

Vård- och omsorgsförvaltningen
Tjänsteskrivelse

Datum: 2026-05-12
Diarienummer: OSN-2025-00848
Omsorgsnämnden

Handläggare:
Rasmus Wennström

Uppföljning av omsorgsnämndens internkontrollplan per juni 2026

Förslag till beslut

Omsorgsnämnden beslutar

1. **att** godkänna avrapportering av internkontrollplan 2026 enligt ärendets bilaga, samt
2. **att** överlämna avrapporteringen av internkontrollplanen per juni 2026 till kommunstyrelsen.

Ärendet

Nämnden upprättar årligen en internkontrollplan. 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.

Omsorgsnämndens internkontrollplan för 2026 innehåller 11 kontrollmoment, varav 5 moment följs upp i juni 2026. Av de 5 kontrollmoment som följs upp per juni 2026 bedöms inga moment vara genomfört med *anmärkning*, 2 moment med *mindre anmärkning*, samt 3 moment utan anmärkning.

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, medan 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. Istället är det ett specifikt verktyg bland flera andra för att följa upp 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.

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 mindre anmärkning

Kontrollmoment 4:

- Kontrollera att förvaltningen har ändamålsenliga rutiner och arbetssätt för att förebygga och hantera risker för otillåten påverkan, mutor och jäv bland medarbetare och förtroendevalda.

Resultatet av kontrollen för innevarande kontrollmetod visar att det å ena sidan finns rutiner och riktlinjer för att förebygga och hantera oegentligheter, mutor och jäv. Dock bedöms att befintliga rutiner och riktlinjer för ändamålet inte är helt och hållet ändamålsenliga.

Kontrollmoment 9:

- Kontrollera att synpunkter och klagomål omhändertas på ett ändamålsenligt sätt.

Resultatet av kontrollen visar att hanteringen av synpunkter och klagomål i huvudsak är ändamålsenlig, med tillgängliga och varierade inlämningskanaler samt i huvudsak fungerande rutiner för återkoppling och handläggning. Samtidigt finns vissa utvecklingsbehov, främst avseende mer skyndsamt och konsekvent initial återkoppling samt enhetlighet i den information som ges.

Kontrollmoment som genomförts utan anmärkning

- *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

- Kontrollera att det finns ett systematiskt och långsiktigt arbete för att säkerställa tillgång till personal med rätt kompetens, samt att tillbörliga åtgärder vidtas för att förebygga och hantera brist på medarbetare samt brist på rätt kompetens.
- Kontrollera att avvikelser rapporteras, utreds och avslutas på ett ändamålsenligt sätt.

Ekonomiska konsekvenser

Ej aktuellt i föreliggande ärende.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse daterad 12 maj 2026
- Bilaga 1, Avrapportering av internkontrollplan per juni 2026

Vård- och omsorgsförvaltningen

Lenita Granlund
Förvaltningsdirektör

Vård- och omsorgsförvaltningen
Rapport

Datum:
2026-05-12

Diarienummer:
OSN-2025-00848

Handläggare:
Rasmus Wennström

Avrapportering av internkontrollplan per juni 2026 För omsorgsnämnden

Innehåll

Arbetet med intern kontroll under året	3
Granskningar som rapporteras per juni 2026	4
Fördjupad redovisning av kontrollmoment.....	7
Kontrollmoment 1	7
Genomförd kontroll	7
Resultat av kontroll	9
Kontrollmoment 4	10
Genomförd kontroll	10
Resultat av kontroll	10
Åtgärder.....	11
Kontrollmoment 7	12
Genomförd kontroll	12
Resultat av kontroll	13
Åtgärder.....	13
Kontrollmoment 9	14
Genomförd kontroll	14
Resultat av kontroll	14
Åtgärder.....	15
Kontrollmoment 10	16
Genomförd kontroll	16
Resultat av kontroll	16

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 juni, september och december.

Nämnden har involverats i riskarbete inom ramen för nämndens strategidag under hösten 2025. Sedan tidigare finns fastställda styrdokument som beskriver ansvarsfördelningen för internkontrollen.

Numreringen i tabellen nedan anger det nummer som fastställdes i nämndens internkontrollplan för 2026. Eftersom samtliga kontrollmoment i internkontrollplanen inte följs upp per juni 2026 uppstår därför naturliga glapp i nedan redovisad nummerordning.

Granskningar som rapporteras per juni 2026

Nr	Riskbeskrivning	Kontrollmoment	Kontrollmetod	Resultat av granskning	Åtgärd med slutdatum
1	Nödvändiga rutiner och planer för hantering av avbrott och störningar saknas, är okända eller oprövade vilket gör att ett avbrott i informationsförsörjningen medför stora störningar i produktionen och svårigheter vid återgång till normal verksamhet.	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.	Kontrollera att det finns ett dokumenterat underlag som beskriver hur respektive avdelning ska bedrivas analogt, om digitala system inte är tillgängliga. Kontrollera att rutiner och planer har övats och utvärderats för respektive avdelning.	Granskning är genomförd utan anmärkning.	Se fördjupad redovisning.
4	Oegentligheter, mutor eller jäv kan leda till att beslut fattas på felaktiga grunder och med bristfällig rättssäkerhet, att förtroendet för förvaltningen minskar, samt att kommunen skadas ekonomiskt.	Kontrollera att förvaltningen har ändamålsenliga rutiner och arbetssätt för att förebygga och hantera risker för otillåten påverkan, mutor och jäv bland medarbetare och förtroendevalda.	Kontrollera att rutiner och riktlinjer för att förebygga och hantera oegentligheter, mutor och jäv finns och är ändamålsenliga.	Granskningen är genomförd med mindre anmärkning.	Se fördjupad redovisning.

Postadress: Uppsala kommun, 753 75 Uppsala

Telefon: 018-727 00 00 (växel)

www.uppsala.se

7	Svårigheter att attrahera, rekrytera och behålla medarbetare med rätt kompetens kan leda till brist på medarbetare, och/eller bristfällig kompetens i verksamheten. Detta kan i sin tur innebära att brukare inte får de insatser de har rätt till, att insatser utförs med sämre kvalitet, samt att bristfällig kompetensförsörjning drabbar nämnden ekonomiskt.	Kontrollera att det finns ett systematiskt och långsiktigt arbete för att säkerställa tillgång till personal med rätt kompetens, samt att tillbörliga åtgärder vidtas för att förebygga och hantera brist på medarbetare samt brist på rätt kompetens.	Kontrollera att förvaltningen har ändamålsenliga arbetssätt avseende kompetensförsörjning.	Granskningen är genomförd utan anmärkning.	Se fördjupad redovisning.
9	Bristande hantering av synpunkter och klagomål kan leda till att viktig information om verksamheten inte kommer nämnden till godo. Detta kan i sin tur leda till bristfälligt lärande i verksamheten, samt minskat förtroende för nämnden.	Kontrollera att synpunkter och klagomål omhändertas på ett ändamålsenligt sätt.	Kontrollera att synpunkter och klagomål kan lämnas in på ett enkelt och lättillgängligt sätt. Kontrollera att återkoppling till rapportören ges inom rimlig tid.	Granskningen är genomförd med mindre anmärkning.	Se fördjupad redovisning.
10	Bristfällig avvikelshantering kan leda till att avvikelser inte rapporteras, rapporteras för sent, eller att	Kontrollera att avvikelser rapporteras, utreds och avslutas på ett ändamålsenligt sätt.	Kontrollera att rutiner för Lex Sarah och Lex Maria är ändamålsenligt formulerade.	Granskningen är genomförd utan anmärkning.	Se fördjupad redovisning.

	processen för att följa upp avvikelser inte följs. Vidare kan brist på skyndsamt agerande även leda till ökat lidande och otrygghet för enskilda brukare, samt medföra förtroendskada för nämnden.				
--	--	--	--	--	--

Tabell 1. Granskningar som rapporteras per juni 2026.

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 respektive avdelning ska bedrivas analogt, om digitala system inte är tillgängliga.
- Kontrollera att rutiner och planer har övats och utvärderats för respektive avdelning.

Genomförd kontroll

Avdelningen för funktionsstöd samt för öppna tidiga insatser

Verksamheterna har upprättat ett dokumenterat underlag för analog drift vid systembortfall. Detta finns dokumenterat i förvaltningens kvalitetsledningssystem (KLS). Underlaget återfinns även i avdelningens fastställda rutiner och inkluderar bland annat:

- Beredskapspärmar
- Driftstoppspärmar med innehållsförteckning
- Journalanteckning vid driftstopp (manuella rutiner)
- Rutiner för social dokumentation vid systemavbrott

Dokumenterna utgör ett stöd för att verksamheten ska kunna upprätthållas genom analog hantering vid exempelvis IT-störningar eller andra avbrott i digitala system. Samtliga telefonlistor är dock ännu inte fullt upprättade inom avdelningen.

Utöver detta har befintlig kris- och beredskapsrutin reviderats. I samband med detta har handlingsplaner för olika typer av kriser tagits fram och ansvarsfördelningen har förtydligats.

Anhörigcentrum påbörjade arbetet med social dokumentation under hösten 2025. För verksamheten saknas för närvarande fastställda rutiner för hantering av driftstopp. Dessa rutiner kommer att tas fram under 2026 i syfte att säkerställa att samtliga verksamheter har ändamålsenliga rutiner vid eventuella driftstörningar.

Stab

Kontinuitetsplaner finns för samtliga verksamheter.

Myndighet

Avdelningen för myndighet har upprättade rutiner för driftsstopp och övergång till analogt arbete. Rutinerna är väl kända. Inom myndigheten finns en styrgrupp som leder avdelningens krisarbete. Befintliga rutiner testats regelbundet och utvärderas löpande.

Genomförda övningar och nätverksträffar – funktionsstöd samt öppna tidiga insatser

En uppdragsmall för beredskapsombud har tagits fram. Chefer arbetar med att utse och implementera beredskapsombud i verksamheterna, med målsättning att detta ska vara slutfört senast hösten 2026.

En skrivbordsövning har genomförts för verksamhetschefer, områdeschefer och avdelningschef. Övningen avsåg avbrott i kommunikation, där samtliga system var otillgängliga och telefoni endast fungerade sporadiskt.

Beredskapsombud sammanträder minst en gång per termin. Vid dessa tillfällen ges stöd och påminnelser om att genomföra övningar av kontinuitetsplaner tillsammans med chef, medarbetare och brukare. Övningar av olika scenarier genomförs på olika nivåer inom verksamheterna. Verksamhetschefer har fått i uppdrag att genomföra sådana övningar, med särskild hänsyn tagen till brukares individuella önskemål och behov. Brukare involveras i den utsträckning de önskar.

Efter övningar, såväl som faktiska incidenter, genomförs utvärderingar (After Action Review) rutinmässigt. Detta i syfte att identifiera förbättringsområden samt bedöma huruvida dokumentation av störningar och tillhörande rutiner har fungerat tillfredsställande. Åtgärder integreras i verksamhetens löpande beredskapsarbete.

Genomförda övningar – Stab

Vård- och omsorgsförvaltningens stab har under april deltagit i en gemensam praktisk övning med tillhörande utvärdering i Stadshuset. Vidare planering för ytterligare övningar för staben finns. Avdelningen för kvalitet och utveckling har även genomfört en skrivbordsövning.

Genomförda övningar – Myndighet

Befintliga rutiner testats regelbundet och utvärderas löpande.

Utvärdering och lärande

Information om kris och beredskap har även tydliggjorts för verksamhetens brukare genom framtagande av bildstödsmaterial. Vidare har verksamheten ombesörjt att den lättlästa versionen av Om krisen eller kriget kommer tillgängliggöras till samtliga brukare.

Utbildning

- Samtliga verksamhetschefer genomgår introduktionsutbildning i beredskap via Lärportalen (Socialstyrelsen) under året
- Förvaltningens beredskapssamordnare har informerat om kris och beredskap vid flera ledningsgruppsmöten
- En tematräff har genomförts för samtliga chefer
- Arbetsmöten genomförs årligen med fokus på kontinuitetshantering

Resultat av kontroll

Granskningen är genomförd utan anmärkning.

Resultatet av kontrollen visar att verksamheten i huvudsak har en beredskap för att bedriva analogt arbete vid händelse av störningar, med dokumenterade rutiner, kontinuitetsplaner och återkommande övningar. Kontrollen visar att det i allt väsentligt finns dokumenterat underlag som beskriver hur respektive avdelnings verksamhet ska kunna bedrivas analogt vid behov. Vidare har rutiner och planer övats och utvärderats inom förvaltningens avdelningar.

Arbetet med att utveckla och upprätthålla verksamheternas beredskap är en kontinuerlig process. I det fortsatta utvecklingsarbetet ingår bland annat att säkerställa att de verksamheter som ännu saknar tillgängliga telefonlistor upprättar sådana. Vidare fortsätter arbetet med att säkerställa att samtliga chefer genomgår introduktionsutbildning i beredskap. Under 2026 planeras även för att de verksamheter som ännu inte deltagit i minst en krisberedskapsövning ombesörjer detta under året.

Mot bakgrund av genomförd kontroll och tillämpad kontrollmetod bedöms granskningen vara genomförd utan anmärkning. Ett kontinuerligt utvecklingsarbete fortsätter bedrivas som en naturlig del av verksamheten.

Kontrollmoment 4

Kontrollmoment:

Kontrollera att förvaltningen har ändamålsenliga rutiner och arbetssätt för att förebygga och hantera risker för otillåten påverkan, mutor och jäv bland medarbetare och förtroendevalda.

Kontrollmetod:

- Kontrollera att rutiner och riktlinjer för att förebygga och hantera oegentligheter, mutor och jäv finns och är ändamålsenliga.

Genomförd kontroll

Uppsala kommuns policy och riktlinjer mot mutor (KSN-2014-0251) finns upprättat och gäller för hela kommunkoncernen. Därutöver finns *Policy för representation och gåvor* samt *Riktlinje för representation och gåvor (KSN-2018-1222)*. Utbildning har givits till omsorgsnämndens förtroendevalda angående oegentligheter, mutor och jäv i samband med nämndens konstituerande, såväl som genom löpande information till nämnden.

Under innevarande år ska samtliga medarbetare inom vård- och omsorgsförvaltningen ha fått information om medarbetares ansvar, inklusive riktad information angående otillåten påverkan, mutor och jäv. Vidare finns en etablerad *Rutin för hantering av hot och våld (HRKLS-2500219)*, samt rutin för *Hot och våld myndighet (VOFKLS-2500124)*, som även innehåller avsnitt om otillåten påverkan. Vidare finns *Handlingsplan mot välfärdsbrott (KSN-2023-01293)*, antagen av kommunstyrelsen den 13 december 2023. I denna handlingsplan definieras "otillåten påverkan" som att även innefatta mutor och jäv.

Vård- och omsorgsförvaltningen har ingen lokal rutin specifikt för mutor och jäv. Detta ombesörjs istället inom ramen för ovanstående rutiner.

Vidare har Azets Revision & Rådgivning fått i uppdrag av Uppsala kommuns revisorer att granska kommunens förebyggande arbete mot oegentligheter. Denna granskning ingår i kommunens revisionsplan för år 2026. I introduktionsbrevet till granskningen noteras att tidigare "genomförda granskningarna samt uppföljning av dessa visar att kommunen har flertalet brister inom dessa områden och att åtgärder inte har vidtagits efter granskningarna".

Bland tidigare granskningar återfinns *Granskning av det förebyggande arbetet mot jäv, mutor och korruption (KRN-2021-00023)*. I denna granskning gav Uppsala kommuns revisorer uppdrag åt PwC att genomföra en granskning av kommunens förebyggande arbete mot jäv, mutor och korruption, som del av Uppsala kommuns revisionsplan för år 2021. Den sammanfattande bedömningen för denna granskning var att "kommunstyrelsens övergripande förebyggande arbete mot jäv, mutor och korruption inte helt sker på ett ändamålsenligt sätt".

Resultat av kontroll

Granskningen är genomförd med mindre anmärkning.

Resultatet av kontrollen för innevarande kontrollmetod visar att det finns rutiner och riktlinjer för att förebygga och hantera oegentligheter, mutor och jäv.

Vidare finns ändamålsenliga arbetssätt inom vård- och omsorgsförvaltningen för att förebygga och hantera risker för otillåten påverkan, mutor och jäv. Förvaltningen har upprättat en operativ gruppering med deltagande från bland annat stabschef, områdeschefer, beredskapssamordnare, strateger, HR-partner, utvecklingsledare, enhetschef myndighetsutövning samt verksamhetschef inom hälso- och sjukvård. Den operativa grupperingen fungerar som en samordnande länk mellan förvaltningens ledningsgrupp och dess avdelningar. Syftet med grupperingen är att stärka förmågan att förebygga samt hantera risker för otillåten påverkan, mutor och jäv. Vidare deltar vård- och omsorgsförvaltningen i ett kommunövergripande samordningsuppdrag med inriktning på att förebygga och motverka otillåten påverkan, välfärdsbrott samt relaterade risker.

Dock bedöms att befintliga rutiner och riktlinjer för ändamålet inte är helt och hållet ändamålsenliga, utifrån tidigare genomförda granskningar av den kommuncentrala styrningen.

Åtgärder

- Säkerställ att kommande revideringar av den kommuncentrala styrningen avseende rutiner för att förebygga oegentligheter, mutor och jäv implementeras i förvaltningens verksamhet.

Kontrollmoment 7

Kontrollmoment:

Kontrollera att det finns ett systematiskt och långsiktigt arbete för att säkerställa tillgång till personal med rätt kompetens, samt att tillbörliga åtgärder vidtas för att förebygga och hantera brist på medarbetare samt brist på rätt kompetens.

Kontrollmetod:

- Kontrollera att förvaltningen har ändamålsenliga arbetssätt avseende kompetensförsörjning.

Genomförd kontroll

En kompetensförsörjningsplan finns upprättad för nämnden. I denna plan sammanfattas de behov, strategier och de kompetensförsörjningsaktiviteter som vidtas under året samt löpande. Arbetet med att ta fram kompetensförsörjningsplanen följer en väl utarbetad struktur. Nämndens övergripande analys vilar på den analys som genomförts av Sveriges kommuner och regioner (SKR).

Enligt SKR analys förväntas behovet av välfärd fortsätta öka. Mot denna bakgrund behöver fler medarbetare med rätt kompetens attraheras till vård- och omsorgssektorn. För att vara en attraktiv arbetsgivare krävs ett långsiktigt och målmedvetet arbete. Förvaltningens behov omfattar att behålla nuvarande medarbetare, attrahera nya samt säkerställa rekrytering av rätt kompetens för att möta verksamhetens framtida behov.

I den kompetensförsörjningsplan som tagits fram har chefer på alla nivåer i organisationen upprättat egna lokala kompetensanalyser. Grunden i detta bygger på de individuella utvecklingsplaner som tas fram för alla medarbetare i organisationen. Chefer på alla nivåer betänker även annat som påverkar verksamhetens behov utifrån omvärld och förändringar, till exempel pensionsavgångar och befolkningsprognoser. Dessa kompetensanalyser aggregeras och mynnar ut i en övergripande kompetensförsörjningsplan. Denna plan utgör även grunden för de aktiviteter som görs avseende att säkerställa ändamålsenliga arbetssätt avseende kompetensförsörjning. Denna process finns väl beskriven på Uppsala kommuns intranät och uppdateras årligen.

Kompetensförsörjning fortsätter att vara en av verksamheternas största utmaningar. Uppsala kommun har en väl genomarbetad struktur för att fånga upp kompetensbrister samt behov av åtgärder.

Inom Vård och omsorgsförvaltningen kommer kompetensförsörjningsutmaningen fortsatt vara stor. I takt med en åldrande befolkning och kommande pensionsavgångar kommer behovet av att behålla och rekrytera fler medarbetare öka med tiden. Sedan en tid tillbaka är rekryteringsläget bekymmersamt för flera yrkesgrupper. För att klara kommande utmaningar behöver kompetensförsörjningsplaneringen inkludera nya arbetssätt samt nyttjande av ny teknik.

Resultat av kontroll

Granskningen är genomförd utan anmärkning.

Granskningen visar att det finns ett strukturerat och återkommande arbets sätt för att identifiera kompetensbehov samt planera och genomföra åtgärder inom kompetensförsörjningsområdet. Arbets sättet bedöms därmed vara ändamålsenligt i förhållande till kontrollmoment och kontrollmetod. Samtidigt är risken för bristande kompetensförsörjning fortsatt hög, vilket även framgår av det riskregister som bifogades tillsammans med nämndens internkontrollplan som beslutades i december 2025.

Bedömningen är att kontrollmomentet är uppfyllt och att granskningen därmed genomförts utan anmärkning. Den höga risknivån i befintligt riskregister innebär dock att området även fortsatt behöver prioriteras och följas upp.

Åtgärder

- Säkerställ att riskregistret hålls aktuellt, med särskilt fokus på risken avseende bristfällig kompetensförsörjning
- Säkerställ att individuella utvecklingsplaner tas fram för samtliga medarbetare samt hålls uppdaterade

Kontrollmoment 9

Kontrollmoment:

Kontrollera att synpunkter och klagomål omhändertas på ett ändamålsenligt sätt.

Kontrollmetod:

- Kontrollera att synpunkter och klagomål kan lämnas in på ett enkelt och lättillgängligt sätt.
- Kontrollera att återkoppling till rapportören ges inom rimlig tid.

Genomförd kontroll

Kontrollmomentet har genomförts genom en granskning av befintliga rutiner för hantering av synpunkter och klagomål. Detta inkluderar dokumenterade processer, ansvarsfördelning och kommunikationsvägar. Därutöver har stickprov av inkomna synpunkter och klagomål genomförts i syfte att bedöma tid för återkoppling till synpunktslämnare, samt total handläggningstid.

En granskning har även genomförts av information riktad till brukare och anhöriga. Detta har inkluderat information via Uppsala kommuns webbplats, tryckt informationsmaterial och affischer, samt information som tillhandahålls till och på verksamheterna. Fokus för granskningen har varit i vilken utsträckning det upplevs enkelt att hitta information om samt förstå hur synpunkter kan lämnas.

Tillgänglighet (inlämning av synpunkter)

Synpunkter och klagomål kan lämnas via flera kanaler – exempelvis genom telefon, e-post, pappersblankett, scanning av QR-kod, samt via kommunens webbplats.

Information om hur synpunkter lämnas bedöms generellt ha god tillgänglighet. Vissa variationer kan dock finnas mellan olika verksamheter. Digitala kanaler bedöms överlag fungera väl samt vara lättillgängliga för många användare. Kontrollmomentet bedöms i huvudsak vara uppfyllt, men med vissa brister rörande tryckt information, såsom broschyrer, affischer och informationsmaterial.

Återkoppling till synpunktslämnare

Genomförda stickprov visar att återkoppling i huvudsak ges inom rimlig tid – vanligtvis inom 1–10 dagar beroende på ärendets komplexitet.

Inom omsorgsnämndens ansvarsområde inkom under perioden 1 jan – 31 mars 2026 49 synpunkter.

41 % fick återkoppling inom 10 dagar

59 % avslutades inom 30 dagar

Resultatet visar att en majoritet av synpunkterna hanteras inom 30 dagar. Samtidigt finns variation i hur snabbt initial återkoppling ges.

Resultat av kontroll

Granskningen är genomförd med mindre anmärkning.

Resultatet av kontrollen visar att hanteringen av synpunkter och klagomål i huvudsak är ändamålsenlig, med tillgängliga och varierade inlämningskanaler samt i huvudsak fungerande rutiner för återkoppling och handläggning. Samtidigt finns vissa utvecklingsbehov, främst avseende mer skyndsam och konsekvent initial återkoppling samt enhetlighet i den information som ges. Kontrollen ger en uppdaterad lägesbild som ligger till grund för fortsatt förbättringsarbete inom tillgänglighet och handlägningsprocesser.

Åtgärder

- Standardisera informationsmaterial (affischer, skyltar, broschyrer) för att säkerställa enhetlig och tydlig information på samtliga enheter under 2026
- Säkerställ att trycksaker, broschyrer och affischer regelbundet ses över och hålls uppdaterat
- Tydliggör förväntningar på återkoppling till synpunktslämnare under 2026
- Följ upp återkopplingstider och dokumentation löpande för att säkerställa att förbättring sker över tid

Kontrollmoment 10

Kontrollmoment:

Kontrollera att avvikelser rapporteras, utreds och avslutas på ett ändamålsenligt sätt.

Kontrollmetod:

- Kontrollera att rutiner för Lex Sarah och Lex Maria är ändamålsenligt formulerade.

Genomförd kontroll

Den genomförda kontrollen visar att det finns etablerade rutiner för hantering av Lex Sarah och Lex Maria, vilka bedöms vara ändamålsenligt utformade. Rutiner och arbetssätt utvecklas och justeras löpande samt vid behov, i dialog med berörda verksamheter. Utbildningsinsatser genomförs både i samband med introduktion och genom tillgängliga utbildningar i Lärportalen.

Uppföljning av avvikelser sker kontinuerligt inom respektive verksamhet samt sammanställs årligen i en övergripande kvalitetsberättelse.

Resultat av kontroll

Granskningen är genomförd utan anmärkning.

Det kan noteras att motsvarande område granskades även föregående år, då med ett bredare fokus på hantering av synpunkter och avvikelser. I den granskningen identifierades vissa utvecklingsområden – bland annat avseende uppföljning och återkoppling. Innevarande kontrollmoment är mer avgränsat och fokuserar på rutiner för Lex Sarah och Lex Maria, vilka bedöms vara ändamålsenligt utformade.