

Vård- och omsorgsförvaltningen
Tjänsteskrivelse

Datum: 2026-05-12
Äldrenämnden

Diarienummer:
ALN-2025-00854

Handläggare:
Rasmus Wennström

Uppföljning av äldrenämndens internkontrollplan per juni 2026

Förslag till beslut

Äldrenämnden beslutar

1. **att** godkänna uppföljning av internkontrollplanens kontrollmoment per juni 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.

Äldrenämndens internkontrollplan för 2026 innehåller 12 kontrollmoment, varav 5 moment följs upp i juni 2026. Av dessa bedöms inga moment vara genomförda 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 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 12:

- Kontroll av att individuella utvecklingsplaner finns upprättade inom samtliga avdelningar.

Resultatet av kontrollen visar att arbetet med individuella utvecklingsplaner är etablerat inom samtliga avdelningar och att planer i huvudsak finns upprättade. Sammantaget bedöms hanteringen fungera väl och vara i linje med verksamhetens behov. Det finns dock utvecklingsbehov avseende att öka andelen medarbetare med aktuella individuella utvecklingsplaner.

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:
ALN-2025-00854

Handläggare:
Rasmus Wennström

Avrapportering av internkontrollplan per juni 2026 För äldrenämnden

Innehålla

| | |
|--|----|
| 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 7 | 10 |
| Genomförd kontroll | 10 |
| Resultat av kontroll | 11 |
| Kontrollmoment 9 | 12 |
| Genomförd kontroll | 12 |
| Resultat av kontroll | 12 |
| Åtgärder..... | 13 |
| Kontrollmoment 10 | 14 |
| Genomförd kontroll | 14 |
| Resultat av kontroll | 14 |
| Kontrollmoment 12 | 15 |
| Genomförd kontroll | 15 |
| Resultat av kontroll | 16 |
| Åtgärder..... | 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. |
| 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 | 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 | Kontrollera att förvaltningen har ändamålsenliga arbetssätt avseende kompetensförsörjning. | Granskningen är genomförd utan anmärkning. | Se fördjupad redovisning. |

| | | | | | |
|----|--|---|---|--|---------------------------|
| | insatser de har rätt till, att insatser utförs med sämre kvalitet, samt att bristfällig kompetensförsörjning drabbar nämnden ekonomiskt. | medarbetare samt brist på rätt kompetens. | | | |
| 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 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. | 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. |

| | | | | | |
|----|--|--|---|--|---------------------------|
| 12 | Bristfälligt upprättande av individuella utvecklingsplaner kan leda till en risk att medarbetare inte kompetensutvecklas i tillräcklig utsträckning. | Kontroll av att individuella utvecklingsplaner finns upprättade inom samtliga avdelningar. | Kontroll av att individuella utvecklingsplaner finns upprättade på samtliga avdelningar. Kontrollen sker genom stickprov. | Granskningen är genomförd med mindre anmärkning. | Se fördjupad redovisning. |
|----|--|--|---|--|---------------------------|

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

Hemtjänst, särskilt boende, samt öppna tidiga insatser

Verksamheten 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:

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

Dessa dokument är i bruk för hemtjänst, särskilt boende, korttidsenheter, dagverksamheter samt Trygghetsjouren. Rutinerna utgör ett stöd i syftet att berörda verksamheter kan fortsätta bedrivas analogt vid exempelvis IT-störningar eller andra avbrott i digitala system.

Särskilda kontinuitetsplaner för kritiska beroenden har upprättats. Dessa är anpassade för varje enskild verksamhet. Detta inbegriper bl.a. vattenförsörjning, måltider, skyddsutrustning, prioritering av arbetsuppgifter, IT-driftsstörningar, m.m.

Anhörigcentrum 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 för finns för samtliga verksamheter.

Myndighet

Avdelningen för myndighet har upprättade såväl som välkända rutiner för driftsstopp och övergång till analogt arbete. Inom myndigheten finns en styrgrupp som leder avdelningens krisarbete.

Genomförda övningar – Hemtjänst, särskilt boende, samt öppna tidiga insatser

Verksamheterna inom hemtjänst och särskilt boende genomför löpande olika typer av övningar. Dessa genomförs med beaktande av brukarnas välbefinnande, varvid brukare involveras i den utsträckning de så önskar.

Övningar har genomförts i verksamheterna med hjälp av särskilt framtagna scenariokort. Övningar har inkluderat:

- IT-störningar
- Elavbrott
- Extremväder
- Skrivbordsbaserade övningar, med moment där deltagarna tränar på att planera och genomföra övningar
- Praktiska övningar, bl.a. matlagning anpassad för kris

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.

Utbildning

- Samtliga verksamhetschefer genomgår introduktionsutbildning i beredskap via Lärportalen (Socialstyrelsen) under året
- Ytterligare utbildningsinsatser inom beredskapsområdet erbjuds, vilka verksamheten kan nyttja i syfte att ytterligare stärka kompetens inom krisberedskap
- Arbetsmöten genomförs årligen med fokus på kontinuitetshantering

Resultat av kontroll

Granskningen är genomförd utan anmärkning.

Resultatet av kontrollen visar att verksamheten i huvudsak har god 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 introduktionsbildning 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 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 arbetsätt 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 regioners (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 tar även hänsyn till 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 arbetsätt 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 arbetsätt samt nyttjande av ny teknik.

Resultat av kontroll

Granskningen är genomförd utan anmärkning.

Granskningen visar att det finns ett strukturerat och återkommande arbetssätt för att identifiera kompetensbehov samt planera och genomföra åtgärder inom kompetensförsörjningsområdet. Arbetssättet 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.

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 äldrenämndens ansvarsområde inkom under perioden 1 jan – 31 mars 154 synpunkter.

56 % fick återkoppling inom 10 dagar

73 % 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 i samband med introduktion samt genom löpande utbildningar som tillgängliggörs 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.

Kontrollmoment 12

Kontrollmoment:

Kontroll av att individuella utvecklingsplaner finns upprättade inom samtliga avdelningar.

Kontrollmetod:

- Kontroll av att individuella utvecklingsplaner finns upprättade på samtliga avdelningar. Kontrollen sker genom stickprov.

Genomförd kontroll

Hemtjänst och särskilt boende

Avdelningen har bedrivit ett aktivt arbete i syfte att säkerställa att samtliga medarbetare har individuellt upprättade utvecklingsplaner. Uppföljning har skett genom dialog mellan områdeschef och verksamhetschef, samt genom stickprov av slumpmässigt utvalda medarbetare. Resultatet av genomförd kontroll redovisas nedan.

Under mars månad genomfördes slumpmässiga stickprov inom såväl särskilda boenden som hemtjänstverksamheter, i syfte att få en samlad bild av i vilken utsträckning individuella utvecklingsplaner har upprättats.

Vid nämndens 23 särskilda boenden som bedrivs i Uppsala kommuns egen regi valdes tre medarbetare per enhet ut slumpmässigt. Detta omfattade sammanlagt 69 medarbetare. Inom nämndens 20 hemtjänstområden i kommunens egen regi, samt nattpatrullen, valdes tre medarbetare per område ut slumpmässigt. Detta omfattade sammanlagt 63 medarbetare.

Inom särskilt boende visar genomförd kontroll att 50 medarbetare har en upprättad individuell utvecklingsplan, medan 19 medarbetare saknar sådan. Angivna orsaker till detta inbegriper föräldraledighet (1), långtidssjukskrivning (5), tjänstledighet för studier (3), medarbetare med handlingsplan (3), chefsomsättning i verksamheten (3), vikariat (1), deltidstjänstgöring (1), kort anställningstid (1) samt uteblivet deltagande i samtal (1). För samtliga berörda medarbetare är samtal och upprättande av utvecklingsplaner planerade.

Inom hemtjänst inklusive nattpatrull har 51 medarbetare en upprättad individuell utvecklingsplan, medan 12 saknar sådan. Angivna orsaker till detta inbegriper föräldraledighet (1), långtidssjukskrivning (1), tjänstledighet för studier (2), chefsomsättning i verksamheten (6) samt i (2) fall där orsak inte har angivits. För berörda medarbetare är samtal och upprättande av utvecklingsplaner planerade.

Öppna och tidiga insatser

Uppföljning avseende upprättade utvecklingsplaner har skett genom dialog mellan områdeschef och verksamhetschef samt genom stickprov av slumpmässigt utvalda medarbetare.

Andelen individuella utvecklingsplaner varierar mellan olika verksamheter. I den verksamhet där andelen är som lägst har fokus lagts på verksamhetens samlade kompetensbehov, och samtliga medarbetare har där tagit del av utbildningsinsatser. Övriga verksamheter uppvisar en andel om 50 procent eller högre. Chefsomsättning i vissa verksamheter bedöms ha påverkat resultatet.

Avdelning hälso- och sjukvård

Kontrollen visar att individuella utvecklingsplaner i huvudsak är upprättade för medarbetare inom berörda verksamheter. Avvikelse förekommer främst för nyanställda, där utvecklingsplaner ännu inte har upprättats under den inledande anställningsperioden, samt då medarbetare varit frånvarande under längre tid – exempelvis vid föräldradighet eller sjukskrivning.

Arbetet med utvecklingsplaner är etablerat och följs upp inom verksamheterna, bland annat genom planerade medarbetarsamtal och kompetensutvecklingsinsatser.

Myndighet

Avdelningen har sedan flera år tillbaka en Kompetenstrappa som inbegriper utvecklingsplaner. Detta arbetssätt följs upp 2 ggr per år av chef/medarbetare. Arbetssättet är väl genomarbetat och förankrat samt följs upp regelbundet.

Kvalitet och utveckling, samt strategi och avtal

På avdelningen för kvalitet och utveckling samt strategi och avtal behandlas individuella utvecklingsplaner som en integrerad del av löpande medarbetardialoger. Planerna upprättas i samråd med chef och medarbetare och utgår från verksamhetens behov samt medarbetarens individuella utvecklingsområden och mål. Arbetssättet bidrar till en strukturerad och kontinuerlig uppföljning av kompetensutveckling.

Resultat av kontroll

Granskningen är genomförd med mindre anmärkning.

Resultatet av kontrollen visar att arbetet med individuella utvecklingsplaner är etablerat inom samtliga avdelningar och att planer i huvudsak finns upprättade. Sammantaget bedöms hanteringen fungera väl och vara i linje med verksamhetens behov. Det finns dock utvecklingsbehov avseende att öka andelen medarbetare med aktuella individuella utvecklingsplaner.

Åtgärder

- Säkerställ att individuella utvecklingsplaner uppdateras minst en gång årligen
- Säkerställ upprättande och/eller revidering av utvecklingsplaner i samband med nyanställda medarbetare och vid chefsbyten