

Vård- och omsorgsförvaltningen
Tjänsteskrivelse till omsorgsnämnden

Datum:
2025-11-27

Diarienummer:
OSN-2025-00848

Handläggare:
Rasmus Wennström, Marie Brinktell

Internkontrollplan 2026 och analys enligt reglemente 2025

Förslag till beslut

Omsorgsnämnden beslutar

1. **att** godkänna Internkontrollplan 2026 och analys enligt reglemente 2025 – för omsorgsnämnden enligt bilaga 1, samt
2. **att** överlämna den till kommunstyrelsen.

Ärendet

Omsorgsnämnden upprättar årligen en internkontrollplan och resultatet rapporteras till nämnden i den omfattning som fastställts. Planen ska vara ett stöd i styrningen av verksamheten och ett hjälpmedel för att nå verksamhetsmålen och rapporteringen av den ska ge nämnden en övergripande bild om vilka områden som fungerar tillfredsställande eller kräver beslut om åtgärder.

Internkontrollplanen ska försäkra att verksamheten bedrivs på ett ändamålsenligt och kostnadseffektivt sätt, den finansiella rapporteringen och information om verksamheten är tillförlitlig samt att verksamheten bedrivs i enlighet med lagar, föreskrifter, policyer och riktlinjer.

Beredning

Ärendet har beretts av tjänstepersoner på vård- och omsorgsförvaltningen.

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. Flerparten av riskerna hanteras dock i det löpande arbetet, exempelvis genom att olika rutiner finns på plats.

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.

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.

Vid redovisningen av kontrollmomenten redovisas förslag på åtgärder. Många av dessa kan hanteras i förvaltningens löpande arbete medan andra kan behöva hanteras av nämnden. Till exempel i kommande års verksamhetsplan eller internkontrollplan.

Omsorgsnämndens internkontrollplan innehåller 11 kontrollmoment. I enlighet med Uppsala kommuns reglemente för intern kontroll och riktlinje finns kontroller inom områdena kontroll av system och rutiner, finansiell kontroll, kontroll av efterlevnad av regler, policyer och beslut samt kontroll avseende oegentligheter, mutor och jäv.

Nämnden har omhändertagit de av kommunstyrelsen beslutade obligatoriska kontrollmomenten.

Enligt de kommunövergripande riktlinjerna för intern kontroll ska en analys av arbetet med den interna kontrollen genomföras. Denna och internkontrollplanen för 2026 redovisas i ärendets bilaga. Som bilagor till internkontrollplanen återfinns nämndens riskregister och en sammanställning av dialogen om risker på omsorgsnämndens strategidag 2 oktober 2025.

Ekonomiska konsekvenser

Ej aktuellt i föreliggande ärende.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse daterad 27 november 2025
- Bilaga 1, Internkontrollplan 2026 och analys enligt reglemente 2025
 - för omsorgsnämnden med bilagor,
 - Omsorgsnämndens riskregister 2026
 - Informationssammanställning av dialog om risker på omsorgsnämndens strategidag 2 oktober 2025

Vård- och omsorgsförvaltningen

Lenita Granlund
Förvaltningsdirektör

Internkontrollplan 2026 och analys av arbetet 2025 enligt reglemente

Aktiverande och redovisande styrdokument: Internkontrollplan

Berörd verksamhet: Uppsala kommuns omsorgsnämnd

Beslutsfattare: Omsorgsnämnden

Beslutsdatum: 2025-12-08

Diarienummer: OSN-2025-00848

Dokumentansvarig: Förvaltningsdirektör

Översiktsplan

Mål och budget

Verksamhetsplaner och affärsplaner

Program

Handlingsplaner och övriga planer

Syfte

I reglemente för intern kontroll i Uppsala kommun och kommunens helägda bolag beskrivs hur arbetet med den interna kontrollen ska struktureras och rapporteras till kommunstyrelsen som har det övergripande ansvaret.

Enligt reglementet ska nämnder och bolagsstyrelser årligen lämna in en analys och utvärdering av sina system och rutiner för intern kontroll till kommunstyrelsen. Analysen ska användas för utveckling av den interna kontrollen inom nämndernas och bolagsstyrelsernas verksamhetsområden. Den används också för utveckling på kommunövergripande nivå.

Nämnder och bolagsstyrelser ska årligen upprätta en internkontrollplan. Planen ska vara ett stöd i styrningen av verksamheten och ett hjälpmedel för att nå verksamhetsmålen. Planen ska försäkra att:

- att verksamheten är ändamålsenlig och resurseffektiv,
- att informationen och rapporteringen om verksamheten och ekonomin är tillförlitlig och rättvisande, samt
- att verksamheten efterlever lagar, regler, avtal med mera.

Internkontrollplanen beskriver vad som behöver göras utifrån prioriterade risker som framkommit i riskanalyser. I riskregistret framgår om risken omhändertas i internkontrollplanen. Internkontrollplanen innehåller också tre obligatoriska kontrollmoment som identifierats i kommunstyrelsens övergripande riskanalys. Varje kontrollmoment i internkontrollplanen följs upp enligt beskriven frekvens och metod. Resultatet av uppföljningen redovisas årligen till kommunstyrelsen.

Analys av internkontroll föregående år

Efterlevnad av riktlinje och analys av funktionalitet

Nämnden arbetar i enlighet med Riktlinje för nämndernas och bolagsstyrelsernas planering, uppföljning och interna kontroll. Under året har omvärlds- och riskanalys genomförts.

I samband med nämndens strategidag under hösten presenterade förvaltningen prioriterade riskområden. Detta utifrån en bedömning av riskvärde, samt förslag till hantering. Nämnden gavs då tillfälle att komma med inspel under en workshop. Förvaltningen har därefter beaktat dessa inspel i framtagandet av riskregister för 2026.

Riskregistret beskriver på vilket sätt varje risk hanteras. Vissa risker hanteras inom ramen för verksamhetsplanen, andra i förvaltningens löpande arbete och vissa följs upp via internkontrollplanen.

Rapporteringen var i huvudsak förlagd till oktober för att möjliggöra att resultaten skulle kunna tas med i planeringen för 2026. Enstaka kontrollmoment rapporterades i mars 2025. Flera kontrollmoment genomfördes dock inte helt enligt planering, och resulterade i anmärkning/mindre anmärkning.

Organisation och ansvar för arbetet med intern kontroll

Ansvarsfördelningen för den interna kontrollen är organiserad enligt följande:

Förvaltningsdirektören har det yttersta ansvaret för att Vård- och omsorgsförvaltningen bedrivs i enlighet med gällande regelverk och att bokföringen sköts på ett betryggande sätt. Detta sker bland annat genom att kontinuerliga ledningsgruppsavstämningar, enskilda avstämningar med avdelningschef och matrisstöd, månadsuppföljningar och styrgruppsmöten där verksamhet och budget är i fokus.

Avdelningschefer på förvaltningen ansvarar för att avdelningens chefer och medarbetare har arbetsmetoder som används för att bidra till en god intern kontroll. För att säkerställa detta genomförs kontinuerliga ledningsgruppsavstämningar samt enskilda avstämningar med områdeschef för egenregion eller enhetschef för myndighet. För att kvalitetssäkra underlag inför nämndrapportering sker ett nära samarbete med ekonomiavdelningen, bland annat genom budgetgenomgångar och prognosarbete.

Övriga chefer ansvarar för att tillförsäkra att medarbetare har kunskap och följer de styrdokument som antagits. Detta sker tillika överordnade chefer genom kontinuerliga avstämningsmöten. Medarbetare inom varje avdelning ska känna till och följa de regler, anvisningar och styrdokument som finns för arbetet.

Ansvariga tjänstepersoner ansvarar för att analysera den interna kontrollen inom nämndens ansvarsområde. I ansvaret ingår att genomföra riskhantering. Arbetet sker i enlighet med den kommunövergripande vägledningen för arbetet med nämndernas interna kontroll. Vård- och omsorgsförvaltningen har en rutin som beskriver ansvar och genomförande av den interna kontrollen.

Planerad utveckling av intern kontroll 2026 och framåt

Nämnden följer och utvärderar kontinuerligt formerna för uppföljning och rapportering av nämndens internkontrollplan. Inom ramen för uppföljningen och rapporteringen av kontrollmomenten i internkontrollplanen 2026 är avsikten att rapporteringen till nämnden åter sprids ut över flera rapporteringstillfällen under året. Detta i linje med kommunrevisionens rekommendation avseende rapporteringsrutiner för uppföljning av intern kontroll.

Plan för internkontroll 2026

Begrepp som används i internkontrollplanen

Tabell 1: Beskrivning av begrepp

Kontrollområde	Områden som det ska finnas kontrollmoment inom. Det finns fyra obligatoriska kontrollområden: • Kontroller av verksamhetens arbetssätt, system och rutiner • Kontroll av efterlevnad av regler, policyer och beslut • Finansiell kontroll • Kontroll avseende oegentligheter, mutor och jäv
Riskbeskrivning	Beskrivning av den risk som ligger till grund för kontrollmomentet. Hämtas från riskregistret.
Kontrollmoment	Vilken kontroll som vidtas för att motverka, minimera eller i vissa fall eliminera riskerna. Kontrollmomenten kan antingen vara förebyggande eller upptäckande och korrigerande. Förebyggande kontrollmoment är åtgärder för att undvika att brister uppstår. Upptäckande och korrigerande kontrollmoment hjälper nämnden/bolagsstyrelsen att se om riskerna har lett till de händelser som kan befaras och visar på vilka åtgärder som behöver vidtas för att komma tillrätta med bristerna.
Kontrollmetod	Beskrivning av metoden för att genomföra kontrollen. En bra kontrollmetod ska uppfylla följande kriterier: • Validitet: mäter det som är avsett att mäta • Reliabilitet: mäter på ett tillförlitligt sätt • Utförs på samma sätt varje gång • Möjlig att genomföra med en rimlig arbetsinsats/till en rimlig kostnad
Ansvarig	Den som ansvarar för att kontrollen genomförs. Anges som roll, ej personnamn.
Tidpunkt för uppföljning	Tidpunkt då kontrollmomentet ska följas upp inför rapportering till nämnd/bolagsstyrelse.

Kontrollmoment

Tabell 2: Kontrollmoment

Kontrollområde	Riskbeskrivning	Kontrollmoment	Kontrollmetod	Ansvarig	Tidpunkt för uppföljning
Kontroller av verksamhetens arbetssätt, system och rutiner	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.	<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 respektive avdelning ska bedrivas analogt, om digitala system inte är tillgängliga. Kontrollera att rutiner och planer har övats och utvärderats för respektive avdelning.	Avdelning myndighet omsorg Avdelning öppna och tidiga insatser Avdelning funktionsstöd Avdelning hälso- och sjukvård Avdelning kvalitet och utveckling Avdelning strategi och avtal	Juni 2026
Kontroll av verksamhetens arbetssätt, system och rutiner	Ledningen saknar en aktuell bild över verksamhetens systematiska arbete med informationssäkerhet vilket leder till bristfälliga underlag för prioritering av nödvändiga säkerhetsåtgärder. Detta i sin	<i>Obligatoriskt kontrollmoment:</i> Kontroll av att förvaltnings- respektive bolagsledningen genomfört mognadsdialogen informationssäkerhet.	Kontrollera att åtgärdsplan avseende mognadsdialogen informationssäkerhet har följts upp.	Enhet digital verksamhets-utveckling	December 2026

Kontrollområde	Riskbeskrivning	Kontrollmoment	Kontrollmetod	Ansvarig	Tidpunkt för uppföljning
	tur medför risker för störningar i verksamhetens uppdrag och det kan också medföra sanktionsavgifter från tillsynsmyndigheter				
Kontroll av verksamhetens arbetssätt, system och rutiner	Brister i medarbetarnas motståndskraft mot cyberangrepp och bedrägerier medför att en medarbetares agerande möjliggör att en attack lyckas vilket i sin tur medför omfattande störningar och avbrott i samtliga it-leveranser.	<i>Obligatoriskt kontrollmoment:</i> Kontroll av att samtliga medarbetare har genomfört obligatorisk utbildning i informationssäkerhet.	Kontrollera att nyanställda medarbetare får tillgång till obligatorisk utbildning i informationssäkerhet. Kontrollera att befintliga medarbetare har möjlighet att ta del av eller repetera obligatorisk utbildning i informationssäkerhet.	Avdelning myndighet omsorg Avdelning öppna och tidiga insatser Avdelning funktionsstöd Avdelning hälso- och sjukvård Avdelning kvalitet och utveckling Avdelning strategi och avtal	September 2026
Kontroll avseende oegentligheter, mutor och jäv	Oegentligheter, mutor eller jäv kan leda till att beslut fattas på felaktiga grunder och med bristfällig rättssäkerhet, att förtroendet för förvaltningen	Kontrollera att förvaltningen har ändamålsenliga rutiner och arbetssätt för att förebygga och hantera risker för otillåten påverkan, mutor och jäv bland	Kontrollera att rutiner och riktlinjer för att förebygga och hantera oegentligheter, mutor och jäv finns och är ändamålsenliga.	Enhet strategi och beredning	Juni 2026

Kontrollområde	Riskbeskrivning	Kontrollmoment	Kontrollmetod	Ansvarig	Tidpunkt för uppföljning
	minskar, samt att kommunen skadas ekonomiskt. <i>Relaterad till risk 6 i riskregister.</i>	medarbetare och förtroendevalda.			
Kontroll av verksamhetens arbetssätt, system och rutiner	Bristfälliga eller svårhanterliga IT- och verksamhetssystem kan leda till ineffektiv administration, dubbelarbete och osäker informationshantering. Detta försvårar handläggning och dokumentation, vilket i sin tur kan påverka kvaliteten i beslutsunderlag och riskera att brukare inte får det stöd de har rätt till. <i>Relaterad till risk 7 samt 8 i riskregister.</i>	Kontrollera att utveckling av verksamhetssystem sker systematiskt och utifrån verksamhetens behov.	Kontrollera att förvaltningen systematiskt identifierar brister i IT- och verksamhetssystemens användbarhet, funktionalitet och informationssäkerhet.	Enhet digital verksamhetsutveckling	December 2026
Kontroll av verksamhetens arbetssätt, system och rutiner	Bristande kunskap hos medarbetare om hot, våld, hedersrelaterat våld och våld i nära relationer riskerar att	Kontrollera att medarbetare har tillräckliga kunskaper om hot, våld, hedersrelaterat våld, samt våld i nära relationer.	Kontrollera att nyanställda medarbetare får tillgång till utbildning om hot, våld, hedersrelaterat våld, samt våld i	Avdelning myndighet omsorg Avdelning öppna och tidiga insatser	December 2026

Kontrollområde	Riskbeskrivning	Kontrollmoment	Kontrollmetod	Ansvarig	Tidpunkt för uppföljning
	sådana situationer inte upptäcks, hanteras, eller rapporteras på ett korrekt sätt. Detta kan i sin tur kan medföra risk för skada för brukare, anhöriga eller medarbetare, såväl som bristande regelefterlevnad. <i>Relaterad till risk 9 i riskregister.</i>		nära relationer Kontrollera att befintliga medarbetare har möjlighet att ta del av eller repetera utbildning om hot, våld, hedersrelaterat våld, samt våld i nära relationer.	Avdelning funktionsstöd Avdelning hälso- och sjukvård	
Finansiell kontroll	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.	Enhet strategi och beredning HR-avdelningen, område verksamhetsnära HR-stöd	Juni 2026

Kontrollområde	Riskbeskrivning	Kontrollmoment	Kontrollmetod	Ansvarig	Tidpunkt för uppföljning
	<i>Relaterad till risk 10 i riskregister.</i>				
Kontroll av efterlevnad av regler, policyer och beslut	Otillåten påverkan - t.ex. hot eller våld mot medarbetare, chefer eller förtroendevalda - kan leda till sjukskrivningar, felaktiga beslut, samt förtroendeskada. <i>Relaterad till risk 16 i riskregister.</i>	Kontrollera att det finns ett systematiskt och förebyggande arbete för att hantera och motverka otillåten påverkan, samt hot och våld mot medarbetare, chefer och förtroendevalda.	Kontrollera att respektive avdelning har etablerade arbetssätt för att förebygga och hantera otillåten påverkan, hot eller våld.	Avdelning myndighet omsorg Avdelning öppna och tidiga insatser Avdelning funktionsstöd Avdelning hälso- och sjukvård Avdelning kvalitet och utveckling Avdelning strategi och avtal	September 2026
Kontroll av verksamhetens arbetssätt, system och rutiner	Bristande hantering av synpunkter och klagomål kan leda till att viktig information om verksamheten inte kommer nämnden tillgodo. Detta kan i sin tur leda till	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.	Avdelning kvalitet och utveckling	Juni 2026

Kontrollområde	Riskbeskrivning	Kontrollmoment	Kontrollmetod	Ansvarig	Tidpunkt för uppföljning
	bristfälligt lärande i verksamheten, samt minskat förtroende för nämnden. <i>Relaterad till risk 22 och 23 i riskregister.</i>				
Kontroll av verksamhetens arbetssätt, system och rutiner	Bristfällig avvikelshantering kan leda till att avvikelser inte rapporteras, rapporteras för sent, eller att 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 förtroendeskada för nämnden. <i>Relaterad till risk 22 och 23 i riskregister.</i>	Kontrollera att avvikelser rapporteras, utreds och avslutas på ett ändamålsenligt sätt.	Kontrollera att rutiner för Lex Sarah och Lex Maria är ändamålsenligt formulerade.	Avdelning kvalitet och utveckling	Juni 2026
Kontroll av verksamhetens	Personer med psykisk och/eller intellektuell funktionsnedsättning riskerar	Kontrollera att förvaltningen har ett systematiskt och samordnat arbete för att identifiera,	Kontrollera att förvaltningen har ändamålsenliga rutiner och samverkansstrukturer för att	Enhet strategi och beredning	September 2026

Kontrollområde	Riskbeskrivning	Kontrollmoment	Kontrollmetod	Ansvarig	Tidpunkt för uppföljning
arbetssätt, system och rutiner	att utnyttjas av organiserad brottslighet, vilket kan leda till ökad utsatthet och risk för att dessa personer dras in i kriminella sammanhang. Bristande kunskap, samverkan eller rutiner kan försvåra tidig upptäckt och förebyggande arbete. <i>Relaterad till risk 25 i riskregister.</i>	förebygga och hantera risker för utsatthet kopplad till organiserad brottslighet bland nämndens målgrupp.	hantera risker kopplade till organiserad brottslighet bland nämndens målgrupper.		

Bilagor

- Omsorgsnämndens riskregister 2026
- Informationssammanställning av dialog om risker på omsorgsnämndens strategidag 2 oktober 2025

Workshop 2 oktober: Riskregister

Bakgrund

Den 2 oktober genomfördes omsorgsnämndens strategidag. Dagens andra pass riktade sig till förtroendevalda samt representanter från förvaltningen, och fokuserade på nämndens riskregister. Inför mötet skickades ett digitalt utkast till riskregister till förtroendevalda, vilket även fanns tillgängligt i utskriven form under dagen. Förvaltningen inledde med en föredragning, vilket efterföljdes av en gemensam workshop.

Syfte

Syftet med workshopen var att samla inspel från deltagarna, fördjupa förståelsen för nämndens prioriterade risker, samt identifiera utvecklingsområden.

Nedan följer en sammanfattning av de teman och kommentarer som framkom i diskussionerna. Inledningsvis sammanfattas dialogerna i punkterna 1-9, klustrat efter område. Detta följs av en kort sammanfattning av centrala teman i punkt 10, samt förslag till revisioner av riskregistret specifikt i punkt 11.

Förslagen i punkt 1–9 avser allmänna inspel till nämnden och/eller förvaltningen, och är inte nödvändigtvis direkt kopplade till revidering av riskregistret. Förvaltningen har ännu inte tagit ställning till de förslag som anges.

1. Hälsa och delaktighet i vardagen

- Kommunen erbjuder många hälsofrämjande aktiviteter, men brukares faktiska möjlighet att delta i utbudet varierar stort. Detta särskilt inom LSS-boenden där utbudet kan upplevas som standardiserat.
- Individens val och intressen beaktas inte alltid. Uppföljning sker ofta på antal erbjudna aktiviteter snarare än kvalitativt deltagande eller önskemål.
- **Förslag:** utveckla uppföljningen så att den bättre motsvarar brukares perspektiv, intressen och faktiskt deltagande.

2. Missförhållanden och kultur

- En trygg samtalskultur är nödvändig för att missförhållanden ska uppdagas. Det anses inte rimligt att lägga ansvaret på enskilda brukare att anmäla övertramp, särskilt i beroendeställning.
- Systematisk självgranskning och tryggare former för brukarfeedback behövs.
- Psykologisk trygghet för brukare är centralt. Oro kan uppstå vid korta beslutstider och otydlighet kring kontaktpersoner.

3. Delaktighet, inflytande och inkludering

- Brukare kan ha svårt att lämna synpunkter på personal och chefer, utifrån att brukarna befinner sig i beroendeställning.
- Det är viktigt att synpunkter tas till vara på rätt sätt, och att återkoppling sker.
- **Förslag:** uppmana företag att erbjuda provanställningar, och skapa fler möjligheter till provboende för unga.
- Det finns ett behov av att minska glappet mellan individ och myndighet – att lyssna in och se *personen* bakom beslutet.

4. Sysselsättning och förebyggande arbete

- Gränsöverskridande samarbeten behövs för att minska arbetslöshet och öka sysselsättning. Daglig verksamhet fungerar väl för vissa, men utbudet är begränsat för personer inom socialpsykiatri.
- Brukarorganisationer bör involveras mer aktivt i utvecklingsarbete och förebyggande insatser.
- Ofrivillig ensamhet bör motverkas med mer individanpassade aktiviteter.
- Lokalförsörjning och bostadsplanering behöver stärkt samordning, inklusive en stödperson som fungerar som lots mellan aktörer.

5. Psykologisk trygghet och brukarinflytande

- Delaktighetsstrukturer inom socialpsykiatri upplevs som begränsande – t.ex. utifrån lågt deltagande i brukarmöten.
- Delaktighetsmodeller bör utvecklas för att skapa verkligt inflytande.
- **Förslag:** överväg ett råd inom socialpsykiatri motsvarande LSS-rådet.
- Risk för rekrytering till kriminalitet bland personer med NPF kräver fortsatt fokus.

6. Boende och egenmakt

- Det finns brister avseende egenmakt och delaktighet inom boenden – särskilt inom socialpsykiatri.
- Samsjuklighet kräver en helhetssyn. Dialogbaserat arbete och metoder som Hjärnkoll lyftes som värdefulla resurser.
- Forskning om brukarrevisioner visar att ökad egenmakt kan vara både kvalitets- och kostnadsdrivande.

7. Samverkan och informationsvägar

- Det finns ett upplevt behov av stärkt samverkan mellan förvaltning, Funktionsrätt, Hjärnkoll och övriga brukarorganisationer.
- Det uttrycks viss oro bland brukare över att framföra kritik mot personal i beroendeställning. Alternativa rapporteringsvägar bör utvecklas.
- **Förslag:** att utreda möjligheter till juristresurs via Funktionsrätt, samt ökad återkoppling till nämnden.

8. Ekonomisk och social utsatthet

- Våldsbrott och digitalisering ökar sårbarheten för målgruppen. Vissa personer utnyttjas i brottsammanhang. Uttalat behov finns av förebyggande arbete och meningsfull sysselsättning.

9. Centrala riskområden

- Kompetensförsörjning bör ersätta begreppet personalförsörjning.
- Kompetenskrav behöver ställas både i upphandling och egen regi.
- Introduktion för nyanställda bör lyftas särskilt.
- Brukarkvalitet och egenmakt bedöms inte tillräckligt prioriterade. Förslag att särskilja synpunktshantering från brukarkvalitet, och skapa en egen riskkategori för egenmakt.
- Ny risk föreslås: bristande kunskap och efterlevnad av ledningssystemet.
- Språkbrister påverkar avvikelshantering – behöver beaktas i risk 22.
- Risker kring hot och våld mot brukare och personal kvarstår som högt prioriterade.
- Risk 23 (brist på skyndsamt agerande) bör fortsatt betona behovet av snabbt agerande vid allvarliga händelser.
- Risk 25 (målgruppen hamnar i kriminalitet) bör ges högre riskvärdering.

10. Sammanfattning av centrala teman

- Egenmakt och delaktighet är återkommande teman.
- Psykologisk trygghet för brukare och personal kräver långsiktigt arbete.
- Kompetensförsörjning och introduktion ses som grundläggande för kvalitet.
- Ledningssystemens följsamhet och verklighetskontakt behöver stärkas.
- Fördjupad dialog med brukarorganisationer är viktigt.

11. Önskade revideringar av riskregistret

- Ändra begreppet 'personalförsörjning' till 'kompetensförsörjning'. Tydliggör vad som vägs in i begreppet.
- Lyft in "introduktion av ny personal" som särskild åtgärd under kompetensförsörjning.
- Höj riskvärderingen för brukarkvalitet och egenmakt – detta bör inte klassas som en "grön" risk.
- Tydliggör koppling mellan risk 22 (bristande följsamhet) och språkkompetens.
- Överväg ny risk: "bristande kunskap och efterlevnad av ledningssystemet" (föreslaget riskvärde: ca 12).

- Höj riskvärdet för risk 25 (målgruppens utsatthet för kriminalitet).
- Sammanför risk 6 (Risk för jäv eller oegentligheter) och 25 (Utsatthet för organiserad brottslighet). Detta under ett bredare tema, t.ex. "Välfärdsbrott och otillbörlig påverkan".
- Granska om "brukarkvalitet" kan delas upp i flera delområden (t.ex. synpunktshantering, inflytande, egenmakt).
- Säkerställ att riskmatrisen bättre fångar brukarorganisationernas signaler och återkoppling.

Riskregister OSN

2026

Riskmatris VOF

Konsekvens

4. Mycket allvarlig		13 23 25	10 9	
3. Allvarlig	6	14 24	3 16 17 22	
2. Betydande	12	1 20 21 28	5 11 4 18	7 8
1. Liten				
	1. Liten	2. Viss	3. Stor	4. Mycket stor
Sannolikhet				

Summering: högst prioriterade risker (rött och orange)

Riskenr	Kategori	Riskenamn	Riskenvärde	Hanteras via
10	Operativ risk	Ej säkerställd kompetensförsörjning	12	VP/IKP
9	Operativ risk	Hot och våld gentemot brukare	12	VP/IKP
3	Operativ risk	Bristande språkkunskaper	9	VP
22	Efterlevnadsrisk	Bristande följsamhet till rutiner inom ramen för avvikelshanteringsprocessen	9	IKP
16	Omvärldsrisk	Hot och våld mot medarbetare, chefer eller förtroendevalda	9	VP/IKP
17	Efterlevnadsrisk	Brist på LSS-bostäder 9:9	9	LFP/VP
8	Operativ risk	Bristfälliga och ej användarvänliga datasystem	8	IKP
13	Omvärldsrisk	Bristande krisberedskap	8	VP/IKP
23	Operativ risk	Brist på skyndsamt agerande vid allvarliga händelser	8	IKP
7	Operativ risk	Bristfälliga och svårhanterliga IT-system	8	IKP
25	Operativ risk	Utsatthet för organiserad brottslighet bland nämndens målgrupper	8	IKP/ÖU

Urvalet bygger på riskmatrisen på första sidan, och visar de risker med högst riskvärde. För dessa risker finns mer utförlig information i kompendiet nedan.

Förkortningar:

VP	=	Verksamhetsplan
IKP	=	Internkontrollplan
LFP	=	Lokalförsörjningsplan
ÖU	=	Övrig uppföljning

Samtliga risker på risklista del 1

Riskenr	Kategori	Underkategori	Riskenamn	Riskenvärde	Hanteras via
1	Omvärldsrisk	Brukarkvalitet	Felaktiga prioriteringar genom brist på data, kvalitetsmått och indikatorer	4	ÖU
3	Operativ risk	Kompetensförsörjning	Bristande språkkunskaper hos medarbetare	9	VP
4	Omvärldsrisk	Kompetensförsörjning	Större vård- och omsorgsbehov för de som skrivs ut från slutenvård	6	ÖU
5	Operativ risk	Informationssäkerhet	Felaktig hantering av handlingar och personuppgifter	6	IKP
6	Efterlevnadsrisk	Välfärdsbrott	Risk för jäv eller oegentligheter	3	IKP
7	Operativ risk	IT-och systemstöd	Bristfälliga, svårhanterliga och utdaterade IT-system	8	IKP
8	Operativ risk	IT- och systemstöd	Bristfälliga och ej användarvänliga datasystem	8	IKP
9	Operativ risk	Trygghet och säkerhet	Hot och våld gentemot brukare	12	IKP

Samtliga risker på risklista del 2

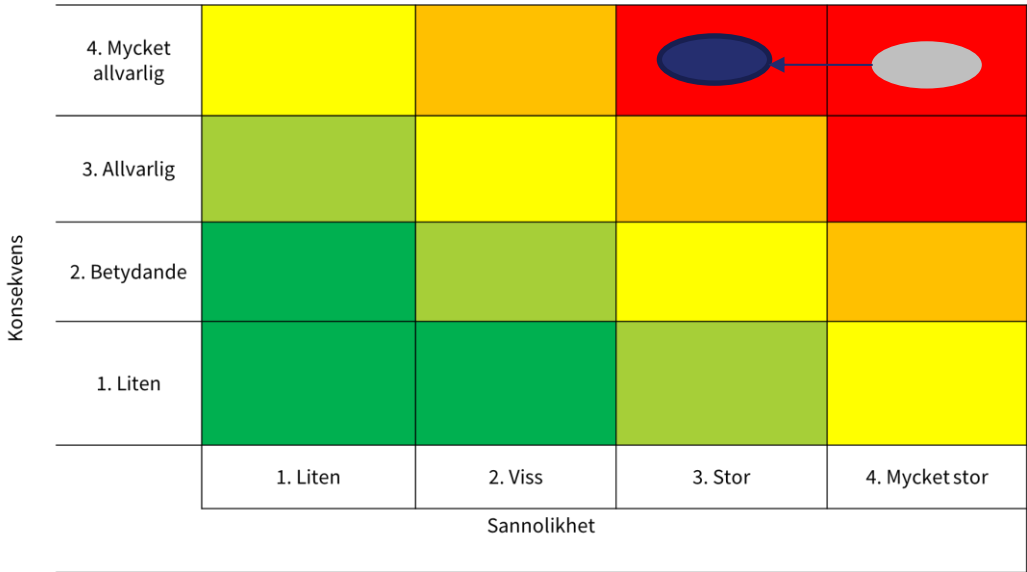
Riskenr	Kategori	Underkategori	Riskenamn	Riskenvärde	Hanteras via
10	Operativ risk	Kompetensförsörjning	Ej säkerställd kompetensförsörjning	12	VP/IKP
11	Omvärldsrisk	Samverkan	Låg följsamhet till utskrivningsprocess från slutenvården	6	ÖU
12	Efterlevnadsrisk	Ekonomi och upphandling	Inköp av varor och tjänster på ett felaktigt sätt	2	ÖU
13	Omvärldsrisk	Krisberedskap	Bristande krisberedskap	8	VP/IKP
14	Efterlevnadsrisk	Välfärdsbrott	Felaktiga utbetalningar till externa aktörer och föreningar	6	VP
16	Omvärldsrisk	Välfärdsbrott	Otillåten påverkan, hot och våld mot medarbetare, chefer eller förtroendevalda	9	VP/IKP
17	Efterlevnadsrisk	Bostadsförsörjning	Brist på LSS-bostäder 9:9	9	LFP/VP
18	Operativ risk	Kompetensförsörjning	Ändrad målgrupp med mer komplexa behov	6	ÖU

Samtliga risker på risklista del 3

Riskenr	Kategori	Underkategori	Riskenamn	Riskenvärde	Hanteras via
20	Omvärldsrisk	Miljö och klimat	Kostnadsökningar för miljö och klimat	4	VP
21	Omvärldsrisk	Ekonomi och upphandling	Statliga statsbidrag	4	ÖU
22	Efterlevnadsrisk	Trygghet och säkerhet	Bristande följsamhet till rutiner inom avvikelshanteringsprocessen	9	IKP
23	Operativ risk	Trygghet och säkerhet	Brist på skyndsamt agerande vid allvarliga händelser	8	IKP
24	Efterlevnadsrisk	Jämlikhet och jämställdhet	Ojämlig och ojämställd vård och omsorg	6	VP
25	Omvärldsrisk	Trygghet och säkerhet	Utsatthet för organiserad brottslighet bland nämndens målgrupper	8	IKP/ÖU
28	Operativ risk	Brukarkvalitet	Synpunktshantering, fångar vi in rätt och på rätt sätt	4	IKP

Risk nr 10. Ej säkerställd kompetensförsörjning

Risk-beskrivning:	Svårigheter att attrahera, rekrytera och behålla kompetent personal. Flera yrkesgrupper inom välfärdssektorn är bristyrken. Befolkningen i arbetsför ålder minskar, vilket riskerar att leda till att verksamheten saknar personal eller personal med rätt kompetens. Detta kan orsaka konsekvensen att brukare inte får den insats personen har rätt till, och/eller att insatsen utförs med sämre kvalitet.
Nämnd:	OSN
Kategori:	Operativ risk
Under-kategori:	Kompetensförsörjning
Strategi:	Riskreducering
Åtgärd 2026	Förvaltningen arbetar långsiktigt för att stärka Uppsala kommuns attraktivitet som arbetsgivare genom satsningar på kompetensförsörjning, god arbetsmiljö och ett hållbart ledarskap. Vi arbetar löpande med att stärka ett attraktivt arbetsgivarskap, för att möta framtidens behov även i en tid med minskad tillgång på personal. Samtidigt främjar vi en kultur av lärande och kontinuerlig utveckling inom verksamheten, så att rätt kompetens kan finnas tillgänglig för att säkerställa insatser av hög kvalitet.



Åtgärder följs upp i VP/IKP

Risk nr 9. Hot och våld gentemot brukare

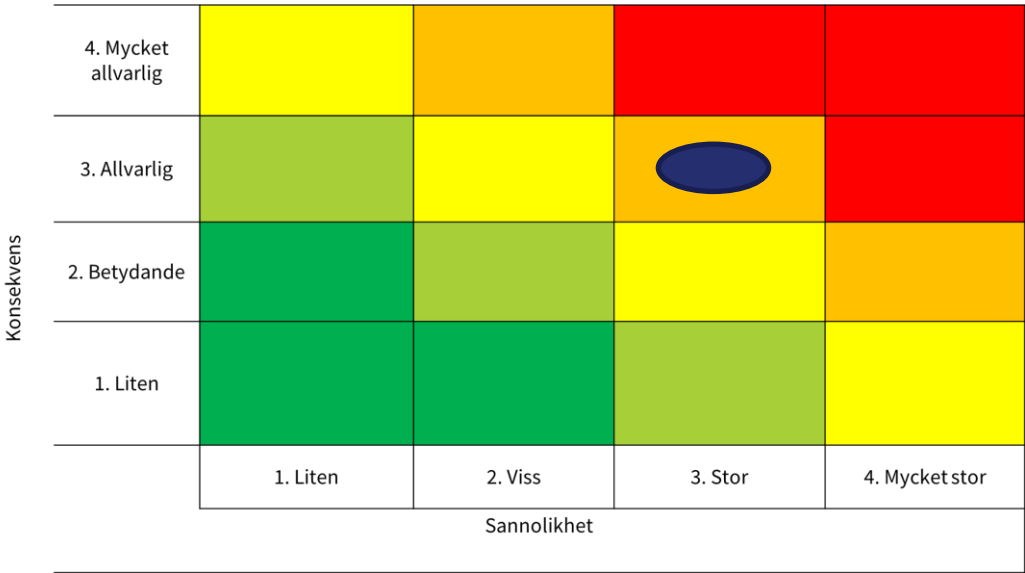
Risk-beskrivning:	Det finns en risk för bristande kompetens gällande hot och våld bland medarbetare och chefer. Detta kan leda till t.ex. bristfälliga riskbedömningar, bristande följsamhet till riktlinjer och rutiner, och otillräckliga förebyggande insatser inom området. Detta kan i sin tur orsaka konsekvensen att hot och våld gentemot brukare inte förebyggs eller upptäcks i tid.
Nämnd:	OSN
Kategori:	Operativ risk
Under-kategori:	Trygghet och säkerhet
Strategi:	Riskreducering
Åtgärd 2026	Förvaltningen arbetar systematiskt för att höja kompetensen kring hot och våld hos både medarbetare och chefer. Detta görs bl.a. genom kollegialt lärande, utbildningar, upprättande och utvecklande av rutiner, m.m. Vi säkerställer att riskbedömningar genomförs på ett förutsägbart och tryggt sätt, med följsamhet till riktlinjer och lagkrav. Genom ett särskilt fokus på förebyggande arbete skapar vi en trygg och säker miljö för brukare, där risker upptäcks och hanteras i ett tidigt skede.

Konsekvens	4. Mycket allvarig				
	3. Allvarig				
	2. Betydande				
	1. Liten				
		1. Liten	2. Viss	3. Stor	4. Mycket stor
Sannolikhet					

Åtgärder
följs upp i
VP/IKP

Risk nr 3. Bristande språkkunskaper

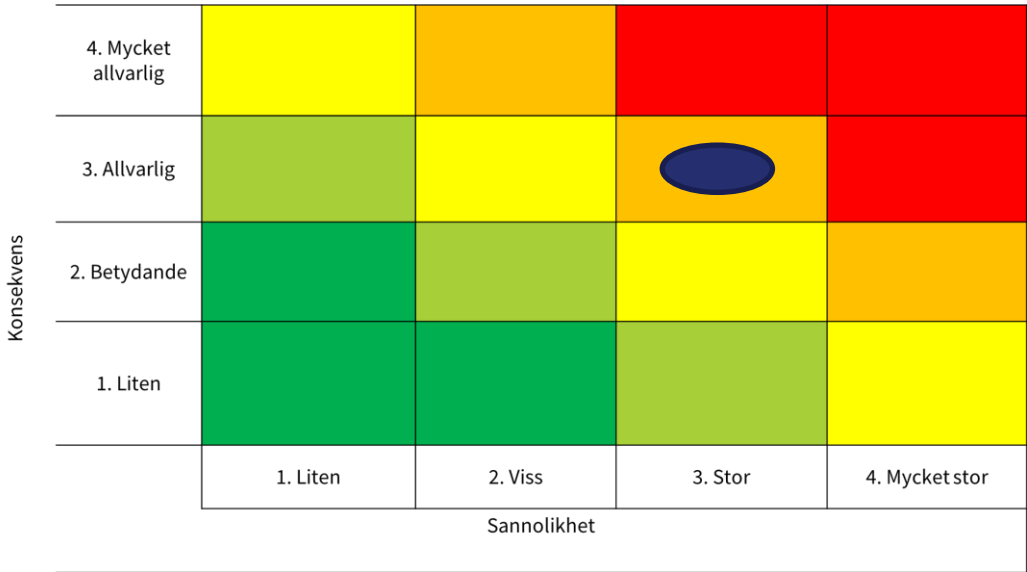
Risk-beskrivning:	Bristande kompetens i yrkessvenska hos medarbetare leder till risk för vårdskador och försämrad kvalitet på grund av kommunikations- och dokumentationsvårigheter.
Nämnd:	OSN
Kategori:	Operativ risk
Under-kategori:	Kompetensförsörjning
Strategi:	Riskreducering
Åtgärd 2026	Förvaltningen prioriterar att stärka medarbetarnas yrkessvenska genom ett långsiktigt och systematiskt språkstöd i verksamheten. Språkstödjare är en central komponent i detta, liksom att integrera språkrelaterat lärande i det dagliga arbetet. Detta arbete sker i överensstämmelse med Uppsala kommuns modell för språkutvecklande arbetsplatser och språkstödjarsystem.



Åtgärder följs upp VP

Risk nr 22. Bristande följsamhet till rutiner inom ramen för avvikelshanteringsprocessen (NY)

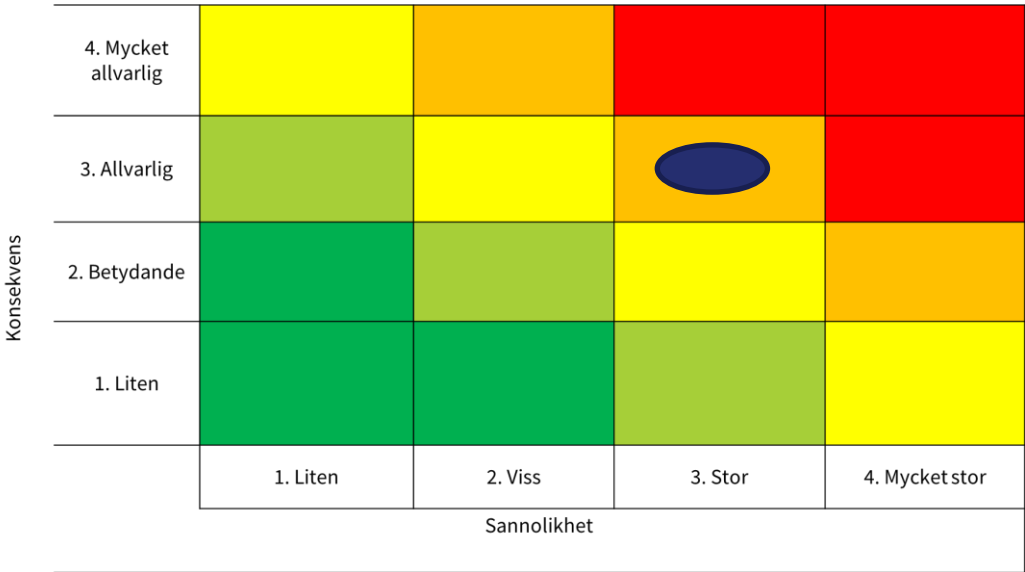
Risk-beskrivning:	Bristande följsamhet till rutiner inom avvikelshanteringsprocessen kan leda till att avvikelser antingen inte rapporteras alls, eller att processen för att följa upp rapporterade avvikelser inte följs. Detta kan medföra risk för att inte upptäcka eller uppmärksamma vårdskador och/eller stora brister i omsorgen, samt att anmälningar om lex Sarah och lex Maria uteblir.
Nämnd:	OSN
Kategori:	Efterlevnadsrisker
Under-kategori:	Trygghet och säkerhet
Strategi:	Riskreducering
Åtgärd 2026	Förvaltningen arbetar med att stärka följsamheten till rutiner inom avvikelshanteringsprocessen. Genom ett tydligt ledningsstöd och ett aktivt arbete med förvaltningskulturen, uppmuntras lärande och öppenhet. Vi arbetar för att vårdskador och brister i omsorgen i första hand ska förebyggas. Om avvikelser ändå inträffar, finns rutiner för att identifiera detta i ett tidigt skede, och att lagstadgade anmälningar alltid genomförs.



Åtgärder
följs upp i
IKP

Risk nr 16. Hot och våld mot medarbetare, chefer eller förtroendevalda

Risk-beskrivning:	Otillåten påverkan, hot och våld mot medarbetare, chefer eller förtroendevalda riskerar att leda till sjukskrivningar, felaktiga myndighetsbeslut samt förtroendeskada för nämnden.
Nämnd:	OSN
Kategori:	Operativ risk
Under-kategori:	Välfärdsbrott
Strategi:	Riskreducering
Åtgärd 2026	Enkäter görs återkommande avseende otillåten påverkan och jäv, för chefer inom förvaltningen såväl som för förtroendevalda. Vidare ingår vård- och omsorgsförvaltningen i en kommunövergripande samordning kring välfärdsbrott, situationsstyrda ärenden och otillåten påverkan. Förvaltningen arbetar systematiskt för att förebygga och hantera hot, våld och otillåten påverkan.



Åtgärder följs upp i VP/IKP

Risk nr 8. Bristfälliga och ej användarvänliga datasystem (NY)

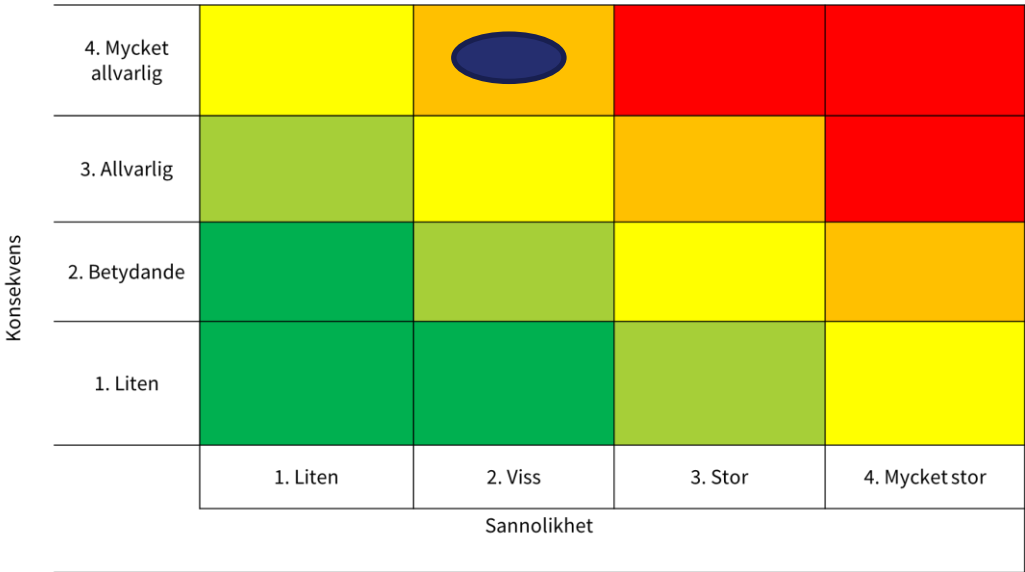
Risk-beskrivning:	Interna verksamhetssystem (Hypergene, DHS, IBGO, m.m.) svarar inte alltid mot förvaltningens behov. Detta riskerar leda till ineffektiv administration, vilket orsakar dubbelarbete och bristande dokumentation.
Nämnd:	OSN
Kategori:	Operativ risk
Under-kategori:	IT- och systemstöd
Strategi:	Riskreducering
Åtgärd 2026	En ny enhet för digital verksamhetsutveckling inrättades år 2022. Förvaltningen arbetar för att utveckla och anpassa interna verksamhetssystem där så är möjligt, för att bättre kunna motsvara verksamhetens behov. Genom att förenkla rutiner, användargränssnitt och minska dubbelarbete skapar vi mer effektiva administrativa processer och en mer tillförlitlig dokumentation.

Konsekvens	4. Mycket allvarlig				
	3. Allvarlig				
	2. Betydande				
	1. Liten				
		1. Liten	2. Viss	3. Stor	4. Mycket stor
Sannolikhet					

**Åtgärder
följs upp i ÖU**

Risk nr 13. Bristande krisberedskap

Risk-beskrivning:	En allvarlig krissituation riskerar leda till att god och säker vård- och omsorg till brukarna inte kan upprätthållas.
Nämnd:	OSN
Kategori:	Operativ risk
Under-kategori:	Krisberedskap
Strategi:	Riskreducering
Åtgärd 2026	En god krisberedskap är avgörande för att kunna upprätthålla trygg och säker vård och omsorg även under allvarliga händelser, kris, eller höjd beredskap. Förvaltningen arbetar därför med att utveckla planer, övningar och rutiner som stärker kontinuiteten i verksamheten. Genom ökad samordning och löpande uppdateringar av kontinuitetsplaner för samtliga enheter inom förvaltningen, säkerställs att brukarnas behov kan tillgodoses även i händelse av kris. En ny strategisk funktion är inrättad sedan 2025, för att stärka förvaltningens arbete med krisberedskap i hela organisationen.



Åtgärder
följs upp i
VP/IKP

Risk nr 23. Brist på skyndsamt agerande vid allvarliga händelser (NY)

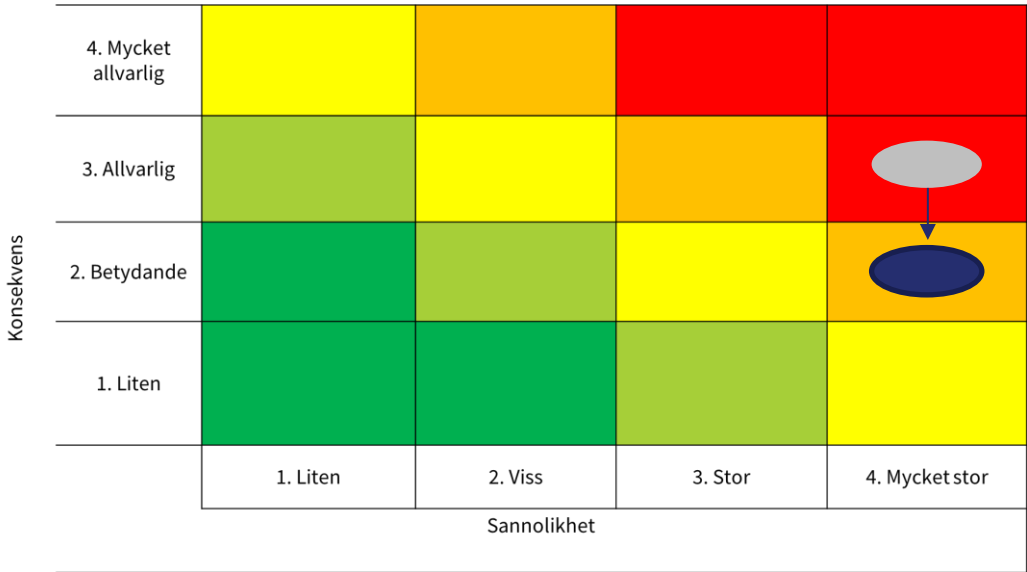
Risk-beskrivning:	Brist på skyndsamt agerande vid allvarliga händelser kan leda till ökat lidande och otrygghet för enskilda brukare och förtroendeskada för nämnden samt att anmälningar om lex Sarah och lex Maria försenas.
Nämnd:	OSN
Kategori:	Operativ risk
Under-kategori:	Trygghet och säkerhet
Strategi:	Riskreducering
Åtgärd 2026	Genom att stärka förvaltningens systematiska arbete med arbetsmiljö och psykologisk trygghet, minskar risken för handfallenhet eller fördröjda anmälningar enligt lex Sarah och lex Maria. Förvaltningen kontrollerar även att avvikelser rapporteras, utreds och avslutas på ett ändamålsenligt sätt.

Konsekvens	4. Mycket allvarlig				
	3. Allvarlig				
	2. Betydande				
	1. Liten				
		1. Liten	2. Viss	3. Stor	4. Mycket stor
Sannolikhet					

Åtgärder
följs upp i
IKP

Risk nr 7. Bristfälliga och svårhanterliga IT-system

Risk-beskrivning:	Verksamhetssystem svarar inte mot verksamhetens behov vilket leder till ineffektiv och osäker informationshantering exempelvis i form av dubbeldokumentation och behov av manuella kontroller. Detta försvårar möjligheterna att bedöma behov av insatser för handläggare samt riskerar leda till uteblivna stödinsatser för brukare.
Nämnd:	OSN
Kategori:	Operativ risk
Under-kategori:	IT- och systemstöd
Strategi:	Riskreducering
Åtgärd 2026	Förvaltningen arbetar för att utveckla och anpassa kompetens inom verksamhetssystemen så att de bättre svarar mot behoven. Genom att förenkla processer samt fortbilda medarbetare genom Uppsala kommuns lärportal, minskar risken för bristfällig eller dubbel dokumentation. Detta ger medarbetare bättre förutsättningar att bedöma behov av insatser, och säkerställer att brukare får det stöd de har rätt till.



Åtgärder
följs upp i
IKP

Risk nr 25. Utsatthet för organiserad brottslighet bland nämndens målgrupper (NY)

Risk-beskrivning:	Kommuninvånare med psykisk och/eller intellektuell funktionsnedsättning riskerar att utnyttjas av organiserad brottslighet vilket leder till en ökad utsatthet för målgruppen och risk för dessa personer att själva bli förövare.
Nämnd:	OSN
Kategori:	Operativ risk
Under-kategori:	Trygghet och säkerhet
Strategi:	Riskreducering
Åtgärd 2026	Omsorgsnämnden arbetar för att öka kunskapen om organiserad brottslighet och påverkan på nämndens målgrupper, för att tidigt upptäcka risker för utsatthet. Detta sker genom förvaltningsintern samverkan i strategisk såväl som en operativ grupp, bl.a. för att motverka att personer med psykisk eller intellektuell funktionsnedsättning utnyttjas eller dras in i kriminella sammanhang.

Konsekvens	4. Mycket allvarlig				
	3. Allvarlig				
	2. Betydande				
	1. Liten				
		1. Liten	2. Viss	3. Stor	4. Mycket stor
Sannolikhet					

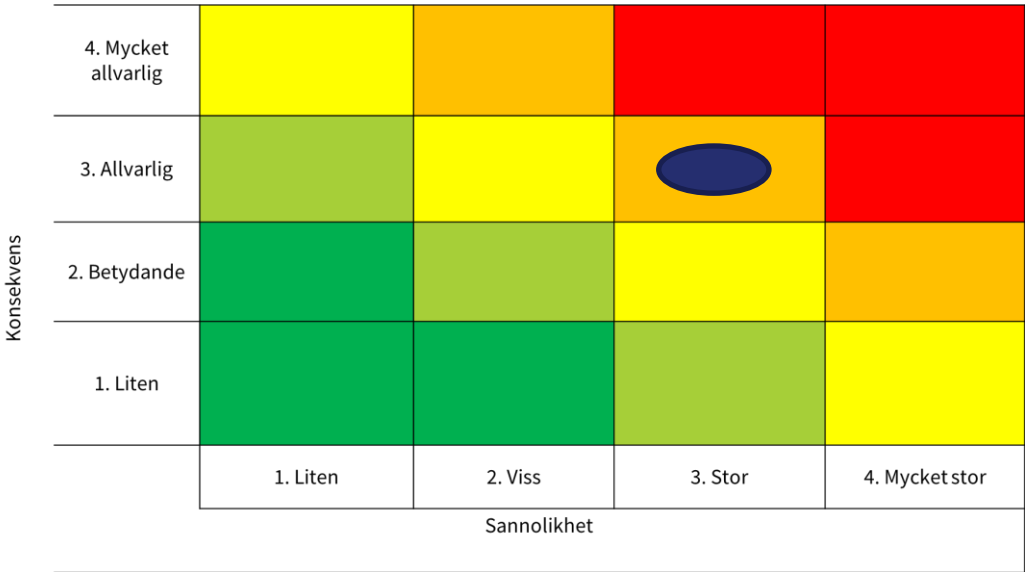
Åtgärder följs upp i IKP/ÖU

Riskregister

Risker med betydande påverkan som nämnden har begränsad rådighet över

Risk nr 17. Brist på LSS bostäder 9:9

Risk-beskrivning:	En långvarig brist på LSS 9:9-bostäder riskerar leda till att brukare inte får sina behov tillgodosedda i tid. Vidare kan detta medföra ökade kostnader och förtroendeskada för nämnden.
Nämnd:	OSN
Kategori:	Omvärldsrisk
Under-kategori:	Bostadsförsörjning
Strategi:	Riskreducering
Åtgärd 2026	Omsorgsnämnden lyfter kontinuerligt behovet av fler LSS 9:9-bostäder och verkar i dialog med andra aktörer för att långsiktigt säkerställa att brukarnas behov kan tillgodoses. Genom planering, uppföljning och samverkan med bl.a. fastighetsstaben, arbetar förvaltningen för att minimera konsekvenserna av rådande brist och för att skapa hållbara lösningar över tid.



Åtgärder
följs upp i
LFP