



Socialnämnden

## Socialnämnden

kallas härmed till sammanträde **torsdagen den 26 mars 2026 kl. 08:45**  
**i Sessionssalen, Nämndhuset.**

### Hålltider för sammanträdet

08.45 – 09.15	Budgetuppföljning 2026 – <i>Ingrid Nilsson</i>
09.15 – 09.35	Delegationsbeslut för granskning – <i>Eva Nordin Silén</i>
09.35 – 09.50	<b>Paus</b>
09.50 – 10.20	Kvalitetsberättelse 2025 – <i>Kalle Engfors</i> inkl. frågor
10.20 – 11.05	Patientsäkerhetsberättelse 2025 – <i>Anders Engelholm, Jens Hallner</i> inkl. frågor
11.05 – 11.25	Uppföljning medarbetarenkät och systematiskt arbetsmiljöarbete – Stöd och insatser – <i>Jens Hallner</i>
11.25 – 11.55	Brukarundersökning arbetsprocess – <i>Elisabeth Sjölander, Eva Forslöf</i> inkl. frågor
12.00 – 13.15	<b>Paus för lunch</b>
13.15 – 13.40	SSPF – socialtjänst, skola, polis och fritid – samverkan kring brotts- och drogförebyggande arbete – <i>Helene Brändström</i>
13.40 – 13.55	Uppföljning – handlingsplan med anledning av lång väntelista till demens- och äldreboende – <i>Ingrid Nilsson</i>
13.55 – 14.05	Information från förvaltningen
14.05 – 14.15	Information från ordförande
14.15 – 14.30	Ärendegenomgång
14.30	Beslutsmöte

### Föredragningslista

1. Val av justerare
2. Fastställande av dagordning
3. Informationsärenden 2026
4. Budgetuppföljning 2026
5. Socialnämndens mål, nyckelaktiviteter och indikatorer 2027
6. Kvalitetsberättelse 2025
7. Patientsäkerhetsberättelse 2025
8. Uppföljning medarbetarenkät och systematiskt arbetsmiljöarbete - Stöd och insatser
9. Riktade statsbidrag gällande habiliteringsersättning 2026
10. Återrapport - Riktade statsbidrag gällande habiliteringsersättning 2025
11. Revisionsrapport - Uppföljning av tidigare granskning av hemtjänst
12. Revisionsrapport - Granskning av rekryteringsprocessen
13. Riktlinje - Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
14. Uppdrag och planeringslista 2026

15. Anmälan av delegationsbeslut 2026
16. Ärenden för kännedom 2026
17. Eventuellt tillkommande ärende

Krister Mc Carthy  
ordförande

**Socialförvaltningen**

Ingrid Nilsson, 0611-34 85 75

ingrid.nilsson@harnosand.se

Socialnämnden

## Budgetuppföljning februari 2026

### Förslag till beslut

Socialförvaltningen föreslår Socialnämnden besluta

att godkänna informationen och lägga den till handlingarna.

### Beskrivning av ärendet

Socialförvaltningen genom ekonomi- och kommunledningsavdelningen sammanställer efter varje avslutad månad en ekonomisk månadsrapport. Ärendet avser redovisning av aktuell budgetuppföljning för nämndens verksamheter. Uppföljningen syftar till att ge en samlad bild av det ekonomiska utfallet i förhållande till beslutad budget. I redovisningen belyses större avvikelser, bakomliggande orsaker och vidtagna eller planerade åtgärder.

Redovisningen utgör underlag för nämndens uppföljningsansvar och för att vid behov kunna besluta om åtgärder för att nå en ekonomi i balans.

### Bedömning

Att nämnden behandlar budgetuppföljningen ger förbättrade förutsättningar för ekonomisk kontroll, uppföljning av verksamheten samt möjlighet att i ett tidigt skede besluta om åtgärder vid avvikelser från budget. Det stärker även nämndens ansvarstagande och bidrar till god ekonomisk hushållning.

Några direkta nackdelar bedöms inte föreligga. En möjlig konsekvens är att eventuella åtgärdsbeslut kan innebära omprioriteringar eller anpassningar i verksamheten, vilket på kort sikt kan påverka planerad verksamhetsnivå.

### Beslutsunderlag

SOC - ekonomisk månadsrapport februari 2026.

Åtterrapporering av kostnadsutveckling placeringar barn och familj, februari 2026.

Ingrid Nilsson  
Förvaltningschef

# Ekonomi februari nämnd

2026-03-26



Härnösands  
kommun

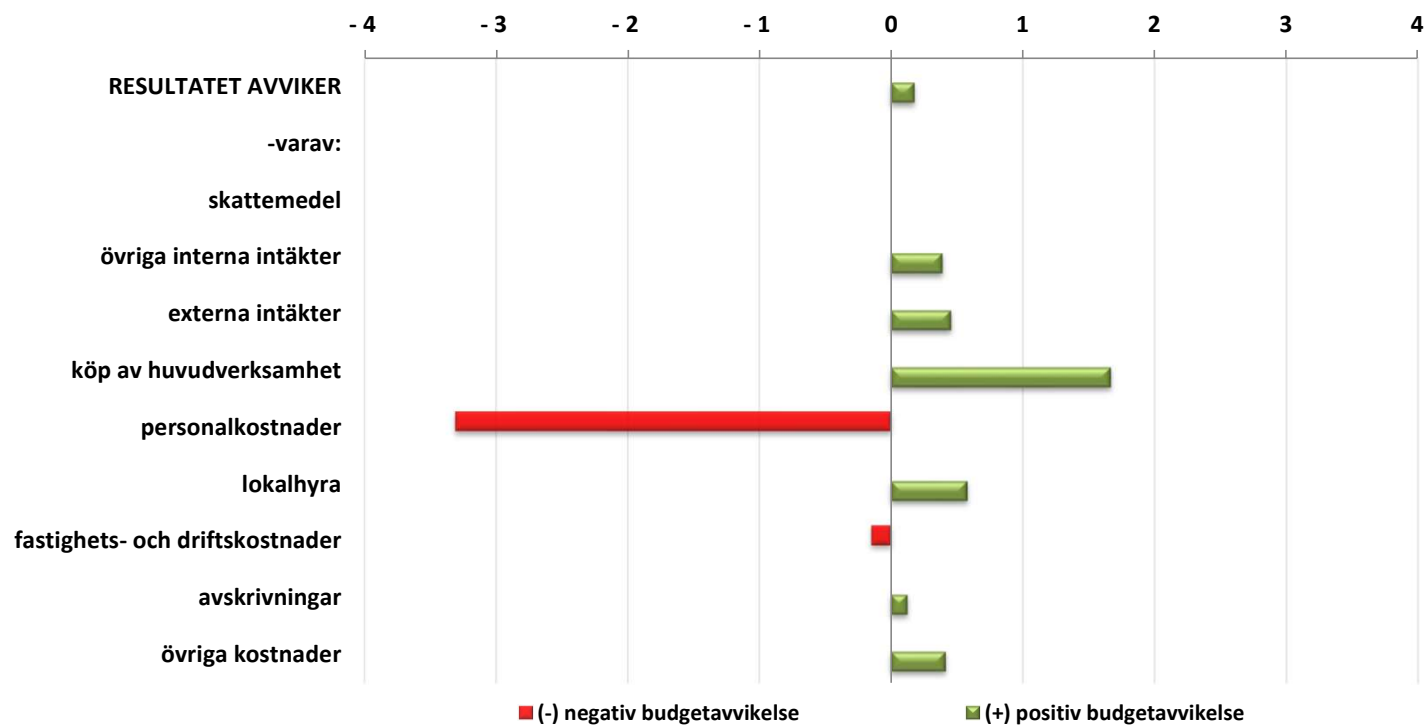
# Uppföljning



Härnösands  
kommun

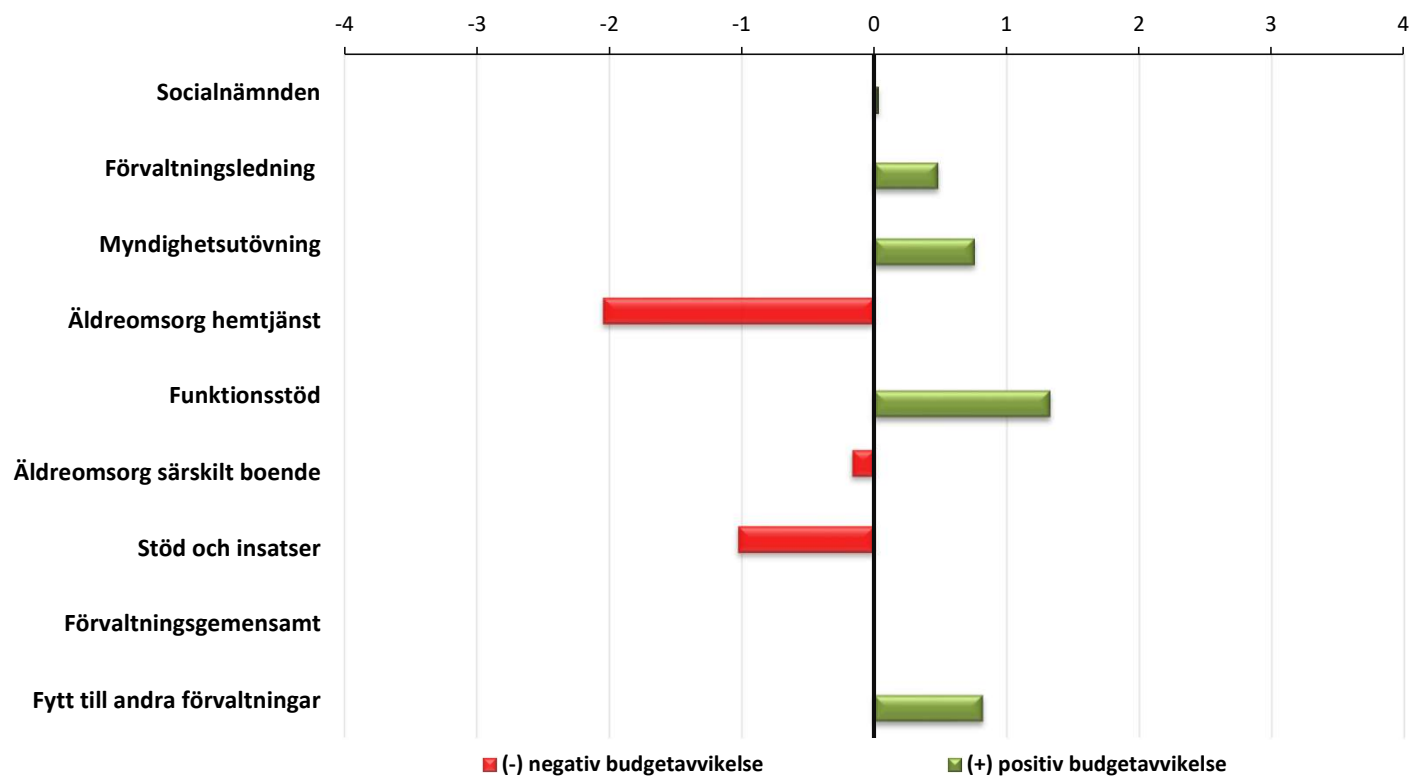
## Socialnämndens budgetavvikelse jan-feb 2026 (mnkr)

### Intäkter & Kostnader



## Socialnämndens budgetavvikelse jan-feb 2026 (mnkr)

### Verksamhet



# Myndighetsutövning

**Utfall + 0,8 mnkr**

Barn o familj +0,4 mnkr

**Lägre kostnader placeringar**

Ekonomi o vuxen +0,6

**Högre intäkter Migrationsverket**

**Lägre kostnader placeringar**

Ledning -0,4 mnkr

**Högre kostnader för lämnade bidrag**

Biståndsenheten + 0,1 mnkr

**Lägre personalkostnader**

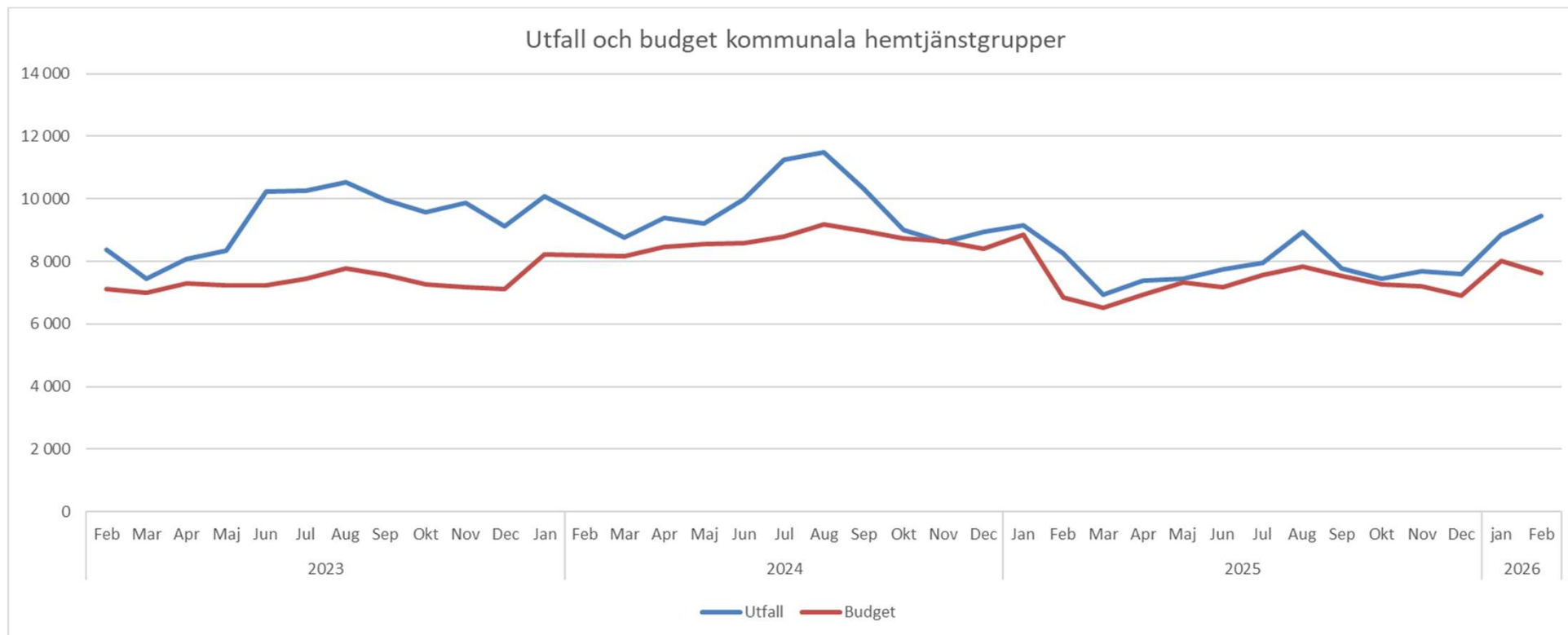


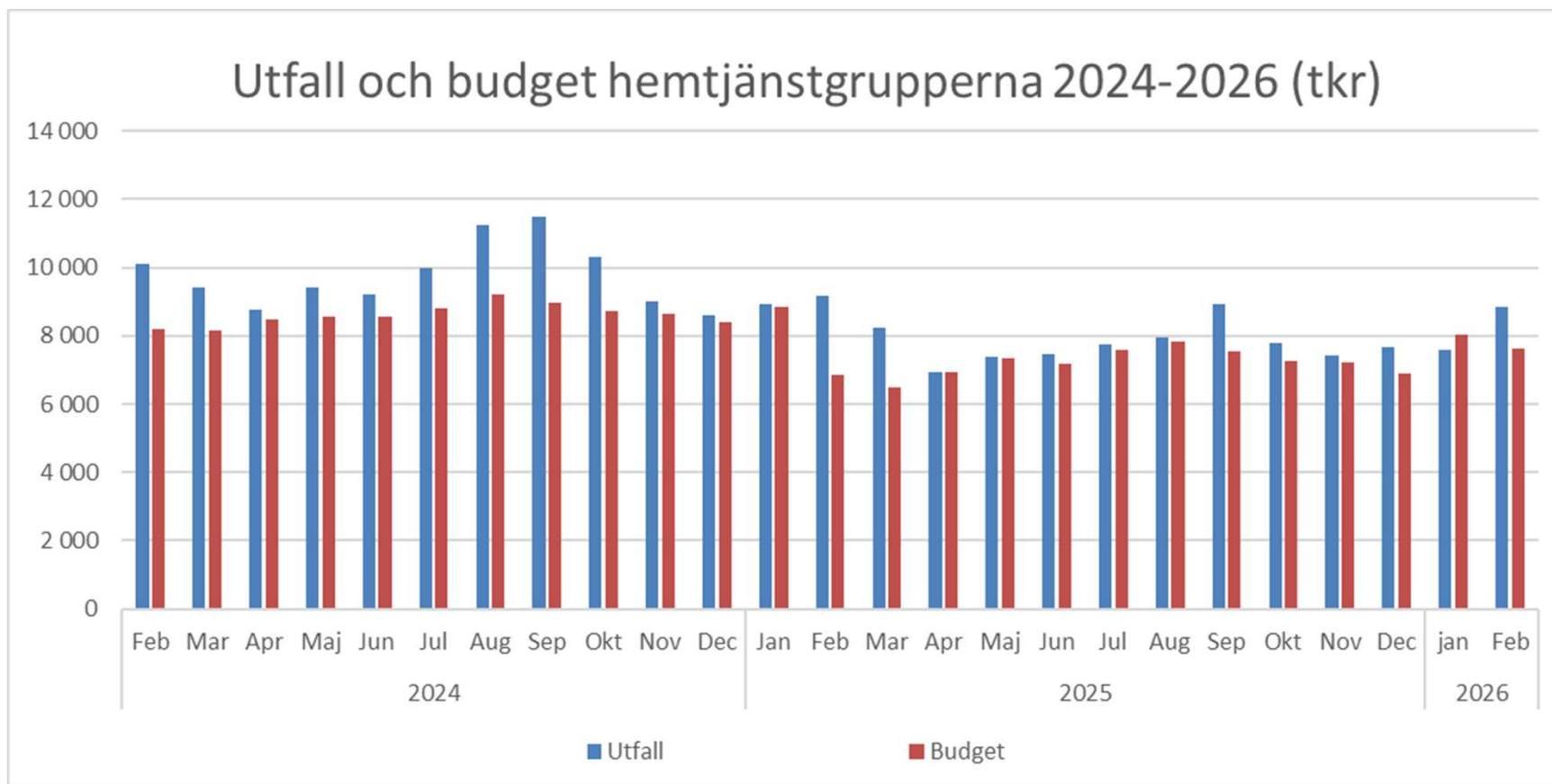
# Hemtjänst

## Utfall – 2,0 mnkr

- **Kommunal hemtjänst – 2,1 mnkr**
  - Högre personalkostnader – 2,5 mnkr
  - Hemtjänstpeng – 0,2 mnkr
  - Intäkter ÄO-lyftet + 0,6 mnkr
- **Extern hemtjänst + 0,1 mnkr**
- **Nattpatrullen +/- 0,0 mnkr**
- **Hemtjänstpeng o matdistribution + 0,4 mnkr**
  - Hemtjänstpeng + 0,3 mnkr (+ 0,2 kommunal + 0,1 extern)
  - Taxor o avgifter + 0,1 mnkr
  - Måltider + 0,1 mnkr
- **Korttidsenheten - 0,3 mnkr**
  - Högre personalkostnader – 0,4 mnkr
  - Högre intäkter + 0,1 mnkr







# Funktionsstöd

Budgetuppföljning 2026 (tkr)	Resultat jan 2026	Resultat ack feb 2026	Differens föregående månad
<b>Funktionsstöd och sysselsättning</b>	<b>-13</b>	<b>1 331</b>	<b>1 344</b>
- Egna boenden och daglig verksamhet	202	723	520
- Individuella insatser	32	80	49
- Externa placeringar	8	328	320
- Sysselsättning	-255	200	455

# Stöd och insatser

(Tidigare verksamheter som tillhörde Hälso o sjukvård och hitflyttade verksamheterna Bogården, Dagverksamhet, Anhörigstöd, Fältarna samt Arbete och Mottagning)

## Utfall – 1,0 mnkr

- **Bogården – 0,4 mnkr**  
Lägre intäkter än budgeterat
- **Arbete o mottagning – 0,5 mnkr**  
Högre personalkostnader än budgeterat  
Ej uppbokade intäkter

Budgetuppföljning 2026 (tkr)	Resultat jan 2026	Resultat ack feb 2026	Differens föregående månad
<b>Stöd och insatser</b>	<b>208</b>	<b>-1 029</b>	<b>-1 236</b>
- Stöd och insatser ledning	-146	-371	-226
- Hälso- och sjukvård	251	68	-183
- Förebyggande och lärande	80	70	-11
- Bedömnings o insatsteam	57	-47	-104
- Individ o familjebehandling	-130	-229	-99
- Arbete och mottagning	95	-519	-614

<b>Sjuklön</b>	Utfall jan-dec 2022	Utfall jan-dec 2023	Utfall jan-dec 2024	Utfall jan-dec 2025	Utfall jan-feb 2026	feb-26 uppräknat helår
<b>74 - Socialförvaltning</b>	<b>-10 605</b>	<b>-10 276</b>	<b>-9 625</b>	<b>-10 111</b>	<b>-1 655</b>	<b>-9 930</b>
742 - Förvaltningsledning	-346	-468	-42	-152	-30	-180
743 - Myndighetsutövning	-523	-484	-404	-342	-40	<b>-237</b>
744 - Äldreomsorg hemtjänst	-3 171	-3 228	-2 733	-3 222	-517	<b>-3 100</b>
745 - Funktionsstöd	-2 466	-2 427	-1 982	-2 206	-321	<b>-1 925</b>
746 - Äldreomsorg särskilt boende	-3 520	-3 199	-3 396	-3 247	-630	<b>-3 778</b>
747 - Stöd och insatser	-578	-470	-620	-552	-118	<b>-710</b>
748 - Internt stöd			-389	-177	0	<b>0</b>
749 - Stöd o förebyggande			-58	-213	0	<b>0</b>

**ovan belopp är exklusive PO, detta då PO höjts och sänkts åren emellan**

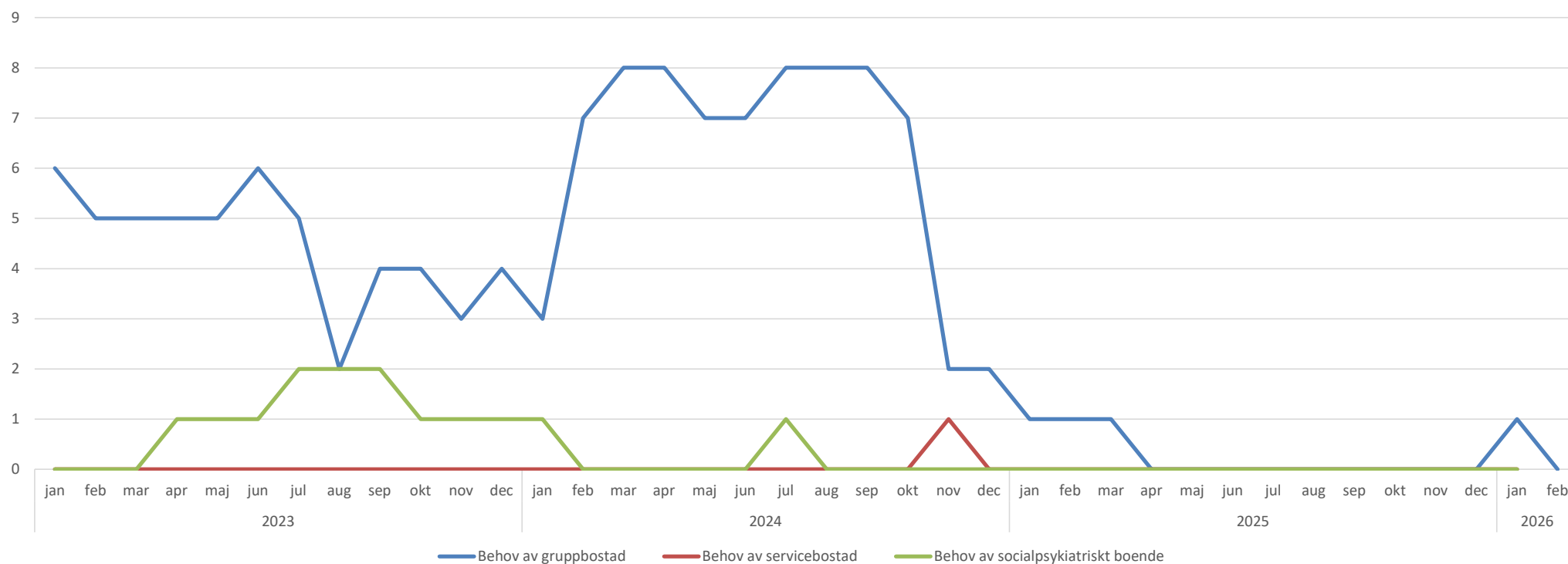
verksamheterna under 748 samt 749 låg 2022 och 2023 under 742 Förvaltningsledning, och från 2026 finns verksamheterna under 742 och 747

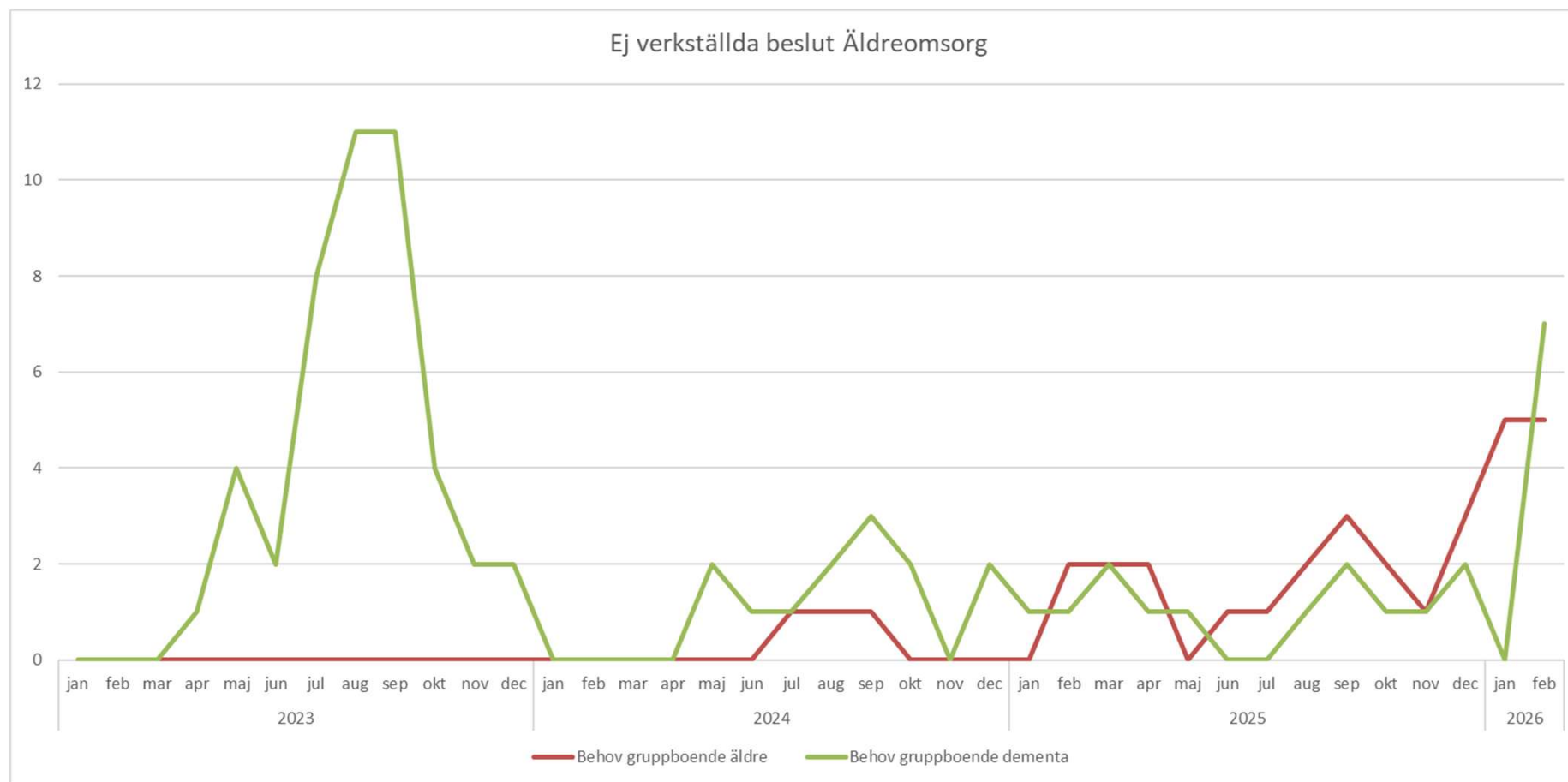
<b>Övertid</b>	Utfall jan-dec 2022	Utfall jan-dec 2023	Utfall jan-dec 2024	Utfall jan-dec 2025	Utfall jan-feb 2026	feb-26 uppräknat helår
<b>74 - Socialförvaltning</b>	<b>-6 698</b>	<b>-6 110</b>	<b>-4 737</b>	<b>-5 578</b>	<b>-1 733</b>	<b>-10 400</b>
741 - Socialnämnd	-12	-10	-10	0	0	<b>0</b>
742 - Förvaltningsledning	-15	-354	0	0	-9	<b>-56</b>
743 - Myndighetsutövning	-191	-323	-230	-268	-65	<b>-391</b>
744 - Äldreomsorg hemtjänst	-2 315	-1 939	-1 233	-1 347	-778	<b>-4 665</b>
745 - Funktionsstöd	-1 925	-1 483	-977	-1 083	-279	<b>-1 675</b>
746 - Äldreomsorg särskilt boende	-1 370	-1 180	-1 396	-1 990	-421	<b>-2 528</b>
747 - Stöd och insatser	-870	-822	-674	-874	-181	<b>-1 084</b>
748 - Internt stöd			-214	-18	0	<b>0</b>
749 - Stöd o förebyggande			-3	-3	0	<b>0</b>

**ovan belopp är exklusive PO, detta då PO höjts och sänkts åren emellan**

verksamheterna under 748 samt 749 låg 2022 och 2023 under 742 Förvaltningsledning, och från 2026 finns verksamheterna under 742 och 747

## Ej verkställda beslut Funktionsstöd





Budgetuppföljning 2026 (tkr)	Resultat jan 2026	Resultat ack feb 2026	Differens föregående månad
<b>Socialnämnden</b>	<b>28</b>	<b>30</b>	<b>2</b>
<b>Förvaltningsledning</b>	<b>-143</b>	<b>483</b>	<b>626</b>
- Soc ledning	-436	-234	202
- Hospice och Utskrivningsklara	-41	-95	-53
- Förvaltningsstab	-132	-122	10
- Pers ass enl LSS	467	934	468
<b>Myndighetsutövning</b>	<b>636</b>	<b>759</b>	<b>123</b>
- Myndighetsutövn ledning	37	-383	-420
- Barn- och familjeenhet	471	440	-30
- Ekonomi- och vuxenenhet (exkl försörjningsstöd)	104	458	354
- Försörjningsstöd	-54	145	198
- Biståndsenhet	78	99	21
<b>Äldreomsorg hemtjänst</b>	<b>-956</b>	<b>-2 049</b>	<b>-1 093</b>
- Kommunal hemtjänst	-1 209	-2 146	-937
- Nattpatrull	-63	-45	18
- Hemtjänstpeng & matdistribution, inkl extern hemtj	417	470	54
- varav Extern hemtjänst	-84	53	136
- Korttidsenheten	-100	-328	-228
<b>Funktionsstöd och sysselsättning</b>	<b>-13</b>	<b>1 331</b>	<b>1 344</b>
- Egna boenden och daglig verksamhet	202	723	520
- Individuella insatser	32	80	49
- Externa placeringar	8	328	320
- Sysselsättning	-255	200	455
<b>Äldreomsorg särskilt boende</b>	<b>-418</b>	<b>-168</b>	<b>250</b>
<b>Stöd och insatser</b>	<b>208</b>	<b>-1 029</b>	<b>-1 236</b>
- Stöd och insatser ledning	-146	-371	-226
- Hälso- och sjukvård	251	68	-183
- Förebyggande och lärande	80	70	-11
- Bedömnings o insatsteam	57	-47	-104
- Individ o familjebehandling	-130	-229	-99
- Arbete och mottagning	95	-519	-614
<b>Flytt till andra förvaltningar</b>	<b>412</b>	<b>821</b>	<b>410</b>
<b>Förvaltningsgemensamt</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Summa</b>	<b>-246</b>	<b>180</b>	<b>425</b>

# Frågor och Synpunkter



Härnösands  
kommun

# Ekonomi februari nämnd

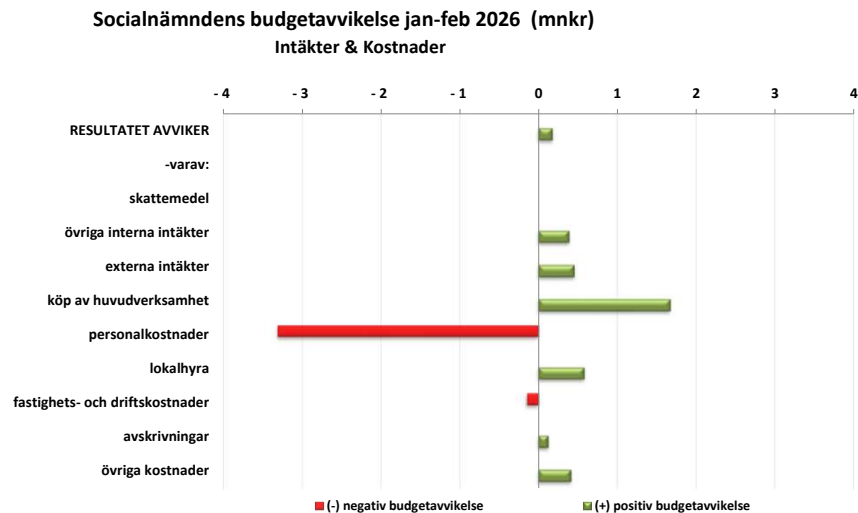
2026-03-26



Härnösands  
kommun



Härnösands  
kommun



Socialnämndens resultat per sista februari **+ 0,2 mnr** (faktiskt avvikelse -0,6 mnr) i budgeten ligger 0,8 mnr avsatta för verksamheter som har flyttats till andra förvaltningar (KS). Då kostnaderna inte längre belastar Socialnämnden innebär detta att resultatet framstår som 0,8 mnr bättre än det underliggande utfallet. Effekten påverkar redovisningen löpande varje månad och motsvarar totalt 4,3 mnr på helår.

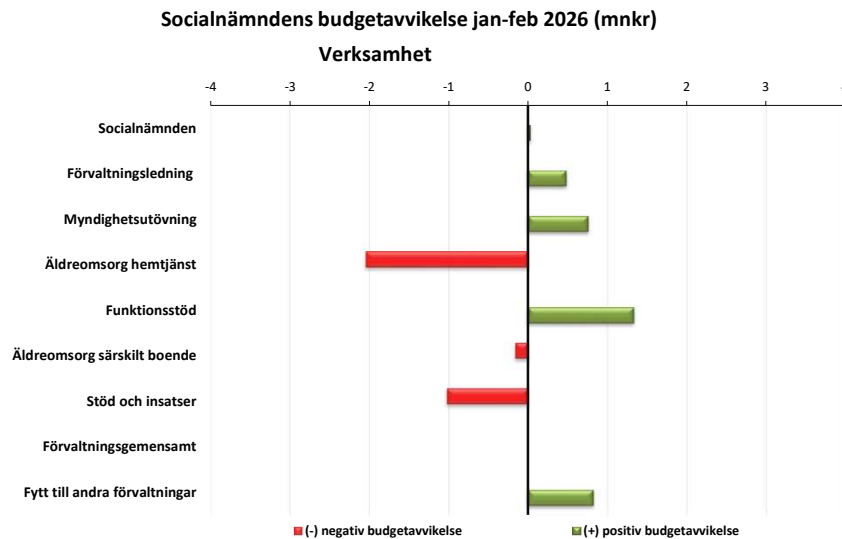
**Övriga interna intäkter** avviker med **+0,4 mnr**. **Externa intäkter** avviker med **+0,5 mnr**.

Kostnaderna för **köp av huvudverksamhet** avviker med **+ 1,7 mnr**.

Årets två första månader visar lägre placeringskostnader än budgeterat. Kostnaderna för sjuklön inom personlig assistans avviker positivt med 0,4 mnr men förväntas följa budget innan årets slut.

**Personalkostnaderna** avviker med **-3,3 mnr**, och den största avvikelsen är inom hemtjänsten. För Socialnämnden blev det 0,9 mnr i kostnad för sparade semesterdagar som betalades ut i februari. Utöver det så bidrar avvikelsen för övertidskostnaderna med 1,9 mnr.

Avvikelsen på **övriga kostnader** är **+0,4 mnr**



Verksamhetsområdet **Förvaltningsledning** avviker med **+ 0,5** mnr. Under 2026 redovisas kostnaderna för personlig assistans här och dessa visar en positiv budgetavvikelse om 0,9 mnr, främst på grund av lägre kostnader för sjuklöner samt för ersättningen till Försäkringskassan. De positiva avvikelserna förväntas inte fortsätta.

**Myndighetsutövning** avviker med **+0,8** mnr.

Verksamhetsområdet **Äldreomsorg hemtjänst** avviker med **- 2,0** mnr och de är främst personalkostnader (-3,2 mnr) Intäkter för ÄO lyftet är högre än budgeterat.

**Funktionsstöd** avviker med **+1,3** mnr. Det är personalkostnader, hyreskostnader och placeringar som avviker positivt.

**Äldreomsorg särskilt boende** avviker **- 0,2** mnr.

**Stöd och insatser** avviker **-1,0** mnr

**Flytt till andra förvaltningar** **+ 0,8** mnr

# Myndighetsutövning

Utfall + 0,8 mnkr

Barn o familj +0,4 mnkr

Lägre kostnader placeringar

Ekonomi o vuxen +0,6

Högre intäkter Migrationsverket

Lägre kostnader placeringar

Ledning -0,4 mnkr

Högre kostnader för lämnade bidrag

Biståndsenheten + 0,1 mnkr

Lägre personalkostnader



## Myndighetsutövning

Verksamhetsområdet Myndighetsutövning redovisar en positiv avvikelse jämfört med budget om + **0,8** mnkr.

Hela **Barn och familj** visar ett överskott på 0,4 mnkr och det är främst lägre placeringskostnader och högre personalkostnader efter två månader.

**Ekonomi och vuxen** +0,6 mnkr och de är främst högre intäkter än budgeterat från Migrationsverket samt lägre kostnader för placeringar.

**Ledning** -0,4 mnkr, avvikelsen beror på att hela kostnaden för bidraget till Café Trädgården bokfördes i februari, den kommer att periodiseras om från mars.

**Biståndsenheten** +0,1 mnkr

# Hemtjänst

## Utfall – 2,0 mnkr

- **Kommunal hemtjänst – 2,1 mnkr**
  - Högre personalkostnader – 2,5 mnkr
  - Hemtjänstpeng – 0,2 mnkr
  - Intäkter ÄO-lyftet + 0,6 mnkr
- **Extern hemtjänst + 0,1 mnkr**
- **Nattpatrullen +/- 0,0 mnkr**
- **Hemtjänstpeng o matdistribution + 0,4 mnkr**
  - Hemtjänstpeng + 0,3 mnkr (+ 0,2 kommunal + 0,1 extern)
  - Taxor o avgifter + 0,1 mnkr
  - Måltider + 0,1 mnkr
- **Korttidsheten - 0,3 mnkr**
  - Högre personalkostnader – 0,4 mnkr
  - Högre intäkter + 0,1 mnkr



## Hemtjänst

(Kommunal hemtjänst + Nattpatrull + Hemtjänstpeng o Matdistribution + Korttidsheten)

Hemtjänsten redovisar efter två månader ett underskott om **-2,0** mnkr.

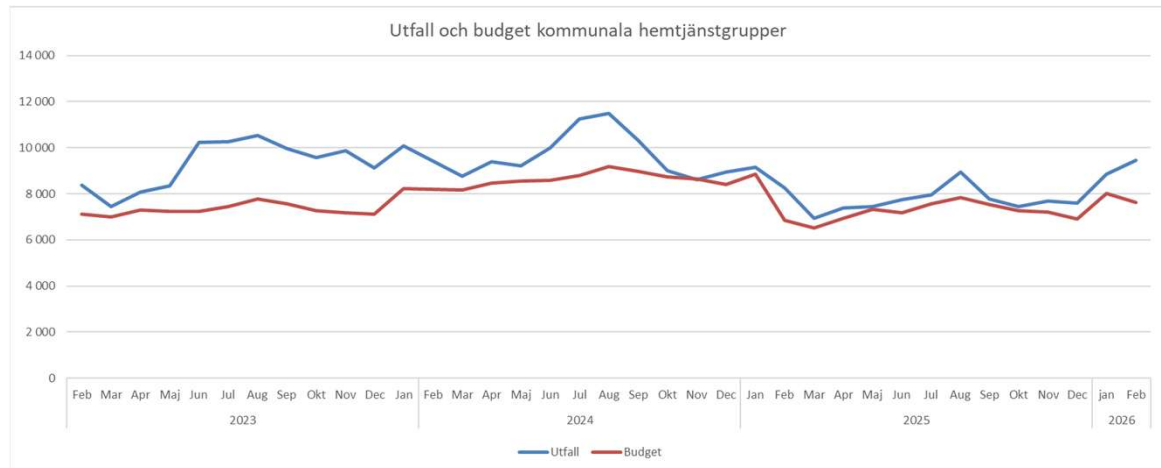
**Kommunala hemtjänsten** visar ett underskott om **-2,1** mnkr. Personalkostnaderna avviker – 2,5 mnkr. Några förklaringar till avvikelsen är det ökade behovet av extrapersonal samt övertid i december på grund av stormen Johannes (kostnader som bokfördes i januari). Kostnader under februari för ej utbetalda semesterdagar i grupperna uppgår till 0,2 mnkr. Deltagande i uppdragsutbildning har krävt vikarier och även övertid till en total kostnad om nästan 0,7 mnkr, men kostnaderna kopplade till uppdragsutbildningen väntas täckas av ersättning från Utfallsfonden. Flera enheter har också haft ökat antal brukare en period vilket krävt extra personal. Hemtjänstpengen avviker med - 0,2 mnkr och intäkter för ÄO lyftet bidrar med + 0,6 mnkr.

**Nattpatrullen +/- 0,0** mnkr.

**Hemtjänstpeng o matdistribution + 0,4** mnkr. Hemtjänstpeng är den ersättning som betalas ut för utförd tid hos brukare till både privata och kommunala utförare. Den avviker med 0,3 mnkr per sista februari (+ 0,2 mnkr till egna samt – 0,1 mnkr till

externa).

**Korttidsheten – 0,3** mnkr per sista februari och de beror på högre personalkostnader än budgeterat.



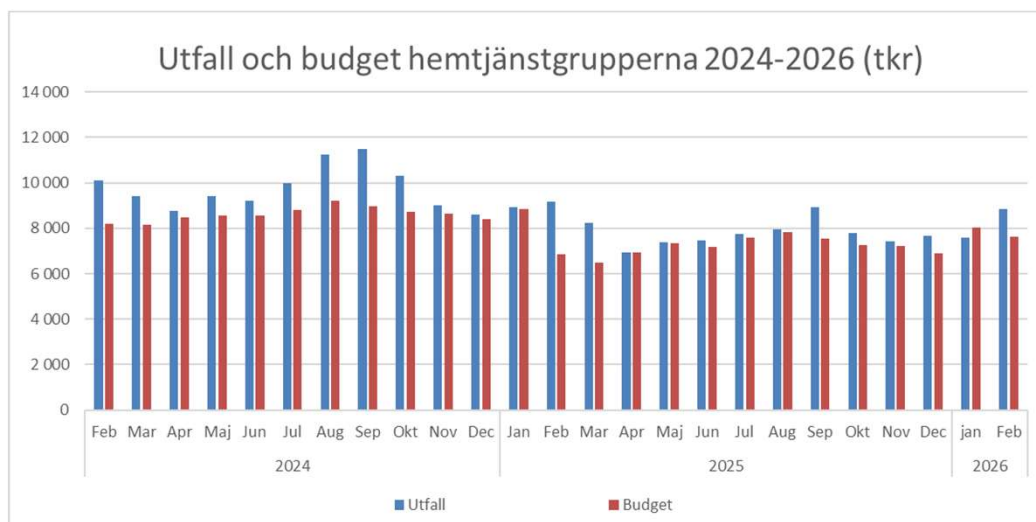
Denna bild visar utfall och budget för hemtjänstgruppernas personalkostnader från 2023 och framåt.

Från februari 2025 är det stora besparingar inlagda, vilket syns på den röda linjen som viker ner i februari. För 2026 är budgeten högre vilket syns på kurvorna som går upp i januari. (skalan är i tkr)

Kostnaderna brukar gå ner i februari, jämfört med januari, till stor del p.g.a. att det är mycket storhelgs-ersättning kopplat till jul och nyår som betalas ut i januari. Men i år går kostnaderna upp i februari.

Budgeten tog tidigare år inte hänsyn till det (syns genom att den röda budgetlinjen är rak mellan januari och februari 2023 och 2024), men gör det från 2025. Dock är den största förklaringen till att den röda linjen viker ner så kraftigt efter januari 2025 de besparingar som är inlagda från februari och resten av året.

Något annat som också är bra att tänka på är att för 2024 var personalomkostnadspålägget (PO) 47,2%, medans det för 2025 är 40,24%. Den stora sänkningen åren emellan gör att en del av att linjerna ligger på en lägre nivå 2025 beror på den sänkta PO:n. För 2026 är PO:n 40,51%



Bilden visar utfall och budget för hemtjänstgruppernas personalkostnader från 2024 och framåt.

Från februari 2025 är det stora besparingar inlagda, vilket syns på de röda staplarna blir lägre från februari. Från 2026 är budgeten högre.

Kostnaderna brukar gå ner i februari, jämfört med januari, till stor del p.g.a. att det är mycket storhelgs-ersättning kopplat till jul och nyår som betalas ut i januari. Men i år går kostnaderna upp i februari.

Budgeten tog tidigare år inte hänsyn till det (syns genom att den röda budgetlinjen är rak mellan januari och februari 2023 och 2024), men gör det från 2025. Dock är den största förklaringen till att den röda linjen viker ner så kraftigt efter januari 2025 de besparingar som är inlagda från februari och resten av året.

Något annat som också är bra att tänka på är att för 2024 var personalomkostnadspålägget (PO) 47,2%, medans det för 2025 är 40,24%. Den stora sänkningen åren emellan gör att en del av att linjerna ligger på en lägre nivå 2025 beror på den sänkta PO:n. För 2026 är PO:n 40,51%

# Funktionsstöd

Budgetuppföljning 2026 (tkr)	Resultat jan 2026	Resultat ack feb 2026	Differens föregående månad
<b>Funktionsstöd och sysselsättning</b>	<b>-13</b>	<b>1 331</b>	<b>1 344</b>
- Egna boenden och daglig verksamhet	202	723	520
- Individuella insatser	32	80	49
- Externa placeringar	8	328	320
- Sysselsättning	-255	200	455

Verksamhetsområdet visar efter två månader **+ 1,3** mnkr.

**Externa placeringar** avviker **+ 0,3** mnkr.

**Egna boenden och daglig verksamhet** visar **+ 0,7** mnkr.

**Individuella insatser** avviker **+ 0,1** mnkr.

**Sysselsättning** avviker med **+0,2** mnkr

# Stöd och insatser

(Tidigare verksamheter som tillhörde Hälso o sjukvård och hitflyttade verksamheterna Bogården, Dagverksamhet, Anhörigstöd, Fältarna samt Arbete och Mottagning)

## Utfall – 1,0 mnkr

- **Bogården – 0,4 mnkr**  
Lägre intäkter än budgeterat
- **Arbete o mottagning – 0,5 mnkr**  
Högre personalkostnader än budgeterat  
Ej uppbokade intäkter

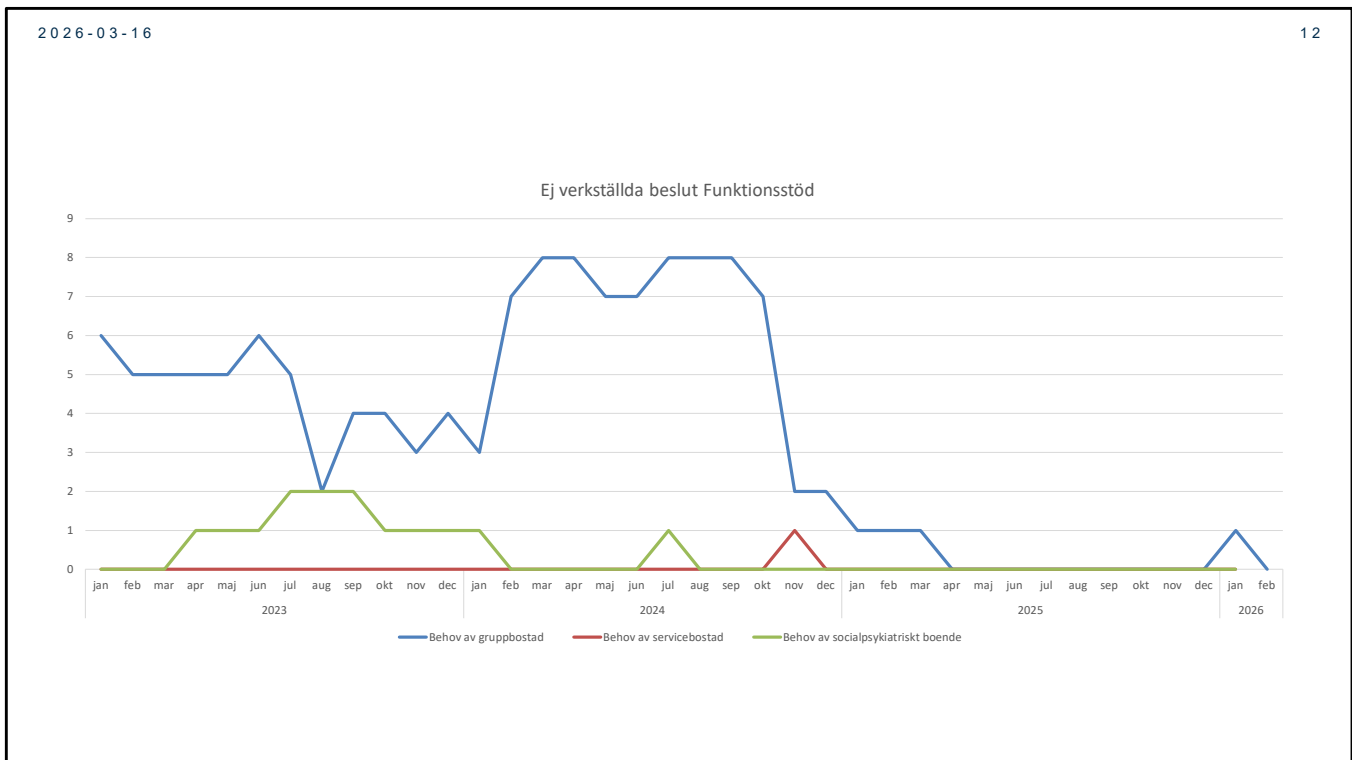
Budgetuppföljning 2026 (tkr)	Resultat jan 2026	Resultat ack feb 2026	Differens föregående månad
<b>Stöd och insatser</b>	<b>208</b>	<b>-1 029</b>	<b>-1 236</b>
- Stöd och insatser ledning	-146	-371	-226
- Hälso- och sjukvård	251	68	-183
- Förebyggande och lärande	80	70	-11
- Bedömnings o insatsteam	57	-47	-104
- Individ o familjebehandling	-130	-229	-99
- Arbete och mottagning	95	-519	-614

**Stöd och insatser** visar – **1,0** mnkr efter två månader. Inom verksamhetsområdet Stöd och insatser (tidigare Hälso o sjukvård) har det tillkommit verksamheterna Bogården, Dagverksamhet, Anhörigstöd , Fältarna samt Arbete och Mottagning.

<b>Sjuklön</b>	Utfall jan-dec 2022	Utfall jan-dec 2023	Utfall jan-dec 2024	Utfall jan-dec 2025	Utfall jan-feb 2026	feb-26 uppräknat helår
<b>74 - Socialförvaltning</b>	<b>-10 605</b>	<b>-10 276</b>	<b>-9 625</b>	<b>-10 111</b>	<b>-1 655</b>	<b>-9 930</b>
742 - Förvaltningsledning	-346	-468	-42	-152	-30	-180
743 - Myndighetsutövning	-523	-484	-404	-342	-40	-237
744 - Äldreomsorg hemtjänst	-3 171	-3 228	-2 733	-3 222	-517	-3 100
745 - Funktionsstöd	-2 466	-2 427	-1 982	-2 206	-321	-1 925
746 - Äldreomsorg särskilt boende	-3 520	-3 199	-3 396	-3 247	-630	-3 778
747 - Stöd och insatser	-578	-470	-620	-552	-118	-710
748 - Internt stöd			-389	-177	0	0
749 - Stöd o förebyggande			-58	-213	0	0
<i>ovan belopp är exklusive PO, detta då PO höjts och sänkts åren emellan</i>						
<i>verksamheterna under 748 samt 749 låg 2022 och 2023 under 742 Förvaltningsledning, och från 2026 finns verksamheterna under 742 och 747</i>						
<b>Övertid</b>	Utfall jan-dec 2022	Utfall jan-dec 2023	Utfall jan-dec 2024	Utfall jan-dec 2025	Utfall jan-feb 2026	feb-26 uppräknat helår
<b>74 - Socialförvaltning</b>	<b>-6 698</b>	<b>-6 110</b>	<b>-4 737</b>	<b>-5 578</b>	<b>-1 733</b>	<b>-10 400</b>
741 - Socialnämnd	-12	-10	-10	0	0	0
742 - Förvaltningsledning	-15	-354	0	0	-9	-56
743 - Myndighetsutövning	-191	-323	-230	-268	-65	-391
744 - Äldreomsorg hemtjänst	-2 315	-1 939	-1 233	-1 347	-778	-4 665
745 - Funktionsstöd	-1 925	-1 483	-977	-1 083	-279	-1 675
746 - Äldreomsorg särskilt boende	-1 370	-1 180	-1 396	-1 990	-421	-2 528
747 - Stöd och insatser	-870	-822	-674	-874	-181	-1 084
748 - Internt stöd			-214	-18	0	0
749 - Stöd o förebyggande			-3	-3	0	0
<i>ovan belopp är exklusive PO, detta då PO höjts och sänkts åren emellan</i>						
<i>verksamheterna under 748 samt 749 låg 2022 och 2023 under 742 Förvaltningsledning, och från 2026 finns verksamheterna under 742 och 747</i>						

Ovan bilder visar nämndens kostnader för sjuklöner och övertid exklusive PO. En kolumn med utfallet per sista februari och en som visar hur det skulle bli uppräknat helår.

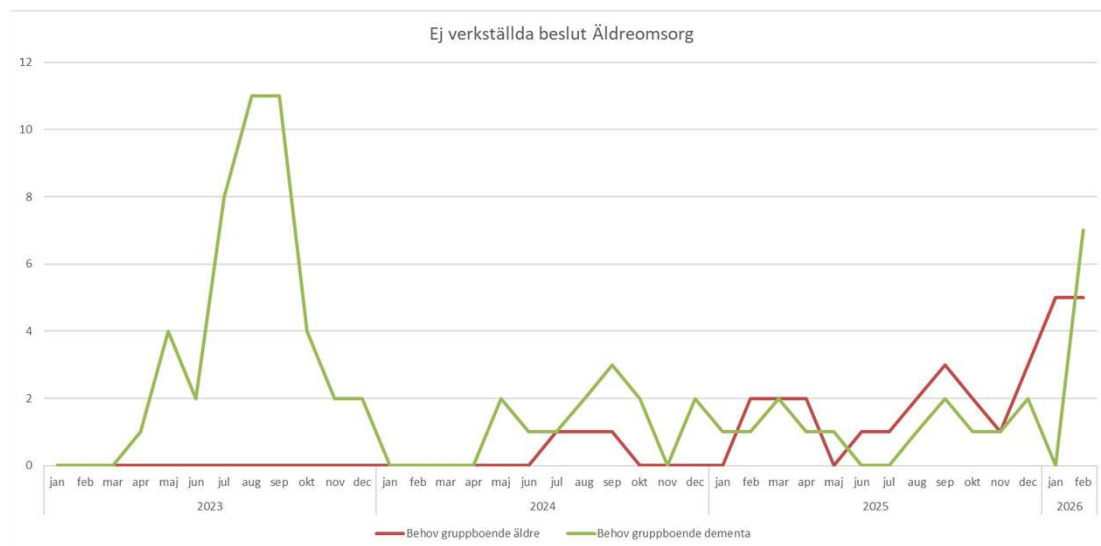
Då utfallet för övertid var väldigt högt i både januari och februari så ger det att en uppräkning till helår ger ett högt belopp.



Diagrammet ovan visar ej verkställda beslut inom Funktionsstöd från januari 2023 fram till nu.

(Det är 0 ej verkställda beslut i samtliga kategorier för apr-nov, vilket förklarar att det bara syns en linje på 0)

**Observera** att det som redovisas är dem som väntat mer än tre månader. Om någon väntat mer än tre månader och tackat nej så syns dem inte här.



Diagrammet ovan visar ej verkställda beslut inom Äldreomsorgen från januari 2023 fram till nu.

**Observera** att det som redovisas är dem som väntat mer än tre månader. Om någon väntat mer än tre månader och tackat nej så syns dem inte här.

2026-03-16

14

Budgetuppföljning 2026 (tkr)	Resultat jan 2026	Resultat ack feb 2026	Differens föregående månad
<b>Socialnämnden</b>	<b>28</b>	<b>30</b>	<b>2</b>
<b>Förvaltningsledning</b>	<b>-143</b>	<b>483</b>	<b>626</b>
- Soc ledning	-436	-234	202
- Hospice och Utskrivningsklara	-41	-95	-53
- Förvaltningsstab	-132	-122	10
- Pers ass enl LSS	467	934	468
<b>Myndighetsutövning</b>	<b>636</b>	<b>759</b>	<b>123</b>
- Myndighetsutövn ledning	37	-383	-420
- Barn- och familjeenhet	471	440	-30
- Ekonomi- och vuxenenhet (exkl försörjningsstöd)	104	458	354
- Försörjningsstöd	-54	145	198
- Biståndsenhet	78	99	21
<b>Äldreomsorg hemtjänst</b>	<b>-956</b>	<b>-2 049</b>	<b>-1 093</b>
- Kommunal hemtjänst	-1 209	-2 146	-937
- Nattpatrull	-63	-45	18
- Hemtjänstpeng & matdistribution, inkl extern hemtj	417	470	54
- varav Extern hemtjänst	-84	53	136
- Korttidsenheten	-100	-328	-228
<b>Funktionsstöd och sysselsättning</b>	<b>-13</b>	<b>1 331</b>	<b>1 344</b>
- Egna boenden och daglig verksamhet	202	723	520
- Individuella insatser	32	80	49
- Externa placeringar	8	328	320
- Sysselsättning	-255	200	455
<b>Äldreomsorg särskilt boende</b>	<b>-418</b>	<b>-168</b>	<b>250</b>
<b>Stöd och insatser</b>	<b>208</b>	<b>-1 029</b>	<b>-1 236</b>
- Stöd och insatser ledning	-146	-371	-226
- Hälso- och sjukvård	251	68	-183
- Förebyggande och lärande	80	70	-11
- Bedömnings o insatsteam	57	-47	-104
- Individ o familjebehandling	-130	-229	-99
- Arbete och mottagning	95	-519	-614
<b>Flytt till andra förvaltningar</b>	<b>412</b>	<b>821</b>	<b>410</b>
<b>Förvaltningsgemensamt</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Summa</b>	<b>-246</b>	<b>180</b>	<b>425</b>

Jämförelse mellan månaderna.

# Frågor och Synpunkter



Härnösands  
kommun

# Återrapportering av kostnadsutveckling gällande placeringar inom barn och familjeenheten 2026-03-16



Helene Brändström, enhetschef Barn- och familjeenheten



Härnösands  
kommun

# Uppföljning kostnader placeringar SIS, HVB och familjehem

HVB	Utfall 2022	Utfall 2023	Utfall 2024	Utfall 2025	Utfall jan-feb 2026
<b>Motpartsstruktur</b>	<b>-15 962</b>	<b>-19 677</b>	<b>-14 311</b>	<b>-16 362</b>	<b>-1 620</b>
170 - Bogården	-3 623	-2 354	-1 712	-3 553	faktureras ej 2026, men placeringar för 600 tkr
816 - SIS	-210	-1 411	-1 959	-2 267	-44
821 - Kommuner	-173	0	-156	-422	-118
871 - Privata företag	-11 955	-15 912	-10 484	-10 121	-1 458

Familjehem egna	Utfall 2022	Utfall 2023	Utfall 2024	Utfall 2025	Utfall jan-feb 2026
<b>557 - Familjehem barn o ungdom egna totalt</b>	<b>-15 666</b>	<b>-21 016</b>	<b>-29 004</b>	<b>-33 989</b>	<b>-5 085</b>
557100 - Familjehem barn o ungdom	-15 666	-21 016	-26 574	-29 862	-4 317
557110 - Vårdnadsöverflyttade			-2 400	-4 062	-758
557120 - SFV			-30	-65	-10

Konsulentstödda familjehem	Utfall 2022	Utfall 2023	Utfall 2024	Utfall 2025	Utfall jan-feb 26
	<b>-6355</b>	<b>-8108</b>	<b>-9497</b>	<b>-9 380</b>	<b>-1 452</b>

	Utfall 2022	Utfall 2023	Utfall 2024	Utfall 2025	Utfall jan-feb 26
<b>Totala kostnader placeringar</b>	<b>-37 982</b>	<b>-48 801</b>	<b>-52 812</b>	<b>-59 730</b>	<b>-8 157</b>
<b>Intäkter Migrationsverket</b>	<b>6 057</b>	<b>7 143</b>	<b>6 171</b>	<b>3 796</b>	<b>134</b>

Dygnsavgifter (feb 2026):	kr/dygn	Förlorad arbetsinkomst (kr)	inklusive po
Konsulentstödda familjehem	1 828 - 4 460	Totalt belopp 2022	1 057 694 1 390 022
HVB - privata företag	4 720 - 10 500	Totalt belopp 2023	2 280 011 2 996 390
HVB - SIS	10 950	Totalt belopp 2024	3 759 259 4 940 418
HVB - Skyddat boende	ej aktuell feb	Totalt belopp 2025	4 085 215 5 368 790
HVB - Kommuner	2 000	Totalt belopp jan-feb 2026	592 728 778 963
		<b>11 774 907</b>	<b>15 474 582</b>

# ANALYS

## Övergripande sammanfattning:

- De senaste tre åren har vi haft en ökning av antal placeringar. Orsakerna har bland annat varit brister i omsorgen hos föräldrar och barns behov av skydd. Det har ofta rörts sig om familjer med flera barn i hushållet.
- Senaste årens inflyttning till Härnösand har också bidragit till ökning av antal placeringar. Över 30 barn som placerats senaste åren är nyinflyttade eller anvisade av migrationsverket.
- De senaste åren har många små barn placerats och barn med olika funktionsnedsättningar och/alt sjukdom. Detta har gjort att förlorad arbetsinkomst stigit då barnen inte kan vara i barnomsorg så långa dagar. Det utgår inte ersättning i form av vårdbidrag exempelvis till familjehem, varför nämnden får ersätta familjehemmen i stället.
- Det har också skett en ökning av placeringar på Statens institutionsstyrelse (SIS) pga. ungdomar med normbrytande beteende från sommaren 2024. Budget för SIS placeringar 2025 beräknades på tidigare års utfall då vi hade få och kortvariga placeringar på SIS.

## Orsak till kostnadsökningen:

- Ökning av antal placeringar innebär ökade kostnader (Inkluderat senaste årens inflyttning till Härnösand).
- Ökning av antal placeringar på SIS innebär ökade kostnader.
- Dygnsavgiften på SIS höjdes med 12,9 % från 1 januari 2025.
- Arvode, omkostnad och dygnskostnad för samtliga vårdformer har generellt ökat de senaste åren. Inför år 2023 beslutade SKR att höja arvodet till uppdragstagare. (Detta för att öka konkurrenskraften till de konsultstödda företagens ersättning) Höjningen av arvodets grundnivå blev från tidigare 6 620 kr/månaden till 11 237kr/månaden, alltså en differens med 4 617 kr/månad och placering.
- Målsättning inför 2025 var att minska antal konsultstödda familjehem och på så vis kostnaderna. Vi har inte uppnått det eftersom vi inte alltid hittat matchande familjehem via GFO och istället fått vända oss till konsultföretagen.



# FORTSÄTTNING ANALYS

- Svårare och mer komplicerade ärenden pga. psykisk ohälsa och normbrytande beteenden - svårare ärenden innebär högre dygnskostnad.
- Några individärenden som inneburit mycket höga dygnskostnader under 2024 och 2025, gäller för både HVB och familjehem.
- Svårigheter att rekrytera familjehem, brist på familjehem och fler sammanbrott leder i regel till familjehem via konsultföretag.
- Vi har en kostnadsökning pga. förlorad arbetsinkomst till familjehemmen.  
Inom samverkan gemensam familjehems organisation (GFO) har vi gemensamma riktlinjer i syfte att ge bättre förutsättningar till familjehemmen och de placerade barnen. En familjehemsföräldrar ersätts för att kunna vara hemma inledningsvis av placeringen. Syfte att öka möjligheten för familjehemmet att ge rätt stöd till barnen men också för att garantera att barnen får sina behov tillgodosedda i samband med placeringen. Även svåra och mer komplicerade ärenden kräver att någon i familjehemmet är hemma men också för att undvika sammanbrott\*.
- GFO-samverkan i sig har inneburit högre familjehemskostnader eftersom det är en satsning på barn i samhällsvård. Vi har också fått anpassa oss till varandra i förhållande till ersättningsnivå i samtliga 6 kommuner.
- För många familjehem är det också en "affärsidé" att vara familjehem och de kräver högre ersättning.

\*Definition av sammanbrott - Oplanerade avbrott i familjehemsplaceringar brukar betecknas sammanbrott. Sammanbrott definieras som en placering i dygnsvård som avslutas oplanerat, det vill säga på ett sådant sätt eller vid en sådan tidpunkt att det är uppenbart att detta inte var vad man tänkt sig från socialtjänstens sida.

**Verksamheten gör samma analys och beskrivning av orsak till kostnadsökningen som i tidigare redovisning.**



# ÅTGÄRDER

- Se över delegation för tillfällig placeringar enligt Socialtjänstlagen (SoL) i avvaktan på utredning och beslut.
- Behandlingskonferens genomförs med enhetschef, samordnare och ansvarig socialsekreterare vid placeringsnära ärenden för att se över lämpliga insatser.
- Avsätta resurser för att ytterligare granska våra kostnader i förhållande till familjehemsplaceringar.
- Avsätta resurser för att ytterligare följa upp kostnader i samband med placeringar på HVB och SIS.
- Resurserförstärkning genom ytterligare en familjehemssekreterare för att stötta familjehemmen. Sammanbrott är ett komplext problem som bland annat kan förebyggas genom utökat stöd till familjehemmen. Sammanbrott innebär instabilitet i vården för barnen. Det leder i regel också till ökade kostnader. Familjehemssekreterarna har idag inte de förutsättningarna eftersom de har ett högt antal familjehem att stötta.
- Bedriver ett aktivt arbete med att försöka köpa ut familjehem från företagen. Detta medför en högre löpande kostnad vad gäller arvode, men är ändå en stor besparing jämfört med att de ligger kvar under företagen. Kan handla om ca 60 000 kr för en månad.

Verksamheten har inga nya förslag på åtgärder utan åtgärderna är detsamma som tidigare redovisning.



**Socialförvaltningen**Ingrid Nilsson,  
ingrid.nilsson@harnosand.se

Socialnämnden

**Socialnämndens mål, nyckelaktiviteter och indikatorer  
2027****Förslag till beslut**

Socialförvaltningen föreslår Socialnämnden besluta

**att** fastställa de för 2027 föreslagna målen, nyckelaktiviteterna och indikatorerna, samt**att** delge Kommunfullmäktige beslutet.**Beskrivning av ärendet**

Härnösands kommuns målprogram beslutas för en period om fyra år.

Fullmäktige har genom sex lokala inriktningar definierat ett önskvärt framtida tillstånd som organisationen ska bidra till. Inriktningarna utgör tillsammans med reglemente och lagstiftning grund för nämndernas styrning. Socialnämnden har inför 2025 tagit fram mål, nyckelaktiviteter och indikatorer för samtliga inriktningar att löpa hela programperioden.

En ambition har varit att hålla målen så att de blir användbara på flera av nämndens verksamhetsområden samt hållbara över tid. Nyckelaktiviteter och indikatorer kan då justeras inför varje år om nämnden ser behov av det.

Arbetet för att uppnå de satta målen bedrivs med god hushållning av resurser och inom beslutad budgetram.

Genom workshop vid två tillfällen har nämnden tagit fram ett förslag till målprogram för perioden.

Nämndens mål, nyckelaktiviteter samt indikatorer för 2027 redovisas i bilaga 1.

**Bedömning****Fördelar****1. Tydlig riktning**

Mål gör det tydligt vad organisationen ska uppnå. Det skapar en gemensam riktning för politiker, ledning och verksamhet.

## **2. Koppling mellan vision och verksamhet**

Nyckelaktiviteter bryter ned övergripande mål till konkreta insatser. Det gör strategin mer praktisk och genomförbar.

## **3. Möjlighet till uppföljning**

Indikatorer gör det möjligt att mäta utveckling över tid och se om man närmar sig målen.

## **4. Transparens och ansvar**

Det blir tydligare vem som ansvarar för vad och hur resultat ska följas upp. Det stärker styrning och ansvarsutkrävande.

## **5. Underlättar prioritering**

När mål och aktiviteter är tydliga blir det lättare att prioritera resurser och fokus i organisationen.

## **Nackdelar**

### **1. Risk för överstyrning**

För många mål, aktiviteter och indikatorer kan skapa ett tungt styrsystem som tar fokus från verksamhetens kärnuppdrag.

### **2. Fokus på mätbart istället för viktigt**

Det som är lätt att mäta får ofta mer uppmärksamhet än det som faktiskt är viktigast men svårare att mäta (t.ex. kvalitet, bemötande eller tillit).

### **3. Risk för administrativ belastning**

Uppföljning, rapportering och datainsamling kan bli omfattande och ta mycket tid från verksamheten.

### **4. Kan skapa stuprör**

Om mål och indikatorer kopplas till specifika verksamheter kan det minska samverkan och helhetssyn.

### **5. Förenkling av komplexa verksamheter**

Offentlig verksamhet är ofta komplex. Ett strikt målsystem kan ge en förenklad bild av verkligheten

Ingrid Nilsson  
Förvaltningschef

## **Bilagor**

Bilaga 1 Socialnämndens mål, nyckelaktiviteter och indikatorer 2027.

Bilaga 2 Checklista inför beslut, 2026-03-10.

## Inriktningar

### Plats för alla

### Plats för tillväxt

### Modig miljökommun

### Likvärdig utbildning

### Jämställd och jämlik välfärd

### Attraktiv arbetsgivare

## Mål

Våra invånare, kvinnor och män, flickor och pojkar, ska känna sig trygga och inkluderade i samhället

Vi är väl kända för god och tillgänglig verksamhet och service för såväl kvinnor som män, flickor och pojkar

Vi bidrar till minskad miljöpåverkan och arbetar mer hållbart i allt vi gör

Vi bidrar till att fler personer, kvinnor och män, flickor och pojkar, kan ta del av mer anpassade utbildningar

I Härnösand har kvinnor och män, flickor och pojkar, samma makt att forma samhället och sina egna liv

Våra medarbetare, såväl kvinnor som män, har ett hållbart arbetsliv med en välfungerande psykosocial och fysisk arbetsmiljö

## Indikatorer

Antal deltagare som efter avslutade arbetsmarknadsåtgärder går vidare till studier eller arbete. (Könsuppdelat, Amalia)

• Antal deltagare inom daglig verksamhet (Kuben, alternativt Eva Forslöf)

• Brukarundersökning: Hur tryggt eller otryggt känns det att bo på ditt boende? (Könsuppdelat)

• Brukarundersökning: Hur tryggt eller otryggt känns det att bo hemma med stöd från hemtjänsten? (Könsuppdelat)

Brukarundersökning: Hur nöjd eller missnöjd är du sammantaget med ditt äldreboende? (Könsuppdelat)

• Brukarundersökning: Hur nöjd eller missnöjd är du sammantaget med den hemtjänst du har? (Könsuppdelat)

• Medborgarenkäten: Hur tycker du följande fungerar i din kommun - Kommunens verksamhet för personer med funktionsnedsättning

• Medborgarenkäten: Hur tycker du följande fungerar i din kommun - Socialtjänstens stöd och hjälp till utsatta personer

• Medborgarenkäten: Hur tycker du följande fungerar i din kommun - Äldreomsorg

Andel fordon som är fossilberoende (Trafikenheten, Ulf Eriksson)

• Andel trygghetsbesök som sker digitalt (Kuben, alternativt biståndsenheten)

• Antal läkemedelsbesök (Kuben)

• Antal läkemedelsautomater (Kuben)

Antal utbildade språkombud (Totalt inom förvaltningen)

• Antal individer som fått anpassad utbildning för jobbet (Äldreomsorgslyftet, trygghad välfärd)

Brukarundersökning - Brukar personalen ta hänsyn till dina åsikter och önskemål om hur hjälpen skall utföras?

• Andel av hushåll med försörjningsstöd som har hemmaboende barn? – (SKR/Ek bistånd målgruppsundersökning)

• HME – kvinnor o män behandlas jämlikt på min arbetsplats (Könsuppdelat)

HME – totalvärde (Könsuppdelat)

• HME - Min chef ger mig förutsättningar att ta ansvar i mitt arbete (Könsuppdelat)

• HME - Jag kan påverka mina beslut som rör mina arbetsuppgifter (Könsuppdelat)

• HME - Jag har möjlighet till kompetensutveckling i mitt arbete (Könsuppdelat)

• HME - Jag har ork kvar efter mitt arbetspass (Könsuppdelat)

• Sjuktal (Könsuppdelat, HR)

• Personalomsättning (HR)

## Inriktningar

### Plats för alla

#### Mål

Våra invånare, kvinnor och män, flickor och pojkar, ska känna sig trygga och inkluderade i samhället

#### Nyckelaktiviteter:

##### Fler ges \*rätt stöd i rätt tid

\* Rätt = evidensbaserat och rättssäkert stöd med hög grad av medansvar och en skälig levnadsnivå

### Plats för tillväxt

Vi är väl kända för god och tillgänglig verksamhet och service för såväl kvinnor som män, flickor och pojkar

#### •Nyckelaktiviteter:

##### •Verksamheterna tillhandahåller \*rätt förebyggande stöd

\* Rätt = evidensbaserat och rättssäkert stöd med hög grad av medansvar och en skälig levnadsnivå

##### •Våra framgångar kommuniceras mer proaktivt

•Härnösand ska vara en plats där vi vill leva livet ut, en mer trygg kommun

### Modig miljökommun

Vi bidrar till minskad miljöpåverkan och arbetar mer hållbart i allt vi gör

#### Nyckelaktiviteter:

##### Ökad kunskap om miljöfrågor

Införande av åtgärder i verksamheten för minskad miljöpåverkan

## Inriktningar

### Likvärdig utbildning

## Mål

Vi bidrar till att fler personer, kvinnor och män, flickor och pojkar, kan ta del av mer anpassade utbildningar

### Nyckelaktiviteter:

**Vi bidrar aktivt när utbildningar tas fram och utvecklas**

**Vi bidrar till att fler barn, såväl flickor som pojkar, klarar sin skolgång**

### Jämställd och jämlik välfärd

I Härnösand har kvinnor och män, flickor och pojkar, samma makt att forma samhället och sina egna liv

### Nyckelaktiviteter:

**Alla insatser ges på jämställda och jämlika villkor utifrån individuella förutsättningar och skillnader**

**Ökad kunskap om jämställdhet, jämlikhet och diskriminering**

### Attraktiv arbetsgivare

Medarbetare, såväl kvinnor som män, har ett hållbart och utvecklande arbetsliv med en välfungerande fysisk, organisatorisk och social arbetsmiljö, och god kompetens för sitt uppdrag.

### Nyckelaktiviteter:

- **Ett mer tillitsbaserat och närvarande ledarskap**
- **Förbättrad struktur i verksamheten**
- **Rätt kompetens för uppdraget**
- **En mer sund och utvecklande arbetsmiljö**



Socialförvaltningen  
Ingrid Nilsson,  
ingrid.nilsson@harnosand.se

## Socialnämndens mål, nyckelaktiviteter och indikatorer 2027

1. Berör beslutet individer (kvinnor/män)

Ja Nej

2. Om svaret är ja – vilka grupper av individer berörs?  
(tex äldre/barn/unga/företagare/funktionsnedsatta)

Alla individer som är föremål för insatser från socialtjänsten

3. Vilka konsekvenser (både positiva och negativa) får beslutet för berörd grupp? Beskriv

Inga direkta konsekvenser för berörda grupper att vi tar ett målprogram. Men i förlängningen kan det påverka våra målgrupper positivt att vi genomför mer strukturerade förbättringsåtgärder på ett systematiskt sätt genom att styra mot uppsatta mål.

4. Har berörd grupps synpunkter inhämtats innan beslut?

Ja Nej

5. Om ja – beskriv på vilket sätt och vilka synpunkter som inkommit

6. Om nej – motivera varför inte

Inte tillämpligt på politiskt satta mål.

7. Beskriv hur beslutet bidrar till att uppfylla nämndens mål och uppdrag samt kommunens övergripande utveckling (Nämndens mål/uppdrag i verksamhetsplan, gemensamt reglemente, lagstiftning eller andra dokument som är viktiga för nämnden samt övergripande styrdokument – Översiktsplan samt tillväxtstrategi)

Fullmäktige har genom sex lokala inriktningar definierat ett önskvärt framtida tillstånd som organisationen ska bidra till. Inriktningarna utgör tillsammans med reglemente och lagstiftning grund för nämndernas styrning. Socialnämnden har inför 2025 tagit fram mål, nyckelaktiviteter och indikatorer för samtliga inriktningar att löpa hela programperioden.

8. Beskriv vilken eventuell påverkan beslutet har på kommunens ekonomi

Ekonomiskt så skall målprogrammet utformas så att det kan utföras inom tilldelad ekonomiska ram.

9. Beskriv om beslutet har någon påverkan på miljö/klimat? (positiv/negativ)  
Ingen            **Liten**            Stor

Det finns ett särskilt miljömål som syftar till att nämnden ska bidra till minskad klimatpåverkan.

10. Beskriv på vilket sätt beslutet påverkar jämställdhet/jämlikhet?

Det finns ett särskilt jämställdhetsmål som syftar till att upptäcka och utjämna skillnader mellan män och kvinnor. Även indikatorerna är könsuppdelade för att kunna mäta om det finns omotiverade skillnader mellan mäns o kvinnors förutsättningar att ta del av nämndens insatser, samt i medarbetarnas arbetsmiljö.



**Socialförvaltningen**  
Kalle Engfors  
kalle.engfors@harnosand.se

Socialnämnden

## Kvalitetsberättelse 2025

### Förslag till beslut

Socialförvaltningen föreslår Socialnämnden besluta

**att godkänna Kvalitetsberättelsen 2025 för Socialförvaltningen som sin egen, samt**

**att lägga Kvalitetsberättelse för Socialförvaltningen 2025 till handlingarna.**

### Beskrivning av ärendet

I Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd SOSFS 2011:9 om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete uppmanas verksamheten till att varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse med en beskrivning av hur kvalitetsarbetet bedrivits under året.

Kvalitetsberättelsen bör hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den och ska tillgodose informationsbehovet för externa intressenter.

### Bedömning

Beslutet att godkänna kvalitetsberättelsen bedöms ha tydliga fördelar. En fastställd kvalitetsberättelse säkerställer att nämnden uppfyller gällande krav på uppföljning, analys och redovisning enligt styrdokument och lagstiftning. Dokumentet utgör även ett viktigt underlag för verksamhetsutveckling, intern styrning och planering av förbättringsåtgärder inför kommande år.

Det bedöms inte föreligga några nackdelar med att anta kvalitetsberättelsen.

### Beslutsunderlag

Kvalitetsberättelse 2025.

Ingrid Nilsson  
Förvaltningschef

Kalle Engfors  
Verksamhetscontroller

# Kvalitetsberättelse 2025



Härnösands  
kommun



## Inledning

Kvalitetsberättelsen för Socialförvaltningen i Härnösand redogör för det arbete som genomfördes under 2025 för att stärka kvalitet, rättssäkerhet och tillgänglighet i verksamheterna. Kvalitetsarbetet utgjorde en integrerad del av det dagliga uppdraget och påverkade löpande beslut och processer. Under 2025 befann sig förvaltningen i en period av utveckling och anpassning inför den nya organisation som trädde i kraft vid årsskiftet 2026.

Förvaltningen fortsatte den förändringsresa som påbörjades året innan. Arbetet med digitalisering fick en allt större betydelse och utvecklades löpande i syfte att förbättra arbetsprocesser och öka tillgängligheten för invånarna. Under året genomfördes även en översyn av kvalitetsarbetet och ett nytt styrdokument för det systematiska kvalitetsarbetet togs fram. Arbetet befann sig fortfarande i en uppstartsfas och riktlinjen kommer att behandlas för beslut under 2026.

Året präglades också av förberedelser inför den nya socialtjänstlagen samt av ett fortsatt arbete med omställningen till god och nära vård. Parallellt hanterade förvaltningen organisatoriska förändringar och resursprioriteringar som ställde höga krav på anpassningsförmåga. Trots dessa förutsättningar låg fokus kvar på att upprätthålla kvalitet och stärka tillgängligheten i verksamheterna, samtidigt som förutsättningar skapades för en mer hållbar socialtjänst på längre sikt.

Kvalitetsberättelsen sammanfattar de viktigaste insatserna och utvecklingsområdena under 2025 och utgör ett stöd för det fortsatta kvalitetsarbetet under 2026.

## Innehåll

<b>Inledning</b> .....	<b>2</b>
<b>1 Om kvalitetsberättelse</b> .....	<b>4</b>
1.1 Syfte .....	4
1.2 Ansvar för kvalitetsarbetet .....	4
<b>2 Kvalitet och kvalitetsledningssystem</b> .....	<b>5</b>
<b>3 Övergripande kvalitetsarbete under 2025.</b> .....	<b>6</b>
3.1 Processer och rutiner .....	6
3.2 Samverkan .....	7
3.3 Riskanalyser .....	7
3.4 Internkontroller och egenkontroller .....	7
3.5 Avvikelser .....	8
3.6 Lex Sarah .....	10
3.7 Lex Maja .....	10
3.8 Lex lilla hjärtat .....	10
3.9 Synpunkter och klagomål .....	11
3.10 Kompetensutveckling .....	12
3.11 God och nära vård .....	13
<b>4 Verksamheternas utvecklings- och kvalitetsarbete</b> .....	<b>14</b>
4.1 Stöd och förebyggande .....	14
4.2 Individ- och familjeomsorg (IFO) .....	15
4.3 Hemtjänst och särskilt boende .....	16
4.4 Internt stöd .....	16
4.5 Funktionsstöd och sysselsättning .....	17
4.6 Hälso- och sjukvård .....	18
<b>5 Måluppföljning 2025</b> .....	<b>19</b>
5.1 Mål 1 .....	19
5.2 Mål 2 .....	19
5.3 Mål 3 .....	20
5.4 Mål 4 .....	21
5.5 Mål 5 .....	21
5.6 Mål 6 .....	22

## **1 Om kvalitetsberättelse**

### **1.1 Syfte**

Kvalitetsberättelsen ska ge en samlad bild av hur socialförvaltningen har arbetat med att utveckla och säkra kvalitet i verksamheten under året som gått. Fokus är de åtgärder som vidtagits och vilka resultat som uppnåtts, men här kan även belysas om det finns områden som man behöver fortsätta att arbeta med.

Kvalitetsarbete kopplat till hälso- och sjukvård redovisas i patientsäkerhetsberättelsen.

### **1.2 Ansvar för kvalitetsarbetet**

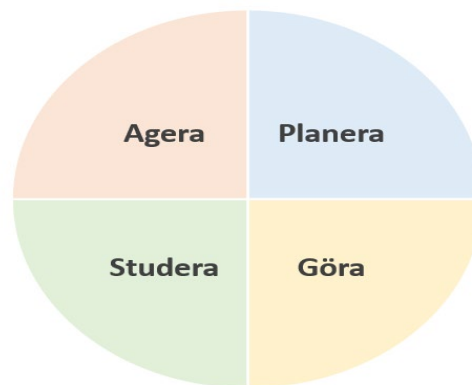
Socialnämnden är utsedd av kommunfullmäktige som den nämnd som har det politiska ledningsansvaret av socialtjänst, verksamhet enligt LSS och hälso- och sjukvård (exkl. skolsjukvård) inom kommunen. Socialnämnden ansvarar också för att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Socialförvaltningen och samtliga medarbetare där inom ansvarar för sin del i det systematiska kvalitetsarbetet. Förvaltningschefen leder och fördelar ansvaret i enlighet med lagar, förordningar och föreskrifter, samt utifrån nämndens direktiv.

## 2 Kvalitet och kvalitetsledningssystem

Detta kapitel beskriver förvaltningens kvalitetsledningssystem och de övergripande förutsättningarna för årets kvalitetsarbete.

Under 2025 blev det tydligt att förvaltningens befintliga arbetssätt och strukturer inte fullt ut motsvarade de krav som ställs i gällande föreskrifter. Sammantaget uppvisade det systematiska kvalitetsarbetet brister i både enhetlighet, uppföljning och dokumentation, vilket medförde behov av ett mer genomgripande utvecklingsarbete.

För att snabbt stärka förutsättningarna inrättades en arbetsgrupp med uppdrag att påbörja arbetet med ett nytt kvalitetsledningssystem. Arbetet tog avstamp i PGSA-modellen (Planera–Göra–Studera–Agera), som används som metodstöd i verksamhetens förbättringsarbete.



PGSA-modellen fungerar som ett gemensamt arbetssätt i förvaltningens kvalitetsarbete och säkerställer att utvecklingsinsatser genomförs strukturerat och i hanterbara steg. Modellen tydliggör hur förbättringar ska planeras, testas, följas upp och justeras, och utgör därmed en grund för att systematiken i kvalitetsarbetet successivt ska stärkas i hela organisationen.

Det nya kvalitetsledningssystemet omfattar ett systematiskt arbete inom följande områden:

- processer och rutiner
- intern och extern samverkan
- riskanalyser
- internkontroll
- egenkontroll
- hantering av avvikelser, rapporter, synpunkter och klagomål
- uppföljning, analys och återföring av resultat

Målet med arbetet är att skapa ett långsiktigt hållbart kvalitetsledningssystem som säkerställer ett enhetligt, rättssäkert och personcentrerat arbetssätt i hela förvaltningen. Under 2025 befann sig förvaltningen i början av denna utvecklingsresa, och arbetet kommer att fortsätta under 2026 med fokus på att etablera struktur, förtydliga ansvar och stärka systematik och uppföljning.

### 3 Övergripande kvalitetsarbete under 2025.

Under 2025 genomförde Socialförvaltningen ett antal insatser kopplade till kvalitetsarbetet inom organisationens olika delar. Året präglades av förberedelser inför den nya organisationen som trädde i kraft 2026 samt av arbete med ny socialtjänstlag och omställningen till god och nära vård. Som en del av detta genomfördes en omfattande översyn av samtliga delar som ingår i det systematiska förbättringsarbetet. Översynen omfattade processer och rutiner, samverkan, riskanalyser, internkontroller, egenkontroller, avvikelser, synpunkter och klagomål samt kompetensutveckling.

Översynen tydliggjorde nuläge och utvecklingsbehov inom hela förvaltningen och låg till grund för arbetet med att ta fram en ny riktlinje för systematiskt kvalitetsarbete. Arbetet med riktlinjen pågick under året och förväntades färdigställas och antas i samband med kvalitetsberättelsen. Riktlinjen syftade till att skapa en mer enhetlig struktur för ansvar, roller och arbetssätt inom kvalitetsarbetet.

Det löpande kvalitetsarbetet fortsatte samtidigt att bygga på riskanalyser, egenkontroller och hantering av avvikelser, synpunkter och klagomål. Dessa underlag användes för att identifiera brister och behov av utveckling och omsattes i förbättringsåtgärder såsom reviderade arbetssätt, uppdaterade rutiner och riktade kompetensinsatser. Arbetet strukturerades enligt PGSA modellen.

Digitalisering, organisatoriska förändringar och resursprioriteringar påverkade förutsättningarna under året, men bidrog också till utveckling av mer effektiva och hållbara arbetssätt. Arbetet under 2025 lade därmed en tydligare grund för ett långsiktigt och sammanhållet kvalitetsarbete framåt.

#### 3.1 Processer och rutiner

Processer beskriver hur arbetet inom en verksamhet ska genomföras från början till slut, exempelvis hur ett ärende hanteras från ansökan till uppföljning. De ger en övergripande struktur som säkerställer att arbetet utförs på ett likvärdigt och rättssäkert sätt i enlighet med gällande lagar, riktlinjer och mål. Rutiner är mer detaljerade instruktioner som beskriver hur specifika moment ska utföras i praktiken. Tydliga och aktuella rutiner bidrar till att medarbetare arbetar på ett enhetligt sätt och att brukare får en trygg, förutsebar och rättssäker service.

Det fanns under 2025 tydliga skillnader mellan verksamhetsområdena i hur det systematiska kvalitetsarbetet bedrevs när det gäller processer och rutiner. Flera verksamheter arbetade löpande med att följa upp processkartor och säkerställa att rutiner var aktuella, medan andra hade mindre utvecklade arbetssätt. Under året identifierades ett behov av en mer enhetlig och sammanhållen struktur för detta arbete.

Som en del av översynen av kvalitetsarbetet beslutades därför att befintliga processer skulle ses över centralt för att säkerställa att de synkroniserades med övriga delar av kvalitetsarbetet och att de var riktiga, uppdaterade, lättillgängliga och väl kända i verksamheterna. Ett viktigt förbättringsområde handlade om tillgängligheten till styrande dokument, där en översyn av förvaltningens intranät påbörjades. Ambitionen är att samtliga processer och

rutiner ska finnas samlade på intranätet för att skapa bättre överblick, enhetlighet och följsamhet.

### **3.2 Samverkan**

Under 2025 fortsatte samverkan att vara en central del av det systematiska kvalitetsarbetet. Som en del av översynen av kvalitetsarbetets olika delar granskades även hur samverkan fungerade inom och mellan verksamhetsområden samt med externa aktörer. Arbetet visade att samverkan fungerade väl i flera delar av förvaltningen, särskilt i det brukarnära arbetet, men att strukturer och arbetsätt behövde bli mer enhetliga.

Förändringsarbetet under året, bland annat kopplat till ny socialtjänstlag, omställningen till god och nära vård och organisatoriska förändringar, ökade behovet av tydlig samordning. Arbetet med den nya riktlinjen betonade därför samverkan som en grundläggande del av kvalitetsarbetet och tydliggjorde behovet av gemensamma rutiner för hur samverkan ska genomföras och följas upp.

Sammanfattningsvis identifierades samverkan både som en styrka och ett fortsatt utvecklingsområde där mer strukturerade och enhetliga arbetsätt behövs för att säkerställa kvalitet och kontinuitet i hela förvaltningen.

### **3.3 Riskanalyser**

Socialförvaltningen genomförde under 2025 en översyn av hur riskanalyser användes inom kvalitetsarbetet. Arbetet utgick från det gällande ledningssystemet, där riskanalys definieras som ett framåtblickande och förebyggande arbetsätt som ska genomföras fortlöpande i verksamhetens olika delar för att upptäcka brister innan en skada inträffar.

Översynen visade att förvaltningen hade väl utvecklade rutiner för riskanalyser inom arbetsmiljö och vid organisatoriska förändringar. Riskanalyser genomförs även i vissa delar av verksamheten på individnivå, exempelvis inom vård och omsorg. Däremot genomfördes riskanalyser i mindre utsträckning inom andra områden som rör kvalitet, arbetsätt och processer. Det innebär att vissa risker inte identifierades systematiskt och att resultaten inte alltid användes som underlag för förbättringsåtgärder.

Under året påbörjades därför arbetet med att ta fram en ny riktlinje som stärker riskanalysens roll i kvalitetsarbetet, bland annat genom tydligare krav på när riskanalyser ska göras och hur de ska dokumenteras och följas upp. Riktlinjen har varit under framtagande under 2025 och syftar bland annat till en mer enhetlig och återkommande användning av riskanalys i hela organisationen. Inom ramen för detta arbete har även behovet av att följa upp hur riskbedömningar används i olika delar av verksamheten uppmärksamats.

### **3.4 Internkontroller och egenkontroller**

Under 2025 har socialförvaltningen fortsatt att arbeta systematiskt med internkontroller i syfte att säkerställa kvalitet, rättssäkerhet och effektivitet i verksamheten. Arbetet har byggt vidare på den struktur som etablerats de senaste åren, och årets internkontroller har genomförts i enlighet med planerade riskområden och kontrollmoment utifrån en bruttolista.

Systematiken kring själva genomförandet och uppföljningen av innevarande årets kontroller bedöms vara god och ger en tillfredsställande bild av verksamhetens förmåga att identifiera risker samt vidta åtgärder vid behov.

Ett kvarstående utvecklingsområde är hanteringen av förbättringsåtgärder från tidigare år. Det finns släpande åtgärder som, enligt stickprov, inte fullt ut har kunnat verifieras som genomförda till 100 procent. Detta innebär att förvaltningen behöver stärka systematiken kring att följa upp, dokumentera och säkerställa att beslutade åtgärder från tidigare år blir genomförda och avslutade. Detta kommer att prioriteras under 2026.

När det gäller egenkontroller har förvaltningen under 2025 fortsatt att genomföra dessa inom samtliga verksamhetsområden. Kontrollerna omfattar ett brett spektrum av aktiviteter, bland annat granskning av genomförandeplaner och biståndsutredningar, kvalitetssäkring av dokumentation inklusive samtyckeshandlingar samt analys av brukarenkäter. Vidare inkluderar de nyare egenkontroller som infördes 2023 inom hälso- och sjukvårdsverksamheten bland annat uppföljning av rutiner för hygien och omsorg, kartläggning av verksamhetskultur, analys av registerdata från kvalitetsregister samt kontroll av följsamhet till nya delegeringsrutiner.

Det har framkommit att det finns viss oklarhet i verksamheten gällande skillnaden mellan intern kontroll och egenkontroll. Egenkontroll syftar till att följa upp och säkerställa kvalitet och resultat i verksamheten, medan intern kontroll primärt avser följsamhet till interna och externa regelverk. Förvaltningen bedömer därför att arbetet med att tydliggöra skillnaderna och stärka rutinerna för både intern kontroll och egenkontroll är ett prioriterat utvecklingsområde framåt.

Till sist har interna kontroller och egenkontroller genomförts, men saknar ännu en enhetlig och övergripande systematik. Egenkontrollerna varierar i både metod, omfattning och frekvens mellan verksamheterna, vilket begränsar möjligheterna till en sammanhållen analys och systematisk utveckling. Under 2026 kommer förvaltningen att stärka arbetet genom att införa en enhetlig och systematisk modell för egenkontroller, där dokumentationen ska ske i verksamhetssystemet Hypergene. Detta kommer att förbättra översikten, skapa tydligare ansvarsfördelning och ge bättre möjligheter till planering, uppföljning och utveckling av verksamheten.

### **3.5 Avvikelser**

Under 2025 rapporterades totalt 1 881 avvikelser i Socialförvaltningens verksamhetssystem Life Care, vilket är en minskning jämfört med 2024 då 1 973 avvikelser rapporterades. På förvaltningsnivå avslutades 927 avvikelser under året, vilket är lägre än både 2024 och 2023. Minskningen behöver tolkas med försiktighet då avvikelsestatistiken speglar både faktisk händelsefrekvens och variationer i rapporterings- och hanteringsrutiner. Det är också viktigt att beakta att sammanställningen baseras på en aktuell utläsning av systemet, vilket innebär att avvikelser från tidigare år fortfarande kan ligga kvar i status som ”Inkommen” eller ”Mottagen”.

En tydlig trend under 2025 var att antalet inkomna och mottagna avvikelser ökade. Det visar att fler händelser registrerades av personal i ett tidigt skede och att fler rapporter aktivt togs om hand av chefer. Detta indikerar en stärkt rapporteringskultur och en ökad följsamhet till interna rutiner i avvikelens

inledande steg. Antalet avslutade utredningar låg på en stabil nivå jämfört med tidigare år, medan antalet beslut att inte inleda utredning minskade, vilket kan tyda på en mer enhetlig bedömning av avvikelser allvarlighetsgrad.

Vid årets slut kvarstod ett betydande antal avvikelser i status ”Utredning pågår”, även om nivån var lägre än 2024. Äldre avvikelser från 2023 och 2024 fanns fortfarande i tidiga statuslägen, vilket visar att förvaltningen behöver stärka uppföljningen för att säkerställa att avvikelser inte blir liggande över längre tid. Enligt förvaltningens riktlinje ska avvikelser hanteras inom en månad. Om hanteringen dröjer riskerar utredningen att försvåras, då inblandade kan ha svårt att minnas händelseförloppet och att vidta relevanta förebyggande åtgärder.

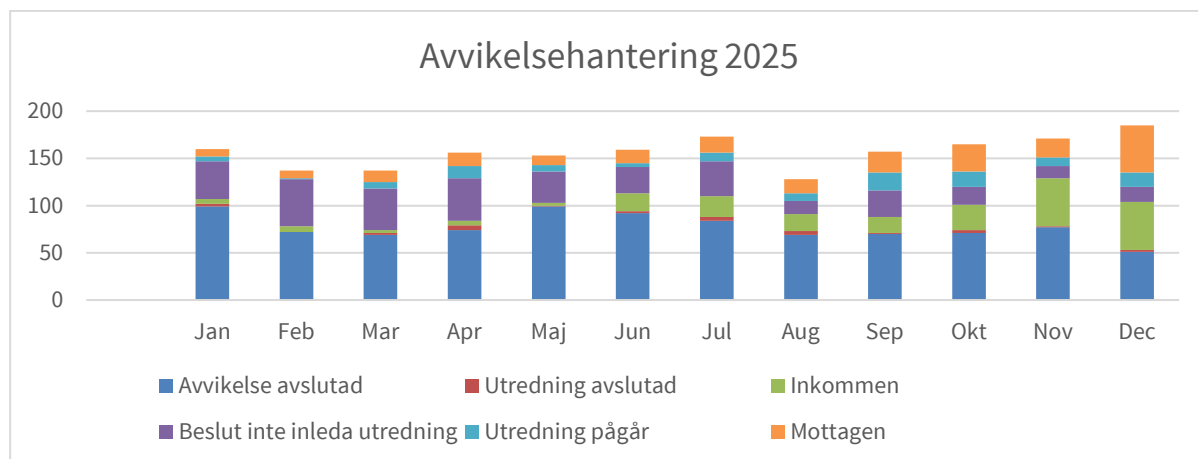
För att stärka både uppföljningen och transparensen kring avvikelshanteringen har förvaltningen under 2025 arbetat vidare med utveckling av BI-stöd. Avvikelser visualiseras numera i realtid i Hypergene, vilket ger chefer och ledning ökad möjlighet att följa hantering, liggtider och utredningsstatus på enhets-, verksamhets- och förvaltningsnivå. Parallellt har implementeringen av Kuben fortsatt, där data från Lifecare successivt integreras för att möjliggöra mer omfattande visualiseringar av socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens processer. Detta ger förbättrade möjligheter att följa avvikelser, kvalitet och belastning i verksamheten som helhet.

Arbetet med att uppdatera riktlinjen för avvikelshantering kommer att genomföras under 2026 för att säkerställa att kraven på hantering, uppföljning och återkoppling är tydligt formulerade och anpassade till nya digitala stöd.

Status	2023	2024	2025
<b>Avvikelse avslutad</b>	993	1029	927
<b>Inkommen</b>	33	49	227
<b>Mottagen</b>	95	100	219
<b>Utredning avslutad</b>	18	29	28
<b>Beslut att inte inleda utredning</b>	572	530	367
<b>Utredning pågår</b>	71	173	113

En verksamhetsvis genomgång visar att särskilt boende stod för den största andelen avvikelser, vilket är förenligt med verksamhetens omfattning och komplexitet. Hemtjänsten uppvisade en fortsatt ökning i rapporteringen, vilket tyder på att rapporteringsrutinerna tillämpades i högre grad. Inom funktionsstöd och sysselsättning var rapporteringsnivån stabil, och en större andel av avvikelserna ledde till beslut att inte inleda utredning, vilket kan följas vidare för att säkerställa enhetlighet i bedömningarna. Hälso- och sjukvården hade en lägre total volym men en relativt hög andel avvikelser med pågående utredning, vilket delvis kan förklaras av krav på fördjupad analys inom patientsäkerhetsområdet. Verksamheter med låg avvikelsevolymer behöver följas i syfte att säkerställa att rapportering sker i enlighet med gällande rutiner.

Sammantaget visar avvikelshantering under 2025 både positiva utvecklingssteg och fortsatt behov av förbättringar. Rapporteringen ökade i de inledande stegen och den digitala uppföljningen stärktes, samtidigt som arbetet med att analysera, slutföra och återkoppla avvikelser behöver fortsätta utvecklas för att säkerställa en enhetlig och systematisk hantering i hela organisationen.



### 3.6 Lex Sarah

Lex Sarah omfattar bestämmelser om skyldigheten för personal inom socialtjänsten och LSS-verksamhet att rapportera, utreda och åtgärda missförhållanden eller påtagliga risker för missförhållanden i verksamheten. Bestämmelserna regleras i socialtjänstlagen och i lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Under 2025 genomfördes en Lex Sarah-utredning inom socialförvaltningen. Utredningen påbörjades under hösten och var vid årets slut ännu inte färdigställd. Den kommer att slutföras och skickas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) under våren 2026.

Inga ytterligare ärenden som uppfyllde kriterierna för anmälan enligt Lex Sarah identifierades under året.

### 3.7 Lex Maja

Om den som arbetar i hälso- och sjukvård eller socialtjänst i sin tjänsteutövning misstänker att ett djur missköts är det under vissa förutsättningar tillåtet att bryta sekretessen. Det är innebörden av den så kallade lex Maja i offentlighets- och sekretesslagen (OSL).

Under 2024 har Socialförvaltningen inte gjort någon anmälan om lex Maja.

### 3.8 Lex lilla hjärtat

Lex lilla hjärtat är samlingsnamnet för lagändringarna om vård av placerade barn i SoL och LVU som har genomförts efter det uppmärksammade fallet med lilla hjärtat. Ändringarna syftar till att stärka principen om barnets bästa och säkerställa att placerade barn får trygghet, säkerhet och stabilitet.

Vård enligt 2 § LVU får inte upphöra förrän omständigheterna som föranleder vården har förändrats på ett varaktigt och genomgripande sätt.

Socialnämnden ska särskilt överväga om det finns skäl att ansöka om flyttningsförbud vid prövningen av om vården av ett barn ska upphöra. Nämnden ska även överväga flyttningsförbud när vårdnadshavaren eller barnet, om det är äldre än 15 år, begär att vård enligt SoL ska upphöra.

Det har blivit obligatoriskt för socialnämnden att särskilt överväga en vårdnadsöverflyttning efter att barnet har varit placerat i samma familjehem under två år. Frågan ska därefter övervägas varje år.

### **3.9 Synpunkter och klagomål**

Brucarundersökningarna för 2025 visar skillnader mellan verksamhetsområdena i brukarnas kännedom om vart de ska vända sig vid synpunkter och klagomål. Inom hemtjänsten, enligt Socialstyrelsens brukarundersökning, uppgav 53 procent av brukarna att de visste vart de skulle vända sig. Resultatet är lägre än både riket och länet och innebär en minskning jämfört med tidigare år. Inom särskilt boende uppgav 43 procent att de hade denna kännedom. Resultatet innebär en förbättring jämfört med 2024 och ligger något över länsnivån men under riksgenomsnittet.

Inom utförarverksamheter inom funktionshinderområdet visade SKR:s brukarundersökningar att resultaten varierade mellan insatsformerna. Inom bostad med särskild service enligt SoL angav 73 procent av brukarna att de visste vem de skulle kontakta vid missnöje. Inom gruppboende enligt LSS uppgav 81 procent att de hade motsvarande kännedom. Inom servicebostad enligt LSS uppgav 86 procent att de visste vem de skulle kontakta vid missnöje, vilket motsvarar riksnivån.

Sammanfattningsvis visar resultaten att en majoritet av brukarna känner till vart de ska vända sig vid synpunkter eller missnöje, men att nivåerna varierar mellan verksamhetsområden. Det finns behov av fortsatta informationsinsatser för att säkerställa att brukare och anhöriga tydligt informeras om hur synpunkter och missnöje kan framföras i enlighet med förvaltningens rutiner.

När det gäller inkomna synpunkter registrerades totalt 20 ärenden via Infra Control under 2025. Flest synpunkter inkom under årets första halvår. De berörde främst Individ- och familjeomsorgen, Funktionsstöd och Hemtjänsten. Återkommande teman var brister i handläggning, bemötande, bemanning och rutiner inom omsorgsverksamheterna. Flera ärenden ledde till dialog och åtgärder på enhets- eller verksamhetsnivå, medan några även innehöll beröm för god service och omvårdnad.

Även Life Care-modulen användes för att registrera synpunkter och klagomål inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård. Under året registrerades totalt 33 ärenden, varav 30 avsåg socialtjänsten och 3 den kommunala hälso- och sjukvården. Av dessa hade 12 ärenden avslutats, 11 resulterat i beslut att inte inleda utredning, 7 var mottagna och 3 hade utredning pågående vid årets slut. Innehållsmässigt handlade ärendena framför allt om frågor kopplade till hemtjänstens utförande, såsom brister i insatser, hantering av hemtjänstens bilar och aspekter av vård och

behandling. Enstaka ärenden rörde också bemötande, information och planering.

Sammantaget visar synpunkts- och klagomålshanteringen att det finns en struktur för att ta emot och registrera inkomna ärenden. I många fall vidarebefordras ärenden till enhetschef för hantering och återkoppling. Eftersom den slutliga hanteringen inte alltid dokumenteras fullt ut bedöms det som viktigt att följa upp hur enhetscheferna faktiskt arbetar med ärendena. Detta för att säkerställa att rutinerna tillämpas konsekvent och att återkoppling sker i enlighet interna riktlinjer.

Resultaten visar också att det fortsatt finns utvecklingsbehov när det gäller information och kännedom om hur synpunkter och klagomål kan lämnas samt hur rutinerna kommuniceras och tillämpas. Dessa områden kommer att vara viktiga fokusområden i det fortsatta kvalitetsarbetet.

### **3.10 Kompetensutveckling**

Under 2025 genomförde Socialförvaltningen ett omfattande och samordnat arbete med kompetensutveckling. Syftet var att stärka kvaliteten i verksamheterna, stödja rättssäker och kunskapsbaserad myndighetsutövning samt utveckla arbetssätt som bidrar till enhetlighet och god service till invånare och brukare.

Kompetensutvecklingen omfattade breda satsningar inom hela förvaltningen, bland annat genom regionala och nationella utbildningsinsatser, högskolekurser och webbutbildningar. Medarbetare deltog i utbildningar inom områden som omvårdnad, demens, kommunikation, bemötande, samsjuklighet, beroende, arbetsmiljö och inkluderande arbetssätt. Yrkesresan användes fortsatt som ett stöd i kompetensförsörjningen, särskilt inom funktionshinderområdet. Socialstyrelsens utbildningsportal användes i stor omfattning och bidrog till gemensam kunskapsutveckling inom flera sakområden.

Förvaltningen genomförde även insatser kopplade till ny lagstiftning och digital utveckling. Personal inom flera delar av organisationen deltog i utbildning och implementeringsstöd inför den nya Socialtjänstlagen och Socialtjänstdataregisterlagen samt införande av nya digitala systemstöd. Handledningsinsatser och metodstöd användes för att stärka kompetensen i komplexa ärenden och bidra till enhetlighet i bedömningar och arbetssätt.

Inom verksamheter som arbetar nära brukare genomfördes utbildningar i omvårdnad, kommunikation, demens, samsjuklighet och hot och våld. Flera medarbetare deltog i högskoleförlagda kurser som stärkte förutsättningarna för att arbeta evidensbaserat. Språkutvecklande insatser genomfördes både genom utbildning av språkombud och genom pedagogiska aktiviteter i verksamheterna. Handledarutbildningar genomfördes inom ramen för Vård- och omsorgscollege.

Chefer och ledare deltog i utbildningar inom ledarskap, arbetsmiljö, styrning och rättsliga frågor, vilket bidrog till stärkt förmåga att leda och utveckla verksamheten. Inom stödjande funktioner genomfördes kompetensinsatser inom rekrytering, informationshantering och digitala system, vilket bidrog till kvalitet och stabilitet i de interna processerna.

### **3.11 God och nära vård**

Under 2025 har satsningar gjorts kring en samordnare för god och nära vård, digital teknik för läkarmedverkan på distans, vilket förbättrar tillgängligheten till medicinsk kompetens och stärker samverkan mellan kommun och region samt investering i VR-baserade utbildningar. VR-satsningen möjliggör intern kompetensutveckling för personal inom hälso- och sjukvård och äldreomsorg. Genom realistiska men trygga lärmiljöer kan medarbetare träna på bemötande, etiska situationer och riskbedömningar. Syftet är att stärka kompetensen i personcentrerad omsorg samt ett förebyggande och rehabiliterande arbetssätt, och att öka förståelsen för hur personer med exempelvis demens upplever vardagliga situationer. VR planeras även användas som omvårdnadsåtgärd för personer med BPSD, där lugnande miljöer och minnesstimulerande upplevelser kan bidra till minskad oro och ökad livskvalitet.

## 4 Verksamheternas utvecklings- och kvalitetsarbete

### 4.1 Stöd och förebyggande

Under 2025 har verksamheten Stöd och förebyggande bedrivit ett omfattande kvalitets- och utvecklingsarbete med fokus på att stärka det hälsofrämjande arbetet, förbättra delaktigheten för äldre och utveckla myndighetsutövningen inom biståndsområdet. Satsningen Ett hälsosammare och friskare Härnösand har varit en central del av årets arbete och lett till flera viktiga aktiviteter och insatser. Anhörigcenter har erbjudit återkommande hälsoteman varje vecka, och dagverksamheten Magasinet har startats för personer som på grund av sjukdom eller funktionsnedsättning har svårt att delta i civilsamhällets aktiviteter. Intresset har varit stort och vid årsskiftet hade verksamheten väntetider. En fritidsgård för äldre utan biståndsbeslut har också etablerats på fredagar som en hälsofrämjande mötesplats och blivit såväl välbesökt som uppskattad. Vidare har fallförebyggande arbete prioriterats genom lanseringen av appen Säkra steg, som spridits till både allmänheten och deltagare vid Anhörigcenters aktiviteter. För att minska ensamhet och stärka delaktighet har Seniortorget skapats som en anslagstavla för civilsamhällets aktiviteter riktade till äldre. För personer som inte använder digital teknik har Äldrelotsen införts, med funktioner som att informera om aktiviteter, hänvisa till rätt instanser och erbjuda en medmänsklig samtalskontakt.

Kompetensutveckling har varit en viktig del av arbetet. Hemtjänstpersonal har genomgått utbildningarna Demens ABC, Demens ABC – hemtjänst och Kommunikation ABC, och omkring 25 medarbetare har studerat universitetskursen Åldrande i ett föränderligt samhälle (3 hp). Både hälso- och sjukvårdspersonal och biståndshandläggare har genomgått kursen Gerontologi och geriatrik (3 hp på avancerad nivå). Socialförvaltningens sociala tjänstehundar har fortsatt delta i forskningsprojekt vid Mittuniversitetet om tjänstehundars effekter inom vård och omsorg.

Inom Biståndsenheten har kvalitets- och utvecklingsarbetet under 2025 fokuserat på att stärka rättssäkerhet, metodstöd och likvärdighet i bedömningar. Enheten har implementerat den nya Socialtjänstlagen i verksamhetssystemet Lifecare, vilket bidragit till mer strukturerade och moderna arbetsprocesser. Handläggarna har organiserats i team för att skapa kontinuitet och säkerställa att ingen brukare riskerar att falla mellan stolarna. Veckovisa ärendedragningar inom både äldreomsorgen samt LSS och socialpsykiatri har genomförts för att skapa lärande, gemensamma perspektiv och likvärdiga bedömningar. Metodmöten med fokus på IBIC har hållits varannan vecka för att ytterligare stärka enhetlighet och kvalitet i utredningar. Enheten har också arbetat fram riktlinjer för SoL, LSS och socialpsykiatri som används som stöd för tydliga och rättssäkra bedömningar.

Arbetet med att införa blockinsatser inom hemtjänsten har påbörjats, med syftet att minska detaljstyrning och skapa ökad flexibilitet för att möta brukarnas varierande behov. Detta väntas samtidigt minska administrationen och möjliggöra fler uppföljningar, vilket stärker kvaliteten i utförandet. Samtliga handläggare har också utbildats i bemötande av rättshaveristiskt beteende för att öka tryggheten i myndighetsrollen, och en e-tjänst för

sjuklöner har införts för att förenkla administration och öka tillgängligheten för invånare.

Som en del av utvecklingsarbetet har enheten tagit fram material om kognitiva nedsättningar och om hur faktorer som näringsintag, regelbundna måltider, sömn och munhälsa kan påverka oro och omsorgsbehov. Denna kunskap används nu i behovsbedömningar för att bättre kunna identifiera vad som är varaktiga behov och vad som kan avhjälpas genom tidiga, riktade insatser. I flera ärenden där ansökan om särskilt boende varit aktuell har enheten, i samarbete med Anhörigstödet, kunnat stärka den enskildes situation så att personen förbättrats och valt att avstå från ansökan. Detta arbete har tydligt bidragit till att ge rätt stöd i rätt tid och bedöms ha stor potential att utvecklas ytterligare framåt.

#### **4.2 Individ- och familjeomsorg (IFO)**

Individ- och familjeomsorgens utvecklingsarbete 2025 präglades av insatser inom myndighetsutövning, samverkan och det förebyggande arbetet. Inom området våld i nära relationer påbörjades användning av utredningsmetoden HEVA i ärenden med hedersrelaterad problematik. Personal genomförde utbildningen *Samtal om frihet* och planering initierades för gruppverksamhet på området. Rutiner för hantering av skyddade personuppgifter uppdaterades och rutiner inom ekonomiskt bistånd reviderades. Tillsammans med Biståndsenheten och Barn- och familjeenheten togs gemensamma rutiner fram för hantering av hyres- och elskulder samt avhysningar i syfte att säkerställa enhetlig handläggning och ett tidigt förebyggande arbetssätt.

IFO medverkade i föräldragrupper på öppna förskolan och lämnade information om budget- och skuldrådgivning i samarbete med kvinnofridssamordning samt budget- och skuldrådgivare. Tillsammans med arbetskonsulenter förbereddes verksamheten för kommande aktivitetskrav genom kartläggning och utbildningsinsatser. Samverkan kring tandvård utvecklades genom dialog med tandkliniker och tydligare rutiner för tandvårdskostnader. Inom beroendområdet bedrevs fortsatt arbete enligt gemensam beroendepplan med regionen som förberedelse för genomförande av förslag kopplade till samsjuklighet.

Barn- och familjeenheten genomförde implementering av den nya socialtjänstlagen i både praktik och verksamhetssystem i nära samverkan med IFO. Det förebyggande arbetet förstärktes genom utökade föräldragrupper; tre grupper genomfördes inom ABC barn och ungdom samt Komet. Enheten prioriterade arbete mot gängkriminalitet och normbrytande beteende. SSPF-modellen implementerades vidare utifrån den strukturerade samverkan mellan socialtjänst, skola, polis och fritid som funnits sedan 2017 och som utvecklades under 2024–2025. Informationsspridning förstärktes genom uppdaterad webb och tryckt material. Samverkan fördjupades inom den regionala strukturen Hälsam och inom lokala samverkansgrupper med fokus på problematisk skolfrånvaro. Samverkan med regionen förstärktes genom månatliga möten med BuP, Barn- och ungdomsentrén och Habiliteringen. Skol- och polissamverkan upprätthölls enligt etablerad struktur. Socialstyrelsens material SAMS, *Samverkan för placerade barn och ungas kontinuerliga skolgång*, implementerades. Det systematiska arbetsmiljöarbetet utvecklades.

IFO:s arbete 2025 inriktades på att stärka rättssäkerhet och enhetlighet i handläggning, fördjupa samverkan med interna och externa aktörer samt utveckla tidiga och förebyggande insatser, med särskild tonvikt på strukturerad samverkan och anpassning till ny lagstiftning.

### **4.3 Hemtjänst och särskilt boende**

Under 2025 genomförde hemtjänsten och de särskilda boendena flera insatser för att stärka kvalitet, kompetens och enhetlighet i arbetssätten. Inom särskilt boende utbildades kvalitetsombud på samtliga enheter, och motsvarande arbete påbörjades inom hemtjänsten där tre kvalitetsombud utsågs under året. Kvalitetsombuden ska fungera som ett stöd i arbetet med att följa upp och utveckla rutiner samt bidra till en ökad systematik i kvalitetsarbetet.

Brucarundersökningarna för 2025 visar att äldre i Härnösand överlag är nöjda med både hemtjänst och särskilt boende. De upplever ett gott bemötande, god kompetens hos personalen och en hög grad av trygghet i vardagen. Samtidigt framträder återkommande utvecklingsområden, framför allt kopplade till delaktighet, tydlig information, möjligheten att påverka tider och rutiner samt tillgången till aktiviteter och utevistelse. Undersökningarna bekräftar att omsorgens personliga möten fungerar väl, men att strukturer och arbetssätt behöver fortsätta utvecklas för att stärka kontinuitet, tillgänglighet och inflytande.

Språkutvecklande insatser prioriterades, bland annat genom att fler språkbud utbildades och genomförandet av språkhöjande aktiviteter. En bokcirkel etablerades på Koltrasten som en del av arbetet med språkutveckling och arbetsplatslärande.

Kompetensutveckling var ett fortsatt fokusområde. Inom ramen för satsningen *Ett hälsosammare och friskare Härnösand* genomfördes högskolekursen i gerontologi och geriatrik om tre högskolepoäng, vilken hittills genomförts av 41 medarbetare i hemtjänsten. Grundläggande omvårdnadsutbildning genomfördes för personal inom stora delar av hemtjänsten samt två särskilda boenden. Medarbetare deltog också i utbildningar genom ESF, bland annat inom inkludering och Tryggad välfärd.

På särskilda boenden etablerades kvalitetsgrupper som ett strukturerat forum för att följa upp arbetssätt, diskutera kvalitetsfrågor och driva förbättringsarbete. Parallellt bedrevs utvecklingsarbete i arbetsgrupper inför organisationsförändringen 2026, där ett av fokusområdena var att förtydliga och stärka den gemensamma värdegrunden.

Sammanfattningsvis inriktades kvalitetsarbetet inom hemtjänst och särskilt boende under 2025 på att stärka kompetensen i verksamheten, utveckla strukturer för kvalitetsstöd och förbättra förutsättningarna för enhetliga arbetssätt inför kommande förändringar.

### **4.4 Internt stöd**

Internt stöd hade under 2025 en central roll i att upprätthålla och utveckla de stödstrukturer som krävs för socialförvaltningens verksamheter. Året präglades av omfattande digital utveckling, förstärkt informationshantering och ett högt operativt tryck inom bemanning, administration samt teknik- och serviceområdet. Arbetet utgjorde en viktig del av förvaltningens

förberedelser inför Socialtjänstlagen och Socialtjänstdataregisterlagen och skapade förutsättningar för ökad kvalitet och stabilitet i verksamheterna.

Bemanningsenheten genomförde övergången till Medvind Web och utvecklade arbetssätt genom erfarenhetsutbyte med andra kommuner. Enheten ansvarade för planering av APL-platser för vårdgymnasiet och Komvux och genomförde riktade kompetensinsatser inom rekrytering. Enheten gav även stöd i rehabiliteringsärenden.

Verksamhetsutveckling och systemförvaltning hade ett omfattande arbete kopplat till ny lagstiftning, digitalisering och systeminföranden. Förberedelser genomfördes den nya Socialtjänstlagen och Socialtjänstdataregisterlagen. Lifecare SP lanserades under hösten och arbete bedrevs med SDK, Kuben, Pratorintegrationen och införandet av Matildasystemet. Enheten utvecklade strukturer för avvikelser och behörigheter, och arbetade vidare med besöksuppföljning, blockinsatser och implementering av läkemedelsautomater. Utvecklingsprojekt inom bland annat Digitala Seniortorget, Hälsosamtal, Äldreomsorgslyftet och SKR:s satsning Liv till åren bedrevs och samordnades.

Administration och arkiv fortsatte att säkerställa ordning och kvalitet i informationshanteringen. Arbetet omfattade leveranser till kommunarkivet, slutarkivering av personakter, framtagande av lathundar och informationsmaterial samt utveckling av rutiner för fakturahantering, parkering och beställningar. Enheten gav även administrativt stöd till IFO:s reception och genomförde omfattande rensnings- och organiseringsinsatser i lokaler och arkiv.

Teknik och service hade ett år med stort fokus på drift, säkerhet och införande av välfärdsteknik. En ny korttidsavdelning etablerades med tillhörande teknikstöd. Medicinskåp monterades och inventerades i större omfattning och samtliga läkemedelsautomater byttes ut. Arbetet med larm, lås, masterkort och brukararmband fortgick löpande, liksom stöd till verksamheterna med teknisk konfigurering och digitala lösningar. En ökning av antalet larmkunder hanterades genom förstärkt driftarbete.

Sammanfattningsvis bidrog Internt stöd under 2025 med både operativt och strategiskt stöd som stärkte verksamheternas kvalitet, digitala mognad och förmåga att möta kommande krav.

#### **4.5 Funktionsstöd**

Funktionsstöd arbetade under 2025 systematiskt med att stärka struktur, målstyrning och brukardelaktighet i verksamheten. Genom regelbundna uppföljningar, förbättrade rutiner och tydligare mål i genomförandeplaner har styrningen blivit mer enhetlig. Brukarnas delaktighet ökade genom utvecklade arbetssätt, trivseldialoger och kompetenshöjande insatser via Yrkesresan.

Arbetssätt och samverkan utvecklades under året. Nya rutiner mellan boenden och daglig verksamhet infördes, kontaktpersonsuppdraget förtydligades och strukturer för uppdragssamordning stärktes, vilket bland annat bidrog till färre ej verkställda beslut. Inom socialpsykiatrin utvecklades arbetsprocesser, schemaläggning och raster. Arbetssätt för brukare med mer

omfattande eller specialiserade behov stärktes genom införande av nya metoder.

Inför omorganisationen 2026 genomfördes organisatoriska och ledningsrelaterade insatser. Nya chefer fick stöd i sina uppdrag och enhetsstrukturer integrerades för att skapa en stabil grund för det fortsatta arbetet. Fokusråd möten infördes för att stärka målstyrning och systematisk uppföljning.

Kompetensutvecklingen var omfattande. Medarbetare deltog i Yrkesresan, inkluderingsutbildning, samsjuklighetsutbildning, bemötandeutbildningar och utbildningar inom hot och våld. Flera handledare utbildades inom ramen för Vård- och omsorgscollege och personal inom både LSS och socialpsykiatri fick stöd genom handledning från IFO vid mer komplexa ärenden. Utbildningar inom beroende och bemötande genomfördes och chefer deltog i ledarskapsutbildningar.

Arbetet med brukarkvalitet stärktes genom de brukarundersökningar som genomfördes inom bostad med särskild service enligt SoL, gruppboende enligt LSS och serviceboende enligt LSS. Undersökningarna visar sammantaget att brukarna i hög grad trivs, känner sig trygga och upplever ett gott bemötande från personalen. Resultaten visar samtidigt på behov av att ytterligare stärka delaktigheten, utveckla stödet kring fritidsaktiviteter och säkerställa att alla brukare vet vem de kan vända sig till vid missnöje eller behov av stöd.

Det systematiska uppföljningsarbetet utvecklades vidare genom användning av Kuben, vilket gav förbättrade möjligheter att följa kvalitet och mönster i verksamheten samt att arbeta mer kunskapsbaserat. Arbetet med att utveckla serviceboenden enligt LSS fortsatte genom kartläggning av kapacitet och behov samt planering för att säkerställa att framtida platser motsvarar den efterfrågan som identifierats.

#### **4.6 Hälsa- och sjukvård**

Hälsa- och sjukvårdens kvalitetsarbete under 2025 präglades av ett fortsatt fokus på patientsäkerhet, förebyggande arbetssätt och förbättrad samordning. Arbetet utvecklades inom ramen för den nationella handlingsplanen och förvaltningens interna styrning, med insatser som stärkte både struktur och arbetssätt.

Digitala stöd och nya system infördes och utvecklades för att förbättra journalföring, planering, analys och avvikelshantering. Detta gav bättre förutsättningar för lärande, uppföljning och snabbare identifiering av förbättringsområden. Parallellt fortsatte arbetet inom flera viktiga områden såsom läkemedelshantering, vårdprevention, nutrition och sårvård, med fokus på att minska risker och stärka enhetligheten i bedömningar och insatser.

Kompetensutveckling var en central del av kvalitetsarbetet, där personal deltog i utbildningar, professionsträffar och handledning kopplat till kliniska bedömningar, patientsäkerhet, delegering, förflyttningsteknik och nya arbetssätt. Samverkan med regionen utvecklades vidare, bland annat kring vaccinationer, vårdplanering och digital läkarmedverkan.

För en mer detaljerad redovisning hänvisas till patientsäkerhetsberättelsen.

## 5 Måluppföljning 2025

Socialnämnden har under 2025 arbetat utifrån de mål som fastställts i kommunens målprogram samt de mål och uppdrag som tilldelats i nämndens verksamhetsplan. Arbetet har bedrivits under en period präglad av omfattande omställningar, bland annat införandet av ny socialtjänstlag, organisatoriska förändringar samt överflyttning av verksamheter från arbetslivsnämnden. Nedan redovisas en samlad och systematisk bedömning av måluppfyllelsen inom respektive målområde.

### 5.1 Mål 1: Våra invånare, kvinnor och män, flickor och pojkar, ska känna sig trygga och inkluderade i samhället.

Arbetet under 2025 visar att socialnämnden har gjort en tydlig förflyttning i eftersträvd riktning när det gäller målet att kommunens invånare ska känna sig trygga och inkluderade i samhället. Genomförandet av årets nyckelaktiviteter bedöms ha varit tillräckligt omfattande för att målet ska anses uppfyllt. Inom individ- och familjeomsorgen har planerade insatser genomförts som avsett, och verksamheten har fortsatt att utveckla sitt förebyggande arbete och sin samverkan med andra aktörer. Inom funktionsstöd har insatserna i huvudsak genomförts enligt plan, och samtliga nya boendebeslut har verkställts inom föreskrivna tidsramar, även om vissa delar har påverkats av resursbrist under året.

Äldreomsorgen har påbörjat flera nya arbetssätt som har stärkt struktur och arbetsprocesser, inte minst genom utvecklat teamarbete och förbättrade förutsättningar för planering och kontinuitet. Detta har bidragit till att fler invånare får rätt stöd i rätt tid och på ett mer sammanhållet sätt. Inom hälso- och sjukvården har arbetet med strukturerat teamarbete fördjupats, vilket har ökat tryggheten för brukarna och förbättrat samverkan mellan professioner.

Samtidigt kvarstår vissa utmaningar. Särskilt sysselsättningsinsatser för unga och personer med försörjningsstöd har genomförts i begränsad omfattning, vilket till stor del är en följd av organisatoriska förändringar och personalomsättning under året. Dessa faktorer har i perioder påverkat verksamheternas möjligheter att arbeta långsiktigt och stabilt med vissa utvecklingsområden.

Sammantaget bedöms målet ha uppnåtts i enlighet med nämndens intentioner. Arbetet har under året lagt en stabil grund för fortsatt utveckling av trygghet och inkludering, men kräver fortsatt fokus på stabilisering, kapacitetsuppbyggnad och fördjupad implementering av nya arbetssätt under 2026 för att ytterligare stärka invånarnas upplevelse av trygghet och delaktighet.

### 5.2 Mål 2: Vi är väl kända för god och tillgänglig verksamhet för såväl kvinnor som män, flickor och pojkar.

Arbetet under 2025 visar att socialnämnden har gjort en tydlig och stabil förflyttning i eftersträvd riktning när det gäller målet att vara väl känd för god och tillgänglig verksamhet och service. Nämnden bedömer att målet är uppfyllt, då samtliga nyckelaktiviteter har genomförts med full omfattning och i enlighet med planerna. Under året har verksamheten arbetat systematiskt med att stärka det förebyggande stödet, utveckla metoder och säkerställa att insatserna når rätt målgrupper vid rätt tidpunkt. Detta har lett

till att evidensbaserade arbetssätt, forskningssamarbeten och hälsofrämjande insatser fått en starkare förankring i flera verksamhetsområden.

Arbetet med att synliggöra verksamhetens resultat och trygghetsskapande insatser har också förstärkts, vilket har bidragit till ett ökat förtroende hos invånare, brukare och anhöriga. Den mer proaktiva kommunikationen har gjort det lättare för både allmänhet och samverkansaktörer att ta del av information om verksamhetens arbete, och har samtidigt bidragit till ökad transparens och tillgänglighet. Genom riktade insatser, presentationer i olika forum och en mer samordnad intern och extern kommunikation har verksamheterna blivit mer synliga och lättare att nå.

Dessutom har satsningar genomförts som syftar till att Härnösand ska upplevas som en trygg kommun att leva och åldras i. Arbetet har bland annat omfattat hälsofrämjande aktiviteter, utvecklat anhörigstöd, stärkt samverkan med föreningsliv och civilsamhälle samt en fortsatt förstärkning av det vräkningsförebyggande arbetet. Dessa insatser har lagt en grund för ökad delaktighet, trygghet och tillgänglighet för både äldre och andra målgrupper med särskilda behov.

Sammantaget visar årets arbete att socialnämnden nått målet i enlighet med intentionerna, med nyckelaktiviteter som genomförts på ett sätt som skapat konkreta resultat i verksamheterna. Arbetet under året har lagt en stabil grund för fortsatt utveckling, och de strukturer som etablerats inom metodutveckling, förebyggande arbete och kommunikation skapar goda förutsättningar för att ytterligare stärka verksamhetens tillgänglighet och kvalitet under 2026.

### **5.3 Mål 3: Vi bidrar till minskad miljöpåverkan och arbetar mer hållbart i allt vi gör.**

Arbetet med att minska miljöpåverkan har under 2025 lett till vissa tydliga förbättringar, men utvecklingen har sammantaget inte nått den nivå som krävs för att målet ska anses helt uppfyllt. Praktiska åtgärder har genomförts på flera håll i verksamheten. Det handlar bland annat om en mer effektiv planering av hembesök, vilket minskat onödiga resor. Förvaltningen har även utökat användningen av gasbilar och tagit i bruk mer energisnåla lokaler. Därtill har viss välfärdsteknik införts, vilket har bidragit till en mer resurseffektiv vardag i verksamheterna. Dessa insatser har haft positiv effekt i delar av verksamheten och visar att det finns potential att fortsätta utveckla ett mer hållbart arbetssätt.

Samtidigt har de kunskapshöjande insatser som skulle stärka medarbetarnas kompetens inom miljöområdet genomförts i begränsad omfattning. Flera planerade utbildningar har försenats eller uteblivit, och arbetet har saknat den systematik och uppföljning som krävs för att skapa en mer långsiktig och sammanhållen utveckling. Avsaknaden av enhetliga rutiner och bristande efterlevnad av befintliga riktlinjer har ytterligare begränsat genomslaget av de initiativ som genomförts.

Arbetet har dessutom påverkats av andra prioriteringar under året, såsom organisatoriska förändringar och behovet av att säkerställa ekonomisk balans. Detta har inneburit att miljöfrågorna inte fullt ut kunnat prioriteras i den omfattning som var planerad. Sammantaget bedöms målet vara delvis uppfyllt. För att nå längre under 2026 behövs ett mer strukturerat och

uppföljningsbart miljöarbete med fokus på utbildning, systematik och kontinuerlig uppföljning av genomförda åtgärder.

#### **5.4 Mål 4: Vi bidrar till att fler personer, kvinnor och män, flickor och pojkar, kan ta del av mer anpassade utbildningar.**

Arbetet under 2025 visar att socialnämnden i hög grad har närmat sig målet att fler personer ska kunna ta del av mer anpassade utbildningar. Särskilt inom vård och omsorg har omfattande utbildningsinsatser genomförts. Medarbetare har deltagit i kompetenshöjande utbildningar inom bland annat demens, BPSD, rehabiliterande förhållningssätt, IBIC och grundläggande omvårdnad. Språkutvecklingen har också varit ett tydligt fokusområde, där språkombud, språkstudio och andra språkhöjande aktiviteter har stärkt kommunikationen i verksamheterna och skapat bättre förutsättningar för ett tryggt och personcentrerat bemötande.

Satsningarna har haft bred räckvidd och nått stora delar av äldreomsorg, funktionsstöd och hälso- och sjukvård. Inom dessa verksamheter har utbildningsinsatserna resulterat i ökad kompetens och tydligare strukturer för att arbeta utifrån evidensbaserade och kvalitetssäkrade metoder. Arbetet har sammantaget stärkt förvaltningens förmåga att möta brukarnas behov på ett likvärdigt och professionellt sätt.

Samtidigt återstår vissa utmaningar. Arbetet med placerade barns skolgång har gjort framsteg, bland annat genom Skolfam och utvecklad samverkan med skolan, men når ännu inte samtliga barn i den omfattning som krävs. Begränsade resurser och högt ärendetryck har påverkat möjligheterna att skapa ett heltäckande och uthålligt stöd på detta område. Detta innebär att delar av målgruppen fortfarande riskerar att inte få det samordnade och långsiktiga stöd som behövs för att fullgöra sin skolgång.

Sammanfattningsvis bedöms målet till stora delar vara uppnått. De omfattande utbildningsinsatserna har haft ett tydligt genomslag och bidragit till högre kvalitet i verksamheterna, men arbetet med barns skolgång har fortsatt utvecklingsbehov.

#### **5.5 Mål 5 : I Härnösand har kvinnor och män, flickor och pojkar, samma makt att forma samhället och sina egna liv.**

Flera verksamheter inom socialförvaltningen tog under 2025 viktiga steg för att stärka jämställdhet och jämlika villkor i både bemötande och utförande. Medarbetare har deltagit i utbildningar om jämställdhet, jämlikhet och diskriminering, vilket har bidragit till en ökad medvetenhet om hur normer och strukturer påverkar såväl brukare som personal. I vissa delar av verksamheten har detta resulterat i utvecklade arbetssätt och tydligare ansträngningar för att säkerställa att insatser ges på likvärdiga villkor oavsett kön eller livssituation.

Trots dessa framsteg har utvecklingen inte nått den nivå som krävs för att målet ska anses uppfyllt. Flera planerade aktiviteter genomfördes endast delvis eller senarelagdes, och arbetet saknar fortfarande en gemensam och etablerad struktur som säkerställer att jämställdhetsperspektivet integreras i det dagliga kvalitetsarbetet. Brist på systematisk uppföljning, bland annat genom könsuppdelad analys, har också begränsat möjligheten att dra tydliga slutsatser om resultat och behov.

Under året blev även skillnader i arbetsvillkor och sjukfrånvaro mellan kvinnor och män mer synliga, särskilt i verksamhetsområden där kvinnor är överrepresenterade i både personalstyrka och långtidssjukfrånvaro. Detta understryker behovet av att stärka jämställdhetsperspektivet även ur ett arbetsmiljö- och ledningsperspektiv.

Sammantaget bedöms målet vara delvis uppfyllt. Det finns en tydlig utvecklingsriktning och flera lovande initiativ, men arbetet behöver fördjupas och göras mer sammanhållet under 2026. För att nå längre krävs en mer konsekvent integrering av jämställdhet i verksamheternas arbetssätt, systematisk uppföljning och fortsatt kompetensutveckling för att säkerställa att likvärdiga villkor blir en naturlig och genomgående del av förvaltningens arbete.

### **5.6 Mål 6: Medarbetare, såväl kvinnor som män, har ett hållbart och utvecklande arbetsliv med en välfungerande fysisk, organisatorisk och social arbetsmiljö, och god kompetens för sitt uppdrag.**

Flera viktiga steg togs under 2025 för att stärka ett hållbart och utvecklande arbetsliv för medarbetarna. Omorganisationen gav tydligare strukturer och mer verksamhetsnära ledning, vilket har förbättrat förutsättningarna för både chefer och medarbetare. Teamarbete, metodmöten och ökad delaktighet har bidragit till en mer stabil organisatorisk och social arbetsmiljö.

Kompetensutvecklingen har fortsatt att vara en central del av kvalitetsarbetet. Utbildningar inom omvårdnad, rehabiliterande arbetssätt, språkutveckling och nationella satsningar har stärkt personalens förmåga att utföra sitt uppdrag professionellt och likvärdigt. Detta har haft särskilt stor betydelse inom äldreomsorg, funktionsstöd och hälso- och sjukvård.

Samtidigt är sjukfrånvaron fortsatt hög, särskilt bland kvinnor, vilket påverkar kontinuiteten och arbetsmiljön i vissa verksamheter. Bemanningssituationen har också begränsat möjligheterna för alla medarbetare att ta del av utbildningsinsatser på samma villkor.

Sammantaget bedöms målet vara uppfyllt. Förvaltningen har stärkt ledarskapet och utvecklat strukturer som gynnar ett mer hållbart arbetsliv. Under 2026 behöver arbetet fortsätta med fokus på att minska sjukfrånvaron, bredda tillgången till kompetensutveckling och ytterligare stödja chefernas förutsättningar för ett tillitsbaserat och närvarande ledarskap.

**Socialförvaltningen**

Anders Engelholm

anders.engelholm@harnosand.se

Socialnämnden

**Patientsäkerhetsberättelse 2025****Förslag till beslut**

Socialförvaltningen föreslår socialnämndens besluta

**att godkänna 2025 års patientsäkerhetsberättelse.****Beskrivning av ärendet**

Enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivaren senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilken det ska framgå

1. hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår,
2. vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten, och
3. vilka resultat som har uppnåtts.

Patientsäkerhetsberättelsen var upprättad 2026-02-27 och överlämnas till Socialnämnden.

**Bedömning**

En årlig patientsäkerhetsberättelse ska upprättas av vårdgivare

**Beslutsunderlag**

Patientsäkerhetsberättelse 2025.

Ingrid Nilsson  
FörvaltningschefAnders Engelholm  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

# Patientsäkerhetsberättelse för Härnösands kommun År 2025



Datum: 2026-02-27

Ansvarig för innehållet: Jens Hallner och Anders Engelholm

Diarienummer: SOC2026-000

## Inledning

Mallen är ett stöd för att skriva patientsäkerhetsberättelsen och utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. I de fall lagkrav finns görs hänvisningar under respektive rubrik. Fullständiga lagtextbeskrivningar finns i dokumentet Korsreferenslista för lagkrav kopplat till mallen för patientsäkerhetsberättelse.

Mallen utgår även från metodiken för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

*PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §*

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



Källa:

Socialstyrelsen ”Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024”

*Mallen är framtagen inom ramen för kunskapsstyrningsorganisationen, på uppdrag av den nationella samverkansgruppen (NSG) inom patientsäkerhet, 2021-09-23.*

*I syfte att förtydliga har mindre justeringar i inledning och bilaga genomförts, 2022-05-18.*

## Innehåll

SAMMANFATTNING .....	4
Resultat för år 2025 – de viktigaste iakttagelserna.....	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD .....	5
Engagerad ledning och tydlig styrning .....	5
Övergripande mål och strategier .....	5
Organisation och ansvar.....	5
Samverkan för att förebygga vårdskador Anders .....	6
Ett hälsosammare och friskare, Bedömning och insatsteamet .....	8
Informationssäkerhet.....	8
Nytt vårdplaneringssystemet .....	8
SDK – säker digital kommunikation.....	8
En god säkerhetskultur.....	9
Kvalitetsråd, analys och visualisering av resultat.....	9
Patientsäkerhetskultur mätning.....	9
Professionsträffar .....	10
Öka kompetensen kring patientsäkerhet.....	10
Adekvat kunskap och kompetens .....	10
Patienten som medskapare.....	11
Synpunkter och klagomål .....	11
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	11
Öka kunskap om inträffade vårdskador .....	12
Tillförlitliga och säkra system och processer.....	13
Säker vård här och nu.....	14
Riskhantering Anders .....	14
Stärka analys, lärande och utveckling .....	15
Klagomål och synpunkter Anders.....	15
Patientnämnden.....	15
Avvikelsehantering .....	16
Öka riskmedvetenhet och beredskap .....	17
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR .....	18
Bilaga 1. Satsning kring svårsläta sår .....	19
Bilaga 2. Resultat från Svenska Palliativregistret .....	20
Bilaga 3. Resultat från BPSD-registret .....	21
Bilaga 4. Resultat kring olämpliga läkemedel .....	23
Bilaga 5. Resultat kring senior alert och trycksår .....	24

## SAMMANFATTNING

2025 års patientsäkerhetsberättelse (PSB) utgår, som tidigare från Sveriges Kommuner och Regioner SKR:s mall för PSB, som både regioner och kommuner använder i Sverige. Mallen bygger på Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2025-30. Uppföljningen och berättelsen har sin utgångspunkt i att vården ska vara god och säker, överallt, alltid och utgå från fyra grundläggande områden och fem fokusområden. Under 2021 genomfördes ett analysarbete av verksamheten utifrån den nationella handlingsplanen och en lokal handlingsplan togs fram som guide till verksamhetens kvalitetsutveckling. Med en ny nationell handlingsplan, behöver den lokala analysen i Härnösand göras om. I och med socialförvaltningens arbete med att ta fram nya riktlinjer och rutiner kring det systematiska säkerhetsarbetet, där patientsäkerhetsperspektivet är en viktig komponent, kommer nationella handlingsplanen bli en del av detta.

Som läsare av 2025 års PSB kommer du ledas genom dessa grundläggande områden och fokusområden som stakats ut i nationella handlingsplanen.

### Resultat för år 2025 – de viktigaste iakttagelserna

2025 års nulägesmätning av läkemedel visar att användning av olämpliga läkemedel fortsatt att minska mot resultaten 2023-24, med något undantag. Det är en positiv utveckling som indikerar att det förebyggande arbetet har gett resultat. Dessa läkemedel ökar riskerna för vårdskador och försämrar den enskildes livskvalité. För att komma till rätta med överanvändningen av dessa olämpliga läkemedel till äldre har flera åtgärder genomförts; medvetandegörande i verksamheten om resultaten, föreläsning av läkemedelskommittén till kommunens sjuksköterskor om risker och nackdelar med dessa läkemedel, utveckling av nya rutiner och stöd kring skyddsåtgärder, där lugnande läkemedel ibland används som kemiska begränsningar för den enskilde patienten. En arbetsgrupp fortsätter arbetet med implementering av de nya rutinerna och stöden kring skyddsåtgärder. Arbetet kommer behöva vara långsiktigt.

Behovet av analysverktyg för analys och visualisering av verksamhetsdata från verksamhetssystemet Lifecare, som beskrevs som ett viktigt utvecklingsområde i 2023 års PSB, har det arbetats vidare med under 2024 och 2025. En förstudie har genomfördes på uppdrag av förvaltningschef. Slutrapporten överlämnades i början av 2025. Efter detta har avtal tecknats med två leverantörer av BI-system, ett för visualisering av verksamhetsdata och ett redan befintligt system som har utökats med att hantera avvikelsestatistik på ett bättre sätt än grundsystemet i Lifecare klarar av. Systemen kom i drift under 2025 i olika grad och de kommer fortsätta att utvecklas löpande under de kommande åren, med ny funktionalitet. En viktig del i detta är utbildning för verksamhetens medarbetare och chefer. Utbildning har påbörjats och kommer ske i olika steg beroende på hur verksamhetsdata successivt hanteras i de nya systemen samt i hur dessa resultat kan användas i verksamhetens lokala kvalitetsarbete. Verktögen är välkomna tillskott, vilket kommer att möjliggöra analyser av socialförvaltningens olika processer och utgöra underlag till välgrundade beslut.

Som en del i det förebyggande arbetet samarbetar kommunens hälso- och sjukvårdsverksamhet med regionens lokala vaccinationsenhet. Samverkan fungerar väl och under 2025 blev Härnösand befolkning bäst vaccinerade mot både covid-19 och influensa i länets sju kommuner. En hög vaccinationstäckning är den enskilt viktigaste åtgärden för att minska risken för allvarlig sjukdom för framför allt sköra äldre och andra medborgare med riskfaktorer. Läs mer på sidan 7.

Hälso- och sjukvården har många utmaningar. Denna PSB kan förhoppningsvis ge dig som läsare en god bild kring hälso- och sjukvårdens nuvarande kvalité och lite kring vart det är på väg.

# GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador.

För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

## Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.



## Övergripande mål och strategier

PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1-3 §

Under 2024 togs en ny styrmodell kring målstyrning fram av socialförvaltningen.

Målstyrningen bygger på fem olika ansvarsnivåer:

	Lokal inriktning	Mål	Indikator	Nyckel-aktivitet	Strategi	Aktivitet
Kommun	Ja					
Nämnd		Ja	Ja	Ja		
Förvaltning					Ja*	Ja*
Avdelning/verksamhet					Ja	Ja**
Enhet						Ja

\* Endast om strategi för förvaltningsnivån finns. \*\* Endast om aktivitet för avd/verks. Finns.

Uppföljning av styrmodellens resultat kommer ske i verksamhetsstödet Hypergene, där verksamhetens ledning rapporterar och kan ta del av de förflyttningar som sker. Visualiseringar av verksamhetsresultat kommer från verksamhetssystemet och de nya BI-systemen<sup>1</sup> Kuben, Hypergene samt andra nya lösningar för visualisering och analys som börjar komma på plats. Se mer nedan under rubriken ”Ny organisering av det systematiska kvalitetsarbetet”, sidan 6.

## Organisation och ansvar

PSL 2010:659, 3 kap. 1 § och 9 §, SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 § p 1

Hälso- och sjukvården är en verksamhet inom socialförvaltningen och verkar inom tre av fyra verksamhetsområden i förvaltningen, dvs i hemtjänsten (ordinärt boende), särskilt boende (Säbo) och inom funktionsstöd. Hälso- och sjukvårdens sjuksköterskor är tillgänglig dygnet runt årets alla dagar.

Inom hälso- och sjukvården arbetar totalt fyrtio sjuksköterskor/specialistsjuksköterskor, sju fysioterapeuter, sju arbetsterapeuter och fyra undersköterskor. Ledningsgruppen består av tre enhetschefer och en verksamhetschef.

## Metodrum

Det finns en plan att skapa ett metodrum i det nya särskilda boendet som planeras att byggas. När det ska bli färdigställt är dock oklart, men tidigast 2029 – vilket är långt bort. Istället ska Socialförvaltningen samverka med vuxenutbildningen och samnyttja det metodrum som redan finns på plats i Johannesbergshuset. Metodrummet ska tillföras nyare utrustning som läkemedelsskåp och

<sup>1</sup> Ett Business Intelligence (BI) system är en teknik och verktyg som används för att samla in, lagra, analysera och presentera data för att stödja beslutsfattande inom en organisation (beslutsstödsystem).

läkemedelsautomat som används i verksamheten idag. Allt för att ge ny personal en så verklighetsanpassad miljö som möjligt. Lokalerna på Komvux kommer även samnyttjas för delegeringsutbildningar och kunskapstest inför läkemedelshantering, som 2026 får nya och tydligare normeringar från Socialstyrelsen.

Syftet med ett metodrum är annars att skapa förutsättningar för medarbetare att kunna träna på och lära sig olika moment och arbetsätt som förekommer i förvaltningens verksamheter. Det kommer finnas möjlighet att träna på både hälso- och sjukvårdsuppgifter och omvårdnadsåtgärder, exempelvis provtagning, blodtrycksmätning, personlig omvårdnad, förflyttningsteknik, osv.

### Ny ledningssystem för utveckling av socialtjänstens kvalitet

På uppdrag av förvaltningschef har det bildats en arbetsgrupp som har till uppgift att ta fram ett nytt ledningssystem kring systematiskt kvalitetsarbete. Det tidigare arbetet med analysverkstäder och kvalitetsråd kommer vävas in i det nya ledningssystemet.

#### Ledningssystem för ständig förbättring – Socialförvaltningen, Härnösands kommun



Broschyr/info  
**Kortversion**  
För alla



Styrdokument  
**Riktlinje**  
För personal



Arbetsmodell  
**Intranät**  
För personal

- Processer
- Riktlinjer
- "Hållplatser"
- Mötesstruktur
- Workshopmaterial



Dokumentation  
**Hypergene SOSFS**  
För rapporterande personal

- Internkontrollplan
- Riskvärdering
- Avvikelser
- Egenkontroller
- Årshjul
- Rapportering
- Åtgärder och förbättring
- Kvalitetsberättelse
- Patientsäkerhetsberättelse



Statistik  
**Undersökningar och mätverktyg**  
För rapporterande personal

- Enkäter
- Nationella undersökningar
- Lifecare
- Kuben
- Etc.



Härnösands  
kommun

Med stöd av de nya BI-system på plats i verksamheten kan data och resultat visualiseras och analyseras på ett mycket mer effektivt sätt och som beslutsunderlag till ledningen av socialförvaltningen. I bilden ovan kan de viktigaste komponenterna ses och som kommer bli en del av det nya ledningssystemet.

### Egenkontroller

De nya egenkontrollerna som togs fram under 2023, basala hygienrutiner, kulturmätningar, registerdata från kvalitetsregister och följsamhet till nya delegeringsrutinerna, fortsätter att följas. Med stöd av de nya BI-systemen kommer förutsättningarna att kunna följa verksamhetens resultat och kvalitet öka kraftigt och nya egenkontroller kan utvecklas – men då även redovisas på ett bättre sätt för verksamhetens chefer och ytterst medarbetarna som arbetar närmast patienter.

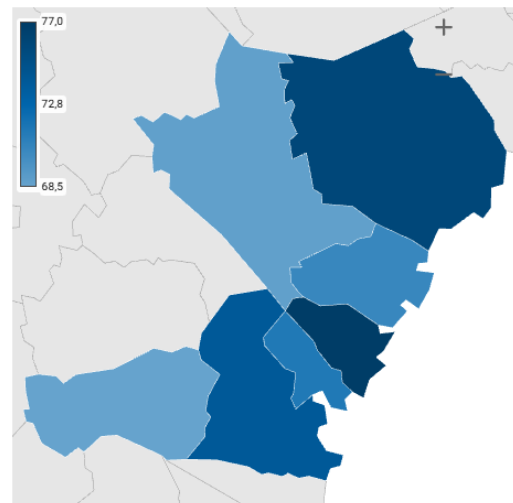
### Samverkan för att förebygga vårdskador Anders

*SOSFS 2011:9 4 kap. 6 § och 7 kap. 2 § p 3*

Under året har den lokala samverkansgruppen för primärvård som bedrivs inom kommunen, regionen och privat utförare (Premicare) träffats återkommande. Verksamhetschefer och kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterska (MAS) deltar i dessa för att diskutera samverkansfrågor, exempelvis läkarmedverkan.

Under våren och hösten 2025 har vaccinationer mot covid-19 och influensa genomförts på särskilda boenden och i ordinärt boende i samarbete med Regionens vaccinationsenhet. Målet från WHO och smittskyddsläkare är 75% av medborgare 65+ ska få vaccin mot influensa. Något mål finns inte för covid-19. Härnösands kommun lyckades bäst i länet med en vaccinationstäckning på 69 procent mot influensa för +65 år och för +75 år blev resultatet 77 procent. Regionen genomför olika informationskampanjer för att nå den äldre gruppen, som kommunen mer sällan har kontakt med. Regionen lyfter tillsammans med Härnösand det goda samarbetet mellan sig – vilket den relativt goda täckningsgraden vittnar om. När det gäller covid-19 ligger Härnösand på 64 procent i åldersgruppen 65+, 77 procent i gruppen 75+ - även det bäst i länet. Se resultat covid-19-vaccin 75+ till höger.

Covid-19-vaccinationstäckning. Aktuell dos från 1 sept 2025 efter åldersgrupp, per kommun. Andel (procent). Centrera under kartan.



Figur 1. Vaccintäckning covid-19, 75+.

### Lokal och organisering sjuksköterskor

Under året har det planerats kring flytt till nya hemsjukvårdslokaler i Johannesberghuset. Inflytt beräknas ske i början av 2026. I samband med byte av lokaler kommer verksamheten även införa en ny organisering av sjuksköterskor med syftet att främja samarbete, skapa bättre förutsättningar för återhämtning, en mer jämn fördelad arbetsbelastning, effektivare resursanvändning och en ökad kontinuitet gentemot brukarna. Kortfattat innebär organisationsförändringen ett ökat samarbete mellan sjuksköterskor i hemsjukvård och på särskilt boende där man arbetar i team och mer utgår från geografi istället för placering i verksamheten. Planen är att införa arbetssättet i liten skala och sedan utvärdera kontinuerligt under året.

### Nära vård – teamarbete i ordinärt boende

Kommunen har fått statliga medel till utvecklingen som kan användas till nya digitala lösningar, utveckling av nya arbetsmetoder mm. Området har nära koppling till samverkan kring in- och utskrivning från sjukhus.

En satsning kring utbildning av personal med hjälp av VR-teknik har påbörjats under 2025 och planeras fortsätta under 2026. Utbildningsinsatserna kommer i huvudsak att rikta in sig på tre olika områden:

1. Utbildning i arbetssätt och bemötande, fokus på ett personcentrerat- och rehabiliterande arbetssätt.
2. Utbildning kring riskbedömningar, exempelvis fallrisk, trycksår och undernäring.
3. Utbildning i bemötande av personer med BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens).

Arbetet med att skapa förutsättningar för digitala hembesök av läkare i ordinärt boende och i särskilt boende har under året pågått i mindre skala tillsammans med Regionen, med planen att succesivt kunna utöka arbetssättet.

Arbetet kring läkemedelsautomater har fortsatt under året. Dock har takten för antalet automater som börjat användas av brukare varit långsammare än planerat. Bedömningen är att det finns relevanta orsaker till det. Därför är fokus nu på ”nya” brukare där ett behov av hjälp med läkemedelshantering uppstår. Över tid så bedöms antalet automater som används i verksamheten succesivt att öka.

## **Ett hälsosammare och friskare, Bedömning och insatsteamet**

Under 2024 har ett bedömnings- och insatsteam skapats inom projektet ”Ett hälsosammare och friskare Härnösand”, där arbetssättet utgår från att vara mer stödjande och förebyggande. Målet är att fånga upp invånarna vars livssituation och hälsa sannolikt snart kommer leda till ett behov av hemtjänstinsatser och i ett tidigt skede sätta in förebyggande insatser.

Bedömnings- och insatsteamet består av en sjuksköterska, en fysioterapeut, en arbetsterapeut och två undersköterskor. Teamets uppdrag är att bl.a. att identifiera de individer som har rehabiliteringspotential, där förebyggande insatser kan vara verkningsfulla med syfte att stärka brukaren, göra dem friskare och mer självständiga och minska deras nuvarande eller framtida behov av hemtjänst och andra insatser.

Insats- och bedömningsteamet har under 2025 börjat arbetat operativt och utgår från tre olika spår som är, fallförebyggande insatser, funktions- och aktivitetsbedömning och intensiv hemrehabilitering.

## **Informationssäkerhet**

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §*

Samverkan sker med regionen på övergripande nivå kring säker kommunikation. Inloggning till regionens journal och vårdplaneringssystemet Lifecare Samordnad Planering (Lifecare SP) sker med säker autentisering, vid inloggning i läkemedelslistan i Pascal, samt till kvalitetsregister. Inloggning i verksamhetssystemet Lifecare sker med ny säker inloggning med kod-dosa. Systemadministratörerna fortsätter arbetet med att ta fram ett nytt system kring loggkontroller.

Kring förvaltning av HSA-katalogen<sup>2</sup>, togs nya processer fram och satts i drift under 2024. Regelbundna egenkontroller genomförs för att HSA-katalogen ska vara aktuell och uppdaterad. SKRs helägda bolag INERA som ansvarar för HSA-katalogen har utvecklat en ny digital plattform, som börjat användas i kommunen. HSA-katalogen skapar säker åtkomst till olika system med hälsodata, exempel Pascal läkemedelslista, kvalitetsregister med flera. Även samverkan med Skolförvaltningens elevhälsoteam ingår i arbetet – då även deras legitimerade medarbetare använder HSA och SITHS-kort<sup>3</sup> för identifiering i olika hälsodataregister.

## **Nytt vårdplaneringssystemet**

Region Västernorrland upphandlade ett nytt vårdplaneringssystem (klient), som ersatte det gamla under 2025. Nya klienten Lifecare SP gick i skarp drift under oktober 2025 efter flera förseningar.

Vårdplaneringssystemet används som kommunikationsväg när patienter som vårdats på sjukhus och bedömt behöva insatser av kommun och primärvård efter utskrivning – för att minska risker i vårdens övergångar.

## **SDK – säker digital kommunikation**

Kommunen startade under 2024 det nya verksamhetsstödet för säker digital kommunikation (SDK). Stödet införs successivt under 2025-26. Planen var att ha detta klart under 2025, men då regionen, som är den stora motparten för kommunikation via SDK, inte kommit igång med sin lösning förrän sent 2025, behöver implementering fortsätta under 2026. Den lokala klienten i Härnösand, Sefos, kommer användas när integritetskänslig information om brukare och patienter behöver överföras mellan olika huvudmän och organisationer, exempelvis när sjuksköterska behöver överföra hälsodata eller annan information

---

<sup>2</sup> HSA-katalogen är en databas som samlar information om alla personer och verksamheter inom sjukvården i Sverige. Informationen som finns i HSA används bland annat som behörighetsgrundande information vid inloggning i olika IT-system.

<sup>3</sup> SITHS är en elektronisk och används till exempel vid inloggning i tjänster, för elektronisk signering och för säker kommunikation mellan system.

kring en patient till ansvarig läkare på vård-/hälsocentralen. Utöver säkra krypterade meddelanden kommer nya tjänsten även kunna användas till säkra videomöten. Vid både SDK och säkra videomöten måste personal identifieras sig med digitalt id, som BankID eller FrejaID för att få åtkomst till informationen.

## En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.

Öppna och transparenta resultat är en förutsättning för engagemang och ger verksamhetens medarbetare feedback på det arbete som genomförs. Genom att öppet lyfta fram både bra resultat och resultat som kan bli bättre avdramatiseras området. Det handlar inte om att peka ut brister – utan att visa på goda exempel. Det kan även bidra till att verksamheter samarbetar bättre och hjälps åt för att tillsammans skapa en mer likvärdig vård och omsorg, oavsett var vård- och omsorgstagaren får sitt stöd.



### Kvalitetsråd, analys och visualisering av resultat

Den nya modellen kring systematiskt kvalitetsarbete i socialförvaltningen stödjer användningen av öppna aidentifierade data. Med stöd av det nya analysverktyget Kuben och Hypergene kan hälsodata och avvikelser från verksamhetssystemet Lifecare kunna visualiseras och vara underlag för styrning och kvalitetsarbete.

### Patientsäkerhetskultur mätning

Efter första baslinjemätning våren 2024 genomförs mätning av patientsäkerhetskulturen i hälso- och sjukvårdens verksamhetsområde varje år. Resultaten och förändringarna mellan åren kan nu analyseras bättre, när det finns tre mätningar. Dock har antalet som deltagit och svarat på mätningen minskat från de två första årens mätningar. Resultatet visar att ett 40-tal medarbetare svarat på kulturmätningen (2024, 37 medarbetare, 2025, 41 medarbetare), för att sedan sjunka till 25 svar 2026.

### Sammanfattande slutsatser

Resultaten kring mätning av patientsäkerhetskulturen visar att grunden är stark inom kommunens hälso- och sjukvårdsverksamhet. Områden som utmärker sig som särskilt starka är:

- Mycket hög psykologisk trygghet
- God riskmedvetenhet
- Stabil säkerhetskultur

2025 var ett tydligt negativt år, där resultaten minskade inom flera frågeområden.

- Flera indikatorer sjönk, som att lära av det som fungerar bra och våga prata om egna misstag
- Fritext visar bemannings- och ledningsproblem
- Sannolikt verksamhetsbelastning eller organisationspåverkan

2026 visar att en viss återhämtning har skett, men inte fullt ut.

- Flera mått förbättras, som att anpassa arbetet utifrån nya förutsättningar och bemötande på arbetsplatsen när medarbetaren behöver hjälp
- Men teamarbete och patientdelaktighet halkar efter
- Fortsatt kritik mot ledarskap och kompetens

Största utvecklingsområdena handlar om utveckla:

- Patientdelaktighet/personcentrering
- Teamarbete
- Upplevelse av förbättringsarbete
- Ledningsnärvaro och stöd
- Kompetens i baspersonal

Resultatet ska tolkas med viss försiktighet, då antalet svar sjunkit framför allt vid 2026 år mätning. Resultatet kommer analyseras vidare och återförs till hälso- och sjukvårdens medarbetare, både för att fånga upp viktiga utvecklingsområden, men även för att vid nästa mätning kunna öka deltagandet i undersökningen.

### **Professionsträffar**

Inom hälso- och sjukvården genomförs löpande så kallade professionsträffar där det finns möjlighet att diskutera områden och delar som verksamheten behöver utveckla. Det kan exempelvis vara att lära sig nya arbetssätt, användning av ny medicinteknisk utrustning mm.

### **Öka kompetensen kring patientsäkerhet**

Under 2025 nådde verksamheten inte målet att all leg personal ska gå Socialstyrelsens webbutbildning ”Säker vård – nationell utbildning i patientsäkerhet”. Därför är detta ett fortsatt mål även under 2026.

## **Adekvat kunskap och kompetens**

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.



### **Kontinuitet och bemanning**

Under större delen av året har verksamheten haft ett visst behov av konsultsjusköterskor pga. vakanta tjänster, föräldraledigheter och sjukskrivningar. Läget har succesivt förbättrats i slutet av året och förväntas stabiliseras än mer under våren 2026.

Utvärdering av sommaren 2025 för hälso- och sjukvårdspersonalen skedde via en enkät som skickades ut till varje enskild medarbetare, som då hade möjlighet att ge feedback på hur de upplevde att sommaren hade varit utifrån exempelvis arbetsbelastning och samverkan. Syftet är att identifiera eventuella områden som behöver utvecklas inför nästa sommarperiod. Resultatet visar att sommaren har upplevts som mycket bra. Exempelvis har all legitimerad personal svarat att man rankar sin arbetsmiljö till 7.8 på en 10-gradig skala. Analysen av resultatet visar att de bakomliggande orsakerna till det positiva resultatet var det nya planeringsupplägget för semesterperioderna (4 överlappande perioder), organisering av sjuksköterskor (samma som planeras införas vid byte av lokal) samt sommaranställda hälso- och sjukvårdsassistenter.

All personal inom hälso- och sjukvården som arbetar vårdnära har möjlighet att få en repetitionsutbildning i hjärt- och lungräddning (HLR). Hälso- och sjukvården har egna instruktörer som utbildar. Det har gjorts en planering för att återkommande kunna utbilda hälso- och sjukvårdspersonalen i HLR. På samma sätt får alla sjuksköterskor utbildning i klinisk bedömning och i beslutstödet ViSam, som används i Härnösand sedan några år tillbaka.

Hälso- och sjukvårdsverksamheten har fortsatt aktiva instruktörer i förflyttningsteknik inom rehabteamen (arbetsterapeuter och fysioterapeuter). Dessa utbildar sedan förflyttningssombud som finns ute på enheterna i verksamheten. Ombuden utbildar sedan i sin tur övrig omvårdnadspersonal i förflyttningsteknik. Dessa utbildningsinsatser planeras vara årligen återkommande utifrån behovet.

## Patienten som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.



PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Under 2025 har samverkan mellan hälso- och sjukvården och anhörigstödet fortsatt. Medicinskt ansvarig sjuksköterska har bjudits in till anhörigträffar inom demensområdet. Samverkan kommer fortsätta under 2025. Tema har också hållets kring den nyligen inrättade Bedömnings- och insatsteamet, hur fall och fallskador kan förebyggas och sprida användningen av Appen Säkra steg – som kan hjälpa den enskilde att förebygga fall och fallskador med enkla övningar i hemmet.

### Synpunkter och klagomål

Under 2024 startades en ny modul i Lifecare för att ta emot klagomål och synpunkter kring hälso- och sjukvård samt socialtjänst. Till den nya modulen har det under 2025 inkommit 15 ärenden, varav tre stycken berör hälso- och sjukvården. Två ärenden handlar om kommunikation och en om vårdnivå och ansvar i hemsjukvården.

### Närståendeenkät efter att en anhörig avlidit

Försök som påbörjades 2023, genom att erbjuda närstående att svara på frågor hur de upplevt vården i livets slutskede, har permanentats och ingår från 2024 som en del i att utveckla vården i livets slutskede. Resultaten förs in direkt i Svenska Palliativregistret och verksamheten kan sedan ta del av resultaten. Följsamheten kring att erbjuda anhöriga detta var 48% under 2025, men något lägre än 2024. Övriga resultat kring vård i livets slut, se bilaga 2.

## AGERA FÖR SÄKER VÅRD

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

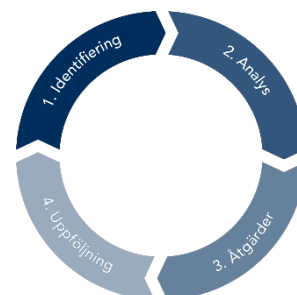
Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.

Socialstyrelsens Nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2020-2024, har legat till grund för förvaltningens analys och lokala handlingsplan, som antogs av Socialnämnden mars 2022.

Handlingsplanen har legat som en grund för utvecklingsarbetet inom hälso- och sjukvården. Under 2024 har Socialstyrelsen arbetat med att revidera den nationella handlingsplanen och den beslutades under våren 2025, för att sedan gälla fem år mellan 2026 och 2030. I och med detta ska den lokala analysen i Härnösand uppdateras, utifrån den nya nationella handlingsplanen.

Under området ”Agera för säker vård” används arbetsprocessen för ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete genom att följa fyra steg:

1. **Identifiering**
2. **Analys**
3. **Åtgärder**
4. **Uppföljning av åtgärd**



## Resultat i korthet

Område	Mål	Resultat	Analys	Åtgärd	Källa
Olämpliga läkemedel	Minska i säbo	Stående 8,4% Vid behov 3,1%	Minskat Ökat	Sprida resultat och öka kompetens inom området	Regionen årligen
Olämpliga läkemedel	Minska i hemsjukvård	Stående 7,4% Vid behov 2,5%	Minskat Minskat	Sprida resultat och öka kompetens inom området	Regionen årligen
Sömn läkemedel Säbo	Minska	2023 – 26,7% 2024 – 18,4% 2025 – 20,3%	Ökat med 1,9%	Sprida resultat och öka kompetens inom området utåtagerande beteende	Regionen årligen
Neuroleptika Säbo	Minska	2023 – 21,2% 2024 – 15,6% 2025 – 14,0%	Minskat med 1,6%	Sprida resultat och öka kompetens inom området utåtagerande beteende	Regionen årligen
Trycksår	Minska	2023 – 25 st 2024 – 27 st 2025 – 31 st	Ökat antal personer med trycksår	Sprida resultat och öka kompetens inom området med en satsning kring svårålkta sår.	Kvalitetsregister, löpande
Undernäring	<Antal med BMI<22	2023 – 114 st 2024 – 82 st 2025 – 74 st	Minskat antal personer med BMI <22	Riktlinje kring undernäring, öka kompetens med stöd av digital utbildning via Foodix.	Kval.register löpande
Fall med skada	Minska	2023 – 152 st 2024 – 134 st 2025 – 136 st	Oförändrat antal	Fler förebyggande insatser som minska olämpliga läkemedel	Hypergene BI-system
Ohälsa mun	Minska	2023 – 95 st 2024 – 96 st 2025 – 106 st	ökat antal personer med ohälsa i munnen	Sprida resultat och öka kompetens inom området	Kval.register löpande
Blåsdysfunktion	Öka	2025 – 8 registreringar	Öka antalet registreringar	Ökad kompetens inom området och stöd av modern teknik	Kval.register löpande

Tabell 1: Se detaljerade resultat i bilagorna 5-7

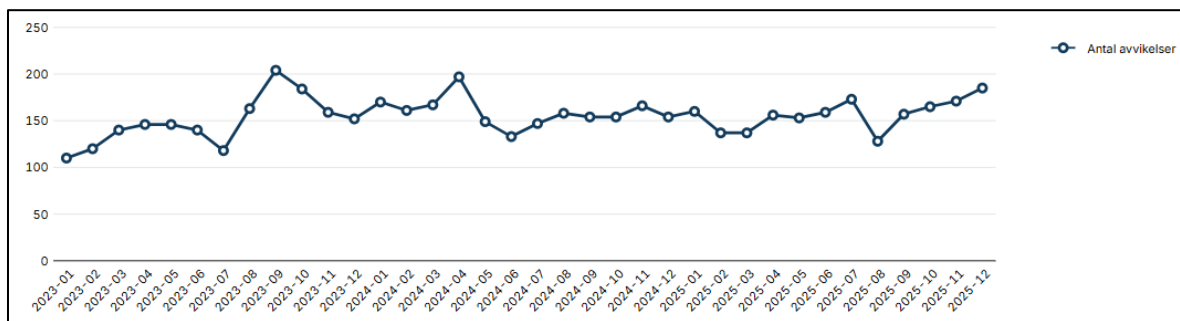
## Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §  
Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



### Har vården varit säker?

Med stöd av det nya BI-systemet för visualisering av avvikelser kan avvikelser följas i realtid. Linjediagram kan visa antalet avvikelser per månad ner på verksamhets- och avdelningsnivå. Med det nya stödet kommer förekomsten av risker och systembrister i verksamheten, samt konsekvenser för den enskilde som varit föremål för en brist eller risk kring hälso- och sjukvård, att kunna följas av den enskilda verksamheten och som underlag för det lokala kvalitetsarbetet.



Figur 2. Antal avvikelser alla riskområden från januari 2023 till december 2025. Resultatet visar en svag uppåtgående trend. Sannolikt beror detta på att mörkertalet minskar och fler avvikelser rapporteras av vård och omsorgens medarbetare.

Vilka olika typer av patientsäkerhetsrisker som förekommer i verksamheten är också viktiga att kunna följa. Det är dock när sammanställningar av resultaten till verksamhetens medarbetare sker som effekter kan uppnås. Verksamhetens medarbetare kan då ställa sig frågan, hur gör vi i vår verksamhet för att minska fel kring läkemedel, när inträffar fall och fallskador, mm.

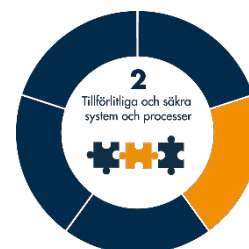
Nedan redovisas resultat från modulen ”Lifecare vårdskada”, som även återfinns i det nya BI-systemet.

Typ av avvikelse	2023	2024	2025	Typ av avvikelse	2023	2024	2025
Avvikelse i vårdkedjan inkommande	21	23	24	Läkemedel fel person	0	11	5
Avvikelse i vårdkedjan utgående	65	57	44	Läkemedel fel tid	23	30	32
Fall med skada	148	129	132	Läkemedel injektion/infusion	6	5	7
Fall utan skada	505	454	431	Läkemedel saknas/försvunna	33	56	51
Olycksfall/halkolycka (SoL)	181	141	140	Läkemedel utebliven dos	240	281	221
Hjälpmiddel	11	20	16	Trycksår	3	12	7
Information	42	35	19	Vård och behandling	32	48	73
Läkemedel fel dos	36	29	27	Vårdrelaterad infektion	1	0	1

Tabell 2. Fall med skada tenderar att minska, vilket även fall utan skada har gjort. Det finns ett starkt samband mellan olämpliga läkemedel för äldre och risken för fall. Andelen av olämpliga läkemedel har minskat, vilket kan ge denna positiva effekt på fallen. Läkemedel till fel person har minskat från toppnoteringen 2024 – vilket även det är bra. Helst ska inga sammanblandningar av patienter kunna ske.

## Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.



### Uppföljning, egenkontroller kopplat till patientsäkerhet

Under senaste åren har ett flertal uppföljningsverktyg och egenkontroller utvecklats, för att på ett enkelt sätt kunna säkerställa att system och processer är väl fungerande och för att minska risken för undvikbara kvalitets- och patientsäkerhetsrisker. Det har handlat om egenkontroller kring basala hygienrutiner, mätning av olämpliga läkemedel, förekomst av svårläkta sår, systematisk i hantering av avvikelser, mm. Med nya BI-system på plats kan nya och än bättre egenkontroller utvecklas som verksamheten dessutom kan ta del av i realtid och följa själva i sin verksamhet.

### Nya föreskrifter kring delegering 2026

Under 2025 har arbete och planering genomförts för att anpassa kommunens riktlinjer och stöd till de nya föreskrifterna kring läkemedelshantering som börjar gälla 1:a januari 2026. De gamla föreskrifterna, som var från 1997, har tagits bort av Socialstyrelsen och nya normeringar kring delegering av läkemedelshantering har tillförts läkemedelsföreskriften<sup>4</sup> istället. I samband med detta ändrades flera delar i delegeringsprocessen som föranlett att kommunen behöver hitta nya lösningar kring hur personalens kompetens ska utvecklas kring läkemedelshantering och hur kunskaperna ska kunna testas och följas upp. Den nya föreskriften från Socialstyrelsen innehåller övergångsbestämmelser, så kommunen har större delen av 2026 på sig att ta fram bra stöd, utbildningar och rutiner kring området – som ska skapa goda förutsättningar för en god och säker hantering av läkemedel. Vid övriga delegeringar inom hälso- och sjukvårdsområdet, ska Patientsäkerhetslagen tillämpas.

<sup>4</sup> HSLF-FS 2017:37

## Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.



### Riskhantering Anders

SOSFS 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap. 2 § p 4

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

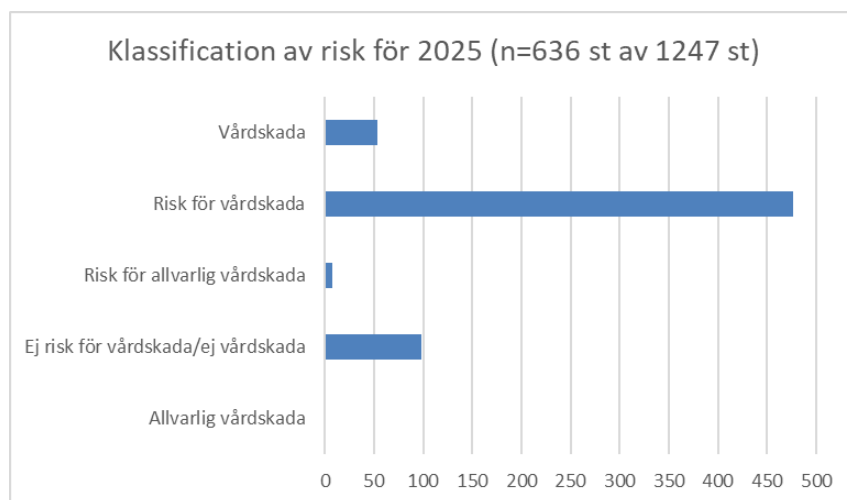
Varje avvikelse ska bedömas av ansvarig handläggare, oftast enhetschefer i verksamheten. Enhetschefen ska bedöma sannolikhet kring att händelsen kan inträffa igen, samt konsekvenser. Sannolikheten för upprepning bedöms utifrån fyra nivåer samt allvarlighetsgrad i fyra nivåer. Se tabell nedan. Ju högre riskpoäng, ju större anledning att utreda den enskilda avvikelsen. Sedan kan sannolikheten vara låg, men konsekvensen vara katastrofal och då ska alltid medicinska ansvarig sjuksköterska informeras.

		Allvarlighetsgrad			
		Katastrofal(4)	Betydande(3)	Måttlig(2)	Mindre(1)
Sannolikhet för upprepning	Mycket stor(4)	16	12	8	4
	Stor(3)	12	9	6	3
	Liten(2)	8	6	4	2
	Mycket Liten(1)	4	3	2	1

Figur 3. Riskmatris som används i avvikelssystemet.

Med stöd av det nya BI-systemet för visualisering kan resultat kring dessa två axlar – för värdering av hälso- och sjukvårdens risker – följas på ett bättre sätt.

Utöver denna tvåaxlade bedömningen ska enhetschef, ofta tillsammans med legitimerad personal, klassificera avvikelsen. I diagrammet nedan ses fördelningen av utredda avvikelser. Av 1247 stycken rapporterade avvikelser har 636 stycken bedömts, vilket är en lägre andel än 2024.

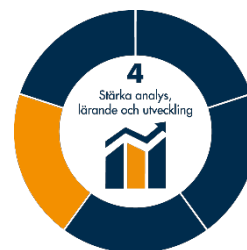


Figur 4. Andelen avvikelser som fått en riskklassning är lågt och behöver förbättras. Enhetscheferna behöver stöd för att minska handläggningstiden och utreda avvikelser hela vägen till avslut, vilket även analyseras nedan.

Med stöd av det nya systemet för visualisering kan möjligheten att analysera och även återföra avvikelser och dess resultat till verksamhetens medarbetare öka. Utan feedback på det som medarbetarna rapporterar som fel och brister i verksamheten – minskar viljan och förutsättningarna att arbeta med kvalitetsutveckling.

## Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.



### I vilken mån förbättras system och arbetssätt utifrån tillgänglig information?

Användning av kvalitetsregister kommer att förbättras, genom att en journalintegration skapas mellan patientjournalen Lifecare HSL och olika kvalitetsregister. Först ut är kvalitetsregistret Senior alert som stödjer arbetet kring vårdprevention. Arbetet pågår för att integrera kvalitetsregistret Senior alert i Lifecare HSL. Andra viktiga register är Rikssår samt Svenska Palliativregistret. Även inom demensområdet kan resultat från kvalitetsregistren BPSD<sup>5</sup>-registret samt Svedem<sup>6</sup> bidra med viktiga resultat för utveckling av vårdens kvalitet. Enligt planer från systemleverantören skulle detta arbete vara påbörjat redan under 2022 – men någon exakt tidsplan för arbetet har leverantören Tieto inte kunnat ge. Resultat kring kvalitetsregistren återfinns i bilagorna.

## Klagomål och synpunkter Anders

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 3 a § och 6 §, 7 kap. 2 § p 6*

Synpunkter och klagomål på hälso- och sjukvården kan från 2024 komma in antingen muntligt eller via brev, e-post till förvaltningen, genom kommunens e-tjänst ”Synpunkt felanmälan”, eller via förvaltningens nya modul för Klagomål och synpunkter som startades upp våren 2024. Under 2025 har det inte inkommit något ärenden i e-tjänsten ”Synpunkt felanmälan” som berör hälso- och sjukvården. I den nya modulen i Lifecare för att ta emot klagomål och synpunkter kring hälso- och sjukvården samt socialtjänst har det under 2025 inkommit 13 ärenden, varav 4 stycken berör hälso- och sjukvården. Två ärenden handlar om sårvård och ett handlar om hjälpmedel i hemmet. Alla tre har blivit hanterade och besvarade av verksamheten. Ett ärende har avvisats, då det rör en intern avvikelse mellan medarbetare.

Det är positivt att medborgare vänder sig till kommunen när de upplever brister eller fel. Det stödjer verksamheten att ständigt utveckla kvalitén och möta upp medborgaren på ett bättre sätt.

## Patientnämnden

Ungefär 2 procent av de registrerade ärendena som inkommit till Patientnämnden (från samtliga kommuner i regionen som är anslutna till Patientnämnden) avsåg ”Kommunal vård”. Det är en ökning från 21 ärenden 2024 till 29 ärenden 2025. Kommunala ärenden avser den sjukvård som kommunerna enligt hälso- och sjukvårdslagen ansvarar för. Det är främst anhöriga som inkommit med ärenden rörande sina åldriga anhöriga. Jämfört med föregående år har ärenden gentemot den kommunal hälso- och sjukvård ökat på regionnivå, men från mycket låga nivåer. Av samtliga kommunala ärenden under 2025 (29 st) gäller sex stycken Härnösand. En handlar om kommunikation, två om vårdansvar och organisation samt tre om vård och behandling. Patientnämndens nyhetsbrev, rapporter och sammanställningar samt årliga

<sup>5</sup> BPSD – ett kvalitetsregister som inriktas mot att minska Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens.

<sup>6</sup> Svedem – ett kvalitetsregister som inriktas på att höja kvalitén på demensutredningarna.

verksamhetsberättelser publiceras löpande på intranätet för personalen att läsa och ta del av. Varje gång det sker en ny publicering skapas en nyhet på intranätet för att uppmärksamma nya rapporter mm.

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Härnösand	1	2	2	2	1	3	0	6

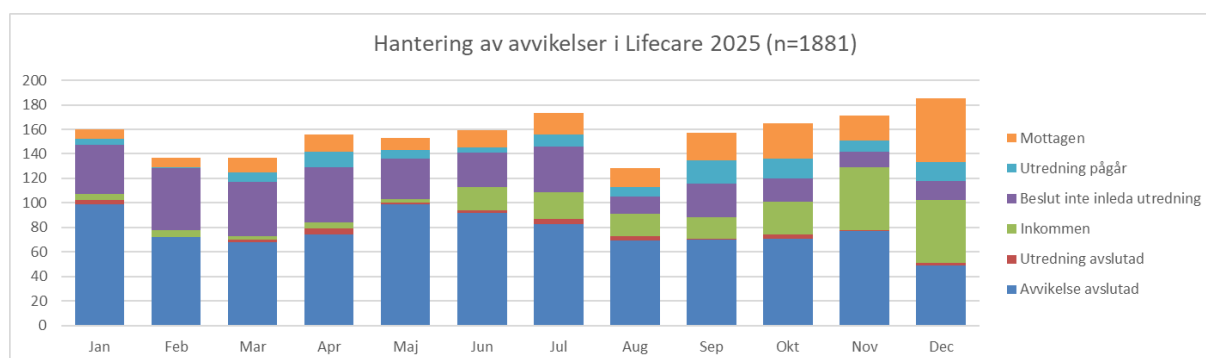
Tabell 3. Inkomna ärenden gällande hälso- och sjukvård till Patientnämnden.

## Avvikelsehantering

PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5

För att löpande kunna följa och utveckla verksamhetens kvalitet ställer lagar och myndighetsregler krav på verksamheten att rapportera och analysera avvikelser som inträffar. Dessa ska enligt lokala riktlinjer hanteras inom en månad från att rapporten kommit in.

Med stöd av det nya BI-systemet för visualisering, kan hantering av avvikelser kunna följas i realtid, vilket kommer underlätta både hantering lokalt av verksamhetens enhetschefer, men även kunna säkerställa på mer aggregerad nivå att hanteringen sker i enlighet med förvaltningens rutiner. Detta har inte varit möjligt tidigare. I figuren nedan framgår hur hanteringen av avvikelser sett ut under 2025. Relativt många avvikelser, som är flera månader gamla har fortfarande inte tagits emot för utredning (gröna) och ett flertal är mottagna, men utredning inte påbörjad (orange). Med stöd av denna typ av visualisering i det nya BI-systemet kan respektive enhetschef se hur det ser ut i den egna verksamheten. Detta var mycket svårt att få en övergripande bild av tidigare. Även högre chefer (verksamhetschefer) kan följa hur hanteringen av rapporterade avvikelser hanteras inom sitt verksamhetsområde. I riktlinjen kring avvikelshantering finns det beslut på att hantering av avvikelser ska påbörjas inom 14 dagar efter händelsen och vara hanterade och avslutade inom en månad.



Figur 5 Visualisering av hantering av inrapporterade avvikelser. Denna nya visualisering finns i det nya BI-systemet som finns på plats från senhösten 2025. Nu pågår successiv implementering och utbildning i hur detta nya stöd kan användas av verksamhetens chefer.

Målet i riktlinjen för avvikelshantering är att avvikelser ska vara slutförda inom en månad. Om avvikelser inte hanteras inom rimlig tid riskerar den bli svårare att hantera och sätta in förebyggande åtgärder.

Bakgrunden till detta är att inblandade medarbetare kommer ha svårt att minnas vad som hänt, vilket försvårar utredning av händelser.

## Analys och åtgärder

Avvikelser i avvikelssystemet tenderar att bli allt för gamla innan de hanteras, eller inte hanteras alls. Med stöd av de nya visualiseringarna finns förhoppningen att detta ska bli tydligare hur respektive verksamhet ligger till i sin lokala hantering. Resultaten kan aggregeras och ses från avdelningsnivå, upp till verksamhetsnivå och övergripande nivå – det kan skapas ett förväntanstryck att respektive verksamhet ska ha ordning på sina avvikelseflöden.

## Ny teknik – till stöd för ökad patientsäkerhet och patientmedverkan Anders

Under 2025 har nya arbetssätt med stöd av ny teknik fortsatt att spridas och utvecklas i verksamheten. Målet med den nya tekniken har bland annat varit att stödja befintliga arbetssätt, öka kvalitet och säkerhet och involvera den enskilde patienten med assisterad egenvård.

De nya områdena har bland annat varit:

- **Användning av BI-system för att visualisera resultat från verksamhetssystemet:** Under våren 2025 påbörjades uppsättning och implementering av två nya BI-system, som ska hjälpa till att visualisera resultat från verksamhetssystemet Lifecare olika delar, som det beskrivits om på flera ställen i detta dokument. Avvikelse visualiseras i det redan befintliga systemet Hypergene. Där finns aktuella data från avvikelse systemet tillgängligt för chefer och annan ledningspersonal. Övriga delar från Lifecare verksamhetssystem visualiseras i Kuben, ett system inriktat mot att visualisera data från bl.a. socialtjänstens olika delar som; IFO, hemtjänst, särskilt boende funktionsstöd och hälso- och sjukvården. Från senhösten 2025 finns hälso- och sjukvårdens samtliga åtgärder inom alla verksamhetsgrenar, utom IFO (där kommunen saknar hälso- och sjukvårdsansvar), upplagt. Arbete pågår för att få in socialtjänstens uppgifter kring hemtjänst, särskilt boende, funktionsstöd och daglig verksamhet/dagverksamhet. Det som saknas är framförallt IBIC<sup>7</sup>-bedömningar på mer detaljerade nivåer. IBIC bedöms redan idag under biståndsbedömningen, men bara på en övergripande nivå. Detta arbetssätt ska ändras och när detta är på plats kan Kubens visualiseringar komma till sin fulla rätt, som beslutsstödsystem, resurssättning och kunna följa kvalitet och belastning på verksamheten i realtid.
- **Användning av läkemedelsautomater i ordinärt boende:** Från hösten 2024 påbörjades breddinförande av läkemedelsautomater och vid årsskiftet 2023-24 hade 45 patienter i ordinärt boende tillgång till stödet. Efter detta har antalet aktiva läkemedelsautomater förändrats med en topp på 50 stycken läkemedelsautomater för att sedan minska till 36 stycken i slutet av 2025. Nedgången behöver analyseras, för att få veta mer om orsakerna till nedgången. Följsamheten till läkemedelshandlingen vid användning läkemedelsautomat är så pass hög som 99.4-99.8% - vilket är en mycket hög följsamhet.
- **Sensorskydd i den basala utredningen av blåsdysfunktion/inkontinens:** Att använda modern teknik i denna typ av utredningar fortsätter att spridas inom hälso- och sjukvården.
- **Mätning av cirkulation i benan hos patienter med bensår:** För att snabba på och stödja en snabbare sårhäkning vid svårhärläta sår på framförallt underbenen, ska verksamheten börja använda moderna mätinstrument för mätning av cirkulation i benen. Det är ett välkommet verktyg som kommer gynna både patienten och verksamhetens resurser. Se mer i bilaga 1.

## Öka riskmedvetenhet och beredskap

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens.

### Hantering av oväntade händelser

Kontinuitetsplanen för hälso- och sjukvården revideras och uppdateras kontinuerligt under året. En specifikt avdelat funktion finns anställd på förvaltningen, för att stödja verksamheterna i kontinuitetsplaneringen. Kontinuitetsplanen ska vara ett tydligt stöd i verksamheten vid oförutsedda



<sup>7</sup> IBIC – Individens Behov I Centrum – ett standardiserat sätt för biståndshandläggare att utreda en brukarens behov och nedsättningar på – som underlag till beslut om bistånd.

händelser som påverkar verksamhetens ordinarie drift, exempelvis vid strömavbrott eller driftstörningar i verksamhetssystem. Alla verksamhetsområden ska ha aktuella kontinuitetsplaner. Riktlinjen kring hantering vid värmebölja reviderades inför sommaren 2025.

## MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Under 2024 pekade Socialnämnden ut det förebyggande arbetet som ett prioriterat område, samt arbetet med att minska användningen av olämpliga läkemedel hos sköra äldre. Detta arbete kommer fortsätta under 2025.

Utöver detta ska följande områden fortsätta att utvecklas:

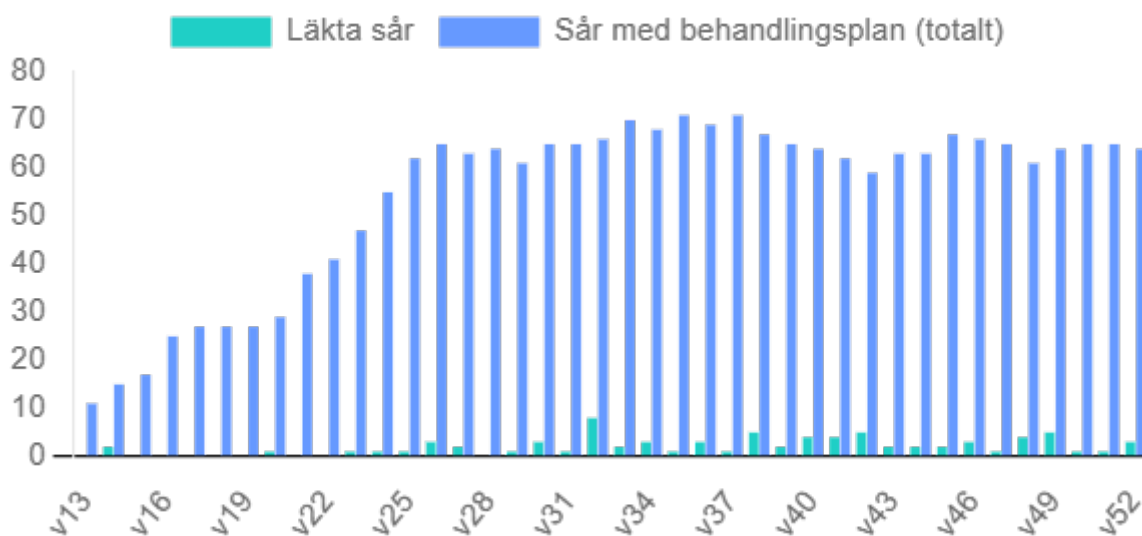
- Äldres hälsa kopplat till nutrition, utifrån nya och reviderade föreskrifter från Socialstyrelsen, genom bland annat användning av stödet Foodix,
- Utveckling inom området blåsdysfunktion, fler som erbjuds en basal utredning samt får individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel och med stöd av digitala sensorskydd,
- Genomföra Socialstyrelsens utbildning ”Säker vård – nationell utbildning i patientsäkerhet”,
- Öka användningen av kvalitetsregistret Senior alert, för att stötta det systematiska arbetet och ge feedback till verksamhetens medarbetare, Målet kommer vara mer nåbart i och med journalintegrationen
- Påbörja anslutning till Svenska demensregistret (SveDem),
- Fortsätta arbetet med att minska olämpliga läkemedel, genom ökad samverkan med ansvariga läkare,
- Fortsätta breddinförande av läkemedelsautomater i ordinärt boende,
- Utveckla samverkan med läkare för att stärka teamet i framför allt i ordinärt boende,
- Fortsätta arbetsättet och samverkan kring digitala väntrum,
- Fortsätta utveckla dokumentationen i nya verksamhetssystemet Lifecare HSL, med fokus på bedömning av hälsa,
- Fortsätta utvecklingsarbetet kring svårsläkta sår med både kunskap och digitala stöd, se nedan,
- Fortsätta implementering och användning av de nya BI-systemen för visualisering och analys av hälsodata från verksamhetssystemet och patientjournalen,
- Genomföra en ny analys av hälso- och sjukvården utifrån Socialstyrelsens reviderade nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2025-2030 kommit i tryck under 2025
- Starta upp arbetsgrupp i socialförvaltningen kring tillämpning av nya lagstiftningen samordnad vård och omsorgsinformation (SVOD) och producent av hälsodata till nationell patientöversikt (NPÖ), samt;
- Fördjupad samverkan tillsammans med vård/hälsocentraler – inom ramen för en OMTÄNKT-allians – där kommunen får stöd av forskare för att testa nya sätt att organisera vård och omsorg kring sköra äldre.

Många av ovanstående utvecklingsområden behöver även samverkas med och samordnas tillsammans med socialtjänstens övriga verksamheter samt med Region Västernorrland och då framförallt kommunens lokala vård-/hälsocentraler.

## Bilaga 1. Satsning kring svårläkta sår

I data från kvalitetsregister och egenkontroll har det visat sig att antalet patienter med svårläkta sår är högt i Härnösands kommuns verksamheter, jämfört med andra kommuner i länet och landet. Detta är plågsamt för den enskilde patienten, men kostar även stora personella resurser vid omvårdnad och omläggningar av såren samt kostnader för omläggningsmaterial. För att få rätsida på detta bristområde beslutades att genomföra en satsning kring svårläkta sår och med stöd av ett specialistutbildat sårvårdsteam. Satsningen har innehållit olika delar som föreläsningar kring svårläkta sår, handledning på plats av specialistsjuksköterska i sårvård samt digitalt stöd via app, som med stöd av AI (artificiell intelligens), bedömer sår. Arbets sättet bygger på strukturen i Nationellt kliniskt kunskapsstöd kring svårläkta sår.

Satsningen har pågått sedan våren 2024 och kan följas av verksamhetsledningen via en resultatportal.



Figur 6. Under våren 2025 övergick verksamheten successivt till en ny teknisk lösning kring registrering av sår, därav ser antalet sår ut att öka. Totala antalet sår har dock legat på ungefär 60 sår, med en något minskande trend.

### Resultat

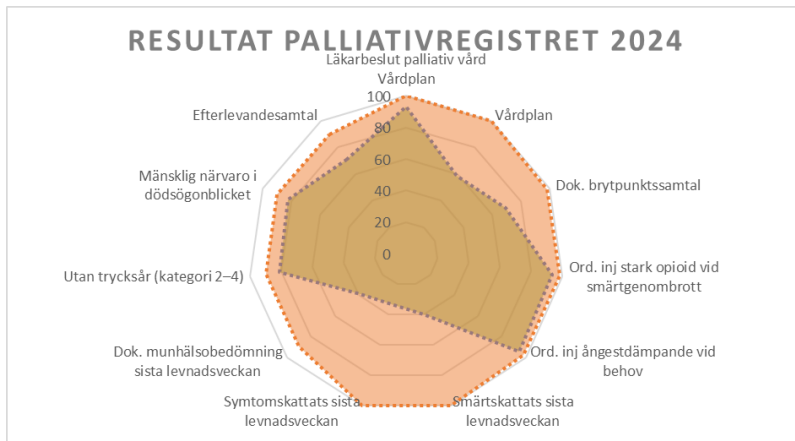
Under 2025 har totalt 84 sår läkt, med en genomsnittlig läkningstid på 60 dagar. Varje sår som läker är en vinst för både den enskilde individen, men ger även en viktig feed back till teamet runt den enskilde. Under 2025 har det även visat sig att andelen sår utan diagnos fortsatt har legat högt ~25-30 procent, medan bensår legat lågt. Troligen är det avsaknad av cirkulationsmätning som gjort att venösa bensår inte fått en korrekt diagnos och då påverkat läkningen negativt. Kommunen har inte haft tillgång till utrustning för mätning av cirkulation i underbenen, men i dialog under hösten beslutades att investera i en sådan utrustning – för att säkerställa att alla patienter med bensår får en korrekt diagnos och individuell anpassad behandling. Målet är att öka andelen korrekta diagnoser och få fler sår att läka snabbare.

### Teamarbete

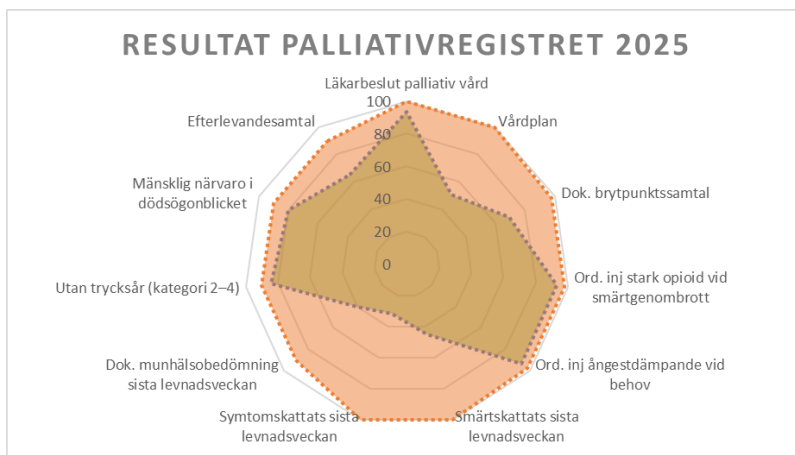
En lokal arbetsgrupp med legitimerade medarbetare från hälso- och sjukvården har under 2025 arbetat fram nya rutiner kring hantering av sår och svårläkta sår i samverkan med medicinskt ansvarig sjuksköterska. En helt ny vårdprocess har utvecklats och målet är att fastställa denna under våren 2026 och i samverkan med de lokala vård-/hälsocentralerna. Arbetet kring svårläkta sår är ett teamarbete, där teamets olika medlemmar ansvarar för olika delar kring patienten – men i samverkan med varandra, alltför att ge så bra betingelser som möjligt för att såret läka.

## Bilaga 2. Resultat från Svenska Palliativregistret

God vård i livets slut är ett viktigt och angeläget område att utveckla. Genom att använda Svenska Palliativregistret kan kvaliteten följas över tid. I spindeldiagrammen nedan visas resultat mellan 2024 och 2025. Antalet registreringar har ökat successivt mellan åren, från 2021 med 27 registreringar till 2023 med 80 registreringar. För 2025 var antalet 75, samma som 2024. Verksamheten kan ta del av sina lokala resultat för att utveckla vården i livets slutskede.



Figur 7. Resultat från Svenska palliativregistret 2024.



Figur 8. En ny indikator tillkom under 2024, vårdplan i livets slut. Målet är 100 procent och kommunen ligger fortsatt på 60 procent. Där finns det utvecklingsarbete att göra.

### Inhämta anhörigas upplevelser

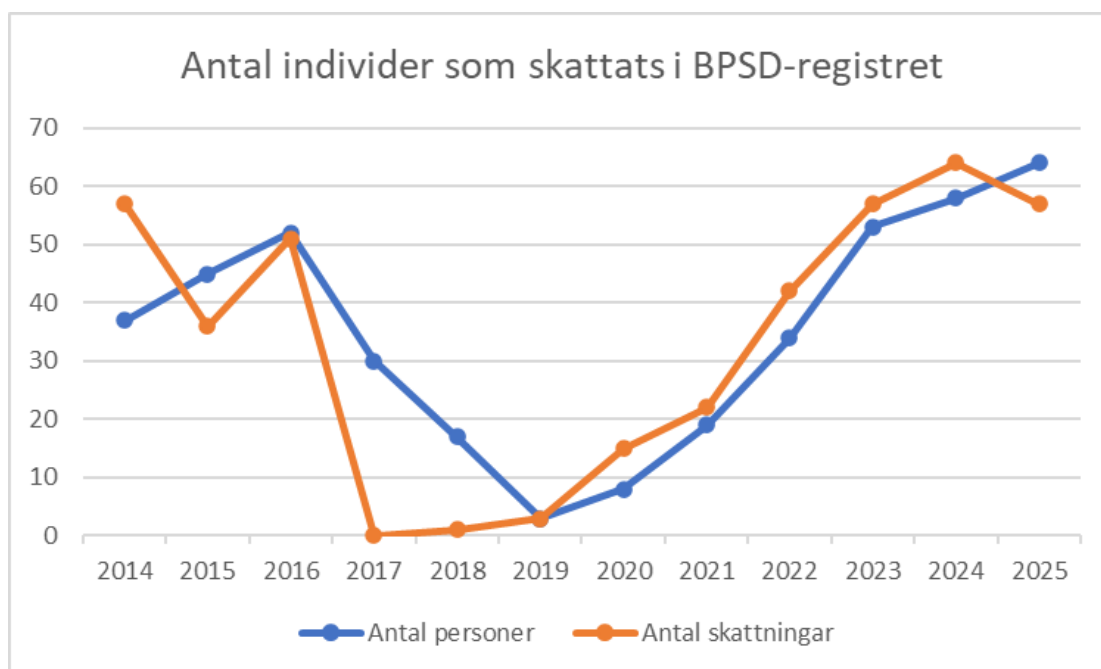
Från 2024 har rutinen att erbjuda efterlevande anhöriga möjlighet att besvara en enkät hur de upplevt sin närståendes sista tid i livet genomförts. Av 75 dödsfall 2025 hade detta erbjudande gått till 46 procent, vilket är ett mycket bra resultat för en så pass ny rutin, men något lägre än 2024. Resultatet kan tas ut av verksamheten själv och användas i det lokala förbättringsarbetet.

### Bilaga 3. Resultat från BPSD-registret

Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens (BPSD) – drabbar någon gång ca 90 % av alla som lever med en demenssjukdom. Dessa symtom kan exempelvis vara aggressivitet, oro, apati, hallucinationer eller sömnstörningar och de orsakar ett stort lidande framförallt för personen med demenssjukdomen, men påverkar även för närstående och vårdpersonal med en ökad belastning.

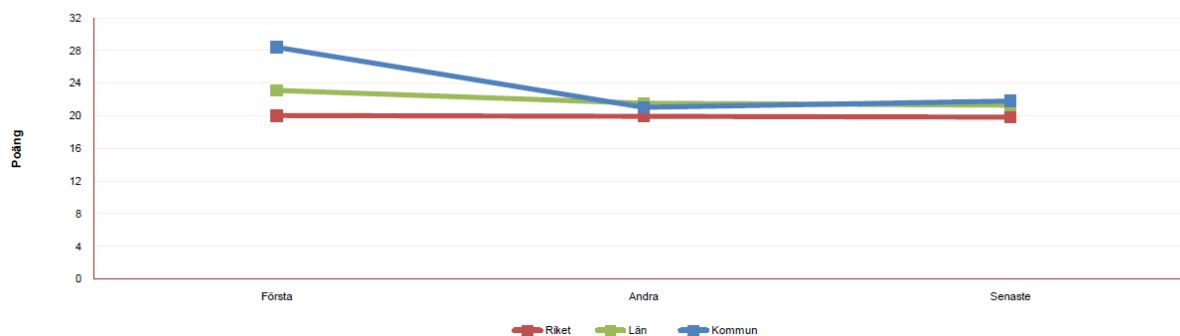
Observation av BPSD görs med hjälp av en skattningsskala, Neuro Psychiatric Inventory, Nursing Home (NPI-NH) som gör det möjligt att bedöma hur ofta BPSD förekommer och hur mycket det påverkar personen med demenssjukdom.

Efter skattningen genomförs en analys av eventuellt tänkbara orsaker med hjälp av en checklista. En bemötandeplan utformas och individanpassade åtgärder sätts in. När personalen arbetat med åtgärderna under en bestämd tidsperiod, utvärderas dessa genom att göra en ny NPI-skattning och upprepa processen.



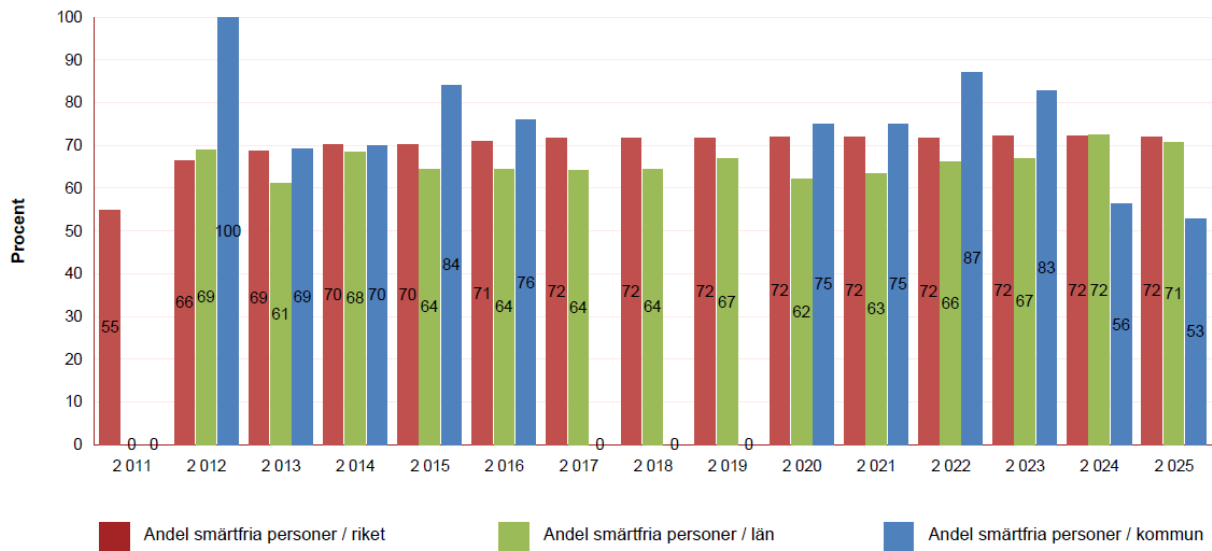
Figur 9. Antalet unika personer och skattningar har ökat varje år från 2020. Det innebär att resultaten nedan blir mer och mer tillförlitliga varje år.

### NPI-poäng över tid för samtliga registrerade personer vid skattning av BPSD-symtom.



Figur 10. På aggregerad nivå i Härnösand förbättras den enskildes mående initialt (fjärre NPI-poäng). NPI-poängen ligger sedan på en stabil nivå per skattningstillfälle.

## Andel personer som är smärtfria vid senaste registreringen varje år.



Figur 11. Blå staplarna = Härnösand, gröna = Västernorrland. Andelen individer på aggregerad nivå i Härnösand som är smärtfria låg lägre i Härnösand mot både riket och övriga kommuner i länet för 2025.

### Utvecklingsarbete

Härnösands kommun har certifierade utbildare, som dels utbildar nya administratörer för att arbeta med BPSD-registret, men även som handledare och metodstöd till verksamhetens medarbetare.

### Under 2025

Under 2025 har 1 chef, 1 arbetsterapeut, 1 fysioterapeut, 1 sjuksköterska, 1 biståndshandläggare och 3 undersköterskor utbildats i BPSD-registret. BPSD-registret har använts i samband med handledning i särskilt boende, totalt 65 unika patienter i skarpa registret, vilket är kommunens högsta siffra sedan starten med registret 2014. Testdatabasen har använts vid skattning av färre patienter mot tidigare år, vilket är bra. 6 personer inom hemtjänsten och 9 personer i särskilda boenden. Orsaken till att dessa "sidoskattningar" är att dessa brukare saknar en demensdiagnos satt av läkare. Kommunens medarbetare behöver fortsätta att påtala behovet till ansvarig läkare om vikten av en demensdiagnos. Diagnosen är många gånger en grundläggande uppgift för att kunna ge en god och bra omsorg till dessa brukare.

Den certifierade utbildaren har även vid flera tillfällen varit ute på särskilda boenden, och på gymnasiet och föreläst om registret och om demenssjukdomar. Handledning har även genomförts mot chefer, legitimerad personal, vård- och omsorgspersonal samt biståndshandläggare.

## Bilaga 4. Resultat kring olämpliga läkemedel

### Nulägesmätning av läkemedel – i samverkan med regionen

När det gäller stående ordinerade läkemedel så har Härnösand legat kring genomsnittet i länet. Detta har dock förändrats under de senaste åren. 2023 låg särskilda boenden Härnösand högst i länet, medan det sjunkit något i ordinärt boende. 2025 har denna positiva trend fortsatt i både särskilda boende och ordinärt boende, se tabell nedan. Andelen vidbehovsläkemedel ligger på länsmedlet eller strax under för både särskilda boenden och ordinärt boende.

Användning av sömnläkemedel, neuroleptika och oxazepam (ett lugnande läkemedel) har ändrats marginellt sedan 2024 med en viss minskning kring neuroleptika. Alla tre läkemedelsgrupperna är olämpliga att använda över tid till sköra äldre. Användning av dessa läkemedelsgrupper på sköra äldre riskerar ett ökat antal vårdskador och sämre mående hos gruppen som får sin vård och omsorg av kommunen. Användning av läkemedel för att dämpa personer med utåtagerande beteende kan betraktas som en kemisk begränsningsåtgärd, som inte har stöd i lagstiftningen. För att komma tillrätta med detta behövs sannolikt mer kunskaper och metoder kring utmanande beteende (exv. BPSD) till både chefer, legitimerad personal och vård- och omsorgspersonal.

### Andel stående läkemedel per patient i Härnösand

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
<b>SÄBO</b>	7,4	7,2	7,0	7,5	7,7	8,2	8,7	8,7	9,8	9,0	8,4
<b>Ordinärt boende</b>	5,9	6,7	6,7	7,0	7,1	7,4	7,0	7,9	7,7	7,9	7,4

Tabell 4. Antalet läkemedel per patient har ökat i särskilt boenden för äldre och sjunkit i ordinärt boende

När det gäller symtombedömning inför läkemedelsgenomgång (LMG) ligger kommunen på 74 procent genomförandegrad för särskilda boenden, vilket är klart lägre mot tidigare. Orsaken till detta är att brister i bemanning med sjuksköterskor på ett särskilt boende. Räknar man bort detta ligger kommunen fortsatt högt. När det gäller ordinärt boende har andelen minskat från 17 procent (2023), 36 procent (2024) – till att landa på 2 procent 2025. Orsaken till detta behöver analyseras och åtgärdas i verksamheten. Dock har inte de faktiska resultaten försämrats på grund av detta. Både stående ordinationer och ordinationer vid behov har minskat i ordinärt boende.

### Åtgärder

En arbetsgrupp från flera av socialtjänstens verksamhetsområden bildades hösten 2023 för att titta närmare på området skyddsåtgärder. Det finns nu nya riktlinjer utarbetade och flera stöd på plats till stöd för verksamhetens förebyggande arbete. Arbetsgruppen har nu övergått till att arbeta med implementering av materialet. Arbetet kommer att behöva vara långsiktigt. En specifik sida på Insidan har utvecklats och den fylls på successivt som ny kunskap kommer fram och målbilden är att den ska utvecklas till en inspirationssida med goda exempel från verksamheten.

För att fortsätta att öka andelen som får en läkemedelsgenomgång genomförd i ordinärt boende samverkar kommunen med vård-/hälsocentralerna i Härnösand. Kommunens sjuksköterskor ska vara drivande och påtala behovet av läkemedelsgenomgångar kring de sköra äldre som har hälso- och sjukvård från kommunens primärvård i ordinärt boende. Lokala rutiner kring hur arbetet ska genomföras ska skrivas ner i samverkan mellan kommunen och respektive vård-/hälsocentral. Kommunens del i arbetet är att genomföra en symtomskattning, efter överenskommelse med den enskildes primärvårdsläkare. Med stöd av BI-systemet kommer läkemedelsgenomgångar kunna följas månadsvis – förutsatt att dessa dokumenteras på ett korrekt sätt i patientjournalen.

## Bilaga 5. Resultat kring senior alert och trycksår

### Senior alert

Under 2025 har fler unika patienter fått en riskbedömning med stöd av kvalitetsregistret Senior alert. Målet bör vara drygt 300 unika individer i särskilt boende. I ordinärt boende saknas idag ett aktivt kvalitetsarbete med stöd av kvalitetsregistret Senior alert. Dock pågår ett utvecklingsarbete och under 2026 kommer en journalintegration mellan kommunens patientjournal och kvalitetsregistret Senior alert att driftsättas. Målet är att hela processen från identifierad risk till åtgärder och uppföljning ska hämtas från patientjournalen. Detta kommer öka följsamheten till rutinerna, öka täckningsgraden samt minska förekomsten av dubbeldokumentation som förekommer idag.

Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				Utfall				Visa resultat per riskområde	
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI < 22	Fall	Munhålsa grad 2		
Härnösands kommun	2021	229 318 av 333	95% ↑ 318 av 333	84% ↓ 286 av 318	89% ↓ 284 av 318	43% ↑ 128 av 300	13 8 personer	73 personer	7 6 personer	72 personer	▼
Härnösands kommun	2022	261 366 av 387	95% ↑ 366 av 387	90% ↑ 329 av 366	90% ↑ 328 av 366	61% ↑ 189 av 312	27 25 personer	108 personer	45 24 personer	78 personer	▼
Härnösands kommun	2023	247 320 av 329	97% ↑ 320 av 329	81% ↓ 259 av 320	88% ↓ 282 av 320	71% ↑ 211 av 296	30 23 personer	114 personer	26 14 personer	95 personer	▼
Härnösands kommun	2024	205 278 av 295	94% ↑ 278 av 295	73% ↓ 202 av 278	91% ↑ 254 av 278	78% ↑ 131 av 169	34 28 personer	81 personer	22 18 personer	95 personer	▼
Härnösands kommun	2025	245 308 av 342	90% ↑ 308 av 342	83% ↑ 256 av 308	94% ↓ 291 av 308	79% ↑ 193 av 207	31 25 personer	74 personer	72 30 personer	106 personer	▼

Figur 12. Resultat från kvalitetsregistret Senior alert.

### Senior alert, området Blåsdysfunktion

Alla som har urinläckage eller andra urinvägsproblem, även kallat blåsdysfunktion, ska få sina besvär utredda, åtgärder insatta samt få individuellt utprovade inkontinensskydd förskrivna av legitimerade sjuksköterskor. Allt för få sköra äldre i särskilda boenden får detta, vilket kan ses i resultat från öppna jämförelser samt i onödigt höga kostnader för hjälpmedel.

För att komma tillrätta med detta kan modulen blåsdysfunktion användas i Senior alert samt användning av inkontinenshjälpmedel med sensorer – som mäter när ett läckage inträffar. Ett utvecklingsarbete påbörjades 2024, men det har inte medfört någon ökad aktivitet kring detta i Senior alert. Dock kan vi se under kring användning av sensorskydd inom några utvalda särskilda boenden i kommunen. Detta arbete kommer fortsätta under 2026. Utbildningar till sjuksköterskor har givits kring blåsdysfunktion och en tydlig kravställning att öka antalet utredningar finns nu på plats. Förhoppningen är att detta ska ge effekt.

### Trycksår

Andelen med trycksår har ökat i Härnösand senaste åren, och kommunen har legat något över rikssnittet. I en punktmätning (PPM) i alla kommuner i länet visade det sig att Härnösand dessutom har ett större antal svårläkta sår, där trycksår kan ingå. Detta orsakar patienter ett onödigt litande, samt är resurskrävande – både vad gäller personal som ska sköta om såren och dyra omläggingsmaterial. En satsning kring svårläkta sår har pågått sedan 2024 för att komma tillrätt med detta bristområde. Förekomsten av trycksår kommer nu både kunna följas inom ramen för sårvårdssatsningen, men resultat finns även att följa i kvalitetsregistret Senior alert. Vi ser i utdata från det digitala stödet kring svårläkta sår att såren läker och att kostnaden för sårvård minskat något sedan starten. Arbetet är långsiktigt och ska samordnas med de lokala vård-/hälsocentralerna.

Datum  
2026-03-10Dnr  
SOC/2026-00029**Socialförvaltningen**

Jens Hallner

Jens.hallner@harnosand.se

Socialnämnden

## Uppföljning medarbetarenkät och systematiskt arbetsmiljöarbete - Stöd och insatser

### Förslag till beslut

Socialförvaltningen föreslår socialnämnden besluta

att lägga informationen till handlingarna.

### Beskrivning av ärendet

Verksamhetsplanen omfattar ett systematiskt arbetsmiljöarbete som syftar till förbättrade arbetsvillkor och en hållbar arbetsmiljö för medarbetare vid förvaltningen.

Verksamhetsplan och budget följs upp vid tre tillfällen per år. Vid Tertial 1, som infaller i april månad, vid delårsbokslutet, som infaller i augusti och vid verksamhetsårets slut i december. Redovisning görs vid närmast efterföljande nämnd.

Det löpande systematiska arbetsmiljöarbetet följs upp vid dessa tillfällen.

Arbetsmiljöläget mäts årligen genom en HME enkät som går ut till samtliga medarbetargrupper. Resultatet av enkätsvaren följs upp på respektive enhetsnivå och handlingsplan för förbättringsområden tas fram. Resultat av HME enkäterna föredras nämnden under våren.

### Bedömning

En god arbetsmiljö och goda arbetsförhållanden är en förutsättning för ett kvalitativt arbete.

Höga sjuktal och ohälsa har en negativ påverkan på ekonomin.

Nämnden har ett övergripande ansvar för att goda arbetsförhållanden och en god arbetsmiljö upprätthålls.

Genom att ges information om aktuellt HME resultat per verksamhet kan nämnden fullgöra sitt ansvar.

### Beslutsunderlag

HME enkät Stöd och insatser 2025.

Ingrid Nilsson  
Förvaltningschef

Jens Hallner  
Verksamhetschef



## Socialförvaltningen

Eva Forslöf

eva.forslof@harnosand.se

Socialnämnden

## Riktade statsbidrag gällande habiliteringsersättning 2026

### Förslag till beslut

Socialförvaltningen föreslår Socialnämnden besluta

**att** uppdra till förvaltningschef att rekvirera riktade medel för tillfällig höjning gällande habiliteringsersättning avseende år 2026,

**att** tillfällig höjning avser de brukare som har insats daglig verksamhet enligt lagen om stöd till vissa funktionshindrade (LSS), samt

**att** anta förslag hur det riktade statsbidraget skall utbetalas till brukare med beslut om daglig verksamhet enligt LSS.

### Beskrivning av ärendet

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att under 2026 fördela stimulansbidrag för habiliteringsersättning till kommunerna. Medlen baseras på antal deltagare i daglig verksamhet enligt LSS och ska användas till att införa eller höja låg dagpenning. Bidraget får inte finansiera redan befintlig ersättning. För Härnösands kommun uppgår statsbidraget till **1 352 696** kronor för 2026.

Habiliteringsersättning är en frivillig ersättning till personer som deltar i daglig verksamhet. I Härnösands kommun omfattas både brukare med beslut enligt LSS och brukare med sysselsättning enligt socialtjänstlagen (SoL), varav de flesta deltar i daglig verksamhet inom LSS. Den tillfälliga höjningen 2025 grundas på riktat statsbidrag.

För 2026 föreslås en höjning med **50 kr per dag** för samtliga brukare, oavsett hel- eller halvdag. Nuvarande nivåer är **36 kr för heldag och 25 kr för halvdag**.

Den föreslagna ersättningen blir därför:

Halvdag: 25 kr + 50 kr = **75 kr/dag**

Heldag: 36 kr + 50 kr = **86 kr/dag**

Höjd ersättning föreslås betalas ut retroaktivt i juni 2026, baserat på deltagande under tre månader mellan januari och april samt ett giltigt LSS-beslut i maj.

Från 1 juli till 31 december 2026 ska habiliteringsersättning och statsbidrag betalas ut per faktisk deltagandedag, med månadsvis utbetalning och förutsatt att beslut om daglig verksamhet är aktivt under respektive månad.

### **Bedömning**

De medel som kan rekvireras för habiliteringsersättning får endast användas för brukare med beslut om daglig verksamhet enligt LSS. Brukare med sysselsättning enligt SoL omfattas därför inte av statsbidraget.

Förvaltningen behöver samtidigt utgå från värdegrunden och behandla brukare likvärdigt utifrån deras förutsättningar, vilket blir en utmaning när riktade medel saknas för personer inom sysselsättning enligt SoL.

Kostnadsbilden kan förändras om nya biståndsbeslut tillkommer eller om den höjda ersättningen leder till ökat deltagande i daglig verksamhet. I sådana fall kan kommunens kostnader öka om det riktade statsbidraget inte täcker behoven. Detta kräver dock antingen ett större antal nya beslut eller betydligt högre närvaro än 2025 års nivå. Det bör även beaktas att brukare kan avsäga sig insatsen daglig verksamhet, vilket medför upphörande av habiliteringsersättningen. Eventuella nytillkommande brukare kan dock bidra till att utjämna den totala summan.

Om statsbidraget inte förlängs efter 2026 föreslår förvaltningen att ersättningen återgår till tidigare nivåer: 36 kr per heldag och 25 kr per halvdag.

Beräkningen av den ökade habiliteringsersättningen för 2026 bygger på en schablonbaserad uträkning, på antal deltagare och deras närvaro under 2025. Den totala kostnaden beräknas till cirka 1 247 455 kr av de 1 352 696 kr som kommunen kan rekvirera.

Det bör även beaktas att habiliteringsersättningen kan påverka andra ersättningsnivåer som brukaren får, exempelvis bostadsbidrag eller försörjningsstöd.

Ingrid Nilsson  
Förvaltningschef

Eva Forslöf  
Verksamhetschef

### **Bilagor**

Bilaga 1      Checklista inför beslut, 2026-03-16.



**Socialförvaltningen**

Eva Forslöf

eva.forslof@harnosand.se

## Riktade statsbidrag gällande habiliteringsersättning 2026

1. *Berör beslutet individer (kvinnor/män)*  
**Ja -både män och kvinnor.**
2. Om svaret är ja – vilka grupper av individer berörs?  
(tex äldre/barn/unga/företagare/funktionsnedsatta)

Beslutet berör brukare med funktionsnedsättningar som deltar i daglig verksamhet enligt LSS. Brukare med sysselsättning enligt SoL omfattas inte av statsbidraget.

3. Vilka konsekvenser (både positiva och negativa) får beslutet för berörd grupp? Beskriv

Konsekvenser: Positiv konsekvens: Höjd habiliteringsersättning (50 kr/dag).  
Negativa konsekvenser: Om statsbidraget upphör efter 2026 återgår ersättningen till tidigare nivåer. Risk för ökade kostnader vid högre närvaro eller fler beslut.

4. Har berörd grupps synpunkter inhämtats innan beslut?  
**Nej, inga synpunkter har inhämtats.**
5. Om ja – beskriv på vilket sätt och vilka synpunkter som inkommit
6. Om nej – motivera varför inte

Vi har inte samlat in synpunkter eftersom det finns ett stort antal brukare inom daglig verksamhet och deras möjlighet att delta i dialog varierar. Då beslutet avser en administrativ och ekonomisk justering som inte direkt påverkar insatsens innehåll eller genomförande bedöms det inte praktiskt genomförbart att inhämta synpunkter från hela gruppen.

7. Beskriv hur beslutet bidrar till att uppfylla nämndens mål och uppdrag samt kommunens övergripande utveckling (Nämndens mål/uppdrag i verksamhetsplan, gemensamt reglemente, lagstiftning eller andra dokument som är viktiga för nämnden samt övergripande styrdokument – Översiktsplan samt tillväxtstrategi)

Beslutet uppfyller nämndens mål genom att stärka delaktighet och ekonomiska förutsättningar för personer i daglig verksamhet enligt LSS. Åtgärden följer regeringens riktlinjer och Socialstyrelsens uppdrag och ligger i linje med kommunens mål om social hållbarhet, jämlika levnadsvillkor och god ekonomisk hushållning.

8. Beskriv vilken eventuell påverkan beslutet har på kommunens ekonomi

Beslutet påverkar kommunens ekonomi genom att det riktade statsbidraget för 2026 uppgår till 1 352 696 kr, vilket ska användas till en tillfällig höjning av habiliteringsersättningen. Den beräknade kostnaden för höjningen är 1 247 455 kr. Om närvaron i daglig verksamhet ökar eller fler beslut enligt LSS tillkommer kan kostnaderna bli högre än beräknat. Om statsbidraget inte förlängs efter 2026 återgår ersättningen till tidigare nivåer, vilket innebär att kommunen inte får någon långsiktig kostnadsökning.

9. Beskriv om beslutet har någon påverkan på miljö/klimat? (positiv/negativ)  
**Ingen**

Ingen känd påverkan enligt tjänsteskrivelsen.

10. Beskriv på vilket sätt beslutet påverkar jämställdhet/jämlikhet?

Ja, beslutet kan påverka jämlikheten. Eftersom statsbidraget bara får användas för brukare med beslut enligt LSS, medan brukare med liknande behov enligt SoL inte får ta del av medlen, uppstår en ojämlik fördelning. Detta kan leda till att grupper med liknande behov behandlas olika och därmed får olika ekonomiska förutsättningar



## Socialförvaltningen

Eva Forslöf

eva.forslof@harnosand.se

Socialnämnden

## Återrapport - Riktade statsbidrag gällande habiliteringsersättning 2025

### Förslag till beslut

Socialförvaltningen föreslår Socialnämnden besluta

att lägga återrapportering av riktade statsbidrag gällande  
habiliteringsersättning 2025 till handlingarna.

### Beskrivning av ärendet

Regeringen har som tidigare givit Socialstyrelsen i uppdrag att under 2025 fördela stimulansbidrag för habiliteringsersättning till kommunerna. Medlen har fördelats utifrån antalet deltagare som finns inom daglig verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och får användas av kommunerna för att införa eller höja låg dagpenning till dem som deltar i den dagliga verksamheten. Statsbidraget ska dock inte bekosta en redan befintlig dagpenning.

Socialförvaltningen fick av socialnämnden i uppdrag att söka det riktade statsbidraget för habiliteringsersättning avseende år 2025. De medel som kan rekvireras för habiliteringsersättning får endast tillfalla brukare med beslut daglig verksamhet enligt LSS. Det innebär att brukare med beslut enligt sysselsättning socialtjänstlagen (SoL) ej fått ta del av detta statsbidrag.

### Genomförda åtgärder

Förvaltningen utförde uppdraget genom en extra utbetalning till brukare med daglig verksamhet LSS utifrån följande kriterier:

- Att beslut om daglig verksamhet är aktivt under maj resp. november månad 2025.
- Att habiliteringsersättning utbetalats till brukaren som deltagit under minst tre månader under perioden februari-oktober 2025.
- 187 brukare fick del av bidraget under 2025.
- Totala statsbidraget för 2025 var 1 365 897 kr.
- De fick dela på 1 247 455 kr.
- 118 442 kr återbetalades.

## Bedömning

Den höjda habiliteringsersättningen har gett brukare inom daglig verksamhet enligt LSS förbättrade ekonomiska förutsättningar, ökad motivation att delta och en större upplevelse av att deras insats värdesätts. Höjningen innebär att ersättningsnivåerna i Härnösand bättre motsvarar nivåerna i andra kommuner som också tagit del av statsbidraget, vilket bidrar till en ökad nationell likvärdighet.

Statsbidraget får enbart användas för personer med beslut om daglig verksamhet enligt LSS. Detta innebär att ca 18 brukare med sysselsättning enligt SoL inte kunnat ta del av höjningen, vilket skapat en tydlig skillnad mellan grupperna och en utmaning i att upprätthålla likabehandling utifrån kommunens värdegrund.

Sammantaget har höjningen haft en positiv effekt för målgruppen inom LSS, samtidigt som begränsningen i statsbidraget gjort skillnaderna gentemot SoL-gruppen mer framträdande.

Ingrid Nilsson  
Förvaltningschef

Eva Forslöf  
Verksamhetschef



Socialförvaltningen  
Ingrid Nilsson,  
ingrid.nilsson@harnosand.se

Socialnämnden

## Revisionsrapport - Uppföljning av tidigare granskning av hemtjänst

### Förslag till beslut

Socialförvaltningen föreslår socialnämnden besluta

**att** anta förvaltningens svar på uppföljande granskning av hemtjänsten som sitt eget, samt

**att** översända svaret till revisionen.

### Beskrivning av ärendet

Revisionen har gjort en uppföljning av tidigare granskning av kommunens hemtjänst. Syftet med uppföljningen har varit att följa upp hur de rekommendationer som lämnats av revisorerna i tidigare genomförd granskning beaktats av berörd nämnd.

Utifrån revisionens iakttagelser och bedömningar rekommenderas socialnämnden att:

- Fastställa ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet, i syfte att säkerställa en tydlig och rättssäker styrning av verksamhetens kvalitet.
- Säkerställa att planerade utvecklingsinsatser inom kvalitetsområdet genomförs, i syfte att stärka nämndens uppföljning av kvaliteten och skapa förutsättningar för en tydlig och ändamålsenlig styrning av verksamheten.

Socialnämnden delar revisionens synpunkter avseende de förbättringar av det systematiska kvalitetsarbete som föreslås och avser genomföra åtgärder enligt bilaga.

### Bedömning

#### Fördelar

#### 1. Tydligare ansvar och struktur

Ett fastställt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete gör att det blir tydligare hur kvalitet ska styras, följas upp och förbättras. Det minskar risken för att kvalitetsarbete sker ad hoc eller personberoende.

## **2. Ökad rättssäkerhet**

Inom socialtjänst och äldreomsorg är rättssäkerhet central. Ett strukturerat kvalitetsarbete kan bidra till tydligare rutiner, bättre dokumentation, mer likvärdiga beslut och insatser.

## **3. Bättre uppföljning**

När kvalitetsarbetet är systematiskt blir det lättare för nämnden att få en helhetsbild av verksamhetens kvalitet, inte bara ekonomi och volymer.

## **4. Starkare politisk styrning**

Ett tydligt system kan hjälpa nämnden att formulera prioriteringar, följa upp resultat, säkerställa att politiska beslut faktiskt genomförs.

## **5. Stöd för verksamhetsutveckling**

Ett fungerande kvalitetsarbete kan skapa en struktur för ständiga förbättringar, lärande och utveckling i verksamheten.

## **Nackdelar / risker**

### **1. Risk för mer administration**

Ledningssystem och uppföljningsstrukturer kan skapa ökad dokumentation och rapportering, vilket kan ta tid från verksamhetens kärnuppdrag.

### **2. Risk för systemistället för praktik**

Det finns en risk att fokus hamnar på att uppfylla system och rutiner, snarare än på faktisk kvalitet i mötet med brukare och patienter.

### **3. Implementeringsutmaningar**

Att införa eller utveckla ett ledningssystem kräver tid, kompetens, förändringsarbete. Om det inte förankras i organisationen kan det bli ett hyllvärmarsystem.

### **4. Fokus på kontroll istället för lärande**

Om kvalitetsarbetet främst används för kontroll kan det skapa en försiktighetskultur, där medarbetare rapporterar det som efterfrågas snarare än det som faktiskt behöver förbättras.

## **Beslutsunderlag**

Revisionsrapport ”Uppföljning av tidigare granskning av hemtjänst”.

Riktlinje - Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Ingrid Nilsson  
Förvaltningschef

Kalle Engfors  
Verksamhetscontroller

## **Bilagor**

Bilaga 1 Svar på uppföljande granskning hemtjänst, 2026-03-10.



Socialförvaltningen  
Kalle Engfors  
Kalle.engfors@harnosand.se

---

## Svar på uppföljande granskning av hemtjänsten

### Bakgrund

Revisionens uppföljande granskning av hemtjänsten visar att socialnämnden har besvarat samtliga tidigare rekommendationer, men att flera av dem endast har åtgärdats delvis. Den största kvarstående bristen gäller avsaknaden av ett politiskt beslutat ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet. Den tidigare riktlinjen från 2012 är inte längre giltig, och revisionen bedömer därför att nämnden saknar en tydlig och rättssäker styrning av kvalitetsområdet.

### Syfte med beslutet

Genom att socialnämnden nu antar både kvalitetsberättelsen och en ny riktlinje för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete skapas den struktur, styrkedja och tydlighet som revisionen efterfrågar. Riktlinjen beskriver roller, ansvar, uppföljning och arbetsformer för kvalitetsarbetet på nämnd-, förvaltnings- och enhetsnivå, och säkerställer att kvalitetsarbetet bedrivs enligt gällande lagstiftning och kommunens styrmodell.

### Kvalitetsnämnd – förstärkt struktur för uppföljning

Revisionen konstaterar att en särskild "kvalitetsnämnd", ett forum där kvalitet, resultat och utvecklingsarbete presenteras och följs upp. Detta planeras men finns ännu inte formellt.

Socialnämnden kommer därför framöver att införa och genomföra en återkommande kvalitetsnämnd, kopplad till delårsrapport och verksamhetsberättelse. Detta forum kommer att samla och synliggöra kvalitetsindikatorer, utvecklingsresultat, hemtjänsttimmar, ej verkställda beslut, egenkontroller och andra centrala delar av det systematiska kvalitetsarbetet. Syftet är att stärka nämndens förmåga att styra, följa upp och analysera kvaliteten i verksamheten på ett systematiskt, transparent och strukturerat sätt.

### Bedömning

Genom att fastställa ett nytt ledningssystem och införa kvalitetsnämnd åtgärdar nämnden den största kvarstående bristen som revisionen identifierat. Beslutet följer revisionens rekommendation att nämnden ska fastställa ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet och samtidigt stärka sin kvalitetsuppföljning.

Kalle Engfors  
Verksamhetscontroller

## Härnösands kommuns revisorer

Till  
Socialnämnden

För kännedom:  
Kommunfullmäktige  
Kommunstyrelsen

2025-11-06

### **Revisionsrapport ”Uppföljning av tidigare granskning av hemtjänst”**

Azets har på uppdrag av kommunens revisorer genomfört en uppföljning av tidigare granskning av hemtjänst. Uppdraget ingick i revisionsplanen för år 2025.

Revisionen önskar att socialnämnden lämnar synpunkter på de slutsatser som finns redovisade i rapporten senast den 6 februari 2026. Av svaret bör det framgå vilka eventuella åtgärder som ska vidtas och när de beräknas vara genomförda.


Svaret skickas till Lena Medin, Azets (mailadress [lena.medin@azets.com](mailto:lana.medin@azets.com)) för vidarebefordran till revisorerna.

För Härnösands kommuns revisorer

Maria Öberg  
Ordförande

Lillemor Andersson  
1:e vice ordförande

Samuel Möller  
2:e vice ordförande

A decorative graphic on the left side of the page consists of a large blue triangle pointing right, and a cluster of smaller triangles in the center. These smaller triangles are mostly light gray, with one prominent green triangle and one smaller blue triangle. The background is white.

# Uppföljning av tidigare granskning av hemtjänst

**Rapport**

Härnösands kommun

2025-11-06

Antal sidor 14

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

---

<b>1</b>	<b>Sammanfattning</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Bakgrund</b>	<b>5</b>
<b>3</b>	<b>Syfte och revisionsfrågor</b>	<b>5</b>
<b>4</b>	<b>Avgränsning</b>	<b>5</b>
<b>5</b>	<b>Revisionskriterier</b>	<b>5</b>
<b>6</b>	<b>Metod</b>	<b>6</b>
<b>7</b>	<b>Resultat av granskningen</b>	<b>7</b>
7.1	<i>Konkretisering av målstyrning</i>	7
7.1.1	Rekommendation	7
7.1.2	Yttrande	7
7.1.3	Nuläge	7
7.1.4	Bedömning	8
7.2	<i>Åtgärdsplan för en budget i balans</i>	8
7.2.1	Rekommendation	8
7.2.2	Yttrande	8
7.2.3	Nuläge	9
7.2.4	Bedömning	10
7.3	<i>Bemanning</i>	10
7.3.1	Rekommendation	10
7.3.2	Yttrande	10
7.3.3	Nuläge	11
7.3.4	Bedömning	11
7.4	<i>Systematiskt kvalitetsarbete</i>	12
7.4.1	Rekommendation	12
7.4.2	Yttrande	12
7.4.3	Nuläge	12
7.4.4	Bedömning	14
<b>8</b>	<b>Samlad bedömning och rekommendationer</b>	<b>15</b>

# 1 SAMMANFATTNING

---

Azets Revision & Rådgivning har av Härnösands kommuns revisorer fått i uppdrag att genomföra en uppföljning av tidigare granskning av kommunens hemtjänst.

Syftet med granskningen har varit att följa upp hur de rekommendationer som lämnats av revisorerna i tidigare genomförd granskning beaktats av berörd nämnd.

**Vår samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder har besvarats av socialnämnden men däremot bedömer vi att synpunkterna och förslagen endast delvis har åtgärdats.**

Bakgrunden till vår samlade bedömning är att granskningen visat att nämnden har besvarat samtliga förslag till åtgärder som skickades till nämnden avseende den tidigare genomförda granskningen av kommunens hemtjänst.

Däremot ser vi att det inte i tillräcklig utsträckning vidtagits åtgärder. Exempelvis noterar vi att nämndens ekonomiska uppföljning har begränsningar avseende åtgärdernas ekonomiska effekter. Däremot kan vi konstatera att socialnämndens, och hemtjänstens ekonomiska periodresultat och prognos har förbättrats under år 2025 jämfört med tidigare år.

Gällande det systematiska kvalitetsarbetet kan vi konstatera att nämnden inte fastställt någon reviderad riktlinje för det systematiska kvalitetsarbetet samt behandlar riktlinjen som ett förvaltningsinternt dokument. Enligt kommunallagen (6 kap. 38 §) får nämnden inte delegera beslutanderätten i frågor som rör verksamhetens mål, inriktning, omfattning eller kvalitet. Med detta som bakgrund bedömer vi att nämnden inte har lyckats skapa en tydlig styrning inom kvalitetsområdet, och att tidigare rekommendationer inte har tagits tillvara fullt ut. Samtidigt kan vi konstatera att det finns ett pågående utvecklingsarbete som är i linje med tidigare lämnade förslag. Vid tidpunkten för granskningen konstateras att utvecklingsarbetet fortfarande pågår, och att vissa delar ännu inte är färdigställda.

I det följande redovisas våra samlade bedömningar av respektive revisionsfråga.

<div style="text-align: center;"> <span>Nej</span>                      <span>Endast delvis</span>                      <span>I allt väsentligt</span>                      <span>Ja</span> </div> 	
Revisionsfråga/tidigare lämnade rekommendationer	Bedömning
Har revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder besvarats av respektive nämnd/styrelse?	Ja
Har synpunkterna och förslagen åtgärdats?	Endast delvis
<i>Konkretisera mål och hur de ska följas upp och bedömas, i syfte att tydliggöra styrning och uppföljning.</i>	Ja
<i>Se över åtgärdsplanen och säkerställer att den är tillräcklig för att nå en budget i balans.</i>	I allt väsentligt
<i>Följa upp effekterna av åtgärder i handlingsplanen och vid behov vidta åtgärder för att beslutade effekter ska uppnås.</i>	Endast delvis
<i>Säkerställa ett effektivt nyttjande av omsorgspersonal genom att till exempel utveckla och koordinera ruttplanering med schemaläggning.</i>	I allt väsentligt
<i>Säkerställa att det påbörjade arbetet med det systematiska kvalitetsarbetet genomförs och färdigställs enligt plan, i syfte att uppfylla gällande regelverk.</i>	Endast delvis
<i>Utveckla nämndens kvalitetsuppföljning, i syfte att erhålla relevant information och analys.</i>	Endast delvis

För närmare beskrivning av bakgrunden till våra bedömningar hänvisar vi till respektive avsnitt i revisionsrapporten.

Utifrån våra iakttagelser och bedömningar rekommenderar vi socialnämnden att:

- Fastställa ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet, i syfte att säkerställa en tydlig och rättssäker styrning av verksamhetens kvalitet.
- Säkerställa att planerade utvecklingsinsatser inom kvalitetsområdet genomförs, i syfte att stärka nämndens uppföljning av kvaliteten och skapa förutsättningar för en tydlig och ändamålsenlig styrning av verksamheten.

## 2 BAKGRUND

---

Azets Revision & Rådgivning har fått i uppdrag av Härnösands kommuns revisorer att genomföra en uppföljning av tidigare granskning av hemtjänst. Uppdraget ingår i revisionsplanen för år 2025.

Revisorerna bedömer att det finns en *risk* att beslutade åtgärder inte genomförts fullt ut i enlighet med de svar som revisionen erhållit. Det finns också en risk för att vidtagna åtgärder inte fått avsedd effekt. Det är *väsentligt* att fattade beslut genomförs samt att det finns rutiner för att säkra att så sker.

## 3 SYFTE OCH REVISIONSFRÅGOR

---

Syftet med granskningen har varit att följa upp hur de rekommendationer som lämnats av revisorerna i tidigare genomförda granskning beaktats av styrelsen och berörda nämnder.

Granskningen avser besvara följande revisionsfrågor:

- Har revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder besvarats av respektive nämnd/styrelse?
- Har synpunkterna och förslagen åtgärdats?

Vid den tidigare granskningen lämnades följande rekommendationer till socialnämnden:

- Konkretisera mål och hur de ska följas upp och bedömas, i syfte att tydliggöra styrning och uppföljning.
- Se över åtgärdsplanen och säkerställer att den är tillräcklig för att nå en budget i balans.
- Följa upp effekterna av åtgärder i handlingsplanen och vid behov vidta åtgärder för att beslutade effekter ska uppnås.
- Säkerställa ett effektivt nyttjande av omsorgspersonal genom att till exempel utveckla och koordinera ruttplanering med schemaläggning.
- Säkerställa att det påbörjade arbetet med det systematiska kvalitetsarbetet genomförs och färdigställs enligt plan, i syfte att uppfylla gällande regelverk.
- Utveckla nämndens kvalitetsuppföljning, i syfte att erhålla relevant information och analys.

## 4 AVGRÄNSNING

---

Granskningen omfattar socialnämnden och har avgränsats till uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer.

## 5 REVISIONSKRITERIER

---

I granskningen har revisionskriterierna utgjorts av:

- Kommunallagen 6 kap § 6

## 6 METOD

---

Granskningen har genomförts genom:

- Dokumentstudier av bland annat socialnämndens yttrande, guide för planering och uppföljning i styrmodellen, kvalitetsberättelse 2024 och plan för intern kontroll 2025.
- Skriftliga avstämningar med verksamhetscontroller, verksamhetschef äldreomsorg och förvaltningschef på socialförvaltningen genom en samordnande kontaktperson.

De bedömningar som avlämnas i granskningen har utgått ifrån följande bedömningsnivåer.



Rapporten är faktakontrollerad av verksamhetscontroller, verksamhetschef äldreomsorg och förvaltningschef på socialförvaltningen.

## 7 RESULTAT AV GRANSKNINGEN

---

### 7.1 Konkretisering av målstyrning

#### 7.1.1 Rekommendation

Konkretisera mål och hur de ska följas upp och bedömas, i syfte att tydliggöra styrning och uppföljning.

#### 7.1.2 Yttrande

Det framgår av socialnämndens yttrande<sup>1</sup> att konkretisering av förvaltningens målarbete ska startas upp i juni 2024. Vid tiden för yttrandet pågick även revidering av strategier och aktiviteter för att kunna genomföra tydligare uppföljning under år 2024.

Enligt nämndens yttrande ska mål och nyckelaktiviteter fortsättningsvis att redovisas för nämnden även vid tertial 1 genom fyramånadersrapporten.

#### 7.1.3 Nuläge

Vi har tagit del av en guide för planering och uppföljning i styrmodellen, vilken gör gällande att målstyrningsarbetet sker på tre nivåer:

- 1) Nämnd: fattar beslut om mål, nyckelaktiviteter och indikatorer.
- 2) Verksamhets- eller avdelningschef: fattar beslut om strategier.
- 3) Enhetschef: utarbetar aktiviteter.

Det framförs vid faktakontrollen att guiden är ett stödmaterial som har utarbetats av en tvärfunktionell arbetsgrupp för tjänsteorganisationens målstyrning.

Vi noterar att mål, nyckelaktiviteter och indikatorer framgår av socialnämndens verksamhetsplan 2025. Det framförs vid denna uppföljning att det har utarbetats strategier för hemtjänsten baserat på nämndens nyckelaktiviteter, däribland annat utveckla arbetet med fasta omsorgskontakter, förändra arbetssättet för planering samt öka personalens miljömedvetenhet och språkkunskaper. Det beskrivs även att strategierna har översatts till aktiviteter på enhetsnivå. Vi har tagit del av en skrämbild från verksamhetssystemet som påvisar styrkedjan från nämndens nyckelaktivitet, till en strategi på verksamhetsnivå och slutligen till en aktivitet på enhetsnivå.

Enligt guiden ska ett mål beskriva det önskade framtida tillståndet och fungera som en övergripande vision eller riktning som styr arbetet inom en organisation. En nyckelaktivitet uppges vara den mest centrala insatsen för att möjliggöra en förflyttning mot måluppfyllelse. En strategi ska ange hur nyckelaktiviteten ska genomföras och vilka prioriteringar som finns. En aktivitet ska vara en konkret och operativ handling som genomförs för att uppfylla strategin. Den är det mest specifika steget i målkedjan och innebär utförande på detaljnivå.

---

<sup>1</sup> Socialnämnden 2024-05-30, § 60

Nämnden ska följa upp verksamheten genom fyramånadersrapporten, delårsrapporten och verksamhetsberättelsen. Guiden för planering och uppföljning i styrmodellen gör gällande att denna uppföljning ska inkludera rapportering kring mål, indikator och nyckelaktivitet. Uppföljningen av strategier och aktiviteter sker endast på verksamhetsnivå. I guiden framgår ett flertal frågor som kan användas vid uppföljning på de olika nivåerna. Kopplat till uppföljning av mål uppges det att uppföljningen ska svara på frågor som till exempel hur väl nuläget överensstämmer med önskvärda resultat/effekter, om det finns skillnader mellan olika grupper som berörs av målet, om resurserna har varit tillräckliga samt om det behövs nya insatser för att uppnå målet. Enligt guiden ska det ske en bedömning av måluppfyllelse utifrån följande skala:

- Förflyttningen mot målet bedöms ha skett i eftersträvad riktning och i en tillfredsställande omfattning vid årets slut.
- Förflyttningen mot målet bedöms ha skett i eftersträvad riktning, men i en icke tillfredsställande omfattning vid årets slut.
- Förflyttningen mot målet bedöms inte ha skett i eftersträvad riktning vid årets slut.

Enligt guiden ska arbetet med strategierna och aktiviteterna dokumenteras i kommunens verksamhetssystem. I verksamhetssystemet ska även ansvarig chef ange genomförandestatus för respektive strategi/aktivitet.

Guiden för planering och uppföljning i styrmodellen gör gällande att det finns stödpersoner på respektive förvaltning som kan stödja chefer i användningen av verksamhetssystemet och i arbetet med planering och uppföljning.

#### 7.1.4 Bedömning

Vår bedömning är att nämnden **har** konkretiserat mål och hur de ska följas upp och bedömas, i syfte att tydliggöra styrning och uppföljning.

Vi bedömer att erhållen guide för planering och uppföljning i styrmodellen konkretiserar mål och hur de ska följas upp och bedömas, i syfte att tydliggöra styrning och uppföljning.

## 7.2 Åtgärdsplan för en budget i balans

### 7.2.1 Rekommendation

- Se över åtgärdsplanen och säkerställer att den är tillräcklig för att nå en budget i balans.
- Följa upp effekterna av åtgärder i handlingsplanen och vid behov vidta åtgärder för att beslutade effekter ska uppnås.

### 7.2.2 Yttrande

Det framgår av nämndens yttrande att effekterna av åtgärder i handlingsplan för budget i balans ska följas upp månatligen. Det uppges även att det finns krav på att ekonomiska effekter av nya planerade åtgärder ska föras in i prognosarbetet. Även detta ska följas upp löpande i den månatliga budgetuppföljningen.

### 7.2.3 Nuläge

I oktober 2024 beslutade<sup>2</sup> kommunfullmäktige att uppdra till socialnämnden att omgående säkerställa att nämnden är på en kostnadsnivå som motsvarar budgetramens utrymme inför år 2025. Kommunfullmäktige beslutade även att nämndens beslut och bedömning av insatser för en budget i balans 2025 skriftligt återrapporteras till kommunfullmäktige i november 2024.

Socialnämnden beslutade<sup>3</sup> att uppdra till förvaltningschef att noga följa utvecklingen av personalkostnaderna och vidta de åtgärder som är möjliga, samt att återkomma med en lista på kostnadsreducerade åtgärder med tillhörande risk- och konsekvensanalys.

Vi har tagit del av ett ordförandebeslut<sup>4</sup> som gör gällande att ett flertal nya åtgärder har fastställts. De åtgärder som vidtagits inom hemtjänsten är:

- Endast använda vikarier vid ett faktiskt behov.
- Pågående arbete med att se över den planerade tiden hos brukare (se avsnitt 7.3).
- Vakanshållning av tjänster då någon går i pension, avslutar sin anställning eller är tjänstledig.
- Vakanshållning av två cheftjänster på 50 procent från och med oktober 2024 till och med årsskiftet.
- Åtgärder för att minska sjukfrånvaro som till exempel omtankesvecka (samtal med medarbetare som har återkommande korttidsfrånvaro).

Andra åtgärder som har vidtagits uppges vara ett pilotprojekt i hemtjänst för att se över arbetstidsmätt (hur många timmar ska en heltid vara) och olika typer av anställningsformer som till exempel enbart helgtjänst, eller kombinerat dag och natt. Det har även införts nya befattningar som till exempel serviceassistent för att frigöra tid för undersköterskor.

Vid denna uppföljning uppges det att åtgärdernas förväntade ekonomiska effekt ska ha successivt integrerats i prognosarbetet och redovisats till nämnden i budgetuppföljningen.

Vid uppföljningens genomförande uppges att nämnden genomfört månatliga budgetuppföljningar sedan juni 2024, med undantag för sammanträden där i stället fyramånadersrapport, delårsrapport och verksamhetsberättelse har behandlats. Vi har tagit del av ett flertal exempel på månatliga budgetuppföljningar. Av uppföljning i januari 2025 framgår till exempel ekonomiskt utfall för perioden per verksamhetsområde. Det framgår även kostnader för sjuklön, övertid och OB-ersättning. Även hemtjänstgruppernas personalkostnader framgår av uppföljningen.

Det framgår av verksamhetsplan för år 2025 att socialnämnden tilldelats en budget på 804,5 mnkr, vilket uppges vara en ökning med 86,8 mnkr jämfört med år 2024. Det uppges i verksamhetsplanen att detta ska ställas mot en prognos för år 2024 på -65,2 mnkr utifrån höga personalkostnader samt betydligt lägre intäkter i form av statsbidrag.

---

<sup>2</sup> Kommunfullmäktige 2024-10-21, § 123

<sup>3</sup> Socialnämnden 2024-10-31, § 106

<sup>4</sup> 2024-11-15

Av nämndens fyramånadersrapport 2025 framgår bland annat att hemtjänstens totala underskott för perioden januari till och med april var –1,6 mnkr, jämfört med –11,5 mnkr samma period under år 2024. Vid tiden för fyramånadersrapporten 2025 var prognosen för helåret –2,6 mnkr, jämfört med –38,6 mnkr år 2024. Det ekonomiska resultatet uppges visa på att åtgärder som schemaläggingsförändringar, restriktiv vikarieanvändning och vakanshållning har haft effekt. Den dokumenterade månatliga uppföljningen uppges möjliggöra för nämnden att fatta beslut om att justera handlingsplanen eller besluta om ytterligare åtgärder.

Det framgår av nämndens delårsrapport per sista augusti 2025<sup>5</sup> att socialnämnden redovisar ett överskott om 11,4 mnkr, ackumulerat augusti, vilket motsvarar 1,7 procent av periodbudgeten. Däremot redovisar hemtjänsten ett underskott om totalt – 1,3 mnkr för samma period. Hemtjänsten prognosticerar ett underskott på– 1,1 mnkr per helår.

Vid uppföljningens genomförande var utvärdering av långsiktiga effekter, exempelvis av införandet av läkemedelsrobotar, fortfarande pågående.

#### 7.2.4 Bedömning

Vår bedömning är att nämnden i **allt väsentligt** har sett över åtgärdsplanen och säkerställt att den är tillräcklig för att nå en budget i balans.

Vi bedömer att nämnden **endast delvis** har följt upp effekterna av åtgärder i handlingsplanen och vid behov vidtagit åtgärder för att beslutade effekter ska uppnås.

Vår bedömning baseras på att det har fastställts ett flertal nya åtgärder inom hemtjänstens verksamhetsområde i syfte att uppnå en budget i balans. Nämnden har inte följt upp den ekonomiska effekten som enskilda åtgärder för en budget i balans har bidragit med. Vi bedömer att detta försämrar möjligheten att fatta beslut om att justera åtgärder eller fatta beslut om nya. Däremot kan vi konstatera att socialnämndens, och hemtjänstens ekonomiska periodresultat och prognos har förbättrats under år 2025 jämfört med tidigare år.

### 7.3 BEMANNING

#### 7.3.1 Rekommendation

- Säkerställa ett effektivt nyttjande av omsorgspersonal genom att till exempel utveckla och koordinera ruttplanering med schemaläggning.

#### 7.3.2 Yttrande

Det framgår av nämndens yttrande att det har påbörjats ett arbete för att förbättra användning av personalpool och resursmedarbetare samt för att förbättra medarbetarnas arbetsmiljö och arbetsförutsättningar. Det framförs att en projektledare har tillsatts och att en arbetsgrupp bestående av medarbetare, chefer, HR och fackliga har formats. Syftet med arbetet uppges vara att minska antalet sjukskrivningar och därmed minska behov av vikarier. Arbetet ska återrapporteras löpande till nämnden.

<sup>5</sup> Socialnämnden 2025-10-02, § 81

Enligt nämndens yttrande har resursplanerare flyttats ut i verksamheterna för att kunna planera i närmare samarbete med enhetschefer, vilka är ansvarig för att fastställa schema.

### 7.3.3 Nuläge

Det uppges vid uppföljningens genomförande att det har vidtagits ett flertal åtgärder för att främja ett effektivt nyttjande av omsorgspersonal. Bland annat har resursplanerare organiserats i verksamheterna och det har utarbetats en rutin för teamträffar<sup>6</sup>, vilken uppges syfta till att bidra till bättre planering och uppföljning. Av rutinen framgår till exempel vilka uppgifter kopplat till träffarna som ska utföras av funktioner som till exempel enhetschef hemtjänst, fast omsorgskontakt/omvårdnadspersonal och resursplanerare.

Andra åtgärder som vidtagits för att förbättra uppföljning och schemaläggning inkluderar införande av en besöksplaneringsmodul i planeringssystemet, vilket förväntas ge chefer bättre underlag för att optimera planerad tid och minska behovet av vikarier.

Inom ramen för arbetet med plan för intern kontroll 2025 har det genomförts en uppföljning av planerad och utförd tid i hemtjänsten under vecka 1–35. Resultatet påvisar ett gap mellan planerad tid (128 212 timmar totalt) och utförd tid (101 351 timmar). Detta gap förklaras av vakanta tjänster, sjukskrivningar och fördröjningar i biståndsprocessen samt att vissa beviljade insatser inte används fullt ut. Det framförs av förvaltningen att planerad tid avser den tid som schemaläggs i verksamhetssystemet, det vill säga tid som planeras att utföras hos brukare. Tiden motsvarar den totala mängden hemtjänstinsatser som planeras i förväg per brukare och per personalgrupp.

Vi har tagit del av en sammanställning av arbetstid per månad för år 2025 till och med september månad. Av sammanställningen framgår att den totala arbetstiden i september månad år 2025 uppgick till 22 866 timmar inom hemtjänsten medan utförd tid var 12 445 timmar. Utförd tid utgjorde således cirka 54 procent av den totala arbetstiden under september månad år 2025. I vår tidigare granskning sammanställde vi utförd tid per månad under perioden november år 2022 till och med november 2023. Den månad med högst andel utförd tid under denna period var februari år 2023, då utförd tid uppgick till 49,1 procent.

### 7.3.4 Bedömning

---

Vår bedömning är att nämnden i **allt väsentligt** har säkerställt ett effektivt nyttjande av omsorgspersonal genom att till exempel utveckla och koordinera ruttplanering med schemaläggning.

---

Vi kan konstatera att det har vidtagits ett flertal åtgärder, däribland utarbetande av en rutin för teamträffar samt organisering av resursplanerare i verksamheterna för att kunna planera i närmare samarbete med enhetschefer som även är ansvarig för att fastställa scheman. Det har även införts en besöksplaneringsmodul i planeringssystemet.

Vi bedömer att uppföljning av planerad och utförd tid inom hemtjänsten skapar möjligheter att identifiera eventuella brister/risker i nyttjandet av personella resurser. Vi bedömer att en sådan uppföljning skapar möjligheter för att kunna vidta adekvata åtgärder vid konstaterade brister/risker.

---

<sup>6</sup> Verksamhetschef för hemtjänst, hälso- och sjukvård samt biståndsenhet/arbetsgrupp 2025-03-18

## 7.4 SYSTEMATISKT KVALITETSARBETE

### 7.4.1 Rekommendation

- Säkerställa att det påbörjade arbetet med det systematiska kvalitetsarbetet genomförs och färdigställs enligt plan, i syfte att uppfylla gällande regelverk.
- Utveckla nämndens kvalitetsuppföljning, i syfte att erhålla relevant information och analys.

### 7.4.2 Yttrande

Det framgår av nämndens yttrande att det ska ske en redovisning av hur det löpande arbetet med systematisk kvalitetsuppföljning har utvecklats. I juni 2024 ska det även rapporteras vilka förbättringsåtgärder som vidtagits. Enligt yttrandet ska det även genomföras en "kvalitetsnämnd" varje kvartal.

Ett utvecklingsarbete avseende biståndsbedömning har påbörjats med syfte att närma sig riksnittet, samt att förbättra arbetet med att justera redan beviljade beslut som behöver ändras. En översyn av arbetssätt och struktur på enheten kommer även att göras

### 7.4.3 Nuläge

#### *Pågående utvecklingsarbete*

Det framgår av kvalitetsberättelse 2024<sup>7</sup> att socialnämnden fastställde en riktlinje för systematiskt kvalitetsarbete år 2012. Det framgår vidare att det inte finns någon tydlig struktur kring hur förvaltningen ska arbeta systematiskt med kvalitetsarbete i nuläget. Inom de olika verksamhetsområdena kan dock tydligare struktur finnas.

Det uppges vid uppföljningens genomförande att det har påbörjats ett arbete med att utveckla ledningssystemet för det systematiska kvalitetsarbetet under hösten år 2025. Det ska ha tillsats en projektgrupp som bland annat arbetar med att revidera den tidigare riktlinjen. Vid uppföljningens genomförande pågick ett arbete med att hämta in underlag och inspiration från andra kommuner. Arbetet utgår från en projektplan<sup>8</sup> som ska vara möjlig att anpassa vid behov. Vi noterar att projektplanen är daterad till september 2025.

Det framförs av förvaltningen att riktlinjen för ledningssystemet är under utarbetande. Det uppges att riktlinjen ska fastställas av socialnämnden när den är färdigställd. Enligt kommunstyrelsens riktlinjer för styrande dokument<sup>9</sup> är beslutsnivå för riktlinjer kommunstyrelse, nämnd, kommundirektör och/eller förvaltningschefer. Det framgår även av riktlinjen att styrdokument ska, i regel, vara giltiga i max fyra år. Giltighetstiden bör dock anpassas efter det enskilda styrdokumentet.

Vid denna uppföljnings genomförande finns det planer på en organisationsförändring där det ska tillföras kvalitetsutvecklarfunktioner till hemtjänsten. Detta ska bidra till att stärka kopplingen mellan det decentraliserade kvalitetsarbetet och den centrala styrningen.

---

<sup>7</sup> Socialnämnden 2025-04-03, § 28

<sup>8</sup> 2025-09-04

<sup>9</sup> Kommunstyrelsen 2023-05-30, § 99

### *Kvalitetsuppföljning*

Vid uppföljningen uppges det att redovisning av det systematiska kvalitetsarbetet är integrerat i nämndens ordinarie uppföljning genom fyramånadersrapport, delårsrapport och verksamhetsberättelse. Det framförs även av förvaltningen att kvalitetsnämnd ska avse avstämningar med nämnden där kvalitet, resultat och utvecklingsarbete redovisas från de olika verksamheterna. Vid granskningens genomförande fanns dock ingen formellt uttalad kvalitetsnämnd, men en sådan planeras att införas. Avsikten är att den ska ske i samband med behandling av delårsrapporten, och eventuellt även vid behandling av fyramånadersrapporten och verksamhetsberättelse.

Vid granskningens genomförande ska det ske löpande kvalitetsavstämningar med socialnämnden genom redovisning av hemtjänsttimmar, ej verkställda gynnande beslut<sup>10</sup> och andra kvalitetsindikatorer löpande. Det ska även ske en särskild genomgång av kvalitetsarbetet i samband med behandling av kvalitetsberättelsen.

Inom ramen för kommunfullmäktiges målprogram i årsplan 2025<sup>11</sup> har det utarbetats strategier för arbetet inom hemtjänsten,

- utveckla arbetet med fasta omsorgskontakter,
- förändra arbetssättet för planering,
- marknadsföra verksamheten,
- öka personalens miljömedvetenhet och språkkunskaper,
- förbättra brukarundersökningsresultat,
- arbeta med jämlikhet, jämställdhet och diskriminering,
- öka kompetensen hos medarbetarna samt,
- arbeta med frisknärvaro.

Som tidigare nämnt är strategierna fastställda av verksamhetschef. Strategierna har brutits ner i aktiviteter på enhetsnivå.

Uppföljning av målarbetet sker genom kvartalsvisa rapporter och målprogrammet och uppges möjliggöra för nämnden att fatta beslut om justering av åtgärder eller ytterligare åtgärder. I rapporterna som redovisas till socialnämnden framgår det inte uppföljning av aktiviteterna som genomförs på enhetsnivå.

---

<sup>10</sup> Socialnämnden 2024-11-29, § 122

<sup>11</sup> Kommunfullmäktige 2024-11-25, § 144

#### 7.4.4 Bedömning

---

Vår bedömning är att nämnden **endast delvis** har säkerställt att det påbörjade arbetet med det systematiska kvalitetsarbetet har genomförts och färdigställts enligt plan, i syfte att uppfylla gällande regelverk.

Vår bedömning är att nämnden **endast delvis** utvecklat sin kvalitetsuppföljning, i syfte att erhålla relevant information och analys.

---

Vi kan konstatera att det finns en äldre riktlinje för systematiskt kvalitetsarbete, vilken inte längre är giltig. Vi kan konstatera att det pågår ett arbete för att utarbeta en ny riktlinje som uppges ska fastställas av socialnämnden. Med anledning av att en nämnd inte får delegera beslutanderätten i frågor som rör verksamhetens mål, inriktning, omfattning eller kvalitet bedömer vi att socialnämnden ska fastställa ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet.

Med anledning av att det inte finns ett gällande politiskt beslutat ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet bedömer vi att nämnden inte har säkerställt en tydlig styrning inom kvalitetsområdet, och att tidigare lämnade rekommendationer inte har beaktats fullt ut.

Samtidigt kan vi konstatera att ett utvecklingsarbete pågår, både vad gäller ledningssystemet för det systematiska kvalitetsarbetet och nämndens kvalitetsuppföljning.

## 8 SAMLAD BEDÖMNING OCH REKOMMENDATIONER

---

Syftet med granskningen har varit att följa upp hur de rekommendationer som lämnats av revisorerna i tidigare genomförda granskning beaktats av styrelsen och berörda nämnder.

**Vår samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder har besvarats av socialnämnden men däremot bedömer vi att synpunkterna och förslagen endast delvis har åtgärdats.**

Se inledning samt respektive rapportkapitel för en mer detaljerad beskrivning.

Utifrån resultatet av vår granskning rekommenderar vi socialnämnden att:

- Fastställa ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet, i syfte att säkerställa en tydlig och rättssäker styrning av verksamhetens kvalitet.
- Säkerställa att planerade utvecklingsinsatser inom kvalitetsområdet genomförs, i syfte att stärka nämndens uppföljning av kvaliteten och skapa förutsättningar för en tydlig och ändamålsenlig styrning av verksamheten.

Datum som ovan

Azets Revision & Rådgivning AB

Gustav Vinterek  
*Verksamhetsrevisor*

Liam Alldén  
*Verksamhetsrevisor*

Lena Medin  
*Certifierad kommunal revisor*

# PENNEO

Signaturerna i detta dokument är juridiskt bindande. Dokumentet är signerat genom Penneo™ för säker digital signering. Tecknarnas identitet har lagrats, och visas nedan.

"Med min signatur bekräftar jag innehållet och alla datum i detta dokumentet."

## GUSTAV VINTEREK

Verksamhetsrevisor

Serienummer: d28ba283ac7385[...]4b3fe5debb40e

IP: 46.162.xxx.xxx

2025-11-17 07:59:47 UTC



## LENA MEDIN

Certifierad kommunal revisor

Serienummer: fdca59a9db67cf[...]85981c060041a

IP: 78.77.xxx.xxx

2025-11-17 08:00:49 UTC



## LIAM ALLDÉN

Verksamhetsrevisor

Serienummer: c7ab46b03b2e4e[...]8b4e417911547

IP: 155.4.xxx.xxx

2025-11-17 08:34:29 UTC



## Karin Maria Öberg

Ordförande

Serienummer: 4706b11107cc72[...]29245d00a2a3f

IP: 78.77.xxx.xxx

2025-11-19 07:58:13 UTC



## LILLEMOR ANDERSSON

1:e vice ordförande

Serienummer: 3cc6d575497e62[...]328db561f9d78

IP: 95.203.xxx.xxx

2025-11-19 08:05:21 UTC



## SAMUEL MÖLLER

2:e vice ordförande

Serienummer: 86d3cee35d2a11[...]844f642812859

IP: 178.174.xxx.xxx

2025-11-24 08:00:23 UTC



Detta dokument är undertecknat digitalt via [Penneo.com](https://penneo.com). De signerade uppgifternas integritet är validerad med hjälp av ett beräknat hashvärde för originaldokumentet. Alla kryptografiska bevis är inbäddade i denna PDF, vilket säkerställer både autenticitet och möjlighet till framtida validering.

Detta dokument är försett med ett kvalificerat elektroniskt sigill. För mer information om Penneos kvalificerade betrodda tjänster, se <https://eutl.penneo.com>.

### Så här verifierar du dokumentets äkthet:

När du öppnar dokumentet i Adobe Reader kan du se att det är certifierat av **Penneo A/S**. Detta bekräftar att dokumentets innehåll förblir oförändrat sedan tidpunkten för undertecknandet. Bevis för de enskilda undertecknarnas digitala signaturer bifogas dokumentet.

De kryptografiska bevisen kan kontrolleras med hjälp av Penneos validator, <https://penneo.com/validator>, eller andra valideringsverktyg för digitala signaturer.



Socialförvaltningen  
Kalle Engfors  
kalle.engfors@harnosand.se

Socialnämnden

## Revisionsrapport - Granskning av rekryteringsprocessen

### Förslag till beslut

Socialförvaltningen föreslår Socialnämnden besluta

**att** anta socialförvaltningens yttrande avseende revisionsrapporten ”Granskning av rekryteringsprocessen” som sitt eget,

**att** konstatera att nämnden redan inkluderar intermittent anställda (timavlönade) i uppföljningen av arbetade timmar omräknade till årsarbetare, samt

**att** översända yttrandet till kommunens revisorer.

### Beskrivning av ärendet

Kommunens revisorer har genomfört en granskning av rekryteringsprocessen. I rapporten lämnas en rekommendation riktad till kommunstyrelsen och nämnderna avseende uppföljningen av årsarbetare. Revisorerna rekommenderar att intermittent anställda (timavlönade) ska inkluderas i uppföljningen av arbetade timmar omräknat till årsarbetare.

Då en del av rekommendationerna riktar sig till nämnderna har revisorerna begärt att respektive nämnd lämnar synpunkter.

### Bedömning

Socialnämnden bedömer att ett beslut enligt förslaget tydliggör att nämnden uppfyller den rekommendation som revisorerna lämnat.

Om beslut inte fattas finns risk för att nämnden uppfattas som att den inte besvarat revisorsrekommendationen, vilket kan skapa oklarheter i den fortsatta uppföljningen.

### Beslutsunderlag

Revisionsrapport ”Granskning av rekryteringsprocessen”, 2025-10-14.

E-post från Azets, 2026-03-12.

Ingrid Nilsson  
Förvaltningschef

Kalle Engfors  
Verksamhetscontroller

### **Bilagor**

Yttrande gällande granskning av rekryteringsprocessen, 2026-03-13.



## Yttrande till Revisionen gällande granskning av rekryteringsprocessen

### Sammanfattning

Socialnämnden instämmer i revisorernas rekommendation att intermittent anställda (timavlönade) ska ingå i uppföljningen av arbetade timmar omräknat till årsarbetare. Socialförvaltningen konstaterar att detta redan tillämpas i förvaltningens rapportering genom Hypergenes beräkningsmodell.

### Beskrivning av ärendet

Kommunens revisorer har genomfört en granskning av rekryteringsprocessen och lämnar i rapporten en rekommendation riktad till kommunstyrelsen och nämnderna: att uppföljningen av årsarbetare ska inkludera intermittent anställda. Socialnämnden ska därför yttra sig över den del av rapporten som berör nämnden.

### Förvaltningens synpunkter

Socialförvaltningen har verifierat att intermittent anställda redan ingår i uppföljningen av årsarbetare. I Hypergene räknas timavlönades arbetade timmar om till sysselsättningsgrad enligt gällande schablon. Förvaltningen bedömer att arbetssättet uppfyller revisorernas rekommendation och fortsätter tillämpa rutinen.

## Härnösands kommuns revisorer

*Till*

Kommunstyrelsen  
Samhällsnämnden  
Skolnämnden  
Socialnämnden

*För kännedom:*

Kommunfullmäktige

2025-10-14

### **Revisionsrapport ”Granskning av rekryteringsprocessen”**

Azets har på uppdrag av kommunens revisorer genomfört en översiktlig granskning av kommunens rutiner kring rekryteringsprocessen. Uppdraget ingick i revisionsplanen för år 2025.

Revisionen önskar att kommunstyrelsen lämnar synpunkter på de slutsatser som finns redovisade i rapporten senast den 16 januari 2026. Av svaret bör det framgå vilka eventuella åtgärder som ska vidtas och när de beräknas vara genomförda.

Svaret skickas till Lena Medin, Azets (mailadress [lena.medin@azets.com](mailto:lena.medin@azets.com)) för vidarebefordran till revisorerna.

För Härnösands kommuns revisorer

Maria Öberg  
Ordförande

Lillemor Andersson  
Vice ordförande

A decorative graphic on the left side of the page consists of a large blue triangle pointing right, followed by a series of smaller triangles pointing right in a grid-like pattern. The triangles are mostly light gray, with one green triangle and one blue triangle standing out.

# Granskning av rekryteringsprocessen

**Rapport**

Härnösands kommun

2025-10-14

26 sidor

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

---

<b>1</b>	<b>Sammanfattning</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Bakgrund</b>	<b>5</b>
<b>3</b>	<b>Syfte och revisionsfrågor</b>	<b>5</b>
<b>4</b>	<b>Avgränsning</b>	<b>5</b>
<b>5</b>	<b>Revisionskriterier</b>	<b>6</b>
<b>6</b>	<b>Metod</b>	<b>6</b>
<b>7</b>	<b>Resultat av granskningen</b>	<b>7</b>
7.1	<i>Styrning och ansvar</i>	7
7.1.1	Styrande dokument	7
7.1.2	Rekryteringsprocessen	10
7.1.3	Bedömning	15
7.2	<i>Stöd till chefer</i>	16
7.2.1	Resultat av enkätundersökning	16
7.2.2	Bedömning	17
7.3	<i>Konvertering och företrädesrätt</i>	18
7.3.1	Bedömning	18
7.4	<i>Uppföljning</i>	19
7.4.1	Efterlevnad av riktlinjer	19
7.4.2	Uppföljning av antal anställda	20
7.4.3	Bedömning	21
<b>8</b>	<b>Samlad bedömning och rekommendationer</b>	<b>22</b>
	<b>Stickprovsundersökning</b>	<b>24</b>

# 1 SAMMANFATTNING

Azets har av Härnösands kommuns revisorer fått i uppdrag att översiktligt granska kommunens rutiner kring rekryteringsprocessen.

Syftet med granskningen har varit att bedöma om kommunstyrelsen har en tillfredsställande styrning och uppföljning av rekryteringsprocessen.

**Vår samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att kommunstyrelsen endast delvis har en tillfredsställande styrning och uppföljning av rekryteringsprocessen.**


Bakgrunden till vår samlade bedömning är att granskningen visat att det i allt väsentligt finns styrande dokument för rekrytering och att rekryteringsprocessen finns tydligt beskriven. Dock ser vi att det finns utrymme för förbättring vad gäller ansvarsfördelningen. Det framgår av vissa styrande dokument och beskrivningar men det beskrivs inte fullt ut i delegationsordning för kommunstyrelsen.

Vi bedömer även att chefer i huvudsak får tillräckligt med stöd i rekryteringsfrågor.

Vidare bedömer vi att det till viss del finns fungerande rutiner för att bevaka tidpunkter för företrädesrätt enligt LAS<sup>1</sup> och konvertering. Vi bedömer dock att rutiner och arbetsätt för företrädesrätt bör förstärkas.

Vi ser inte att efterlevnad av riktlinjer följs upp på ett systematiskt sätt vilket behöver ses över och åtgärdas. Vi bedömer även att antalet anställda och årsarbetare endast delvis följs upp i tillräcklig utsträckning.

I det följande redovisas våra samlade bedömningar av respektive revisionsfråga.

<div style="display: flex; justify-content: space-between; padding: 5px;"> <span>Nej</span> <span>Endast delvis</span> <span>I allt väsentligt</span> <span>Ja</span> </div> 	
Revisionsfråga	Bedömning
Finns ändamålsenliga strategier och riktlinjer för rekrytering (omfattande behovsanalys, annonsering, kontroller, beslut, lönesättning, dokumentation etc)?	I allt väsentligt
Är ansvarsfördelningen tydlig vad gäller rekrytering och lönesättning?	Endast delvis
Får ansvariga chefer tillräckligt med stöd från HR i rekryteringsfrågor?	I allt väsentligt
Finns rutiner för att bevaka tidpunkter för LAS och konvertering enligt allmänna bestämmelser?	Endast delvis

<sup>1</sup> Lagen om anställningsskydd

Revisionsfråga	Bedömning
Följer kommunstyrelsen upp att riktlinjerna efterlevs?	Nej
Följer kommunstyrelsen och nämnder upp antalet anställda/årsarbetare?	Endast delvis

*För närmare beskrivning av bakgrunden till våra bedömningar hänvisar vi till respektive avsnitt i revisionsrapporten.*

Utifrån våra iakttagelser och bedömningar rekommenderar vi kommunstyrelsen att:

- Det i rutinerna för rekrytering framgår att intervjuer och referenstagning ska dokumenteras samt hur denna dokumentation ska sparas, se avsnitt 7.1
- I delegationsordning tydliggöra ansvar för rekrytering utöver anställning av kommundirektör samt ansvar för lönesättning, se avsnitt 7.1
- Säkerställa att det finns en systematisk kontroll av tillfällena för konvertering och företrädesrätt, se avsnitt 7.3
- Säkerställa att uppföljning och kontroll av efterlevnad av riktlinjer för rekrytering sker, se avsnitt 7.4
- Tillse att det görs en notering i rekryteringssystemet i de fall en sökande inte fullt ut uppfyller kravprofilen ändå erbjuds tjänsten. Noteringen bör beskriva orsakerna till att anställningen gjorts trots avvikelserna mot kravprofilen, se avsnitt 7.4
- Tillse att det finns kontroller för att säkerställa att kandidater får återkoppling, se avsnitt 7.4
- Arbeta för att ta fram rutiner för uppföljning av kandidatupplevelsen, se avsnitt 7.1 och 7.4

Utifrån våra iakttagelser och bedömningar rekommenderar vi kommunstyrelsen och nämnderna att:

- I uppföljning av arbetade timmar omräknat till årsarbetare även inkludera intermittert anställda (timvikarier), se avsnitt 7.4

## 2 BAKGRUND

---

Azets har av Härnösands kommuns revisorer fått i uppdrag att översiktligt granska kommunens rutiner kring rekryteringsprocessen. Uppdraget ingår i revisionsplanen för år 2025.

Att kommunen rekryterar personal med rätt kompetens har avgörande betydelse för att säkerställa kvaliteten i kommunens verksamheter. Personalkostnader utgör även en stor kostnad inom kommunens verksamheter. Rekryteringsprocessen utgör därför en central funktion som ska bemanna organisationen med chefer och medarbetare med rätt kompetens i förhållande till verksamheternas behov. Genom att rekrytera chefer och medarbetare med rätt kompetens utifrån ställda krav skapas förutsättningar för en väl fungerande organisation. Mindre lyckosamma rekryteringar kan medföra merkostnader och skador för verksamheten.

Revisorerna bedömer att det finns en risk för att otydliga rutiner för rekryteringsprocessen kan medföra negativa ekonomiska och kvalitetsmässiga konsekvenser för kommunens styrning och dess verksamheter.

Med anledning av ovanstående har revisorerna i sin risk- och väsentlighetsanalys dragits slutsatsen att kommunens rutiner avseende rekrytering behöver granskas.

## 3 SYFTE OCH REVISIONSFRÅGOR

---

Syftet med granskningen har varit att bedöma om kommunstyrelsen har en tillfredsställande styrning och uppföljning av rekryteringsprocessen.

Granskningen har omfattat följande revisionsfrågor:

- Finns ändamålsenliga strategier och riktlinjer för rekrytering (omfattande behovsanalys, annonsering, kontroller, beslut, lönesättning, dokumentation etc)?
- Är ansvarsfördelningen tydlig vad gäller rekrytering och lönesättning?
- Får ansvariga chefer tillräckligt med stöd från HR i rekryteringsfrågor?
- Finns rutiner för att bevaka tidpunkter för LAS och konvertering enligt allmänna bestämmelser?
- Följer kommunstyrelsen upp att riktlinjerna efterlevs?
- Följer kommunstyrelsen och nämnder upp antalet anställda/årsarbetare?

## 4 AVGRÄNSNING

---

Granskningen avser kommunstyrelsen. Nämnderna berörs av sista revisionsfrågan samt den enkätundersökning och de stickprov som är genomförda.

Granskningen har avgränsats till verksamhetsåret 2025.

## 5 REVISIONSKRITERIER

---

I granskningen har revisionskriterierna utgjorts av:

- Kommunallagen 6 kap § 6
- Lag (1992:80) om anställningsskydd 5a § och 25 §
- Allmänna bestämmelser (AB)
- Tillämpbara interna regelverk, policys och beslut.

## 6 METOD

---

Granskningen har genomförts genom:

- Dokumentstudier av:
  - Riktlinjer vid rekrytering
  - Lönepolitiska riktlinjer
  - Dokumenthanteringsplan 2024
  - Delegationsordning kommunstyrelsen 2023-2026
  - Rutin för konverteringsrapporter
  - Delårsrapport kommun 2024
  - Kommunstyrelse och nämnders delårsrapporter per 2024-08-31
  - Årsredovisning 2024
  - Kommunstyrelse och nämnders verksamhetsberättelse 2024
  - Härnösands kommuns fyramånadersrapport per 2025-04-30
  - Kommunstyrelse och nämnders fyramånadersrapport 2025
- Intervjuer med HR-chef, HR-generalist och HR-partner.
- 10 stickprov på genomförda anställningar under år 2025 för att kontrollera dokumentation.
- Enkätundersökning till rekryterande chefer.

De bedömningar som avlämnas i granskningen har utgått ifrån följande bedömningsnivåer.



Rapporten är faktakontrollerad av HR-chef, kompetensstrateg/HR-partner och HR-generalist.

## 7 RESULTAT AV GRANSKNINGEN

---

### 7.1 Styrning och ansvar

#### 7.1.1 Styrande dokument

Delegationsordning kommunstyrelsen 2023-2026

Av kommunstyrelsens delegationsordning för åren 2023 - 2026<sup>2</sup> framgår gällande anställningsärenden att kommunstyrelsens ordförande ansvarar för att fatta beslut om att anställa kommundirektör. Det framgår även vem som ansvarar för verkställande av uppsägning, avsked eller annan enskild överenskommelse om avslut av anställning för kommundirektör, förvaltningschef, verksamhetschef/avdelningschef, enhetschef och övrig personal.

Vidare framgår ansvar vid förhandlingsärenden, exempelvis är chef för HR-avdelningen delegat för förhandlingar enligt 14 § MBL<sup>3</sup> och tvisteförhandling enligt 10 § MBL.

Övriga personalfrågor som framgår av delegationsordningen är prövning av bisyssla, krigsplacering och pensioner.

Riktlinjer vid rekrytering

Riktlinjer för rekrytering<sup>4</sup> är ett kommunövergripande dokument som avser samtliga nämnder och förvaltningar inom kommunen. Riktlinjen syftar till att genomföra välgrundade, effektiva och professionella rekryteringar till verksamheten.

Samtliga kandidater ska värderas utifrån kompetens, det vill säga formella meriter såsom utbildning och praktisk erfarenhet samt personliga egenskaper.

Av riktlinjen framgår följande rekryteringsordning:

#### 1. Omplacering enligt 7 § 2 stycket LAS

Omplacering avser medarbetare som är i behov av omplacering på grund av arbetsbrist eller personliga skäl. Under en pågående omplaceringsutredning kan en ledig vakans komma att prövas i samråd med HR.

#### 2. Stadigvarande förflyttning enligt AB § 6

Stadigvarande förflyttning innebär att den nya befattningen ligger inom medarbetarens arbetskyldighet. Befattningen kan vara både inom och utom tidigare förvaltning. I första hand tillämpas frivillighet bland medarbetarna och då krävs ingen förhandling vid stadigvarande förflyttning. Vid en stadigvarande förflyttning som sker mot arbetstagarens vilja ska arbetsgivaren ha vägande skäl för åtgärder och det ska förhandlas enligt MBL 11 § före förflyttningen sker.

---

<sup>2</sup> Rev KS 2024-12-10 § 202

<sup>3</sup> Lag (1976:580) om medbestämmande i arbetslivet

<sup>4</sup> Kommunstyrelseförvaltningen 2023-11-24

### 3. Deltidsanställdas önskemål om högre sysselsättningsgrad enligt AB § 5

När arbetsgivaren har ett behov av arbetskraft ska hänsyn tas till om det finns någon deltidsanställd på arbetsplatsen som har anmält intresse om högre sysselsättningsgrad. Medarbetare som är deltidsanställda på grund av att de beviljats delpension, sjukersättning som inte är tidsbegränsad samt medarbetare som har fyllt 69 år har inte företräde till högre sysselsättningsgrad.

### 4. Företrädesrätt till återanställning enligt 25 § LAS och AB § 35 mom 3 b-e

Företrädesrätt till återanställning innebär att arbetsgivaren är skyldig enligt lag att erbjuda en medarbetare ett ledigt arbete i stället för att rekrytera någon externt. Medarbetare ska ha gjort anspråk på sin företrädesrätt skriftlig och stå överst på företrädesrättslistan.

Företrädesrätt till återanställning gäller till den befattning arbetstagaren hade på sin tidsbegränsade anställning. Om medarbetaren har klarat sin tidsbegränsade anställning inom befattningen utan dokumenterad prestationsbrist eller misskötsamhet, så är huvudregeln att hen är lämpad för återanställning. Medarbetare med längre anställningstid har företräde framför medarbetare med kortare anställningstid. Vid lika anställningstid ger högre ålder företräde.

### 5. Intern frivillig rörlighet inom kommunen

Frivillig rörlighet handlar om långsiktig hållbarhet och att nyttja resurser effektivt. För att vara en attraktiv arbetsgivare behövs både befintliga karriärvägar synliggöras och nya möjligheter för karriärutveckling skapas.

Kommunen ska bli bättre på att uppgiftsfördela rätt. Arbetsgivaren ska organisera så att kompetensen kommer verksamheten till gagn. Mer kvalificerade arbetsuppgifter ska utföras av den med önskvärd/bäst lämpad kompetens. Metoder för att stimulera intern rörlighet är exempelvis kompetensplanering och individuella utvecklingssamtal.

I intervju framkom att frivillig rörlighet är något som uppmuntras då det är ett sätt att behålla personal inom organisationen som annars kanske hade bytt arbetsgivare.

### 6. Extern rekrytering

Extern rekrytering får endast ske när det är uppenbart att rekrytering inte kan ske på annat sätt. Innan en extern rekrytering påbörjas är det viktigt att utveckla befintliga medarbetare.

I intervju framkom att all extern rekrytering ska gå via HR. Om de ser att rekryteringen kan hanteras internt, exempelvis genom omplacering, kan HR stoppa den externa rekryteringen.

Vad gäller annonsering av lediga tjänster framgår att alla lediga tjänster, oavsett anställningsform och sysselsättningsgrad, ska annonseras internt eller externt. Rekommendationen är att en intern annons är publicerad minst sju kalenderdagar. Rekommendationen för en extern annons är 14 kalenderdagar.

Rekryterande chef ansvarar för att följa rekryteringsordningen, och rekryteringsprocessen.

Enligt riktlinjen ska samtliga sökande betraktas som potentiella medarbetare och ambassadörer för kommunen som arbetsgivare. Därför är det viktigt att ansvarig rekryterare behärskar kompetensbaserad rekrytering samt återkopplar till kandidater som inte går vidare i processen.

Vidare framgår av riktlinjen att rekryteringsgrupp ska utformas utifrån den tjänst som ska tillsättas. Rekryterande chef avgör sammansättningen av rekryteringsgruppen. Dock bör HR vara delaktig i chefsrekryteringar och facklig part ska i ett tidigt skede få ta del av kravspecifikation, inkomna ansökningshandlingar och erbjudas att intervjua slutkandidaterna. Enligt MBL 11 § ska chefstillsättningar alltid förhandlas. Vid rekrytering av kommundirektör och förvaltningschef är det fastställt i riktlinjen hur rekryteringsgrupperna ska utformas.

I intervju framkom att vid tillfället för granskningen pågår en revidering av riktlinjer vid rekrytering samt andra styrande dokument som avser kompetensförsörjning och arbetsmiljö mm. Enligt uppgift kommer revideringen innebära vissa förtydliganden, det ska bland annat bli tydligare hur sakliga och objektiva bedömningar ska göras vid rekryteringar av exempelvis anhöriga.

#### Lönepolitiska riktlinjer

Av lönepolitiska riktlinjer<sup>5</sup> framgår att kommunen:

- Alltid ska sträva efter att sätta rätt lön
- Inte ska konkurrera med lön inom arbetsgivaren
- Ska tillämpa lönetillägg restriktivt
- Ska se lönesättning som en del av chefens uppdrag samt arbetsgivarens ledning och styrning av verksamheten
- Chefer ska sätta en lön som leder till att medarbetarnas goda prestationer uppmärksammas och belönas

Riktlinjen redogör även för lokal lönebildning som avser de aktiviteter som vidtas kopplat till lön och sammantaget utgör kommunens löneläge. Detta inkluderar allt från det löpande arbetet med den årliga löneprocessen, lönesättning vid nyrekrytering och förändring av lön under pågående tjänst. I det löpande arbetet ska kommunen arbeta med uppföljning och analys. Det löpande arbetet ska leda till:

- Kontinuerliga analyser av marknadsläget och intern lönestruktur
- Att kommunen har väl kända lönekriterier som ligger till grund för dialogen mellan chef och medarbetare
- Att hänsyn tas till ekonomi och budget så att lönedel används på ett hållbart sätt
- Att medarbetare känner till vad arbetsgivaren förväntas sig av dem i sin yrkesutövning och prestation samt vad som ligger till grund för deras lön

Vid anställning ska lönesättande chef beakta tjänstens art, kandidatens erfarenhet och kompetens, marknadsläget på aktuell befattning samt rådande eller av Härnösands kommun önskvärd intern lönestruktur.

---

<sup>5</sup> Kommundirektör 2023-02-17

Vi har tagit del av marknadsanalys för år 2025 som omfattar förändring av medellön över tid i ett antal kommuner samt en sammanställning över lönespannet för år 2024. Av både marknadsanalysen och lönespannet framgår statistik för flera olika yrkesgrupper.

#### Dokumenthanteringsplan 2024

Av dokumenthanteringsplan för kommunstyrelsen<sup>6</sup> framgår handling, registrering/förvaring, gallring, leveransfrist till kommunarkivet, arkivformat och anmärkning för följande aktiviteter avseende rekrytering:

- Rekrytera för tillsvidareanställning
- Hantera intervju
- Tilldela tjänst
- Hantera ej begärda ansökningar.

#### 7.1.2 Rekryteringsprocessen

Vi har tagit del av processbeskrivning/rutiner för rekryteringsprocessen från kommunens intranät. Av detta framgår att rekryteringsprocessen består av åtta steg som redovisas nedan. I systemet är det dock endast krav på stegen gällande kravprofil, annons och att återkoppling genomförs.

Chefer ansvarar för att genomföra rekryteringsprocessen med hänsyn till samtliga steg i syfte att säkerställa en kvalitets- och rättssäker process. HR ansvarar för att stötta rekryterande chef genom processen och bidrar till att kvalitet och rättssäkerhet uppnås.

I intervju framkom att det normalt sätt är chef om beslutar när en rekrytering ska genomföras. Under år 2025 råder ett anställningsstopp och därför krävs beviljande av förvaltningschef vid externa rekryteringar. Att anställningsstoppet efterlevs kontrolleras genom att HR kollar att annonsen är godkänd.

#### Analysera behov

En behovsanalys av verksamhetens personella behov ska upprättas. Eventuell rekryteringsgrupp sätts samman i förhållande till effektivitet, gruppens storlek och kompetenser.

Av beskrivningen framgår tre områden med frågor att beakta i behovsanalysen.

#### 1. Identifiera behovet

Exempel på frågor att beakta här är vilken funktion som behöver fyllas och i vilken omfattning.

#### 2. Undersök och diskutera möjligheterna att frigöra resurser på annat sätt än genom nyrekrytering

Exempel på frågor att beakta här är vilka kvalifikationer som krävs för att utföra arbetsuppgifterna, kan arbetsuppgifterna omfördelas och om det finns möjlighet att kompetensutveckla befintlig personal.

#### 3. Kan inte resursbehovet lösas inom verksamheten behövs en nyanställning

Här ska kravprofil påbörjas utifrån nästa steg i rekryteringsprocessen.

---

<sup>6</sup> Rev KS 2024-11-26 § 193

I intervju framkom att behovsanalys inte alltid har genomförts innan kravprofil upprättats.

#### Kravprofil

I kravprofilen sammanställs kraven på kompetens utifrån behovsanalysen. Av kravprofilen ska det framgå formella meriter, erfarenhet och personliga egenskaper. Enligt intervjuade finns exempel på personliga egenskaper inlagda i rekryteringsverktyget ReachMee. Det finns en gräns för hur många egenskaper som kan läggas in i kravprofilen, cirka fem egenskaper.

Kravprofilen ska vara styrande i annonsens utseende och innehåll, urval av sökande, intervjuens karaktär och i valet av slutkandidat.

Vid framtagandet av en kravprofil ska följande frågor ställas:

- Vad vill vi åstadkomma med denna tjänst?
- Vilka är våra gemensamma mål?
- Vad är arbetsprestation hos oss?
- Vilka personliga egenskaper är viktiga hos personen som söker?

Vid cheftjänst eller arbetsledande befattning ska facken informeras. Underlaget för kravprofilen ska lämnas till facken för synpunkter.

Om ett bemannings-/rekryteringsföretag ska anlitas ska det säkerställas att de använder sig av kravprofilen. Enligt intervju finns dock inget rekryteringsföretag upphandlat. Kommunen har upphandlat ADDA<sup>7</sup> för bemanningsfrågor men inte för rekrytering.

Kravprofilen kan skapas direkt i ReachMee. Av beskrivningen framgår hur detta görs. I intervju framkom det även finns en separat PDF-mall för kravprofil. Till alla rekryteringar ska det finnas en kravprofil i systemet.

Om HR mottar en annons och ser att kravprofil inte har upprättats så uppges att HR meddelar rekryterande chef att sådan ska tas fram.

Efter att kravprofil har upprättats, och innan annons upprättas, ser HR över kravprofilen för att bedöma om den känns rimlig utifrån den befattning som ska rekryteras och vilka arbetsuppgifter som ska genomföras. Utifrån det kommer HR med en rekommendation på lönespann utifrån statistik som tas fram årligen. Bland annat undersöks lönespann från andra kommuner som liknar Härnösands kommun.

Om rekryterande chef inte håller med om rekommenderat lönespann ska frågan tas till förvaltningschef. Den rekryterande chefen har delegation att besluta om lön förutsatt att den hålls inom det rekommenderade lönespannet. Om beloppet under- eller överskrider rekommendationen ska förvaltningschef besluta om lön.

---

<sup>7</sup> ADDA är ett företag inom SKR som erbjuder tjänster och produkter inom hållbar försörjning, digitalisering och kompetensutveckling.

## Tidplan och annons

En tidplan ska tas fram för rekryteringsprocessens resterande steg. På intranätet finns en mall för tidplan. Om rekryteringsprocessen drar ut på tiden ska de sökande informeras om det.

ReachMee ska användas i alla steg av rekryteringsprocessen. I systemet ska rekryteringsprojekt skapas, annons skrivas, kandidaternas ansökningshandlingar sparas, urval genomföras och kandidater refuseras.

För annonsen finns en gemensam mall i ReachMee som enligt beskrivningen på intranätet gärna ska användas. Annonsen ska spegla kravprofilen och det ska vara tydligt vad som sökes för tjänsten. Både skalkrav och sådant som är meriterande ska framgå.

Det är viktigt att annonsen inte uppfattas som diskriminerande. Rekryterande chef ska därför vända sig till HR-supporten för att säkerställa att annonsen är inkluderande och icke-diskriminerande.

I intervju framkom att annonsen måste godkännas av HR innan den kan publiceras. Om den inte har godkänts uppges att det inte är möjligt att gå vidare i processen. I systemet är det möjligt att se vem som har godkänt annonsen. När annonsen kontrolleras av HR tittar de exempelvis på om annonsen speglar kravprofilen samt kontrollerar om det finns någon som har företrädesrätt och att rekryteringsordningen har följts.

Enligt intervjuade ansvarar rekryterande chef för att publicera annonsen men HR kan bistå chefen i detta.

## Företrädesrätt och omplacering

Rekryterande chef, i egenskap av arbetsgivarrepresentant, är skyldig att följa kommunens rekryteringsordning innan extern rekrytering genomförs. Detta innebär att chef bedömer om rekryteringsbehovet kan tillgodoses genom:

- Stadigvarande förflyttning enligt AB § 6
- Deltidsanställdas önskemål om högre sysselsättningsgrad enligt AB § 5
- Intern frivillig rörlighet inom kommunen

HR-supporten, innan annons och kravprofil godkänns, ansvarar för att kontrollera om rekryteringsbehovet ska tillgodoses genom:

- Omplacering enligt 7 § 2 stycket LAS
- Företrädesrätt till återanställning enligt 25 § LAS och AB § 35 mom 3 b – e

## Urval

Urvalet utgörs av tre steg.

### 1. Kalla till intervju

De kandidater som bäst matchar kravprofilen ska kallas till intervju. Det är kandidaterna som uppfyller skalkraven i kravprofilen som kan tas vidare i urvalet. Om någon kandidat uppfyller både skalkrav och meriter har denna extra förtur.

Det beskrivs hur kandidaterna ska kallas till intervju och att den sökande också kan få en kallelse via ReachMee med uppgifter om tid, plats och annan nödvändig information. Om de som har gått vidare till intervju ska genomföra test och/eller arbetsprov kan det informeras om i samband med kallelsen.

## 2. Intervju

Från och med den 1 juni 2025 gäller nya krav vid anställningsintervjuer. Rekryterande chef ansvarar för att följande kontroller genomförs:

- Kandidaten ska uppvisa giltig ID-handling vid intervjutillfället
- Om tjänsten kräver en viss utbildning ska kandidaten visa upp vidimerad kopia av relevanta betyg eller examensbevis.
- Kandidaten ska ha rätt att arbeta i Sverige och kunna uppvisa giltigt arbetstillstånd.

Vidare framgår att innan intervjun ska rekryteringsgruppen bestämma vilka roller respektive person i gruppen har under intervju och förbereda intervjufrågor. Det är viktigt att samma frågor ställs till samtliga kandidater. Intervjumallar finns i ReachMee och om kravspecifikationen i systemet har använts så automatiseras frågor utifrån den.

Det framgår även att under intervjun får de sökande en likvärdig behandling eftersom frågorna ställs utifrån kravprofilen och inte utifrån situationen eller subjektiva värderingar. Alla i rekryteringsgrupper bör vara med på samtliga intervjuer för att få en rättvis bild över samtliga kandidater.

Vid chefstjänst eller arbetsledande författning ska facken erbjudas att hålla en egen intervju med kandidaterna eller erbjudas att medverka på rekryteringsgruppens intervju. Ansökningshandlingarna ska skickas till de fackliga representanterna.

Under intervju ska kandidaten även påminnas om att utdrag ur belastningsregistret kan vara aktuellt beroende på tjänst. Ett utdrag kan beställas av individen i detta skede men visas enbart upp om personen blir slutkandidat.

Det uppges inte finnas några krav på att intervjun ska dokumenteras.

## 3. Bedömning

Bedömningen omfattar följande delar:

- Värdera och vikta utifrån kravprofil och intervju vem eller vilka som bedöms vara bäst lämpade för att gå vidare i processen.
- Bestäm om ytterligare en intervju behövs för kompletterande frågor.
- Nu kan det vara lämpligt att ta in slutbetyg, betyg och referenser på slutkandidaterna.

I intervju framkom att anteckningar från intervjuer inte dokumenteras i systemet.

### Referenstagning

Vid det här steget ska rekryteringsgruppen ha sammanställt/poängsatt/viktat kandidaterna och valt ut den/de kandidater som bäst motsvarar kravprofilen. Referenstagning ska genomföras av minst två av den sökandes lämnade referenter. Åtminstone en av dessa ska ha eller ha haft en överordnad roll mot den sökande.

Det finns två alternativ för referenstagning. Det första alternativet är att digitala referenser tas via verktyget Refapp. Verktyget kan kombinera fritext-frågor med flervals- och skalfrågor. Det andra alternativet är att ringa referenserna. Förslag på referensfrågor finns via Refapp och från färdiga exempelmallar.

Om den rekryterande chefen önskar ta referenser från en person som den sökande inte har angett behöver det godkännas av den sökande först. Om den sökande nekar till detta ska det respekteras. Den sökande ska då få frågan varför hen nekar till att referenser tas av den personen. Det ska också beaktas i bedömningen att den sökande nekat till efterfrågad referenstagning.

Enligt erhållna uppgifter finns inget krav att referenstagningen ska dokumenteras i ReachMee. Om den har genomförts i Refapp finns den dock dokumenterad där.

### *Övriga kontroller*

Under detta steg beskrivs även rekryterande chefs ansvar vid anställning av utländska medborgare samt till säkerhetsklassade tjänster.

Vid anställning av arbetstagare från annat land ska det exempelvis kontrolleras att personen har ett giltigt uppehålls- och/eller arbetstillstånd.

Vid säkerhetsklassade tjänster ska en säkerhetsprövning göras på slutkandidaten innan erbjudande om anställning. Helhetsbedömning gällande säkerhetsprövningen, bland annat svar på registerkontroll, ska inväntas innan anställning erbjuds. I intervju framkom att vid säkerhetsklassade tjänster ska samtycke ges för att genomföra de registerkontroller som krävs, både för den sökande och anhöriga.

Erbjudande av tjänst

I detta steg ska slutkandidaten erbjudas tjänsten och lön samt andra anställningsvillkor ska diskuteras. Vid erbjudande av cheftjänst eller arbetsledande befattning ska tillsättningen alltid MBL-förhandlas.

I de fallen utdrag från belastningsregistret krävs ska detta visas upp och godkännas innan avtal ingås. Enligt uppgift ska utdrag ur belastningsregistret göras vid rekrytering till skolverksamhet och funktionsstöd.

Vidare ska rekryterande chef informera om vilka förmåner som finns.

Tacka alla sökande och avsluta rekryteringsprocessen

I detta steg framgår bland annat att även de som inte kom vidare i processen ska få återkoppling och ett tack. Sökande som inte blivit refuserade och inte blivit intervjuade ska få ett mejl via ReachMee. Kandidater som gått vidare till intervju ska få återkoppling via telefon då det är mer personligt än ett mejl/meddelande. Personen som ansvarar för rekryteringen ansvarar även för återkopplingen.

Vidare ska rekryteringsprocessen avslutas i ReachMee. Det finns en lathund för detta ska genomföras.

Anställningshandlingar skickas enligt uppgift direkt in i digital personakt när status på kandidaten ändras till anställd och projektet avslutas.

I intervju framkom att det inte alltid fungerar så att samtliga sökande får återkoppling. Ofta är det endast de kandidater som nått intervjufasen som får återkoppling.

I systemet kan man klicka i "avsluta projekt" och då ställs en fråga om personen vill skicka återkoppling. Dock uppges det inte alltid vara så att rekryterande chef kommer fram till steget när de ska klicka i "avsluta projekt". Enligt uppgift brukar HR försöka hålla koll på detta, och vid behov påminna rekryterande chef om att återkoppla till kandidaterna, men det uppges finnas utrymme för förbättring här.

Vidare framkom i intervju att det inte genomförs någon uppföljning av kandidatupplevelser. Detta då de först behöver säkerställa att samtliga kandidater flyttas av rekryterande chef till rätt processteg i systemet. Detta då det är processteget som leder till utskick av en enkät för kandidatupplevelsen. De utvärderingssystem som kommunen har tittat på bygger på att detta fungerar.

### 7.1.3 Bedömning

Vår bedömning är att det i allt väsentligt finns ändamålsenliga strategier och riktlinjer för rekrytering.

Vi konstaterar att det finns styrande dokument som omfattar rekryteringsprocessen, främst genom riktlinjer vid rekrytering.

Vi anser dock att det finns vissa delar som kan förtydligas i dessa, såsom rekrytering av anhöriga och dokumentation av intervjuer och referenstagning. Dock pågår en revidering av riktlinjerna som bland annat ska förtydliga vad som gäller vid rekrytering av anhöriga. Vi vill betona vikten av att detta genomförs enligt plan och att detta förtydligas då det inte framgår av befintliga riktlinjer.

Rekryteringsprocessen finns även beskriven på kommunens intranät på ett övervägande tydligt sätt. Vi noterar dock att det inte finns rutiner för uppföljning av kandidatupplevelsen. Detta på grund av att sådan utvärdering bygger på att samtliga kandidater får återkoppling vilket inte uppges vara fallet. Ytterligare bedömning av detta framgår av avsnitt 7.4. Enkätundersökningen, som redovisas i avsnitt 7.2 indikerar även att riktlinjer inte alltid efterlevs fullt ut. Bedömning av efterlevnad av riktlinjer framgår av avsnitt 7.4.

Vår bedömning är att ansvarsfördelningen endast delvis är tydlig vad gäller rekrytering och lönesättning.

Vi noterar att ansvarsfördelning gällande rekrytering framgår av vissa styrande dokument och systemet för rekryteringsprocessen. Det är chef, med stöd av HR, som har det huvudsakliga ansvaret. Däremot ser vi inte att delegationsordning för kommunstyrelsen beskriver ansvaret för rekrytering fullt ut utan enbart vid rekrytering av kommundirektör.

Vad gäller lönesättning noterar vi att ansvar för det framgår av lönepolitiska riktlinjer samt beskrivningen av rekryteringsprocessen på intranätet. Däremot ser vi inte att det framgår av delegationsordningen.

## 7.2 STÖD TILL CHEFER

Enligt riktlinjer vid rekrytering ska HR bistå med tolkning vad gäller förutsättningar och tillämpning av riktlinjen.

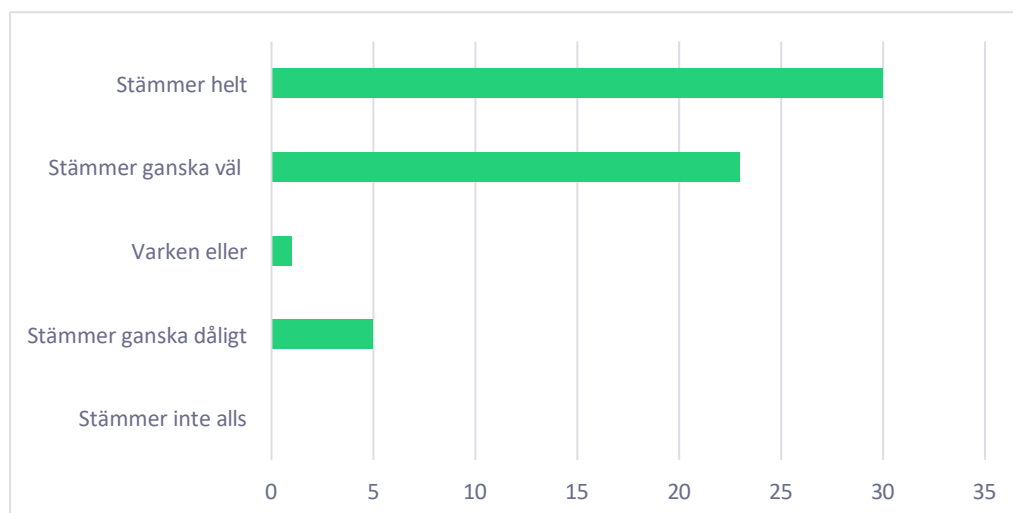
Vidare har vi tagit del av underlag från en utbildning i rekrytering/rekryteringsprocessen som HR håller i riktat till chefer. Av underlaget framgår de åtta delarna av rekryteringsprocessen, vad som ska genomföras under respektive steg och hur det ska ske.

I intervju framkom att cheferna ska gå utbildningen under sitt första år. Obligatoriska utbildningsveckor finns för nya chefer men inte för övriga chefer. Det uppges ha varit en utmaning att få chefer att anmäla sig till utbildningen i rekrytering och flera utbildningstillfällen har ställts in på grund av lågt deltagande.

### 7.2.1 Resultat av enkätundersökning

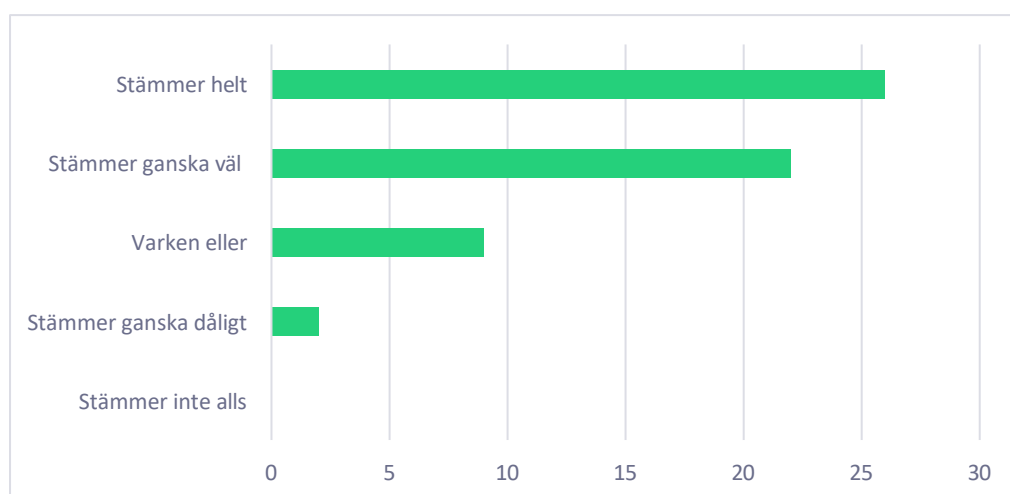
Enkätundersökningen har skickats till 121 chefer och besvarats av 59 chefer (49 procent).

Av resultatet framgår att majoriteten av chefer upplever att det är tydligt vilket ansvar och vilka befogenheter de har i rekryteringsprocessen.



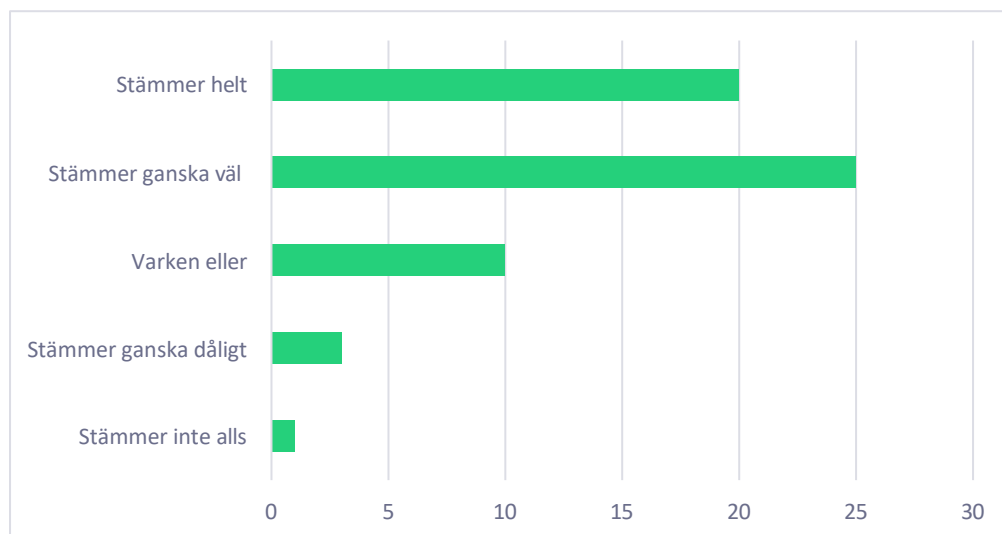
Tabell 1: Resultat på "det är tydligt vilket ansvar och vilka befogenheter jag har i rekryteringsprocessen".

Majoriteten av chefer upplever även att det finns tydliga rutiner till stöd i rekryteringsprocessen.



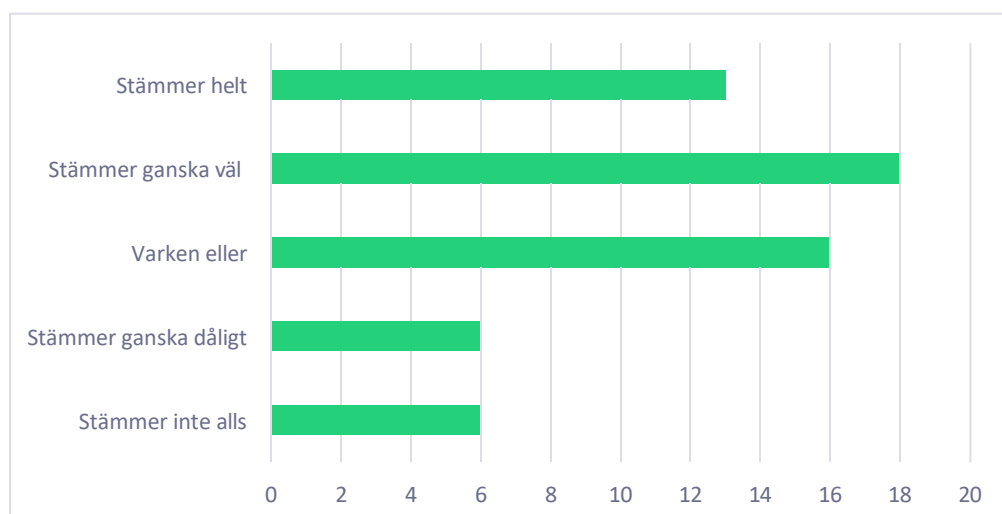
Tabell 2: Resultat på "det finns tydliga rutiner till stöd i rekryteringsprocessen".

Vidare upplever en stor del av cheferna att det finns ett IT-system som ger ett bra stöd i rekryteringsprocessen.



Tabell 3: Resultat på "det finns ett IT-system som ger ett bra stöd i rekryteringsprocessen".

Vad gäller frågan om chefer på ett enkelt sätt kan få de uppgifter de behöver i rekryteringsprocessen avseende LAS-förturer etc visar resultatet större variation i svaren. Flera chefer har svarat att de kan få dessa uppgifter på ett enkelt sätt medan andra har svarat att de inte kan få det. Flera chefer har även svarat "varken eller".



Tabell 4: Resultat på "jag kan på ett enkelt sätt få de uppgifter jag behöver i rekryteringsprocessen avseende LAS-förturer etc".

### 7.2.2 Bedömning

Vår bedömning är att ansvariga chefer i allt väsentligt får tillräckligt med stöd från HR i rekryteringsfrågor.

Vår bedömning utgår från de svar vi erhållit i enkätundersökningen där majoriteten av cheferna gav ett positivt svar (stämmer helt eller stämmer ganska väl) på frågorna. Vi får dock ta i beaktande att svarsfrekvensen endast var 49 % vilket påverkar enkätundersökningen och den bedömning vi kan göra utifrån den.

Vi anser dock att utbildningen i rekrytering/rekryteringsprocessen bör ingå i den obligatoriska utbildningen för chefer.

### 7.3 KONVERTERING OCH FÖRETRÄDESRÄTT

Vi har tagit del av rutin för konverteringsrapporter. Enligt denna ska konverteringsrapport för varje förvaltning tas ut varje månad av HR från systemet WinLas<sup>8</sup>.

I rapporten markeras de intermittent anställda med rött (arbetstagaren är konverterad eller har ett konverteringsdatum) eller gult (arbetstagaren är veckor/månad från att konverteras). I rapporten lämnar HR-generalist en kommentar på alla som är markerade med rött eller gult avseende hur långt de har kvar till konvertering eller vad nästa steg är om konvertering redan är uppnått.

Enligt rutinen ska konverteringsrapporten skickas till aktuell verksamhetschef (alternativt förvaltningschef), HR-partner och löneenheten.

Anställande chef kontaktas direkt om de har arbetstagare som är mycket nära konvertering eller har blivit konverterad. HR uppmanar chef att kontakta arbetstagaren för att upprätta ett nytt anställningsavtal. Alternativt ber chef arbetstagaren att skriva under ett dokument om att skjuta upp konverteringen i sex månader.

HR-generalist kontaktar det verksamhetsområde denne är kontaktperson mot. HR-generalisten besöker ledningsgruppen för att se över konverteringsrapporten. Månaden efter ser HR-generalist över den nya rapporten och undersöker om cheferna har tagit kontakt med arbetstagaren för att skriva nytt anställningsavtal eller skjuta upp konverteringen.

Enligt intervjuade fungerar rutinen för konverteringar bra. Det finns inget sätt att checka av i systemet att konverteringar har setts över men eftersom HR måste godkänna annonserna uppges att detta fångas upp ändå.

Dock framkom i intervju att rutinen för företrädesrätt i dagsläget inte fungerar väl. Ett system för att förbättra detta (WinLas) är under införande. Tanken uppges vara att det ska finnas ett system där chefer och anställda själva ska kunna se företrädesrätt och konverteringar. Piloter för systemet har genomförts och dialoger med facken uppges ha hållits. Enligt uppgift pågår arbete med att ta fram utbildningsmaterial kring detta.

#### 7.3.1 Bedömning

---

Vår bedömning är att det endast delvis finns rutiner för att bevaka tidpunkter för LAS och konvertering enligt allmänna bestämmelser.

---

Vi noterar att det finns rutiner och arbetssätt för konvertering som uppges vara väl fungerande.

Däremot noterar vi att rutinen för företrädesrätt inte fungerar lika bra. Vi ser exempelvis att chefer i dagsläget inte direkt kan se vilka som har företrädesrätt.

---

<sup>8</sup> Ett system kommunen använder för att övervaka anställningstid, företrädesrätt och konverteringar

Vi noterar dock att arbete pågår med att implementera ett system för detta. Vi ser positivt på detta och vill betona vikten av att arbetet fullföljs enligt plan.

Vidare bedömer vi att det i systemet bör finnas en kontroll för att säkerställa att konvertering och företrädesrätt har setts över.

## 7.4 UPPFÖLJNING

### 7.4.1 Efterlevnad av riktlinjer

I intervju framkom att det inte genomförs någon systematisk uppföljning av att gällande riktlinjer efterlevs, varken av kommunstyrelsen eller HR. Eftersom HR deltar vid chefsrekryteringen uppges att sådana är mer kontrollerade utifrån riktlinjer.

Enligt uppgift genomför även HR vissa kontroller av nya anställningar eller förlängningar av visstidsanställningar. Detta genom att kontrollera om anställningen är godkänd i systemet och i linje med den införda farfarsprincipen. Om anställningen inte är godkänd i systemet så meddelas förvaltningschef att detta behöver kontrolleras. När detta har skett uppges att det främst handlar om intern förflyttning eller förlängning av visstidsanställning.

#### 7.4.1.1.1 Resultat av stickprov

Stickprov har genomförts på totalt 10 anställningar som genomförts under år 2025. Nedan redovisas respektive del av rekryteringsprocessen som har granskats inom ramen för stickprovet.

##### Kravprofil

I stickprovsundersökningen framkom att kravprofil har upprättats för samtliga anställningar och att dessa omfattar skullkrav, vad som är meriterande samt personliga egenskaper. I några av dessa var det dock något otydligt vad som var krav respektive meriterande.

##### Annons

Annonser har i huvudsak upprättats utifrån kravprofilerna. I vissa fall stämde annonsen helt överens med kravprofilen. I några fall var kravprofilen något mer utförlig än annonsen och i några fall det motsatta.

##### Bedömning

I flera stickprov framkom att kandidaterna har värderats på en femgradig skala. I ett fall framkom dock värdering endast för den kandidat som erbjöds tjänsten.

I flera fall framkom även att CV för kandidaten som erbjöds tjänsten stämde väl överens med annons och kravprofil. I några fall fanns vissa otydligheter och avvikelser i CV i förhållande till annons och kravprofil.

I ett av stickproven gick det inte att följa upp vem som anställdes. Enligt uppgift kan detta förklaras av att den som anställdes redan arbetade i organisationen. I ett annat stickprov framkom att kandidat erbjudits tjänsten samtidigt som den var refuserad. Enligt uppgift kan detta förklaras av ett systemfel då det kunde bekräftas att kandidaten fått en anställning.

##### Referenser

För nio av stickproven hade inga referenstagningar dokumenterats. I ett stickprov framkom att referenstagning hade skett för en kandidat, dock inte kandidaten som fick tjänsten.

## Återkoppling till sökande

I undersökningen framkom att för fem av stickproven hade samtliga kandidater fått återkoppling. För tre stickprov framkom att en eller några kandidater hade fått återkoppling men inte alla. För två stickprov framkom att kandidaterna inte hade fått återkoppling.

## 7.4.2 Uppföljning av antal anställda

Av kommunens delårsrapport per 2024-08-31<sup>9</sup> framgår antal årsarbetare (månadsavlönade<sup>10</sup>) och antal anställda (tillsvidareanställda) under respektive nämnd. Statistiken avser antal årsarbetare utifrån faktiskt sysselsättningsgrad. Även av årsredovisning 2024<sup>11</sup> framgår antal årsarbetare och antal anställda i respektive förvaltning. Detsamma framgår av kommunens fyramånadersrapport per 2025-04-30<sup>12</sup>. Enligt uppgift omfattas tidsbegränsat anställda av statistiken men inte intermitterande anställda (timvikarier).

I rapporterna görs en enklare analys av ökning/minskning per nämnd/förvaltning.

Antal årsarbetare	Månads- avlönade 2024	Varav kvinnor (%)	Månads- avlönade 2023	Varav kvinnor (%)	Månads- avlönade 2022	Varav kvinnor (%)	Månads- avlönade 2021	Varav kvinnor (%)
Arbetslivs- förvaltningen	143	59	240	55	255	54	296	55
Kommunstyrelse- förvaltningen	156	65	159	67	161	68	154	63
Samhälls- förvaltningen	148	57	139	60	135	63	132	62
Skol-förvaltningen	830	75	852	75	840	74	866	75
Social- förvaltningen	998	69	1041	70	954	72	882	74
<b>Kommunen totalt</b>	<b>2284</b>	<b>70</b>	<b>2431</b>	<b>65</b>	<b>2344</b>	<b>70</b>	<b>2 329</b>	<b>71</b>

Tabell 5: Antal årsarbetare enligt kommunens årsredovisning 2024

Antal anställda	Tillsvidare- anställda 2024	Varav kvinnor	Tillsvidare- anställda 2023	Tillsvidare- anställda 2022	Tillsvidare- anställda 2021
Arbetslivsförvaltningen	95	65	91	89	88
Kommunstyrelseförvaltningen	151	98	150	144	140
Samhällsförvaltningen	137	81	128	130	129
Skolförvaltningen	790	598	788	782	729
Socialförvaltningen	959	684	965	917	800
<b>Kommunen totalt</b>	<b>2132</b>	<b>1526</b>	<b>2122</b>	<b>2062</b>	<b>1886</b>

Tabell 6: Antal anställda enligt kommunens årsredovisning 2024

Av kommunstyrelsens och nämndernas delårsrapporter per 2024-08-31<sup>13</sup> framgår personalkostnader för respektive verksamhetsområde samt antal årsarbetare per verksamhetsområde (faktiskt sysselsättningsgrad omräknad till heltider) med tillhörande analyser.

<sup>9</sup> KF 2024-10-21 § 123

<sup>10</sup> I månadsavlönade ingår både tillsvidareanställda och tidsbegränsat anställda med månadslön

<sup>11</sup> KF 2025-04-28 § 39

<sup>12</sup> KF 2025-06-16 § 94

<sup>13</sup> KS 2024-10-01 § 138, ARN 2024-09-24 § 68, SAM 2024-09-26 § 122, SKN 2024-09-26 § 84 och SN 2024-09-26 § 90

Detta följs även upp i kommunstyrelsens och nämndernas, med undantag för samhällsnämndens, verksamhetsberättelser för år 2024<sup>14</sup>. Denna uppföljning framgår även av kommunstyrelsen och samtliga nämnders fyramånadersrapporter för år 2025<sup>15</sup>.

Enligt uppgift har det inte identifierats något behov för kommunstyrelsen eller nämnderna att följa upp antalet anställda i större utsträckning än vad som framgår av delårsrapporter och årsredovisning.

#### 7.4.3 Bedömning

---

Vår bedömning är att kommunstyrelsen inte följer upp att riktlinjerna efterlevs.

---

Vi noterar att det inte sker någon systematisk uppföljning av att riktlinjer efterlevs, varken av kommunstyrelsen eller på förvaltningsnivå. Vi anser att någon form av uppföljning och kontroller av detta bör genomföras, exempelvis genom intern kontroll.

Vidare noterar vi utifrån stickprovsundersökningen att rekrytering till stor del sker i enlighet med riktlinjer för rekryteringsprocessen. Vad gäller stegen i rekryteringsprocessen som enligt krav ska genomföras noterar vi att kravprofil och annons i huvudsak upprättas på ett korrekt sätt. Vi har dock noterat att CV för den person som erbjuds tjänsten inte alltid stämmer överens fullt ut med kravprofilen. Vi anser att när så sker bör en notering göras i systemet med en förklaring till varför personen har anställts.

Däremot ser vi att återkoppling till sökande inte alltid genomförs. Såsom vi beskrivit i avsnitt 7.1 ser vi inte heller att kandidatupplevelsen följs upp. Vi anser att kontroller bör genomföras på ett mer systematiskt sätt för att säkerställa återkoppling ges. Därefter bör fortsatt arbete ske för att hitta metoder att följa upp och utvärdera kandidatupplevelsen.

Vi noterar även att det inte alltid framgår av dokumentation om referenser har tagits.

---

Vår bedömning är att kommunstyrelsen och nämnder endast delvis följer upp antalet anställda/årsarbetare.

---

Vi noterar att antal årsarbetare och antal anställda följs upp i delårsrapport och årsredovisning för kommunen. Kommunstyrelsen följer även upp detta i sin delårsrapport och verksamhetsberättelse. Däremot omfattas inte intermitterant anställda av uppföljningen vilket vi anser bör åtgärdas. Vi anser att det är väsentligt att följa upp hur många arbetade timmar, omräknat till årsarbetare, som utförs av intermitterant anställda (timvikarier) för att få en samlad bild av arbetad tid i kommunen samt hur tiden fördelar sig mellan anställda med olika anställningsformer.

<sup>14</sup> KS 2025-03-04 § 28, ARN 2025-02-26 § 12, SAM 2025-01-30 § 10, SKN 2025-02-06 § 3 och SN 2025-02-11 § 5

<sup>15</sup> KS 2025-05-27 § 104, SAM 2025-05-28 § 83, SKN 2025-06-04 § 56 och SN 2025-06-05 § 56

## 8 SAMLAD BEDÖMNING OCH REKOMMENDATIONER

---

Syftet med granskningen har varit att bedöma om kommunstyrelsen har en tillfredsställande styrning och uppföljning av rekryteringsprocessen.

**Vår samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att kommunstyrelsen endast delvis har en tillfredsställande styrning och uppföljning av rekryteringsprocessen.**

Vi noterar att det finns styrdokument för rekrytering och att dessa i huvudsak omfattar alla delar av rekryteringsprocessen. Vi ser även att ansvar för rekrytering och lönesättning delvis finns beskriven. Vi bedömer dock att det bör regleras på ett tydligare sätt i delegationsordning.

Vidare bedömer vi att chefer till stor del får tillräckligt med stöd i rekryteringsfrågor.

Vi bedömer även att det delvis finns rutiner för att bevaka tidpunkter för LAS och konvertering. Vi ser att rutiner och arbetssätt för konvertering fungerar bra men att det finns vissa brister i rutinerna för företrädesrätt vilket bör åtgärdas.

Vad gäller uppföljning av efterlevnad av riktlinjer bedömer vi att det inte sker på ett systematiskt sätt. Vi anser att det bör säkerställas att sådan uppföljning och kontroller genomförs. Vi bedömer även att antalet anställda och årsarbetare endast delvis följs upp i tillräcklig utsträckning.

Se inledning samt respektive rapportkapitel för en mer detaljerad beskrivning.

Utifrån resultatet av vår granskning rekommenderar vi kommunstyrelsen att:

- Det i rutinerna för rekrytering framgår att intervjuer och referenstagning ska dokumenteras samt hur denna dokumentation ska sparas, se avsnitt 7.1
- I delegationsordning tydliggöra ansvar för rekrytering utöver anställning av kommundirektör samt ansvar för lönesättning, se avsnitt 7.1
- Säkerställa att det finns en systematisk kontroll av tillfällen för konvertering och företrädesrätt, se avsnitt 7.3
- Säkerställa att uppföljning och kontroll av efterlevnad av riktlinjer för rekrytering sker, se avsnitt 7.4
- Tillse att det görs en notering i rekryteringssystemet i de fall en sökande inte fullt ut uppfyller kravprofilen ändå erbjuds tjänsten. Noteringen bör beskriva orsakerna till att anställningen gjorts trots avvikelserna mot kravprofilen, se avsnitt 7.4
- Tillse att det finns kontroller för att säkerställa att kandidater får återkoppling, se avsnitt 7.4
- Arbeta för att ta fram rutiner för uppföljning av kandidatupplevelsen, se avsnitt 7.1 och 7.4

Utifrån våra iakttagelser och bedömningar rekommenderar vi kommunstyrelsen och nämnderna att:

- I uppföljning av arbetade timmar omräknat till årsarbetare även inkludera intermitterande anställda (timvikarier), se avsnitt 7.4

Datum som ovan

Azets Revision & Rådgivning AB

Karin Helin Lindkvist

*Certifierad kommunal yrkesrevisor*

Kristin Larsson

*Verksamhetsrevisor*

Lena Medin

*Certifierad kommunal yrkesrevisor*

## STICKPROVSUNDERSÖKNING

## Stickprov 1

Kravprofil	Ja. Den innehåller skallkrav, meriter och personliga egenskaper.
Annons, kopplat till kravprofil	Ja. Den stämmer överens med kravprofilen.
Bedömning	Kandidaterna har värderats på en skala (1 – 5). Kandidaten som fick tjänsten värderades med en 4.  CV stämmer väl överens med krav.
Referenser	Referenser togs inte på den som fick tjänsten. Personen var dock känd i organisationen sedan tidigare. Referenser togs på en annan kandidat.
Återkoppling till sökanden	Ja.

## Stickprov 2

Kravprofil	Ja. Det var dock något otydligt vad som var krav respektive meriterande.
Annons, kopplat till kravprofil	Delvis. En del av kravprofilen saknas i annonsen.
Bedömning	Skalan är ifylld. CV stämmer överens med krav.
Referenser	0 referenstagningar.
Återkoppling till sökanden	Ja.

## Stickprov 3

Kravprofil	Ja. Det var dock något otydligt vad som var krav respektive meriterande.
Annons, kopplat till kravprofil	Delvis. En del av kravprofilen saknas i annonsen.
Bedömning	Rekryterande chef har bara fyllt i skalan för personen som fick jobbet och inte övriga kandidater.  Vissa otydligheter i CV gällande utbildning. Om vår tolkning av detta stämmer och det har bekräftats av rekryterande chef så uppfylls kravet.
Referenser	0 referenstagningar.
Återkoppling till sökanden	Ja.

## Stickprov 4

Kravprofil	Ja
Annons, kopplat till kravprofil	Ja. Det står lite mer i annonsen än i kravprofilen. Det som finns i kravprofilen finns dock även i annonsen.
Bedömning	Skalan är ifylld. Erfarenhet i CV stämmer med krav. Dock saknas eftergymnasial utbildning. Eftergymnasial utbildning eller annan likvärdig arbetslivserfarenhet var ett skullkrav.
Referenser	0 referenstagningar.
Återkoppling till sökanden	Det ser lite avvikande ut för en kandidat. Det kan förklaras av ett systemfel. Vissa kandidater har fått återkoppling och vissa inte.

## Stickprov 5

Kravprofil	Ja.
Annons, kopplat till kravprofil	Ja.
Bedömning	Det gick inte att följa upp vem som blivit anställd. Det kan vara så att de anställde en person som redan fanns i organisationen.
Referenser	0 referenstagningar.
Återkoppling till sökanden	Nej.

## Stickprov 6

Kravprofil	Ja.
Annons, kopplat till kravprofil	Delvis. Annonsen var något mer utförlig än kravprofilen med ett exempel på relevant högskoleutbildning. Vissa delar i annonsen finns inte i kravprofilen och vice versa. Andemeningen i kravprofilen finns generellt i annonsen men på ett omformulerat sätt.
Bedömning	Skalan är ifylld. CV stämmer överens med krav.
Referenser	0 referenstagningar
Återkoppling till sökanden	Ja.

## Stickprov 7

Kravprofil	Ja. Det var dock något otydligt vad som var krav respektive meriterande.
Annons, kopplat till kravprofil	Delvis/i allt väsentligt. En del i kravprofilen finns inte med i annonsen. Annars stämmer de bra överens.
Bedömning	Skalan är ifylld. Möjligt att värderingen var något hög. Dock var värderingen rimlig i förhållande till övriga kandidater.  CV stämmer bra överens med kraven på utbildning. Dock saknas viss arbetslivserfarenhet. Efterfrågad arbetslivserfarenhet var dock inget krav utan enbart meriterande.
Referenser	0 referenstagningar.
Återkoppling till sökanden	Ja.

## Stickprov 8

Kravprofil	Ja. Det var dock något otydligt vad som var krav respektive meriterande. Kravprofilen var svår att följa vad gäller vilka krav som ställs.
Annons, kopplat till kravprofil	Delvis. Annonsen var något otydlig i förhållande till vissa delar av kravprofilen. Det står mer i kravprofilen än i annonsen. Annonsen var även svår att följa.
Bedömning	Kandidaten är markerad med både jobberbjudande och refuserad. Det framgår dock inte att refuseringsmejl har skickats så detta förklaras nog av ett fel i systemet. I ett annat system finns bekräftelse att personen har fått en anställning.  CV stämmer överens med krav.
Referenser	0 referenstagningar.
Återkoppling till sökanden	En kandidat har fått återkoppling. Det står inte att den andra kandidaten har fått det. Dock står hen som intressant för andra uppdrag. Detta kan tolkas som att intervju har genomförts.

## Stickprov 9

Kravprofil	Ja.
Annons, kopplat till kravprofil	Delvis/i allt väsentligt. En av det som var meriterande i kravprofilen finns inte i annonsen. Annars stämmer annonsen bra överens med kravprofilen.
Bedömning	CV uppfyller inte kraven gällande utbildning eller annan erfarenhet. Tjänsten avsåg dock enbart ett vikariat på två månader.
Referenser	0 referenstagningar.
Återkoppling till sökanden	Nej.

## Stickprov 10

Kravprofil	Ja.
Annons, kopplat till kravprofil	Delvis/i allt väsentligt. Personliga egenskaper i annonsen stämmer inte helt med kravprofilen.
Bedömning	CV stämmer överens med krav. Det saknas lite arbetslivsfarenhet. Personen var nyutbildad.
Referenser	0 referenstagningar.
Återkoppling till sökanden	Det var endast en sökande.

# PENNEO

Signaturerna i detta dokument är juridiskt bindande. Dokumentet är signerat genom Penneo™ för säker digital signering. Tecknarnas identitet har lagrats, och visas nedan.

"Med min signatur bekräftar jag innehållet och alla datum i detta dokumentet."

## KRISTIN LARSSON

Undertecknare 1

Serienummer: 367871c26da0ea[...]718b0101e34bb

IP: 90.143.xxx.xxx

2025-10-21 13:59:46 UTC



## LENA MEDIN

Undertecknare 1

Serienummer: fdca59a9db67cf[...]85981c060041a

IP: 213.67.xxx.xxx

2025-10-21 17:39:01 UTC



## KARIN HELIN LINDQVIST

Undertecknare 1

Serienummer: d7234ca0da457f[...]7fc4307e9dab9

IP: 81.233.xxx.xxx

2025-10-23 10:50:06 UTC



## LILLEMOR ANDERSSON

Undertecknare 2

Serienummer: 3cc6d575497e62[...]328db561f9d78

IP: 78.77.xxx.xxx

2025-10-23 11:50:21 UTC



## Karin Maria Öberg

Undertecknare 2

Serienummer: 4706b11107cc72[...]29245d00a2a3f

IP: 194.68.xxx.xxx

2025-10-26 19:29:52 UTC



Detta dokument är undertecknat digitalt via [Penneo.com](https://penneo.com). De signerade uppgifternas integritet är validerad med hjälp av ett beräknat hashvärde för originaldokumentet. Alla kryptografiska bevis är inbäddade i denna PDF, vilket säkerställer både autenticitet och möjlighet till framtida validering.

Detta dokument är försett med ett kvalificerat elektroniskt sigill. För mer information om Penneos kvalificerade betrodda tjänster, se <https://euti.penneo.com>.

### Så här verifierar du dokumentets äkthet:

När du öppnar dokumentet i Adobe Reader kan du se att det är certifierat av **Penneo A/S**. Detta bekräftar att dokumentets innehåll förblir oförändrat sedan tidpunkten för undertecknandet. Bevis för de enskilda undertecknarnas digitala signaturer bifogas dokumentet.

De kryptografiska bevisen kan kontrolleras med hjälp av Penneos validator, <https://penneo.com/validator>, eller andra valideringsverktyg för digitala signaturer.

**Från:** Kristin Larsson <kristin.larsson@azets.com>  
**Skickat:** den 12 mars 2026 15:57  
**Till:** centraldiariet@harnosand.se  
**Kopia:** revisionen@harnosand.se  
**Ämne:** VB: Granskning av rekryteringsprocessen  
**Bifogade filer:** Granskning\_av\_rekryteringsprocessen.pdf

**Extern avsändare:** Var försiktig med länkar och bilagor.

Hej!

Vi har inte fått svar från samhällsnämnden, skolnämnden eller socialnämnden på bifogad granskning och jag skickar här rapporten på nytt. Jag ser att det i missivet står att vi önskar att endast kommunstyrelsen lämnar synpunkter på de slutsatser som finns redovisade i rapporten men då en rekommendation även riktas till nämnderna önskar vi att även de lämnar synpunkter.

Med vänlig hälsning

**Kristin Larsson**  
Verksamhetsrevisor

Mobil/Direkt +46 72 146 12 56



**Azets Revision & Rådgivning AB**  
Nya Hamngatan 12, 852 29 Sundsvall  
azets.com/sv-se

Växel + 46 10 457 50 00

We are an accounting, tax, audit, advisory and business services group that delivers a personal experience both digitally and at your door.

Accounting | Advisory | Audit | Payroll | Tax | Technology

This communication is intended for the person(s) named above only. It contains information that is confidential and legally privileged. If received in error, please delete this e-mail and notify the sender.

---

**Från:** Lena Medin <[lana.medin@azets.com](mailto:lana.medin@azets.com)>  
**Skickat:** den 29 oktober 2025 13:47  
**Till:** [centraldiariet@harnosand.se](mailto:centraldiariet@harnosand.se)  
**Kopia:** Kristin Larsson <[kristin.larsson@azets.com](mailto:kristin.larsson@azets.com)>; Maria Öberg <[maria.oberg@harnosand.se](mailto:maria.oberg@harnosand.se)>; Lillemor Andersson <[lillemor.andersson@harnosand.se](mailto:lillemor.andersson@harnosand.se)>; Samuel Möller (<[samuel.moller@harnosand.se](mailto:samuel.moller@harnosand.se)>)

<[samuel.moller@harnosand.se](mailto:samuel.moller@harnosand.se)>; Sam Möller - Härnösands kommun ([samuel.moeller@telia.com](mailto:samuel.moeller@telia.com))  
<[samuel.moeller@telia.com](mailto:samuel.moeller@telia.com)>; [revisionen@harnosand.se](mailto:revisionen@harnosand.se)

**Ämne:** Granskning av rekryteringsprocessen

Hej!

Översänder bifogad rapport på uppdrag av revisorerna.

Med vänlig hälsning

**Lena Medin**

Certifierad kommunal yrkesrevisor/Senior Manager

Mobil/Direkt +46 70 560 00 43



**Azets Revision & Rådgivning AB**

Nya Hamngatan 12, 851 06 Sundsvall

[azets.com/sv-se](http://azets.com/sv-se)

Växel + 46 10 457 50 00

We are an accounting, tax, audit, advisory and business services group that delivers a personal experience both digitally and at your door.

Accounting | Advisory | Audit | Payroll | Tax | Technology

This communication is intended for the person(s) named above only. It contains information that is confidential and legally privileged. If received in error, please delete this e-mail and notify the sender.



**Socialförvaltningen**  
Kalle Engfors  
kalle.engfors@harnosand.se

Socialnämnden

## **Riktlinje - Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete**

### **Förslag till beslut**

Socialnämnden föreslår Socialnämnden besluta

**att** anta riktlinje för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

### **Beskrivning av ärendet**

Socialförvaltningen har reviderat riktlinjen för Socialnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Riktlinjen beskriver hur nämnden säkerställer kvalitet, säkerhet och rättssäkerhet inom socialtjänst, LSS och den kommunala hälso- och sjukvården enligt SOSFS 2011:9. Dokumentet tydliggör ansvar, processer och arbetsätt för planering, genomförande, uppföljning och förbättring av verksamheten.

### **Bedömning**

Den uppdaterade versionen gör dokumentet mer tillgängligt, aktuellt och anpassat till nuvarande organisation, vilket underlättar implementering och stödjer ett långsiktigt kvalitetsarbete.

Inga nackdelar bedöms föreligga. Däremot kan revideringar tillkomma för att ytterligare stärka det systematiska kvalitetsarbetet.

Ingrid Nilsson  
Förvaltningschef

Kalle Engfors  
Verksamhetscontroller

### **Bilagor**

Riktlinje - Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, 2026-03-11.

# Riktlinje för Socialnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Dokumentnamn	Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	Dokumenttyp Riktlinje		
Fastställd/upprättad av	Socialnämnden	Datum 2026-03-26	Diarienummer SOC 2026-	
Dokumentansvarig/processägare	Socialförvaltningen	Version 1.1	Senast reviderad 2026-03-11	Giltig t o m 2029-11-17
Dokumentinformation	Riktlinje för Socialnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete			
Dokumentet gäller för	Socialförvaltningen			
Annan information	Beslutad av Socialnämnden 2026-03-26 § 40			



## Innehåll

<b>1</b>	<b>Inledning</b> .....	<b>3</b>
1.1	Syfte .....	3
1.2	Vad menas med god kvalitet? .....	4
1.3	Övergripande uppdrag .....	4
<b>2</b>	<b>Socialförvaltningens verksamhetsområden och organisation</b> .....	<b>5</b>
2.1	Vision och principer .....	5
<b>3</b>	<b>Lagar och föreskrifter</b> .....	<b>6</b>
<b>4</b>	<b>Samverkan</b> .....	<b>6</b>
<b>5</b>	<b>Systematiskt förbättringsarbete</b> .....	<b>7</b>
5.1	PGSA-modellen .....	7
5.2	Planera – identifierade behov och risker .....	8
5.2.1	Risikanalys .....	8
5.2.2	Brukar- och medborgardialog .....	8
5.2.3	Planering av mål, åtgärder och ansvar .....	9
5.3	Göra – genomföra beslutade åtgärder .....	9
5.3.1	Processer och rutiner .....	9
5.3.2	Genomförande av åtgärder .....	9
5.3.3	Kommunikation och förankring .....	9
5.3.4	Kompetens och stöd .....	10
5.3.5	Dokumentation och spårbarhet .....	10
5.4	Studera – följa upp och analysera resultat .....	10
5.4.1	Egenkontroll .....	10
5.4.2	Avvikelse, synpunkter och klagomål .....	10
5.4.3	Brukarenkäter och brukarna uppföljningar .....	11
5.4.4	Nyckeltal och indikatorer .....	11
5.4.5	Lex Sarah och Lex Maria .....	11
5.4.6	Uppföljning och utvärdering? .....	11
5.5	Agera – besluta och justera .....	12
5.5.1	Implementering av permanenta åtgärder .....	12
5.5.2	Justeringar och korrigeringar .....	12
5.5.3	Återkoppling och lärande .....	12
5.5.4	Förberedelse för nästa cykel .....	12
<b>6</b>	<b>Roller och ansvar</b> .....	<b>12</b>
6.1	Förvaltningschef .....	13
6.2	Verksamhetschef .....	13
6.3	Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) .....	13
6.4	Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) .....	13
6.5	Enhetschef .....	13
6.6	Verksamhetsutvecklare .....	13
6.7	Verksamhetsstrateg .....	14
6.8	Verksamhetscont roller .....	14
<b>7</b>	<b>Dokumentation av kvalitetsarbetet</b> .....	<b>14</b>
7.1	Kvalitetsberättelse .....	14
7.2	Patientsäkerhetsberättelse .....	14
<b>8</b>	<b>Versionshistorik</b> .....	<b>16</b>

## 1 Inledning

Socialnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete beskriver hur nämnden säkerställer att socialtjänst, hälso- och sjukvård inom nämndens ansvarsområde och verksamhet enligt LSS bedrivs med god kvalitet.

Ledningssystemet omfattar all verksamhet som bedrivs enligt socialtjänstlagen (SoL), lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) samt kommunal hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Detta innebär att samtliga delar av verksamheten som faller inom nämndens ansvar styrs, följs upp och utvecklas i enlighet med SOSFS 2011:9.

Ledningssystemet är ett gemensamt stöd för nämnd, chefer och medarbetare, och utgör grunden för hur verksamheten ska planeras, ledas, kontrolleras, följas upp, utvärderas och förbättras i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9).

Ledningssystemet finns ytterst till för brukare, patienter och invånare som tar del av nämndens insatser. Det ska bidra till att deras behov, rättigheter och säkerhet tillgodoses på ett likvärdigt och rättssäkert sätt samt förebygga risker för missförhållanden och vårdskador. Ett personcentrerat förhållningssätt ska genomsyra all verksamhet – bakom varje insats, beslut och rutin finns en unik individ.

Det är socialnämnden som ansvarar för att det finns ett ledningssystem, medan socialförvaltningen har i uppdrag att tillämpa det i det dagliga arbetet och att genomföra nämndens beslut. Ledningssystemet är en integrerad del av förvaltningens styrning och följer chefslinjen, där varje medarbetare – oavsett roll – har ansvar för kvaliteten i sitt arbete.

Arbetet inom ledningssystemet och det systematiska kvalitetsarbetet utvecklas kontinuerligt. Detta dokument beskriver nämndens krav och övergripande principer för att säkerställa en trygg, säker och rättssäker verksamhet som uppfyller lagstiftningens krav och nämndens mål. Detaljerade arbetssätt och rutiner fastställs av förvaltningen.

### 1.1 Syfte

Ledningssystemet är det samlade system som nämnden fastställer för att säkerställa att verksamheten uppfyller lagstadgade krav och mål enligt SOSFS 2011:9. Förvaltningen ansvarar för att tillämpa och utveckla systemet genom tydliga ansvar, roller, processer och rutiner.

Syftet med ledningssystemet är att:

- Säkerställa ett sammanhållet, systematiskt och långsiktigt kvalitetsarbete,
- Bidra till att insatserna håller god och likvärdig kvalitet för dem verksamheten är till för,
- Skapa struktur, enhetlighet och tydlighet kring processer, ansvar, styrdokument och rutiner,
- Ge ett gemensamt stöd för kontinuerligt lärande, uppföljning och förbättringsarbete.

## 1.2 Vad menas med god kvalitet?

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9) uppnås god kvalitet när verksamheten uppfyller de krav och mål som gäller enligt lagar och andra föreskrifter inom socialtjänst, hälso- och sjukvård samt LSS. Denna definition av god kvalitet framgår av 2 kap. 1 § i föreskriften.

En verksamhet med god kvalitet:

- utgår från den enskildes behov och bidrar till att syftet med insatsen uppnås,
- präglas av respekt för självbestämmande, integritet och rättssäkerhet,
- är tillgänglig, samordnad, jämlik och bygger på helhetssyn och kontinuitet,
- genomförs av personal med rätt kompetens och i tillräcklig bemanning,
- är kunskapsbaserad, effektiv och följs upp systematiskt,
- erbjuder ett tryggt och säkert genomförande med hög brukar- och patientsäkerhet.

Kvalitet innebär att göra rätt saker, på rätt sätt och med tilldelade resurser för att uppnå avsett resultat. Genom vårt ledningssystem skapar vi de gemensamma arbetssätt, strukturer och rutiner som krävs för att nå dit tillsammans.

## 1.3 Övergripande uppdrag

Enligt kommunallagen (6 kap. 6 §) ska nämnden inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som kommunfullmäktige har beslutat samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. Nämnden ska även säkerställa att internkontrollen är tillräcklig och att verksamheten i övrigt bedrivs på ett tillfredsställande sätt. Detta gäller också när vården av en kommunal angelägenhet har överlämnats till annan huvudman enligt 10 kap. 1 § KL.

Socialnämndens ansvar framgår av Härnösands kommuns reglemente och omfattar bland annat individ- och familjeomsorg, omsorg om personer med funktionsnedsättning, äldreomsorg, hemtjänst, kommunal hälso- och sjukvård samt övriga uppgifter enligt socialtjänstlagen, LSS och hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Utöver de uppdrag som anges i reglementet fastställer socialnämnden egna mål som utgår från kommunfullmäktiges målprogram och årsplan. Kommunens övergripande mål återfinns i målprogrammet, medan socialnämndens verksamhetsmål återfinns i nämndens årsplan.

För att följa upp måloppfyllelsen använder nämnden indikatorer och nyckelaktiviteter. Uppföljningen av nyckelaktiviteterna utgår från vad som faktiskt genomförts i verksamheten, bland annat på enhetsnivå, och ger nämnden en samlad bild av om arbetet utvecklas i önskad riktning.

Kvalitetsarbetet förutsätter dessutom en väl fungerande samverkan både internt inom socialförvaltningen och externt med andra aktörer, eftersom kvalitet och rättssäkerhet ofta påverkas av flera verksamheter tillsammans.

Dessa uppdrag, krav och mål utgör grunden för det kvalitetsarbete som ledningssystemet ska säkerställa. I enlighet med SOSFS 2011:9 ska ledningssystemet användas för att systematiskt utveckla och säkerställa att socialnämndens ansvar enligt lagar, föreskrifter och kommunala beslut uppfylls i praktiken. Detta innebär att nämndens uppdrag omsätts i processer, rutiner, uppföljning och förbättringsarbete i hela verksamheten. Ledningssystemet säkerställer även att ansvar och roller i kvalitetsarbetet är fördelade i organisationen enligt 3 kap. 3 § SOSFS 2011:9.

## **2 Socialförvaltningens verksamhetsområden och organisation.**

Socialförvaltningen styrs av socialnämnden. Socialnämndens uppgift är att erbjuda enskilda individer och familjer stöd i sin livsföring. De ska även verka för en god vård och omsorg för äldre och funktionshindrade samt bedriva verksamhet som ger stöd för den enskilde att leva ett självständigt och aktivt liv i gemenskap med andra.

Socialnämnden fullgör kommunens uppgifter inom socialtjänsten beträffande stöd och service till funktionshindrade, den kommunala hälso- och sjukvården, bistånd, insatser mot missbruk, omsorger om barn och ungdom samt arbetsmarknadsinsatser. Socialförvaltningen är uppdelad på fyra verksamhetsområden.

- Äldreomsorg
- Myndighetsutövning
- Funktionsstöd och sysselsättning
- Stöd och insatser

Utöver ovanstående verksamhetsområden finns även en stabsenhet och en kvalitets- och utvecklingsavdelning med stödfunktioner såsom MAS, MAR, verksamhetsutvecklare, verksamhetsstrateger och verksamhetscontroller.

Socialförvaltningens organisation och chefslinje utgör även grunden för hur uppgifter i kvalitetsarbetet fördelas enligt 3 kap. 3 § SOSFS 2011:9. En mer detaljerad ansvarsfördelning framgår av avsnitt 5 (Roller och ansvar).

### **2.1 Vision och principer**

Socialnämndens vision och principer utgör den gemensamma värdegrund som ska präglade hela Socialförvaltningens arbete. De beskriver den övergripande inriktning som verksamheterna ska sträva mot och ligger till grund för hur insatser planeras, genomförs, följs upp och förbättras.

Visionen och principerna fungerar som ett stöd i det systematiska kvalitetsarbetet genom att tydliggöra vilka värden och förhållningssätt som ska genomsyra processer, rutiner och beslut på alla nivåer. De bidrar därmed till att säkerställa att verksamheten bedrivs med god kvalitet, likvärdighet och respekt för den enskildes behov och rättigheter i enlighet med SOSFS 2011:9.

I de fall Socialnämnden inte har någon uttalad vision eller principer utgör istället nämndens mål den övergripande inriktningen för verksamheten.

### 3 Lagar och föreskrifter

Lagar och föreskrifter utgör grunden för Socialförvaltningens systematiska kvalitetsarbete. Av socialtjänstlagen (SoL) 3 kap. 3 § och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) 6 § framgår att de insatser som ges ska vara av god kvalitet.

Med god kvalitet avses att en verksamhet lever upp till de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter. Den lagstiftning som socialförvaltningens verksamhetsområden utgår från är främst:

- Socialtjänstlagen (SoL)
- Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)
- Hälso- och sjukvårdslagen (HSL)
- Patientsäkerhetslagen (PSL)
- Förvaltningslagen (FL)
- Kommunallagen (KL)

### 4 Samverkan

Samverkan är en grundläggande förutsättning för att säkerställa god kvalitet, hög säkerhet och rättssäkra insatser inom socialtjänst, LSS och hälso- och sjukvård. Enligt SOSFS 2011:9 ska verksamheten identifiera de processer där samverkan är nödvändig och tydliggöra i rutiner och processbeskrivningar hur samverkan ska ske i praktiken.

Samverkan ska omfatta både intern samverkan inom socialförvaltningen och extern samverkan med andra aktörer. Detta inkluderar samarbete mellan verksamhetsområden och enheter inom förvaltningen, samt samverkan med andra kommuner, regionens vårdgivare, privata utförare, myndigheter, ideella organisationer och andra relevanta aktörer.

Syftet med samverkan är att:

- säkerställa sammanhängande och samordnade insatser för den enskilde,
- förebygga risker för missförhållanden och vårdskador,
- motverka brister i informationsöverföring och otydlig ansvarsfördelning,
- stärka kvaliteten genom gemensam analys, kunskapsutbyte och lärande,
- skapa helhet och kontinuitet i vård- och omsorgskedjan.

I ledningssystemets processer och rutiner ska det framgå när och hur samverkan ska ske, vilka aktörer som ska involveras samt hur uppföljning av samverkansinsatser genomförs. När förbättringsområden identifieras i PGSA-modellen ska samverkansbehov bedömas och eventuella åtgärder planeras tillsammans med berörda verksamheter.

En fungerande samverkansstruktur är en förutsättning för att kvalitet, säkerhet och rättssäkerhet ska kunna upprätthållas i alla led av verksamheten.

## 5 Systematiskt förbättringsarbete

För att säkerställa att ledningssystemet är ändamålsenligt uppbyggt för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten krävs ett fortlöpande och systematiskt förbättringsarbete. Det systematiska förbättringsarbetet ska omfatta samtliga delar av verksamheten och utgå från de krav som anges i SOSFS 2011:9. Det systematiska kvalitetsarbetet bygger även på samverkan mellan berörda verksamheter, professioner och externa aktörer, eftersom kvalitet och säkerhet ofta påverkas av flera delar av organisationen.

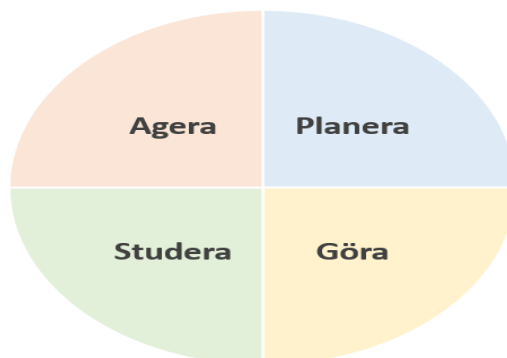
Arbetet ska omfatta riskanalys, egenkontroll, hantering av avvikelser, klagomål och synpunkter, sammanställning och analys av inkomna uppgifter samt vidtagande och uppföljning av förbättringsåtgärder. Syftet är att tidigt identifiera risker och brister, säkerställa att verksamheten bedrivs enligt fastställda processer och rutiner, samt skapa ett strukturerat lärande i organisationen.

Genom att systematiskt sammanställa och analysera resultat från riskanalyser, egenkontroller, avvikelser, klagomål och förbättringsåtgärder får verksamheten ett samlat underlag för att bedöma kvaliteten, upptäcka mönster och trender samt vidta nödvändiga förändringar. Det utgör grunden för ett långsiktigt kvalitetsarbete där processer och rutiner kontinuerligt utvecklas och förstärks.

### 5.1 PGSA-modellen.

I Socialförvaltningens förbättringsarbete används PGSA-modellen (Planera – Göra – Studera – Agera) som ett metodstöd för att strukturera och genomföra förbättringar i verksamheten. Modellen är inte ett krav i lagstiftningen, men den utgör ett praktiskt och välbeprövat sätt att arbeta systematiskt inom ramen för ledningssystemet.

PGSA-modellen används för att säkerställa att identifierade behov, risker och utvecklingsområden hanteras på ett strukturerat och transparent sätt. Modellen bidrar till att förbättringsarbetet genomförs i små, kontrollerade steg, följs upp och leder till långsiktiga och hållbara resultat.



- **Planera:** Behov av förbättring eller utveckling identifieras, exempelvis genom riskanalyser, egenkontroller, avvikelser, klagomål, tillsynsresultat eller förändrade lagkrav. Mål, åtgärder, ansvar och uppföljning planeras.
- **Göra:** Planerade åtgärder genomförs i verksamheten, exempelvis genom nya eller reviderade arbetssätt, processer eller rutiner samt kompetensutvecklande insatser. Åtgärderna kan även testas i mindre skala innan full implementering.
- **Studera:** Genomförda åtgärder följs upp och analyseras för att bedöma om de haft avsedd effekt. Uppföljningen kan baseras på mätningar, uppföljningar, analyser av avvikelser, klagomål eller personalens och brukarnas erfarenheter.
- **Agera:** Beslut fattas om permanenta åtgärder, behov av justeringar eller avslut av insatser. Lärdomar tas tillvara och används som underlag för fortsatt förbättringsarbete och utveckling av verksamhetens processer och rutiner.

PGSA-modellen möjliggör ett strukturerat och lärandestyrkt förbättringsarbete och utgör en central metod i ledningssystemet för att säkerställa kvalitet och verksamhetsutveckling.

## 5.2 Planera – identifierade behov och risker

Planeringsfasen syftar till att identifiera behov av förbättringar och utvecklingsområden inom verksamheten. Under denna fas samlas och analyseras information från flera olika källor för att skapa underlag för beslut om mål, åtgärder och prioriteringar. Arbetet ska vara systematiskt, fortlöpande och omfatta samtliga delar av verksamheten. Planeringen ska genomföras i samverkan med relevanta interna och externa parter när risker eller behov berör flera verksamheter eller gemensamma processer.

### 5.2.1 Riskanalys

Riskanalyser är ett förebyggande arbetssätt som används för att identifiera risker i verksamhetens processer, arbetssätt och situationer som kan påverka kvalitet, säkerhet eller rättssäkerhet. Riskanalyser ska genomföras löpande och vid behov, till exempel när nya arbetssätt införs, förändringar sker eller när en möjlig risk uppmärksammas.

I en riskanalys bedöms både sannolikheten för att en negativ händelse ska inträffa och hur allvarliga konsekvenserna kan bli. Utifrån detta beslutas vilka åtgärder som krävs för att förebygga och minska risken, exempelvis genom egenkontroller eller andra riskreducerande insatser.

Syftet är att tidigt upptäcka och hantera risker som kan påverka kvaliteten i insatserna eller leda till avvikelser från krav i lagar och föreskrifter.

### 5.2.2 Brukar- och medborgardialog

Brukar- och medborgardialog används för att identifiera behov, risker och förbättringsområden utifrån den enskildes och invånarnas perspektiv. Dialogerna genomförs exempelvis genom uppföljningssamtal, fokusgrupper, dialogmöten, djupintervjuer eller andra former av strukturerad delaktighet. Resultaten används som ett kvalitativt underlag i planeringen för att

säkerställa att utvecklingsarbetet utgår från brukarnas och invånarnas erfarenheter och behov.

### 5.2.3 Planering av mål, åtgärder och ansvar

Sammantagna resultat från riskanalyser, synpunkter, brukar- och medborgardialoger samt analyser från föregående studera-fas ligger till grund för planering av förbättringsinsatser. I denna fas formuleras mål, planerade åtgärder, ansvarsfördelning och tidplaner, samt hur uppföljningen ska genomföras.

Planeringsfasen ska även identifiera behov av nya eller reviderade processer och rutiner, när resultat visar att befintliga arbetssätt inte är ändamålsenliga för att säkra kvaliteten. Beslut om förändringar av processer och rutiner dokumenteras och ligger till grund för genomförandet i nästa fas i förbättringsarbetet.

## 5.3 Göra – genomföra beslutade åtgärder

Genomförandefasen innebär att beslutade förbättringsåtgärder omsätts i praktiken. Syftet är att säkerställa att planerade aktiviteter utförs enhetligt, spårbart och i enlighet med fastställda mål, ansvar och tidsramar. Arbetet ska utgå från gällande processer och rutiner och genomföras på ett sätt som möjliggör uppföljning och lärande i efterföljande faser.

### 5.3.1 Processer och rutiner

Verksamhetens processer ska vara identifierade, beskrivna och fastställda, och de rutiner som krävs för att säkra kvaliteten ska vara tillgängliga och kända på berörda nivåer. Resultat från planeringsfasen (4.2) kan innebära behov av nya eller reviderade processer och rutiner. Fastställda förändringar ska:

- dokumenteras i gällande styrdokument,
- versionshanteras och kommuniceras,
- innehålla tydlig ansvarsfördelning och eventuella beroenden.

### 5.3.2 Genomförande av åtgärder

Genomförandet kan omfatta:

- införande av nya eller ändrade arbetssätt, processer och rutiner,
- kompetensutveckling och handledning,
- test i liten skala (pilot/PGSA-test) före full implementering,
- förändringar i organisation, bemanning eller systemstöd.

Varje åtgärd ska ha utnämnd ansvarig, tidsplan, resurser och uppföljningssätt. Status och hinder följs upp löpande i ordinarie chefslinje.

### 5.3.3 Kommunikation och förankring

Planerade förändringar ska kommuniceras till berörd personal, och vid behov till brukare/patienter och samarbetspartners. Informationen ska tydliggöra vad som ändras, varför, när och hur, samt vem som är kontaktperson. Förankring sker i relevanta lednings- och arbetsgrupper.

#### 5.3.4 Kompetens och stöd

Chefer säkerställer att berörd personal har nödvändig kompetens för att arbeta enligt fastställda processer och rutiner. Kompetensinsatser (t.ex. utbildning, introduktion, checklistor, instruktioner) planeras, genomförs och dokumenteras så att följsamhet kan säkerställas.

#### 5.3.5 Dokumentation och spårbarhet

Genomförda åtgärder, beslut om process- och rutinändringar, utbildningsinsatser samt eventuella piloter ska dokumenteras enligt gällande dokumenthantering. Dokumentationen ska göra det möjligt att i nästa fas:

- följa upp måloppfyllelse och effekt,
- bedöma följsamhet till processer och rutiner,
- identifiera lärdomar och behov av justeringar.

### 5.4 Studera – följa upp och analysera resultat

I denna fas följs genomförda åtgärder upp och analyseras för att bedöma om de haft avsedd effekt och om verksamheten bedrivs enligt fastställda processer och rutiner. Uppföljningen ska vara systematisk, baseras på flera informationskällor och genomföras på ett sätt som möjliggör lärande och fortsatt utveckling.

Arbetet i denna fas inkluderar att granska resultat från egenkontroller, avvikelser och klagomål, riskanalyser, dialoger med brukare och invånare samt uppföljning av indikatorer och nyckeltal. Resultaten används för att identifiera kvalitetsbrister, mönster och trender samt för att bedöma behovet av justeringar eller nya förbättringsåtgärder i verksamheten.

#### 5.4.1 Egenkontroll

Egenkontroll är en systematisk uppföljning och utvärdering av verksamheten samt en kontroll av att verksamheten bedrivs enligt fastställda processer och rutiner. Syftet är att säkerställa att insatser genomförs med god kvalitet, att lagar och föreskrifter följs samt att identifiera områden där kvaliteten behöver förbättras.

Egenkontroll kan omfatta jämförelser av resultat över tid, granskning av akter och dokumentation, mätning av följsamhet till rutiner, analys av arbetsprocesser, kontroll av bemanning och kompetens samt annan relevant uppföljning. Egenkontrollen ska genomföras med den frekvens och omfattning som krävs för att verksamheten ska kunna bedöma kvaliteten och säkerställa att insatserna uppfyller uppställda krav och mål.

Resultaten från egenkontrollerna dokumenteras och används i verksamhetens lärande och förbättringsarbete samt som underlag för uppföljning i ledningsgrupper och nämnd.

#### 5.4.2 Avvikelser, synpunkter och klagomål

Avvikelser, synpunkter och klagomål utgör en central del av verksamhetens uppföljning och analys av kvalitet. Alla inkomna rapporter ska tas emot, dokumenteras, utredas och analyseras för att bedöma orsaker, konsekvenser och behov av åtgärder. Syftet är att identifiera brister, risker och

återkommande mönster som behöver åtgärdas för att säkerställa en god och säker verksamhet.

Analysen av avvikelser, synpunkter och klagomål ska omfatta både enskilda händelser och sammanställda resultat över tid. Genom att analysera trender och återkommande mönster kan verksamheten upptäcka större systemfel, brister i processer och rutiner eller behov av kompetensutveckling.

Allvarliga händelser, såsom missförhållanden, påtagliga risker för missförhållanden eller vårdskador, ska hanteras enligt gällande bestämmelser om lex Sarah och lex Maria. Resultaten av utredningar och vidtagna åtgärder ska dokumenteras och återföras till verksamheten som ett led i det systematiska förbättringsarbetet.

#### 5.4.3 Brukarenkäter och brukarnära uppföljningar

Brukarenkäter och andra brukarnära uppföljningsmetoder används i Studera-fasen för att bedöma effekter av genomförda åtgärder och hur insatserna upplevs av brukare, patienter, anhöriga och invånare. Enkät svar och annan uppföljningsdata ger ett kvantitativt underlag för att analysera resultat, måluppfyllelse och utveckling över tid.

#### 5.4.4 Nyckeltal och indikatorer

Nyckeltal och indikatorer används för att följa upp resultat, kvalitet, utveckling och måluppfyllelse. Uppföljningen kan omfatta verksamhetsstatistik, kvalitetsindikatorer, öppna jämförelser, resultat kopplade till nämndens mål samt resultat från brukarenkäter.

#### 5.4.5 Lex Sarah och Lex Maria

Händelser som rör missförhållanden eller påtagliga risker för missförhållanden inom socialtjänst och LSS ska rapporteras, utredas och åtgärdas enligt bestämmelserna om lex Sarah. Inom hälso- och sjukvården ska händelser som medfört eller hade kunnat medföra vårdskada hanteras enligt lex Maria.

Rapporter ska tas emot, dokumenteras och utredas utan dröjsmål. Utredningen ska klarlägga orsaker, konsekvenser och behov av åtgärder samt leda till vidtagna förbättringar. Vid allvarliga händelser görs anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt gällande lagstiftning.

Sammanställda resultat analyseras inom ramen för det systematiska kvalitetsarbetet och återförs till verksamheten för långsiktiga förbättringar

#### 5.4.6 Uppföljning och utvärdering?

Uppföljning och utvärdering av genomförda åtgärder, projekt och pilotprojekt är en central del av Studera-fasen. För att kunna bedöma om åtgärder leder till önskade effekter ska uppföljningen genomföras på ett strukturerat och dokumenterat sätt.

Uppföljningen baseras på relevanta kvantitativa och kvalitativa underlag, såsom brukarenkäter, resultatmätt, nyckeltal och erfarenheter från verksamheten. Syftet är att analysera vilka effekter som uppnåtts, om målen har tillgodosetts samt om åtgärder behöver justeras, fortsätta testas eller avslutas.

Utvärderingen ligger till grund för beslut om huruvida åtgärder, projekt eller pilotprojekt bör implementeras permanent i verksamheten. Resultaten återförs till berörda delar av organisationen som en del av det systematiska lärandet.

## 5.5 Agera – besluta och justera

I denna fas fattas beslut om vilka åtgärder som ska permanentas, justeras eller avslutas utifrån resultaten från föregående fas. Syftet är att säkerställa att genomförda åtgärder får avsedd effekt och att verksamhetens processer och rutiner utvecklas vid behov.

### 5.5.1 Implementering av permanenta åtgärder

Åtgärder som visat sig effektiva och ändamålsenliga implementeras permanent i verksamheten. Detta kan innebära att nya arbetssätt införs eller att befintliga processer och rutiner revideras. Implementerade åtgärder ska dokumenteras, kommuniceras och göras tillgängliga för berörd personal för att säkerställa enhetlig tillämpning och långsiktig kvalitet.

### 5.5.2 Justeringar och korrigeringar

Om uppföljningen visar att planerade åtgärder inte fått avsedd effekt eller behöver anpassas, ska de justeras eller ersättas. Brister i arbetssätt, processer eller rutiner analyseras och korrigeras för att säkerställa att verksamheten uppfyller krav på god kvalitet och säkerhet. Vidtagna justeringar dokumenteras och kommuniceras till berörd personal.

### 5.5.3 Återkoppling och lärande

Resultat, beslut och erfarenheter från förbättringsarbetet ska återkopplas till berörd personal och ledningsnivåer. Syftet är att säkerställa att lärdomar tas tillvara, sprids inom verksamheten och används för att stärka kvalitet och säkerhet i det fortsatta arbetet. Återkopplingen ska ske på ett strukturerat sätt genom ordinarie lednings- och uppföljningsforum och dokumenteras som en del av verksamhetens lärande.

### 5.5.4 Förberedelse för nästa cykel

Förbättringsarbetet avslutas med att erfarenheter, resultat och justeringar sammanställs och används som underlag inför nästa förbättringscykel. Detta innebär att identifierade utvecklingsområden förs vidare till Planera-fasen och att verksamheten säkerställer att nya risker, behov eller förbättringsmöjligheter tas om hand. Syftet är att skapa kontinuitet, lärande och en stabil grund för ett långsiktigt och systematiskt kvalitetsarbete.

## 6 Roller och ansvar:

Det systematiska kvalitetsarbetet förutsätter att roller och ansvar är tydligt fördelade i organisationen. I enlighet med SOSFS 2011:9 ska varje nivå i verksamheten ha ett definierat ansvar för att utveckla, följa upp och säkra kvaliteten i sina arbetsprocesser. Ansvaret omfattar att arbeta enligt fastställda processer och rutiner, delta i riskanalyser, rapportera avvikelser, medverka i uppföljning och genomföra förbättringsåtgärder.

Detta avsnitt beskriver roller och ansvar för socialnämnden, förvaltningschef, verksamhetschefer, enhetschefer, medarbetare samt särskilda funktioner som MAS, MAR och andra stödroller.

### **6.1 Förvaltningschef**

Förvaltningschefen ansvarar på övergripande nivå för att ledningssystemet är etablerat och används i hela organisationen. Det innebär att säkerställa att det finns strukturer, processer och resurser för att systematiskt styra, följa upp och utveckla verksamheten samt att kvalitet och patientsäkerhet upprätthålls enligt gällande lagstiftning.

### **6.2 Verksamhetschef**

Verksamhetschefen ansvarar på verksamhetsnivå för att ledningssystemets processer och rutiner tillämpas i det dagliga arbetet och att verksamheten uppfyller krav på kvalitet och patientsäkerhet. Verksamhetschefen ansvarar dessutom för att ta fram, följa upp och analysera kvalitetsmått och indikatorer för sitt verksamhetsområde samt säkerställa att riskanalyser, uppföljningar och förbättringsåtgärder genomförs.

### **6.3 Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)**

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvarar för att planera, styra, följa upp och dokumentera patientsäkerhetsarbetet inom den kommunala hälso- och sjukvården. MAS säkerställer att nödvändiga rutiner finns, att lagar och föreskrifter efterlevs samt att en årlig patientsäkerhetsberättelse tas fram. MAS ansvarar också för anmälan enligt lex Maria till IVO och för att resultat och lärdomar återförs till verksamheten inom ramen för ledningssystemet.

### **6.4 Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)**

Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) ansvarar för att rehabiliteringsinsatserna bedrivs patientsäkert och med god kvalitet inom den kommunala hälso- och sjukvården. MAR säkerställer att nödvändiga rutiner finns och följs, att lagar och föreskrifter efterlevs samt att patientsäkerhetsarbetet planeras, följs upp och dokumenteras inom ramen för ledningssystemet.

### **6.5 Enhetschef**

Enhetschefen ansvarar på enhetsnivå för att ledningssystemets processer och rutiner följs i det dagliga arbetet, att personal har rätt kompetens, samt att riskanalyser, avvikelser, uppföljning av enhetsvisa resultat och förbättringsåtgärder genomförs och rapporteras enligt fastställda rutiner.

### **6.6 Verksamhetsutvecklare**

Verksamhetsutvecklare arbetar på uppdrag av chefer och ledning för att stödja utveckling, implementering och uppföljning av processer, rutiner och styrdokument inom ledningssystemet. Rollen omfattar analys-, metod- och systemstöd för att säkerställa ett effektivt och ändamålsenligt kvalitetsarbete. Verksamhetsutvecklare IT ger motsvarande stöd för digitala arbetssätt och systemstöd

Verksamhetsutvecklare inom stabsenheten har även särskilt ansvar för att initiera, följa och stödja lex Sarah-utredningar samt säkerställa att dessa processer integreras i det systematiska kvalitetsarbetet.

### **6.7 Verksamhetsstrateg**

Verksamhetsstrategen arbetar på uppdrag av förvaltningschefen för att stödja planering, uppföljning och utveckling av verksamheten. Rollen omfattar strategisk analys, framtagande och utveckling av styrdokument, samt stöd till nämndens mål- och uppföljningsarbete. Verksamhetsstrategen bidrar till att säkerställa att ledningssystemet används som grund för systematisk uppföljning och förbättring.

### **6.8 Verksamhetscontroller**

Verksamhetscontroller tar fram, analyserar och rapporterar statistik, nyckeltal och annan kvalitetsdata som underlag för uppföljning och utveckling enligt ledningssystemet. Rollen stödjer chefer i att tolka resultat och trender samt bidrar till att säkerställa att uppföljningen är systematisk och tillförlitlig.

## **7 Dokumentation av kvalitetsarbetet**

Verksamheten ska dokumentera arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkerställa kvaliteten. Dokumentationen omfattar ledningssystemets olika delar, såsom ansvar, processer, rutiner, styrdokument och resultat från det systematiska kvalitetsarbetet. Den inkluderar bland annat riskanalyser, egenkontroller, avvikelser, lex-ärenden samt hantering av synpunkter och klagomål.

Dokumentationen ska ge en samlad och transparent bild av hur kvalitetsarbetet bedrivs, följas upp och förbättras över tid. Den ska vara ett stöd för medarbetare, chefer, förvaltningsledning och nämnden samt bidra till insyn för externa intressenter.

### **7.1 Kvalitetsberättelse**

Kvalitetsberättelsen är en årlig sammanställning av hur det systematiska kvalitetsarbetet har bedrivits. Den beskriver ansvarsfördelning, genomförda riskanalyser, identifierade brister och vidtagna förbättringsåtgärder samt resultat av uppföljningar och egenkontroller.

Kvalitetsberättelsen ska ha en sådan detaljnivå att kvalitetsarbetet kan bedömas inom verksamhetens olika delar och fungera som underlag för analys, lärande och planering inför kommande år

### **7.2 Patientsäkerhetsberättelse**

Verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård ska årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Den ska beskriva det systematiska patientsäkerhetsarbetet och hur vårdgivaren har arbetat för att identifiera, analysera och minska risker i vården. Berättelsen ska ge en tydlig bild av patientsäkerhetsarbetet under året och redovisas till nämnden enligt fastställd tidplan. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att tydliggöra hur verksamheten arbetar förebyggande, följer upp händelser och säkerställer att

vårdskador och andra allvarliga händelser hanteras på ett systematiskt och rättssäkert sätt. Den kompletterar kvalitetsberättelsen genom att ge en mer detaljerad bild av patientsäkerhetsarbetet i hälso- och sjukvården.

## 8 Versionshistorik

<b>Datum</b>	<b>Beskrivning</b>
2018-03-28	Uppdatering av tidigare riktlinje som då var cirka sex år gammal. Versionen togs fram utifrån Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9) om krav på ledningssystem.
2026-03-26	Genomgripande revidering av innehållet i samtliga avsnitt för att göra riktlinjen mer tillgänglig och lättläst för medarbetare. Versionen tydliggör även hur ledningssystemet utgår från PGSA-modellen.

**Socialförvaltningen**

Linda Ångman

linda.angman@harnosand.se

Socialnämnden

## Uppdrag och planeringslista 2026

### Förslag till beslut

Socialförvaltningen föreslår socialnämnden besluta

**att lägga socialnämndens planeringslista 2026 till handlingarna.**

### Beskrivning av ärendet

I Socialnämndens planeringslista framgår vilka ärenden som ska beredas och tas upp för beslut på socialnämndens sammanträden under året. Där finns noterat vilka uppdrag som socialförvaltningen fått av nämnden och när uppdragen ska vara utförda.

Linda Ångman  
Nämndsekreterare

### Bilagor

Bilaga 1 Socialnämndens planeringslista 2026, 2026-03-13.

## Socialnämndens planeringslista 2026

April (*sammanträde den 29 april – stoppdag den 15 april*)

- 1. Ärende: Budgetuppföljning 2026 (Ekonomisk rapport mars)**  
Ansvarig handläggare: Förvaltningschef / Controllers  
Diarienummer: 2026-000019  
Övrig anteckning: *Tjänsteskrivelse och PP-presentation.*
- 2. Bilaga till budgetuppföljningen: Återrapport – kostnadsutveckling gällande placeringar inom barn och familj**  
Ansvarig handläggare: Verksamhetschef Myndighetsutövning  
Övrig anteckning: *att uppdra till förvaltningschefen att noggrant följa arbetet med kostnadsutvecklingen och att återrapportera till nämnden löpande.*
- 3. Ärende: Återrapport - Kompiskort för ökad tillgänglighet**  
Ansvarig Handläggare: Förvaltningschef / Verksamhetsstrateg  
Tidigare beslut: 2026-01-29 § 6  
Diarienummer: 2022-000133  
Övrig anteckning: *att uppdra till förvaltningschef att lyfta frågan med övriga förvaltningschefer för att kommunens egna verksamheter och där kommunen är delaktig uppmana att ta initiativ till att införa kompiskort, att återrapportering från förvaltningschef sker vid sammanträdet i april 2026,*
- 4. Ärende: Återrapport - Skobidrag till personal inom förvaltningen**  
Ansvarig Handläggare: Förvaltningschef  
Tidigare beslut: 2025-11-27 § 100  
Diarienummer: 2025-000001  
Övrig anteckning: *att uppdra till förvaltningschefen att inarbeta skobidrag till personal i verksamheten i budget 2026, att återrapportera till nämnden senast april 2026.*
- 5. Ärende: Delegationsordning för Socialnämnden 2026**  
Ansvarig handläggare: Samordnare/Utvecklare Informationshantering  
Övrig anteckning: *Behov av revidering.*
- 6. Ärende: Genomgång av medarbetarenkäten - Funktionsstöd**  
Skriver tjänsteskrivelse: Förvaltningschef  
Håller i informationen: Verksamhetschef Funktionsstöd  
Övrig anteckning: *Inkluderar information om arbetsmiljö, utmaningar, framtid och handlingsplan utifrån åtgärder.*
- 7. Information: Uppföljning – Handlingsplan med anledning av lång väntelista till demens- och äldreboende**  
Ansvarig: Förvaltningschef / Verksamhetschef äldreomsorg  
Tidigare beslut: 2026-02-26 § 18  
Diarienummer: 2026-000005  
Övrig information: *att vid varje sammanträde redovisa uppföljning till nämnden.*
- 8. Information: Information från Modern omsorg**  
Håller i informationen: Någon från modern omsorg  
Övrig anteckning: *Detta önskemål kom under socialnämndens sammanträde den 29 januari.*

9. Information: **Delegationsbeslut för granskning**  
Håller i informationen: Verksamhetschef Myndighetsutövning  
Övrig anteckning: *Information gällande två delegationsbeslut (ett bifall och ett avslag) som gick upp under anmälan av delegationsbeslut på föregående sammanträde (februari 2026).*
10. För kännedom: **Arbetsförmedlingens statistik gällande arbetslöshet i Västernorrland**  
Ansvarig handläggare: Enhetschef Arbete och Mottagning  
Övrig anteckning: *Månadsvis sammanställning*
11. För kännedom: **Redovisning av antalet Hemtjänsttimmar**  
Ansvarig handläggare: Enhetschef Biståndsenheten  
Övrig anteckning: *Månadsvis sammanställning.*
12. För kännedom: **Väntelistor Äldreomsorg & Funktionsstöd**  
Ansvarig handläggare: Boendekoordinator Biståndsenheten  
Övrig anteckning: *Månadsvis sammanställning.*

#### Maj (sammanträde den 28 maj – stoppdag den 13 maj)

1. Ärende: **Prel. Budgetuppföljning/Budgetinformation 2026 (Ekonomisk rapport april)**  
Ansvarig handläggare: Förvaltningschef / Controllers  
Övrig anteckning: *Tjänsteskrivelse och PP-presentation, alternativt information.*
2. Ärende: **Fyramånadersrapport 2026**  
Ansvarig handläggare: Förvaltningschef / Controllers  
Övrig anteckning: *inkl. måluppfyllelse och internkontrollrapport.*
3. Bilaga till budgetuppföljningen: **Återrapport – kostnadsutveckling gällande placeringar inom barn och familj**  
Ansvarig handläggare: Verksamhetschef Myndighetsutövning  
Övrig anteckning: *att uppdra till förvaltningschefen att noggrant följa arbetet med kostnadsutvecklingen och att återrapportera till nämnden löpande.*
4. Ärende: **Uppföljning arbetsmiljö och systematiskt arbetsmiljöarbete – första tertialet 2026**  
Ansvarig handläggare: Förvaltningschef
5. Ärende: **Ej verkställda gynnande beslut – första kvartalet 2026**  
Ansvarig Handläggare: Verksamhetscontroller  
Ska beslutet vidare till annan instans (i så fall vilken): KF och Revisionen
6. Ärende: **Delegationsordning för Socialnämnden 2026**  
Ansvarig handläggare: Samordnare/Utvecklare Informationshantering  
Övrig anteckning: *Förvaltningschef ansvarar för att hela delegationsordningen går igenom minst en gång per år för att kontrollera om den behöver uppdateras eller revideras. En reviderad upplaga ska sedan redovisas till nämndens sammanträde i maj. Finns inget behov av revidering ska det istället rapporteras i en skrivelse till sammanträdet.*
7. Ärende: **Återrapport - Organisation för krishantering**  
Ansvarig Handläggare: Verksamhetschef myndighetsutövning  
Tidigare beslut: 2026-01-29 § 10  
Diarienummer: 2026-000007  
Övrig anteckning: *att uppdra till förvaltningschef att utreda och föreslå en ny organisation kring krishantering, samt att återrapport sker till nämnden på sammanträdet i maj 2026.*

- 8. Information: Uppföljning – Handlingsplan med anledning av lång väntelista till demens- och äldreboende**  
Ansvarig: Förvaltningschef / Verksamhetschef äldreomsorg  
Tidigare beslut: 2026-02-26 § 18  
Diarienummer: 2026-000005  
Övrig information: *att vid varje sammanträde redovisa uppföljning till nämnden.*
- 9. Information: Genomgång av medarbetarenkäten – Äldreomsorg**  
Skriver tjänsteskrivelse: Förvaltningschef  
Håller i informationen: Verksamhetschef Äldreomsorg  
Övrig anteckning: *Inkluderar information om arbetsmiljö, utmaningar, framtid och handlingsplan utifrån åtgärder.*
- 13. Information: Delegationsbeslut för granskning**  
Håller i informationen: Verksamhetschef Myndighetsutövning  
Övrig anteckning: *Information gällande två delegationsbeslut (ett bifall och ett avslag) som gick upp under anmälan av delegationsbeslut på föregående sammanträde (mars 2026).*
- 10. För kännedom: Nyhetsbrev – Ett hälsosammare och friskare Härnösand**  
Ansvarig Handläggare: Projektledare Ett hälsosammare och friskare Härnösand  
Övrig anteckning: *Kontinuerligt nyhetsbrev gällande satsningen.*
- 11. För kännedom: Arbetsförmedlingens statistik gällande arbetslöshet i Västernorrland**  
Ansvarig handläggare: Enhetschef Arbete och Mottagning  
Övrig anteckning: *Månadsvis sammanställning*
- 12. För kännedom: Redovisning av antalet Hemtjänsttimmar**  
Ansvarig handläggare: Enhetschef Biståndsenheten  
Övrig anteckning: *Månadsvis sammanställning.*
- 13. För kännedom: Väntelistor Äldreomsorg & Funktionsstöd**  
Ansvarig handläggare: Boendekoordinator Biståndsenheten  
Övrig anteckning: *Månadsvis sammanställning.*

#### *Juni (sammanträde den 17 juni – stoppdag den 3 juni)*

- 1. Ärende: Budgetuppföljning 2026 (Ekonomisk rapport maj)**  
Ansvarig handläggare: Förvaltningschef / Controllers  
Övrig anteckning: *Tjänsteskrivelse och PP-presentation.*
- 2. Bilaga till budgetuppföljningen: Återrapport – kostnadsutveckling gällande placeringar inom barn och familj**  
Ansvarig handläggare: Verksamhetschef Myndighetsutövning  
Övrig anteckning: *att uppdra till förvaltningschefen att noggrant följa arbetet med kostnadsutvecklingen och att återrapportera till nämnden löpande.*
- 3. Information: Uppföljning – Handlingsplan med anledning av lång väntelista till demens- och äldreboende**  
Ansvarig: Förvaltningschef / Verksamhetschef äldreomsorg  
Tidigare beslut: 2026-02-26 § 18  
Diarienummer: 2026-000005  
Övrig information: *att vid varje sammanträde redovisa uppföljning till nämnden.*

4. Information: **Delegationsbeslut för granskning**  
Håller i informationen: Verksamhetschef Myndighetsutövning  
Övrig anteckning: *Information gällande två delegationsbeslut (ett bifall och ett avslag) som gick upp under anmälan av delegationsbeslut på föregående sammanträde (april 2026).*
5. För kännedom: **Arbetsförmedlingens statistik gällande arbetslöshet i Västernorrland**  
Ansvarig handläggare: Enhetschef Arbete och Mottagning  
Övrig anteckning: *Månadsvis sammanställning*
6. För kännedom: **Redovisning av antalet Hemtjänsttimmar**  
Ansvarig handläggare: Enhetschef Biståndsenheten  
Övrig anteckning: *Månadsvis sammanställning.*
7. För kännedom: **Väntelistor Äldreomsorg & Funktionsstöd**  
Ansvarig handläggare: Boendekoordinator Biståndsenheten  
Övrig anteckning: *Månadsvis sammanställning.*

#### Augusti (*sammanträde den 27 augusti – stoppdag den 12 augusti*)

1. Ärende: **Budgetuppföljning 2026 (Ekonomisk rapport juni-juli månad)**  
Ansvarig handläggare: Förvaltningschef / Controllern  
Övrig anteckning: *Tjänsteskrivelse och PP-presentation.*
2. Bilaga till budgetuppföljningen: **Återrapport – kostnadsutveckling gällande placeringar inom barn och familj**  
Ansvarig handläggare: Verksamhetschef Myndighetsutövning  
Övrig anteckning: *att uppdra till förvaltningschefen att noggrant följa arbetet med kostnadsutvecklingen och att återrapportera till nämnden löpande.*
3. Ärende: **Ej verkställda gynnande beslut – andra kvartalet 2026**  
Ansvarig handläggare: Verksamhetscontroller  
Ska beslutet vidare till annan instans (i så fall vilken): KF och Revisionen
4. Information: **Uppföljning – Handlingsplan med anledning av lång väntelista till demens- och äldreboende**  
Ansvarig: Förvaltningschef / Verksamhetschef äldreomsorg  
Tidigare beslut: 2026-02-26 § 18  
Diarienummer: 2026-000005  
Övrig information: *att vid varje sammanträde redovisa uppföljning till nämnden.*
5. Skrivelse: **Sammanställning av inkomna synpunkter InfraControl januari-juni 2026**  
Ansvarig handläggare: Verksamhetschef Myndighetsutövning
6. Information: **Delegationsbeslut för granskning**  
Håller i informationen: Verksamhetschef Myndighetsutövning  
Övrig anteckning: *Information gällande två delegationsbeslut (ett bifall och ett avslag) som gick upp under anmälan av delegationsbeslut på föregående sammanträde (maj-juni 2026).*
7. För kännedom: **Nyhetsbrev – Ett hälsosammare och friskare Härnösand (juni-juli)**  
Ansvarig handläggare: Projektledare Ett hälsosammare och friskare Härnösand  
Övrig anteckning: *Kontinuerligt nyhetsbrev gällande satsningen.*

8. För kännedom: **Arbetsförmedlingens statistik gällande arbetslöshet i Västernorrland**  
Ansvarig handläggare: Enhetschef Arbete och Mottagning  
Övrig anteckning: *Månadsvis sammanställning*
9. För kännedom: **Redovisning av antalet Hemtjänsttimmar (juni-juli)**  
Ansvarig handläggare: Enhetschef Biståndsenheten  
Övrig anteckning: *Månadsvis sammanställning.*
10. För kännedom: **Väntelistor Äldreomsorg & Funktionsstöd (juni-juli)**  
Ansvarig handläggare: Boendekoordinator Biståndsenheten  
Övrig anteckning: *Månadsvis sammanställning.*

### September (*sammanträde den 24 september – stoppdag den 9 september*)

1. Ärende: **Prel. Budgetuppföljning/Budgetinformation 2026 (Ekonomisk rapport augusti)**  
Ansvarig handläggare: Förvaltningschef / Controllers  
Övrig anteckning: *Tjänsteskrivelse och PP-presentation, alternativt information.*
2. Ärende: **Delårsrapport 2026**  
Ansvarig handläggare: Förvaltningschef / Controllers  
Övrig anteckning: *inkl. måluppfyllelse och internkontrollrapport.*
3. Bilaga till budgetuppföljningen: **Åtterrappport – kostnadsutveckling gällande placeringar inom barn och familj**  
Ansvarig handläggare: Verksamhetschef Myndighetsutövning  
Övrig anteckning: *att uppdra till förvaltningschefen att noggrant följa arbetet med kostnadsutvecklingen och att återrapporera till nämnden löpande.*
4. Ärende: **Uppföljning arbetsmiljö och systematiskt arbetsmiljöarbete – delår 2026**  
Ansvarig handläggare: Förvaltningschef  
Övrig anteckning:
5. Ärende: **Bruttolista Internkontroll 2027**  
Ansvarig Handläggare: Förvaltningschef / Controllers  
Övrig anteckning: *Går upp för beslut senast månaden innan VP/internkontrollplan går upp.*
6. Ärende: **Socialnämndens sammanträdesdagar 2027**  
Ansvarig handläggare: Nämndsekreterare
7. Information: **Uppföljning – Handlingsplan med anledning av lång väntelista till demens- och äldreboende**  
Ansvarig: Förvaltningschef / Verksamhetschef äldreomsorg  
Tidigare beslut: 2026-02-26 § 18  
Diarienummer: 2026-000005  
Övrig information: *att vid varje sammanträde redovisa uppföljning till nämnden.*
8. Information: **Delegationsbeslut för granskning**  
Håller i informationen: Verksamhetschef Myndighetsutövning  
Övrig anteckning: *Information gällande två delegationsbeslut (ett bifall och ett avslag) som gick upp under anmälan av delegationsbeslut på föregående sammanträde (juli 2026).*

9. För kännedom: **Arbetsförmedlingens statistik gällande arbetslöshet i Västernorrland**  
Ansvarig handläggare: Enhetschef Arbete och Mottagning  
Övrig anteckning: *Månadsvis sammanställning*
10. För kännedom: **Redovisning av antalet Hemtjänststimmar**  
Ansvarig handläggare: Enhetschef Biståndsenheten  
Övrig anteckning: *Månadsvis sammanställning.*
11. För kännedom: **Väntelistor Äldreomsorg & Funktionsstöd**  
Ansvarig handläggare: Boendekoordinator Biståndsenheten  
Övrig anteckning: *Månadsvis sammanställning.*

**Oktober (sammanträde den 29 oktober – stoppdag den 14 oktober)**

1. Ärende: **Budgetuppföljning 2026 (Ekonomisk rapport september)**  
Ansvarig Handläggare: Förvaltningschef / Controllers  
Övrig anteckning: *Tjänsteskrivelse och PP-presentation.*
2. Bilaga till budgetuppföljningen: **Återrapport – kostnadsutveckling gällande placeringar inom barn och familj**  
Ansvarig handläggare: Verksamhetschef Myndighetsutövning  
Övrig anteckning: *att uppdra till förvaltningschefen att noggrant följa arbetet med kostnadsutvecklingen och att återrapportera till nämnden löpande.*
3. Ärende: **Dokumenthanteringsplan för Socialnämnden 2026**  
Ansvarig handläggare: Verksamhetschef Myndighetsutövning  
Övrig anteckning: *Förvaltningschef ansvarar för att hela delegationsordningen går igenom minst en gång per år för att kontrollera om den behöver uppdateras eller revideras. En reviderad upplaga ska sedan redovisas till nämndens sammanträde i maj. Finns inget behov av revidering ska det istället rapporteras i en skrivelse till sammanträdet.*
4. Ärende: **Rapport om genomförda åtgärder av det förebyggande arbetet mot välfärdsbrottslighet**  
Ansvarig handläggare: Förvaltningschef  
Diarienummer: 2025-000102  
Tidigare beslut: 2026-01-29 § 9  
Övrig anteckning: *att uppdra till förvaltningschef att under 2026 inkomma med en rapport om genomförda åtgärder av det förebyggande arbetet mot välfärdsbrottslighet efter delårsrapport 2026.*
5. Ärende: **Avgifter och taxor – Behov av ändring eller införande av nya.**  
Ska beslutet vidare till annan instans (i så fall vilken): KS/KF
6. Information: **Uppföljning – Handlingsplan med anledning av lång väntelista till demens- och äldreboende**  
Ansvarig: Förvaltningschef / Verksamhetschef äldreomsorg  
Tidigare beslut: 2026-02-26 § 18  
Diarienummer: 2026-000005  
Övrig information: *att vid varje sammanträde redovisa uppföljning till nämnden.*
7. Information: **Delegationsbeslut för granskning**  
Håller i informationen: Verksamhetschef Myndighetsutövning

Övrig anteckning: *Information gällande två delegationsbeslut (ett bifall och ett avslag) som gick upp under anmälan av delegationsbeslut på föregående sammanträde (augusti 2026).*

8. För kännedom: **Nyhetsbrev – Ett hälsosammare och friskare Härnösand**  
Ansvarig Handläggare: Projektledare Ett hälsosammare och friskare Härnösand  
Övrig anteckning: *Kontinuerligt nyhetsbrev gällande satsningen.*
9. För kännedom: **Arbetsförmedlingens statistik gällande arbetslöshet i Västernorrland**  
Ansvarig handläggare: Enhetschef Arbete och Mottagning  
Övrig anteckning: *Månadsvis sammanställning*
10. För kännedom: **Redovisning av antalet Hemtjänsttimmar**  
Ansvarig Handläggare: Enhetschef Biståndsenheten  
Övrig anteckning: *Månadsvis sammanställning.*
11. För kännedom: **Väntelistor Äldreomsorg & Funktionsstöd**  
Ansvarig handläggare: Boendekoordinator Biståndsenheten  
Övrig anteckning: *Månadsvis sammanställning.*

#### November (*sammanträde den 26 november – stoppdag den 11 november*)

1. Ärende: **Budgetuppföljning 2026 (Ekonomisk rapport oktober)**  
Ansvarig Handläggare: Förvaltningschef / Controllers  
Övrig anteckning: *Tjänsteskrivelse och PP-presentation.*
2. Bilaga till budgetuppföljningen: **Återrapport – kostnadsutveckling gällande placeringar inom barn och familj**  
Ansvarig handläggare: Verksamhetschef Myndighetsutövning  
Övrig anteckning: *att uppdra till förvaltningschefen att noggrant följa arbetet med kostnadsutvecklingen och att återrapportera till nämnden löpande.*
3. Ärende: **Verksamhetsplan 2027, med tillhörande internkontrollplan**  
Ansvarig Handläggare: Förvaltningschef / Controllers  
Ska beslutet vidare till annan instans (i så fall vilken): KS (*Internkontrollplanen till Revisionen*)  
Övrig anteckning: *Nämnd ska senast den sista november fatta beslut om verksamhetsplan innehållande särskilt beslutade mål, nyckelaktiviteter, budget och internkontrollplan för kommande år.*
4. Ärende: **Ej verkställda gynnande beslut - tredje kvartalet 2026**  
Ansvarig handläggare: Verksamhetscontroller  
Ska beslutet vidare till annan instans (i så fall vilken): KF och Revisionen
5. Information: **Uppföljning – Handlingsplan med anledning av lång väntelista till demens- och äldreboende**  
Ansvarig: Förvaltningschef / Verksamhetschef äldreomsorg  
Tidigare beslut: 2026-02-26 § 18  
Diarienummer: 2026-000005  
Övrig information: *att vid varje sammanträde redovisa uppföljning till nämnden.*
6. Information: **Delegationsbeslut för granskning**  
Håller i informationen: Verksamhetschef Myndighetsutövning

Övrig anteckning: *Information gällande två delegationsbeslut (ett bifall och ett avslag) som gick upp under anmälan av delegationsbeslut på förra sammanträde (september 2026).*

**7. För kännedom: Arbetsförmedlingens statistik gällande arbetslöshet i Västernorrland**

Ansvarig handläggare: Enhetschef Arbete och Mottagning

Övrig anteckning: *Månadsvis sammanställning*

**8. För kännedom: Redovisning av antalet Hemtjänsttimmar**

Ansvarig Handläggare: Enhetschef Biståndsenheten

Övrig anteckning: *Månadsvis sammanställning.*

**9. För kännedom: Väntelistor Äldreomsorg & Funktionsstöd**

Ansvarig handläggare: Boendekoordinator Biståndsenheten

Övrig anteckning: *Månadsvis sammanställning.*

**December (sammanträde den 17 december – stoppdag den 2 december)**

**1. Ärende: Budgetuppföljning 2026 (Ekonomisk rapport november)**

Ansvarig Handläggare: Förvaltningschef / Controllers

Övrig anteckning: *Tjänsteskrivelse och PP-presentation.*

**2. Bilaga till budgetuppföljningen: Återrapport – kostnadsutveckling gällande placeringar inom barn och familj**

Ansvarig handläggare: Verksamhetschef Myndighetsutövning

Övrig anteckning: *att uppdra till förvaltningschefen att noggrant följa arbetet med kostnadsutvecklingen och att återrapportera till nämnden löpande.*

**3. Information: Genomgång av medarbetarenkäten 2026 – på förvaltningsnivå**

Håller i informationen: HR-partner

**4. Ärende: Preciserade behovsposter inom riksnormen avseende försörjningsstöd år 2027**

Ansvarig Handläggare: Enhetschef Ekonomi- och vuxenenheten

Övrig anteckning:

**5. Information: Uppföljning – Handlingsplan med anledning av lång väntelista till demens- och äldreboende**

Ansvarig: Förvaltningschef / Verksamhetschef äldreomsorg

Tidigare beslut: 2026-02-26 § 18

Diarienummer: 2026-000005

Övrig information: *att vid varje sammanträde redovisa uppföljning till nämnden.*

**6. Skrivelse: Sammanställning av betalade viten 2026**

Ansvarig handläggare: Controllers

Övrig anteckning: *Inkomma med en sammanställning över de viten/särskilda avgifter som förvaltningen dömts ut att betala under 2026.*

**7. Information: Delegationsbeslut för granskning**

Håller i informationen: Verksamhetschef Myndighetsutövning

Övrig anteckning: *Information gällande två delegationsbeslut (ett bifall och ett avslag) som gick upp under anmälan av delegationsbeslut på förra sammanträdet (oktober 2026).*

8. För kännedom: **Nyhetsbrev – Ett hälsosammare och friskare Härnösand**  
Ansvarig Handläggare: Projektledare Ett hälsosammare och friskare Härnösand  
Övrig anteckning: *Kontinuerligt nyhetsbrev gällande satsningen.*
9. För kännedom: **Arbetsförmedlingens statistik gällande arbetslöshet i Västernorrland**  
Ansvarig handläggare: Enhetschef Arbete och Mottagning  
Övrig anteckning: *Månadsvis sammanställning*
10. För kännedom: **Redovisning av antalet Hemtjänsttimmar**  
Ansvarig Handläggare: Enhetschef Biståndsenheten  
Övrig anteckning: *Månadsvis sammanställning.*
11. För kännedom: **Väntelistor Äldreomsorg & Funktionsstöd**  
Ansvarig handläggare: Boendekoordinator Biståndsenheten  
Övrig anteckning: *Månadsvis sammanställning.*

### Ärenden som ännu inte är inplanerade

1. Ärende: **LOV personlig assistans**  
Ansvarig handläggare: Eva Nordin Silén
2. Information/ Utbildning: **Nämndens roll och ansvar**  
Håller i informationen: Tjänsteman på Kommunstyrelseförvaltningen  
(planera in inför ny mandatperiod)



## Ärende 15

Härnösands  
kommun

Delegationsbeslut för Biståndsenheten

Under perioden 202602 - 202602

Organisation	Beslut	Antal beslut
<b>Biståndsenheten</b>		
	Bifall korttidsvistelse enl. 11 kap 1 § SoL	3
	<b>Summa beslut</b>	<b>3</b>

Organisation	Beslut	Antal beslut
<b>LSS Biståndsenheten</b>		
	Avslag avlösarservice 9 § 5p LSS	1
	Avslag EK stöd ord ass sjukfrånvaro	1
	Avslag kontaktperson 9 § 4p LSS	4
	Bifall avlösarservice 9 § 5p LSS	1
	Bifall daglig verksamhet 9 § 10p LSS	1
	Bifall EK stöd ord ass sjukfrånvaro	4
	Bifall kontaktperson 9 § 4p LSS	1
	Bifall Vux bostad med särskild service 9 § 9p LSS	2
	<b>Summa beslut</b>	<b>15</b>

Organisation	Beslut	Antal beslut
<b>SoL Biståndsenheten</b>		
	Avslag hemtjänst enligt 11 kap 1 § SoL	2
	Avslag individstöd enligt 11 kap 1 § SoL	1
	Avslag ledsagning enligt 11 kap 1 § SoL	2
	Bifall avlösning i hemmet enl. 11 kap 1 § SoL	1
	Bifall bostad särskild serv. 11 kap 1§ SoL	8
	Bifall dagverksamhet enl. 11 kap 1§ SoL	4
	Bifall hemtjänst enl. 11 kap 1 § SoL	855
	Bifall individstöd enl. 11kap 1§ SoL	24
	Bifall kontaktperson enl. 11 kap 1 § SoL	3
	Bifall korttidsvistelse enl. 11 kap 1 § SoL	66
	Bifall ledsagning enl. 11 kap 1 § SoL	4
	Bifall matdistribution enligt 11kap 1§ SoL	13
	Bifall service utanför hem enligt 11 kap. 1 § SoL	179
	Bifall sysselsättning enl. 11 kap 1 § SoL	1
	Bifall särskilt boende enl. 11kap 1§ SoL	40
	Bifall Tillf utökad hemtjänst 11 kap. 1 § SoL	4
	Bifall trygg hemgång enligt 11 kap 1 § SoL	3
	Bifall trygghetslarm enl. 11 kap 1 § SoL - Dag	25
	Bifall trygghetslarm enl. 11 kap 1 § SoL -Natt	24
	<b>Summa beslut</b>	<b>1259</b>



Organisation	Beslut	Antal beslut
<b>Barn och unga - Insatsgruppen</b>		
	Övervägande om fortsatt vård 22 Kap 13 § SoL	3
	<b>Summa beslut</b>	<b>3</b>



Organisation	Beslut	Antal beslut
<b>Ekonomi- och vuxenheten</b>		
	Avge yttrande i körkortsärende	2
	Avstå från krav på återbetalning enl 33 Kap 5 § SoL, avslag	1
	Beslut att avskryva ärendet 5 kap. 13 § SOSFS 2014:5	1
	Beslut att bevilja kompetenshöjande aktivitet 12 Kap 4 § SoL	5
	Beslut att jml Kap 14 2 § SoL ej inleda utredning	45
	Beslut att jml Kap 14 2 § SoL inleda utredning	11
	Bistånd personliga behov enligt 11 Kap 1 § SoL, avslag	1
	Ekonomiskt bistånd enligt 12 Kap 1 § SoL, avslag	182
	Ekonomiskt bistånd enligt 12 Kap 1 § SoL, beviljas	185
	Ekonomiskt bistånd enligt 12 Kap 2 § SoL, beviljas	4
	Ekonomiskt bistånd enligt 12 Kap 5 § SoL, avslag	1
	Ekonomiskt bistånd, levnadskostnader i övrigt 12 Kap 1 § SoL, avslag	39
	Ekonomiskt bistånd, levnadskostnader i övrigt 12 Kap 1 § SoL, bifall	5
	Ekonomiskt bistånd, Rådrum Bostad	2
	Ekonomiskt bistånd, tandvård 12 Kap 1 § SoL, avslag	2
	Ekonomiskt bistånd, tandvård 12 Kap 1 § SoL, beviljas	1
	FUT Beslut återkrav	1
	Gruppverksamhet våld i nära relation	8
	Individuellt behovsprövad öppenvård 11 Kap 1 § SoL, avslutas	1
	Individuellt behovsprövad öppenvård 11 Kap 1 § SoL, bifall	5
	Individuellt behovsprövad öppenvård 11 Kap 1 § SoL, förlängning	1
	Individuellt behovsprövad öppenvård 11 Kap 1 § SoL, påbörjas	5
	Kostnader i samband med insats	2
	LVM Beslut att begära polishandräckning för att genomföra beslut	1
	LVM Omedelbart omhändertagande 13 §	1
	LVM Omedelbart omhändertagande 13 §, upphävs 18 b §	1
	LVM Utredning 7 § LVM inleds	2



Organisation	Beslut	Antal beslut
<b>Ekonomi- och vuxenheten</b>		
	Placering i familjehem 11 Kap 1 § SoL, bifall	1
	Placering i familjehem 11 Kap 1 § SoL, påbörjas	1
	Placering på institution 11 Kap 1 § SoL, avslutas	1
	Placering på institution 11 Kap 1 § SoL, bifall	1
	Stödkontakt med socialsekreterare 11 Kap 1 § SoL avslutas	1
	Stödkontakt med socialsekreterare 11 Kap 1 § SoL förlängas	5
	Utredning 14 Kap 2 § SoL avslutas med insats	7
	Utredning 14 Kap 2 § SoL läggs ned	3
	<b>Summa beslut</b>	<b>535</b>

Organisation	Beslut	Antal beslut
<b>Familjerätten</b>		
	Att utse Socialsekreterare	1
	Lämna upplysningar 6 Kap 19 § FB	3
	Lämna upplysningar 6 Kap 20 § FB	1
	<b>Summa beslut</b>	<b>5</b>

Organisation	Beslut	Antal beslut
<b>Insatsgruppen</b>		
	Avge yttrande till Polismyndigheten	1
	Beslut att jml Kap 14 2 § SoL inleda utredning	4
	BoF Vård enligt SoL avslutas	2
	Ersättning från föräldrar 32 Kap3 § SoL	1
	Kostnader i samband med insats	8
	LVU Övervägande om vård med stöd av 2 § fortfarande behövs 13 § 1 o 2 st	4
	Personligt stöd 11 Kap 1 § SoL, avslutas	1
	Personligt stöd 11 Kap 1 § SoL, beviljas	1
	Personligt stöd 11 Kap 1 § SoL, förlängs efter omprövning	1
	Utredning 14 Kap 2 § SoL, avslutas med åtgärd	1
	Övervägande om fortsatt vård 22 Kap 13 § SoL	3
	<b>Summa beslut</b>	<b>27</b>

Organisation	Beslut	Antal beslut
<b>Mottagningsgruppen</b>		
	Beslut att jml Kap 14 2 § SoL ej inleda utredning	32
	BoF Avge yttrande till allmän domstol	1
	<b>Summa beslut</b>	<b>33</b>

Organisation	Beslut	Antal beslut
<b>Utredningsgruppen</b>		
	Avge yttrande till Polismyndigheten	1
	Avge yttrande till åklagarmyndighet	1
	Beslut att jml Kap 14 2 § SoL ej inleda utredning	1
	Beslut att jml Kap 14 2 § SoL inleda utredning	34
	BoF Avge yttrande till allmän domstol	1
	BoF Vård utanför eget hem enligt 11 kap 1§ SoL beviljas	4
	Intensiv hemmabaserad familjebehandling 11 kap 1 § SoL, beviljas	1
	Intensiv hemmabaserad familjebehandling 11 kap 1 § SoL, påbörjas	1
	Kostnader i samband med insats	8
	LVU Beslut att begära polishandräckning för att genomföra beslut, 43 § LVU	2
	LVU Placering i familjehem enligt 11 §	2
	Personligt stöd 11 Kap 1 § SoL, avslutas	4
	Personligt stöd 11 Kap 1 § SoL, beviljas	4
	Personligt stöd 11 Kap 1 § SoL, påbörjas	3
	Polisanmälan enl. 10 kap 2 § OSL	1
	Utredning 14 Kap 2 § SoL, avslutas med åtgärd	6
	Utredning 14 Kap 2 § SoL, avslutas utan åtgärd	7
	Övervägande om fortsatt vård 22 Kap 13 § SoL	2
	<b>Summa beslut</b>	<b>83</b>



# Härnösands kommun

Socialförvaltningen

## ANMÄLAN AV DELEGATIONSBESLUT

- Ledning/stab
- Stöd och bistånd
- Funktionsstöd
- Äldreomsorg
- Individ- och familjeomsorg

### avseende mars 2026

Punkt nr i deleg. fört.	Ärende/Namn	Personnr.	Beslut	Lagrum
2.12	Kammarrätten i Sundsvall		Fullmakt att företräda nämnden i mål nr 3226-25, 2026-03-03.	
2.12	Kammarrätten i Sundsvall		Fullmakt att företräda nämnden i mål nr 885-26, 2026-03-03.	

Underskrift

Helene Brändström, enhetschef

Namnförtydligande



Härnösands  
kommun

Socialförvaltningen

## Väntelista äldreomsorg 2026

	Jan.	Febr.	Mars	April	Maj	Juni	Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dec.
<b>Behov av gruppboende äldre</b>	<b>17</b>	<b>12</b>										
Vistas ordinärt boende	12	8										
Vistas korttidsboende	4	3										
Från annan kommun	1	1										
Väntat mer än 3 månader	5	5										
Väntat mer än 3 månader och tackat nej	2	2										
Antal som fått erbjudande men tackat nej	2	2										
Antal lediga äldrelägenheter	0	0										
Antal med annan beviljad insats*	16	11										
<b>Behov gruppboende dementa</b>	<b>16</b>	<b>18</b>										
Vistas ordinärt boende	11	14										
Vistas korttidsboende	5	4										
Från annan kommun	0	0										
Väntat mer än 3 månader	0	7										
Väntat mer än 3 månader och tackat nej	0	1										
Antal som fått erbjudande men tackat nej	0	0										
Antal lediga demenslägenheter	0	0										
Antal med annan beviljad insats*	16	18										
Antal tagna från korttids trots risk för vite (prioriterade före andra i kön)**	1	0										
<b>Totalt väntande</b>	<b>33</b>	<b>31</b>										

\*Utöver beslut om säbo/ i väntan på säbo-plats. (exempelvis korttidsvistelse eller hemtjänst)

\*\*Pga akut behov av korttidsplats, i samråd med enhetschef.



# Härnösands kommun

Socialförvaltningen

## Väntelista äldreomsorg 2025

	Jan.	Febr.	Mars	April	Maj	Juni	Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dec.
<b>Behov av gruppboende äldre</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>10</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>22</b>
Vistas ordinärt boende	2	5	8	6	3	2	5	4	6	13	13	18
Vistas korttidsboende	0	0	2	1	3	6	3	3	3	2	4	4
Från annan kommun	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2
Väntat mer än 3 månader	0	2	2	2	0	1	1	2	3	2	1	3
Väntat mer än 3 månader och tackat nej	0	2	2	1	0	1	1	2	3	2	1	2
Antal som fått erbjudande men tackat nej	2	2	2	1	1	1	2	2	3	2	2	2
Antal lediga äldrelägenheter	2	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	2
Antal med annan beviljad insats*	2	5	10	7	6	8	8	7	9	15	16	22
<b>Behov gruppboende dementa</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>11</b>	<b>9</b>	<b>4</b>	<b>10</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>17</b>	<b>20</b>
Vistas ordinärt boende	4	5	9	6	1	8	6	5	4	6	12	15
Vistas korttidsboende	3	3	2	3	2	2	0	2	7	6	5	5
Från annan kommun	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Väntat mer än 3 månader	1	1	2	1	1	0	0	1	2	1	1	2
Väntat mer än 3 månader och tackat nej	1	1	1	1	1	0	0	1	2	1	1	0
Antal som fått erbjudande men tackat nej	0	1	1	1	1	0	1	2	2	1	1	0
Antal lediga demenslägenheter	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2
Antal med annan beviljad insats*	7	7	10	8	3	10	6	7	11	12	17	20
Antal tagna från korttids trots risk för vite (prioriterade före andra i kön)**	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0
<b>Totalt väntande</b>	<b>10</b>	<b>13</b>	<b>21</b>	<b>16</b>	<b>10</b>	<b>18</b>	<b>14</b>	<b>14</b>	<b>20</b>	<b>28</b>	<b>34</b>	<b>42</b>

\*Utöver beslut om säbo/ i väntan på säbo-plats. (exempelvis korttidsvistelse eller hemtjänst)

\*\*Pga akut behov av korttidsplats, i samråd med enhetschef.





# Härnösands kommun

Socialförvaltningen

## Väntelista funktionsstöd 2025

	Jan.	Febr.	Mars	April	Maj	Juni	Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dec.
<b>Behov av gruppbostad</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Väntat mer än 3 månader	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Väntat mer än 3 månader och tackat nej	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Antal som fått erbjudande men tackat nej	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Antal med annan beviljad insats*	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0
<b>Behov servicebostad</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
Väntat mer än 3 månader	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Väntat mer än 3 månader och tackat nej	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Antal som fått erbjudande men tackat nej	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Antal med annan beviljad insats*	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
<b>Behov socialpsykiatriskt boende</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Väntat mer än 3 månader	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Väntat mer än 3 månader och tackat nej	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Antal som fått erbjudande men tackat nej	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Antal med annan beviljad insats*	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Totalt väntande</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>





## Hemtjänsttimmar 2025

	Jan.	Febr.	Mars	April	Maj	Juni	Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dec.
<b>Över 100 timmar antal</b>												
Härnön		4	4	3	5	1	10	5	7	9	5	5
Nord		3	6	4	3	2	3	3	6	5	5	5
Syd		5	7	6	5	5	5	4	3	3	0	4
Väst		2	4	4	3	1	2	4	1	1	3	4
Ängeparken		2	3	2	1	0	1	1	5	5	4	1
Öbacka		0	4	2	3	3	4	2	2	2	3	2
Modern		3	3	3	3	2	2	3	9	11	7	9
<b>Totalt</b>		<b>19</b>	<b>31</b>	<b>24</b>	<b>23</b>	<b>14</b>	<b>27</b>	<b>22</b>	<b>33</b>	<b>36</b>	<b>27</b>	<b>30</b>

<b>Under 100 timmar antal</b>												
Härnön		99	96	94	99	96	90	90	88	92	93	94
Nord		74	63	67	72	72	68	65	64	63	63	65
Syd		106	100	102	93	98	100	102	102	98	95	96
Väst		94	92	85	85	80	79	78	77	81	80	80
Ängeparken		78	72	69	69	67	64	64	65	69	70	68
Öbacka		92	77	72	71	70	74	76	70	72	74	78
Modern		79	79	83	84	85	84	88	85	91	90	89
<b>Totalt</b>		<b>622</b>	<b>579</b>	<b>572</b>	<b>573</b>	<b>568</b>	<b>559</b>	<b>563</b>	<b>551</b>	<b>566</b>	<b>565</b>	<b>570</b>

<b>Antal hemtjänstären den totalt</b>		<b>641</b>	<b>610</b>	<b>596</b>	<b>596</b>	<b>582</b>	<b>586</b>	<b>585</b>	<b>584</b>	<b>602</b>	<b>592</b>	<b>600</b>
---------------------------------------	--	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------

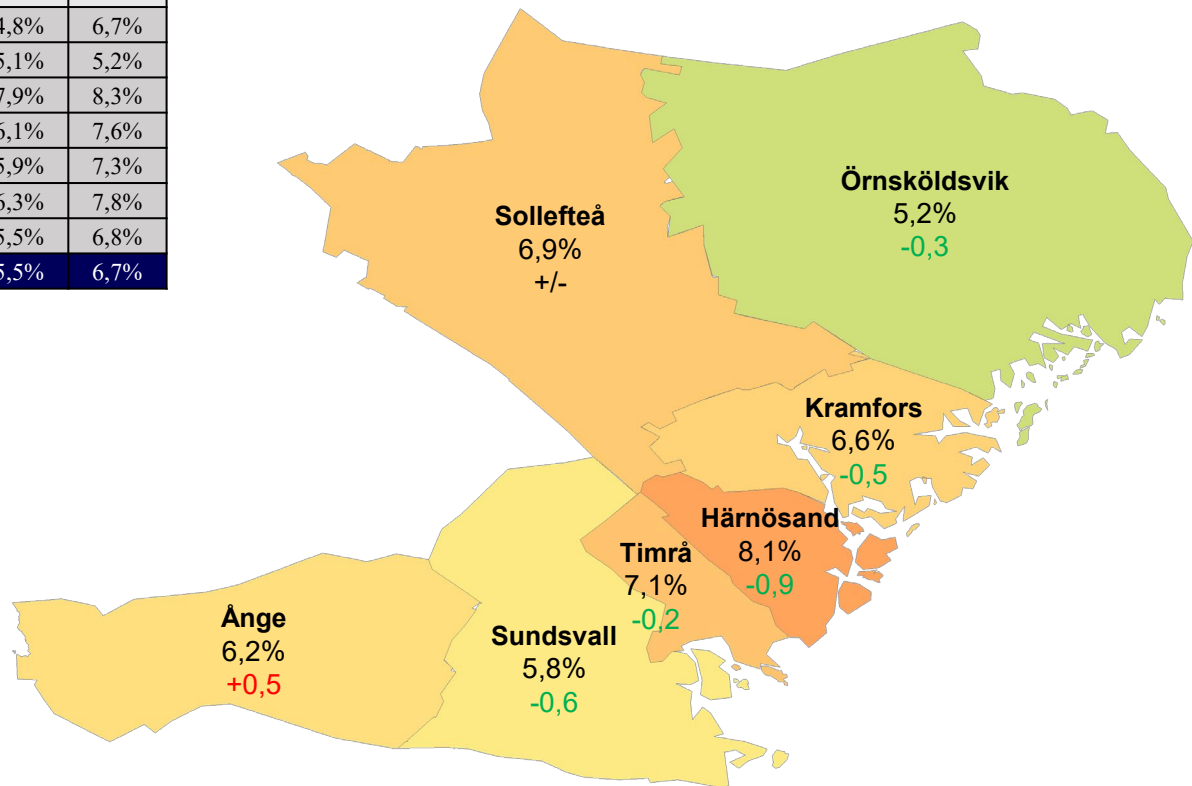
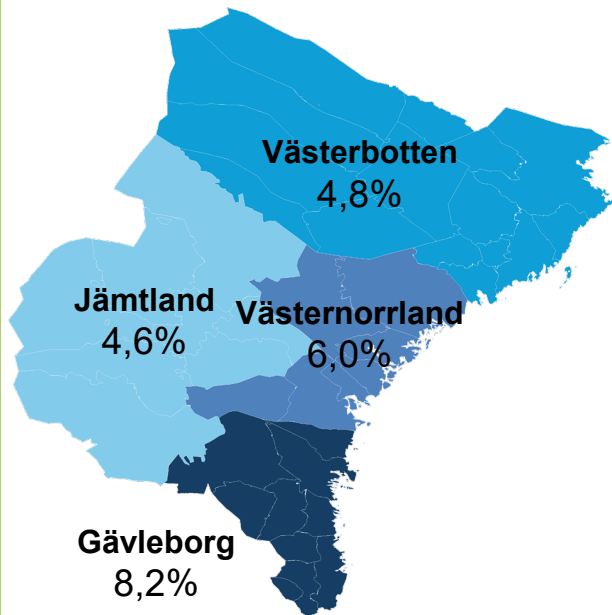
# Kommunstatistik januari

## Västernorrlands län



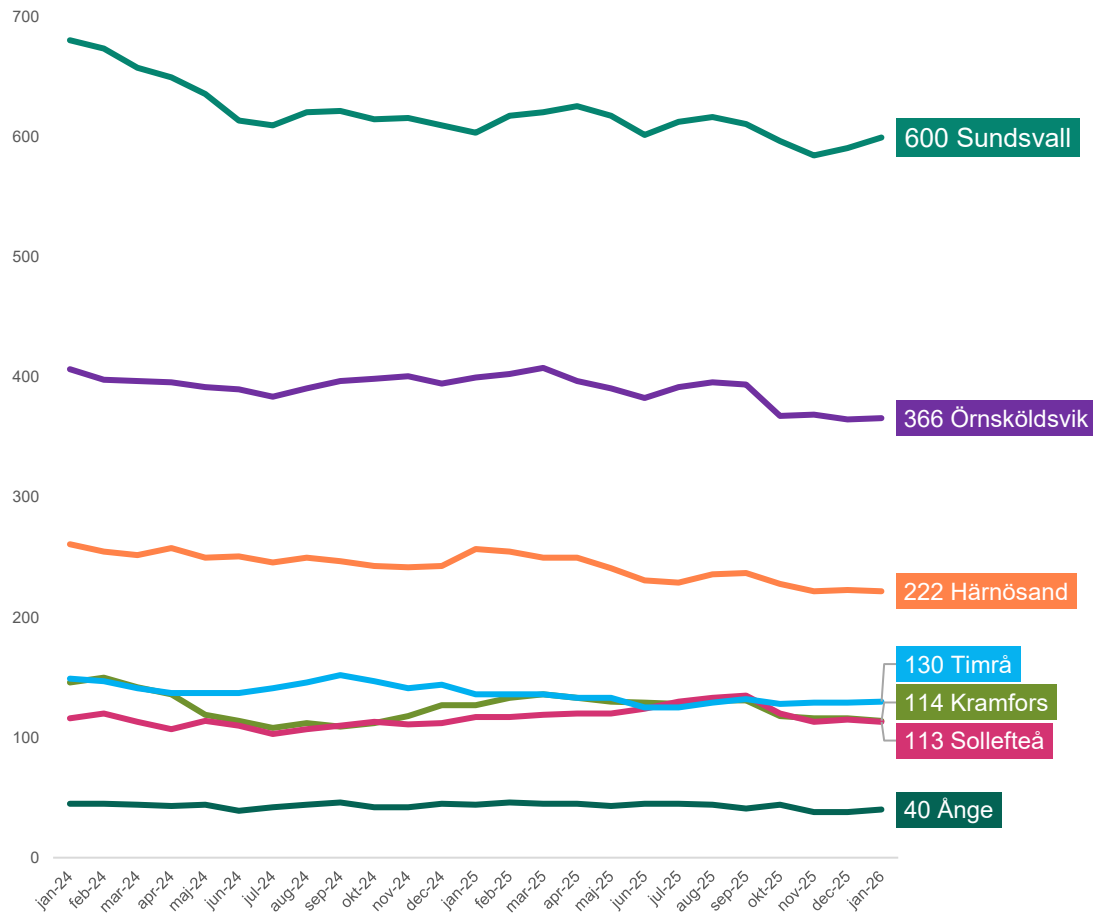
# Arbetslöshet Västernorrland januari 2026

Kommuner Västernorrlands län					
Kommun	Folkmängd	Jan 2026	12 mån	Kvinnor	Män
Sundsvall	99 127	5,8%	-0,6	4,8%	6,7%
Örnsköldsvik	55 398	5,2%	-0,3	5,1%	5,2%
Härnösand	24 354	8,1%	-0,9	7,9%	8,3%
Sollefteå	18 287	6,9%	+/-	6,1%	7,6%
Kramfors	17 446	6,6%	-0,5	5,9%	7,3%
Timrå	17 496	7,1%	-0,2	6,3%	7,8%
Ånge	9 033	6,2%	+0,5	5,5%	6,8%
Västernorrland	241 141	6,1%	-0,4	5,5%	6,7%



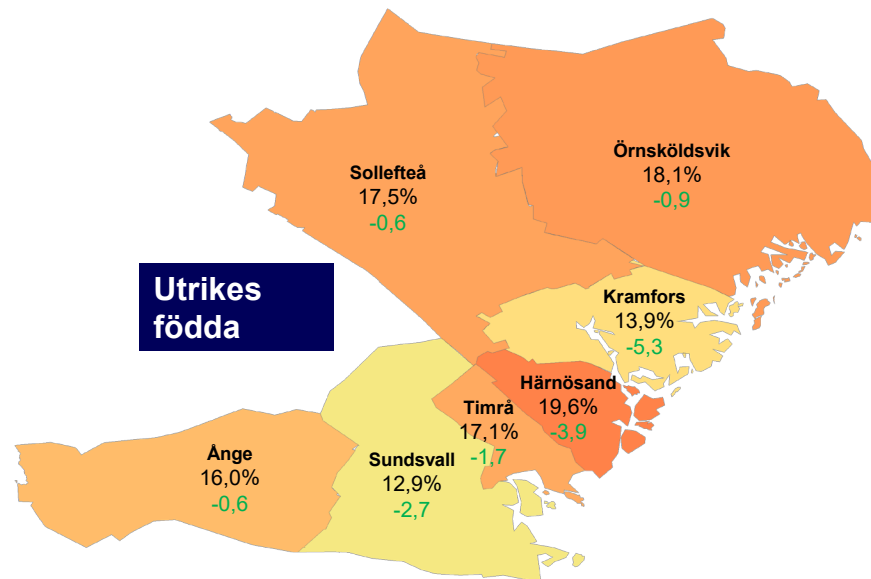
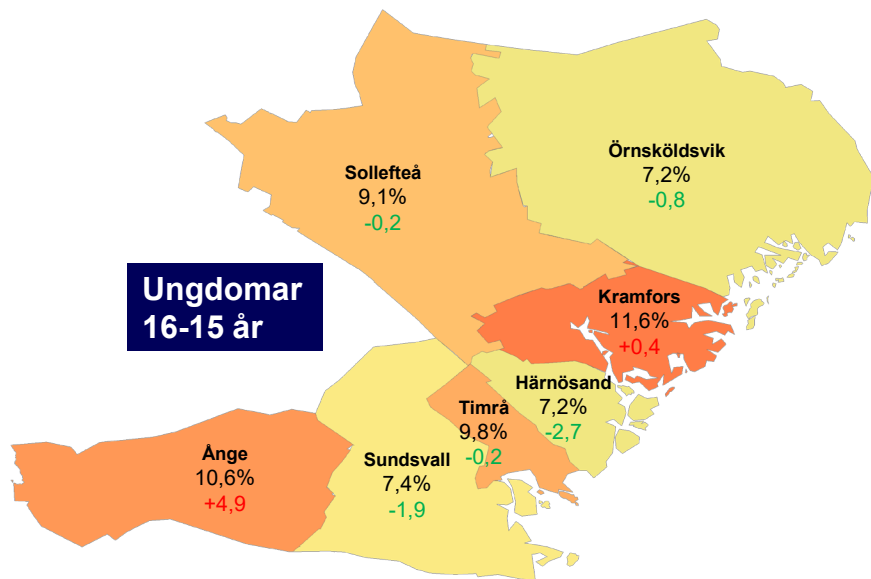
# Långtidsarbetslösa 24 mån Västernorrland januari 2026

Långtidsarbetslösa 24 mån, kommuner Västernorrlands län



Kommun	Jan 2026 (Diff 1 år)	Jan 2025	Jan 2024
Härnösand	222 (-35)	257	261
Kramfors	114 (-13)	127	146
Sollefteå	113 (-4)	117	116
Sundsvall	600 (-4)	604	681
Timrå	130 (-6)	136	149
Ånge	40 (-4)	44	45
Örnsköldsvik	366 (-34)	400	407
Länet	1585 (-100)	1685	1805

# Arbetslöshet Västernorrland januari 2026



### Ungdomar 18-25 år

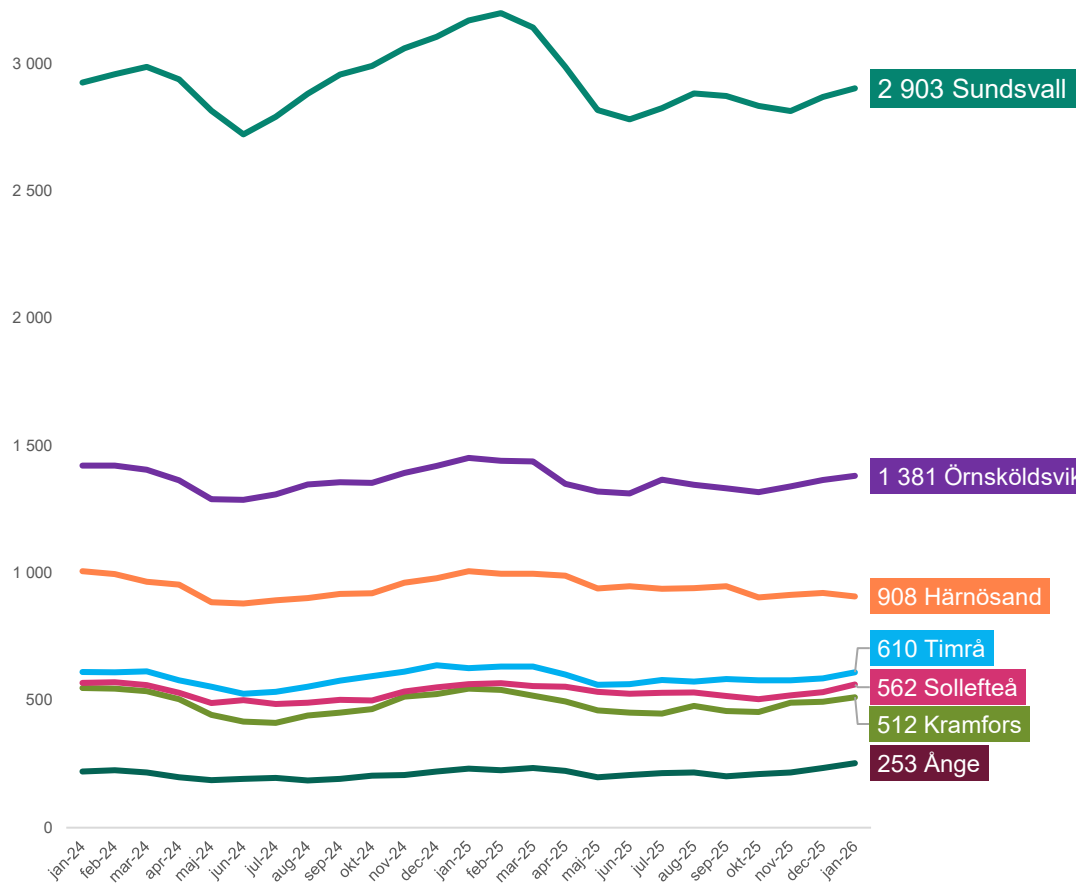
Kommun	Jan 2026	12 mån	Kvinnor	Män
Sundsvall	7,4%	-1,9	5,3%	9,5%
Örnsköldsvik	7,2%	-0,8	5,4%	8,7%
Härnösand	7,2%	-2,7	5,6%	8,6%
Sollefteå	9,1%	-0,2	6,3%	11,5%
Kramfors	11,6%	+0,4	10,7%	12,4%
Timrå	9,8%	-0,2	7,0%	12,3%
Ånge	10,6%	+4,9	9,2%	11,7%
Västernorrland	8,0%	-1,1	6,0%	9,9%

### Utrikes födda

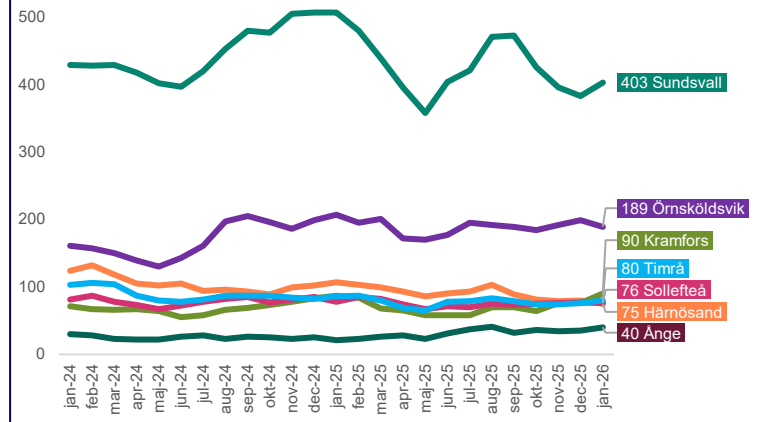
Kommun	Jan 2026	12 mån	Kvinnor	Män
Sundsvall	12,9%	-2,7	12,6%	13,1%
Örnsköldsvik	18,1%	-0,9	19,7%	16,5%
Härnösand	19,6%	-3,9	21,7%	17,6%
Sollefteå	17,5%	-0,6	16,5%	18,5%
Kramfors	13,9%	-5,3	13,1%	14,7%
Timrå	17,1%	-1,7	18,8%	15,3%
Ånge	16,0%	-0,6	16,4%	15,7%
Västernorrland	15,5%	-2,4	15,9%	15,1%

# Inskrivna arbetslösa januari 2026

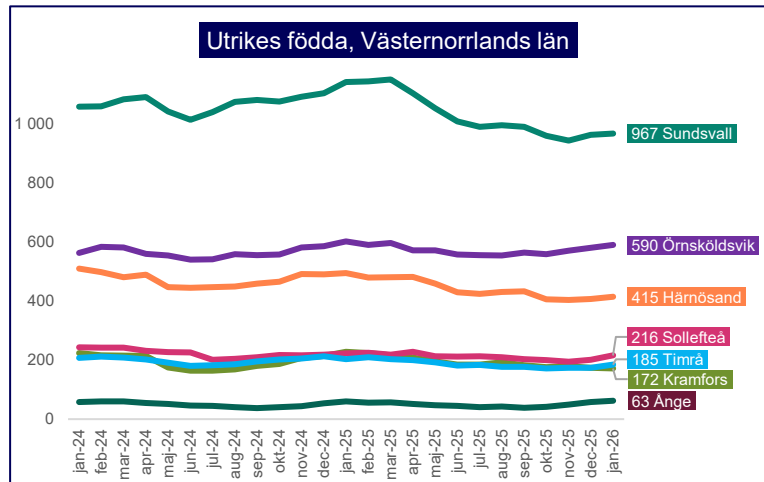
## Inskrivna arbetslösa, kommuner Västernorrlands län



## Ungdomar, Västernorrlands län



## Utrikes födda, Västernorrlands län



# Arbetsmarknadsdata, januari 2026

	Ramprogram						Anställningsstöd och Nystartsjobb					
	JOB	12 mån	UGA	12 mån	ETP	12 mån	Intro	12 mån	Särskilda insatser	12 mån	Nystartsjobb	12 mån
Härnösand	261	-57	12	-22	36	-3	8	+1	180	-21	55	-11
Kramfors	91	-27	12	-11	19	+2	7	-5	216	+/-	29	-1
Sollefteå	125	-24	14	-9	13	-1	15	-8	254	-6	20	-10
Sundsvall	700	-143	61	-50	67	+/-	64	+26	692	-9	82	-27
Timrå	140	-32	11	-3	19	-7	8	+7	183	+5	15	-6
Ånge	52	-6	5	+3	15	+3	6	-9	98	+1	5	-2
Örnsköldsvik	314	-43	24	-25	53	-9	19	+4	360	-8	62	-27
Län	1 683	-332	139	-117	222	-15	127	+16	1 983	-38	268	-84

**JOB**; Jobb- och utvecklingsgarantin

**UGA**; Jobbgaranti för ungdomar

**ETP**; Etableringsprogrammet

**Intro**; Introduktionsjobb

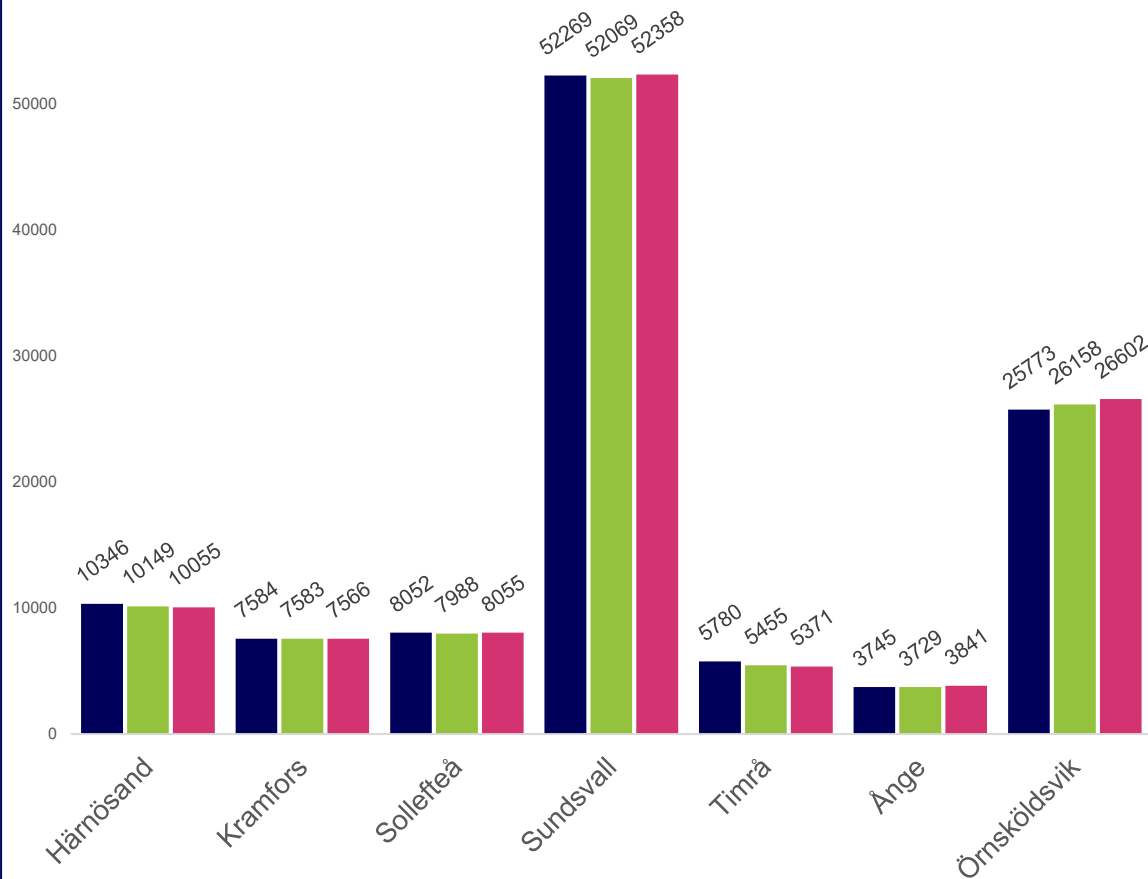
**Särskilda insatser**; Lönebidrag, Offentligt skyddat arbete (OSA), Lönebidrag Samhall

# Sysselsatta i länet länet (SCB\*)

\*Sysselsatta 15-74 år efter arbetsställets belägenhet (dvs arbetar på arbetsplats registrerad inom kommungränsen).

## Kommun Västernorrland

■ nov-23 ■ nov-24 ■ nov-25

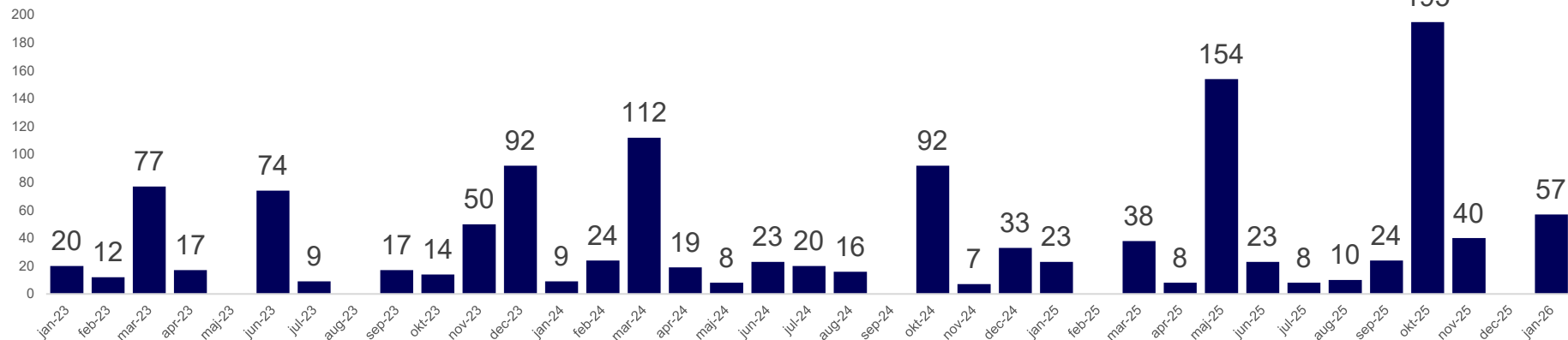


## 3 vanligaste branscher (näringsgren SNI) per kommun, november 2025

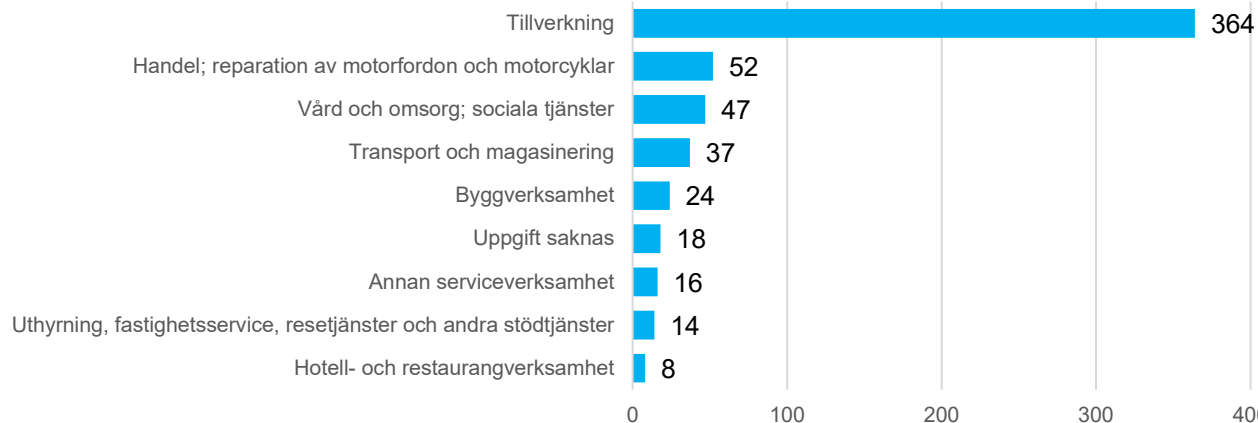
Kommun	Bransch	Bransch	Bransch
Härnösand	23% Civila myndigheter och försvar	18% Vård och omsorg, socialtjänst	12% Utbildning
Kramfors	23% Tillverkning och gruvor	20% Vård och omsorg, socialtjänst	9% Utbildning
Sollefteå	26% Vård och omsorg, socialtjänst	10% Utbildning	9% Byggindustri
Sundsvall	19% Vård och omsorg, socialtjänst	10% Handel och verkstäder	10% Juridik, Ekonomi, Fastighet, Resor mm
Timrå	19% Vård och omsorg, socialtjänst	14% Tillverkning och gruvor	12% Utbildning
Ånge	17% Vård och omsorg, socialtjänst	14% Tillverkning och gruvor	10% Utbildning
Örnsköldsvik	21% Tillverkning och gruvor	20% Vård och omsorg, socialtjänst	10% Handel och verkstäder
Länet	20% Vård och omsorg, socialtjänst	12% Tillverkning och gruvor	10% Utbildning

# Varsel Västernorrlands län

## Varslade 2023-2026 Västernorrlands län



## Antal varslade personer per bransch, Västernorrlands län. 2025-2026





## Nyhetsbrev - Ett hälsosammare och friskare Härnösand

Satsningen ”Ett hälsosammare och friskare Härnösand” är inte en enskild insats utan en bred och samordnad struktur av åtgärder som tillsammans syftar till att bygga en långsiktig och hållbar förebyggande modell i Härnösand. Utgångspunkten är att hälsa påverkas av flera faktorer, social gemenskap, fysisk aktivitet, tillgängliga mötesplatser, information, delaktighet och samverkan och att dessa behöver utvecklas parallellt för att ge verklig effekt.

Under satsningens första 1,5 år har flera betydande initiativ genomförts. Det har handlat om att stärka samverkan mellan olika verksamheter, utveckla nya former för dialog med äldre invånare, skapa fler hälsofrämjande aktiviteter samt förbättra strukturer för tidiga och förebyggande insatser. Arbetet har också inneburit att identifiera behov och hinder, testa nya arbetssätt och bygga upp samarbeten som kan leva vidare över tid.

Utvecklingsarbetet har inte bedrivits som avgränsade eller fristående projekt, utan som delar av en sammanhållen satsning med en gemensam målbild. Det innebär att insatserna hänger ihop, förstärker varandra och bidrar till en gemensam riktning mot ökad livskvalitet, självständighet och hälsa bland kommunens äldre invånare. Genom att arbeta strukturerat, långsiktigt och samordnat skapas bättre förutsättningar för en hållbar förändring, snarare än tillfälliga förbättringar.

Vad är pågående inom satsningen;

### 1. Tidiga och rehabiliterande insatser

Genom bedömnings- och insatsteam, fallförebyggande hembesök, strukturerade funktionsbedömningar och intensiv hemrehabilitering stärks individens förmåga i ett tidigt skede. Syftet är att förebygga funktionsförsämring och därigenom minska behovet av mer omfattande och resurskrävande insatser längre fram i vårdkedjan.

Detta arbetssätt har hittills bedrivits i särskild form, men är nu avsett att successivt implementeras i ordinarie verksamhet. Ambitionen är att det rehabiliterande och förebyggande förhållningssättet inte ska vara ett avgränsat projekt, utan en integrerad del av hemtjänstens och övriga verksamheters grunduppdrag.

En uppskalning och systematisering av arbetssättet möjliggör en mer likvärdig och hållbar struktur i äldreomsorgen. Rent konkret innebär det att tidiga bedömningar, funktionsbevarande insatser och ett aktivt stöd till självständighet blir norm snarare än undantag. Implementeringen är central för att säkerställa långsiktig effekt, både kvalitativt och ekonomiskt, och utgör en huvuddel av satsningens inriktning under 2026.



## 2. Sociala och hälsofrämjande mötesplatser

Inom ramen för satsningen har kommunen etablerat dagverksamhet, en fritidsgård för äldre samt veckovisa hälsoteman på Anhörigcenter. Dessa verksamheter bidrar till ökad fysisk aktivitet, social gemenskap och stärkt kunskap om egen hälsa.

Genom att främja aktivitet, gemenskap och delaktighet ges fler äldre möjlighet att leva självständiga och aktiva liv under längre tid. Insatserna ligger i linje med kommunens ambition att skapa trygga livsvillkor genom hela livet och stärker samtidigt målen om attraktivitet och delaktighet. Tillgängliga mötesplatser skapar ett inkluderande samhälle där äldre ges reella möjligheter att vara aktiva samhällsmedborgare.

Aktuella hälsoteman är inplanerade under hela våren med olika föreläsare med bland annat representanter från Härnösands hus som informerar om plus- och trygghetsboende och räddningstjänsten som berättar om krisförberedelser.

## 3. Stärkt anhörigstöd

Biståndsfri anhörigavlösning infördes under november 2025 som ett tidigt och tillgängligt stöd till anhöriga som vårdar närstående i hemmet. Syftet är att avlasta innan situationen utvecklas till tunga påfrestningar i omsorgssituationen och en ohälsa.

Anhöriga står för en betydande del av den faktiska omsorgen i kommunen. När deras förmåga att orka och fortsätta sitt uppdrag minskar, ökar risken för akuta insatser, utökad hemtjänst eller tidigare inflyttning i särskilt boende. Den biståndsfria modellen innebär att stödet kan sättas in utan föregående omfattande utredning, vilket möjliggör snabb respons och minskad tröskel för att söka hjälp.

Biståndsfri anhörigavlösning har dock ett månatligt maxtak och vid ökat behov hänvisas individ att ansöka om bistånd.

## 4. Samordning och lotsfunktion

Seniortorget och kommunens lotsfunktioner har skapats i syfte att stärka tillgängligheten till information, vägledning och stöd för äldre och deras anhöriga. Funktionen bidrar till att skapa en tydlig ingång till kommunens samlade insatser och minskar risken för att individer faller mellan verksamhetsområden eller söker stöd för sent i processen. Tidig vägledning möjliggör mer träffsäkra och förebyggande insatser.

Arbetet bedrivs inte isolerat inom kommunens organisation utan är en del av en bredare samverkansstruktur. Seniortorget samverkar aktivt med föreningsliv, studieförbund, idéburna organisationer, näringsliv samt andra relevanta aktörer. Samverkan syftar till att stärka den sociala infrastrukturen kring den äldre befolkningen.



Föreningslivet bidrar med sociala sammanhang och aktivitet. Näringslivet kan bidra med tjänster, tekniklösningar och innovativa arbetssätt. Civilsamhället skapar mervärden som kommunen ensam inte kan åstadkomma. Genom att mobilisera hela lokalsamhällets kapacitet, offentliga, privata och idéburna aktörer, byggs en mer robust och förebyggande struktur.

Här pågår ett utvecklingsarbete, i samverkan med verksamhetsutvecklare, för att än mer stärka kopplingar till både näringsliv och föreningsliv

## 5. Kompetensförsörjning

En avgörande framgångsfaktor i satsningen, och då främst inom äldreomsorgen, är att säkerställa rätt kompetens. För att möjliggöra förflyttningen mot ett mer förebyggande och rehabiliterande arbetssätt genomförs en stor satsning på riktade kompetensinsatser på bred front.

Satsningarna omfattar bland annat Demens ABC, Demens ABC – hemtjänst, Kommunikation ABC, uppdragsutbildningar i samverkan med universitet riktat både till hemtjänst personal samt legitimerad personal, och det finns även planerade, Virtual Reality-baserade, utbildningsinsatser. Dessa åtgärder är inte enbart utbildningsinsatser i traditionell mening, utan en del av en långsiktig strategi för att stärka kvalitet, likvärdighet och effektivitet i verksamheten.

Kompetensutvecklingen ska även ses i ett bredare kompetensförsörjningsperspektiv. I en tid av ökad konkurrens om arbetskraft är en tydlig professionell utvecklingsstruktur en strategisk faktor för att attrahera, utveckla och behålla medarbetare.

I dagsläget har tre uppdragsutbildningar via Lunds universitet genomförts och ytterligare två utbildningstillfällen är inplanerade till hösten 2026.

Utbildning med hjälp av Virtual Reality (VR) är under uppbyggnad och sker bland annat i samverkan med MIUN för att säkerställa evidens.

## 6. Forskning

Härnösands kommuns stora och unika satsning inom ramen för ”Ett hälsosammare och friskare Härnösand” följs nationellt. Redan från projektets start, 2024, har satsningen studerats med ett omfattande utvärderingsprojekt vid Lund- och Umeå Universitet, där ett forskarteam under ledning av Susanne Iwarsson följer och utvärderar arbetet under flera år.

Utvärderingsprojektet har två tydliga syften:

- Att utveckla en vetenskapligt förankrad modell för hur kommunala insatser för aktivt och hälsosamt åldrande kan utvärderas.
- Att undersöka hur ett kommunalt interventionspaket, bistått av ett socialt utfallskontrakt, påverkar både hälsa, välbefinnande, aktivt åldrande, äldres stöd från



# Härnösands kommun

äldreomsorg och kommunens resursanvändning samt hur effekterna fördelas i befolkningen.

Härnösand är en av få kommuner i landet som, med stöd av ett socialt utfallskontrakt via Utfallsfonden, ges möjlighet till ett mycket omfattande insatspaket av förebyggande åtgärder för äldre personer. Utvärderingsprojektet kommer bland annat att studera effekterna av detta finansierings- och uppföljningsupplägg, både ur ett verksamhetsperspektiv och utifrån de äldres upplevelser och hälsa.

Under två dagar i februari i år samlades representanter från kommunen, forskarteamet, doktorander och det vetenskapliga genomföranderådet för att dela lägesbilder och planera det fortsatta arbetet. Intresset från akademien är påtagligt. Representanter från fem olika lärosäten i Sverige fanns på plats i Härnösand. Fokus låg på att informera om vad som pågår inom satsningen, hur planeringen ser ut framåt och hur utvärderingsprojektet fortskrider.

## 7. Referensgrupp

En referensgrupp har bildats och är kopplad till arbetet för ett hälsosammare och friskare Härnösand. Gruppen är tänkt att fungera som en rådgivande part och som ett språkrör för de äldre medborgarna. Genom att ta tillvara äldres erfarenheter, behov och synpunkter bidrar referensgruppen till att hälsofrämjande insatser utformas på ett sätt som är relevant och förankrat i målgruppen.

En central uppgift för referensgruppen är att sprida information om pågående aktiviteter och satsningar som syftar till att stärka hälsa och välbefinnande bland äldre. Samtidigt samlar gruppen in tankar, idéer och förbättringsförslag från äldre invånare och för dem vidare till projektledning och beslutsfattare. På så sätt skapas en dialog mellan kommunen och de äldre medborgarna, där delaktighet och inflytande står i fokus.

Genom sitt engagemang förväntas gruppen bidra till att utveckla insatser som främjar livskvalitet, gemenskap och ett mer hälsosamt åldrande i Härnösand.

## 8. Kommunikation

Det pågår för närvarande ett nära arbete med kommunikationsavdelningen i syfte att arbeta betydligt mer aktivt med kommunikation/information gällande satsningen. Målgruppen är både våra egna medarbetare inom kommunen, nyfikna invånare, myndigheter och andra kommuner som är intresserade av frågor som rör äldres hälsa och livskvalitet. Då satsningen väcker nationellt intresse så är det av stor vikt att information finns att tillgå genom olika sociala kanaler och plattformar.

**Zarah Bussman**

T.f Projektledare



Kommunfullmäktige

§ 7

Dnr 2025-000345 3.7.2.0

## Avtalssamverkan - handläggning av ärende inom socialtjänstlagen åt annan kommun inom Västernorrland

### Kommunfullmäktiges beslut

Kommunfullmäktige beslutar

**att** godkänna avtalssamverkan kring överlåtelse av handläggning med övriga kommuner i länet, enligt avtal, samt

**att** avtalssamverkan börjar gälla från och med att beslutet vinner laga kraft.

### Yttranden

I ärendet yttrar sig Krister McCarthy (S) och Glenn Sehlin (SD).

### Yrkanden

Krister McCarthy (S) yrkar bifall till kommunstyrelsens förslag.

### Jäv

Carl-Fredrik Edgren (V) anmäler jäv och deltar inte i beredning eller beslut i ärendet.

### Bakgrund

För att skapa trygga förutsättningar för en rättssäker myndighetsutövning i situationer där exempelvis jävsituation riskerar att uppstå inom den egna organisationen, föreslås ett nytt samverkansavtal mellan samtliga kommuner i Västernorrland. Avtalet möjliggör att dessa ärenden kan handläggas av annan kommun inom länet.

### Beslutsunderlag

Protokollsutdrag kommunstyrelsen 2026-01-20 § 11

Protokollsutdrag socialnämnden 2025-11-27 §105

Protokollsutdrag KS Ånge kommun 2025-06-24 §131

Avtalssamverkan – handläggning av ärende inom socialtjänstlagen åt annan kommun inom Västernorrland.

Fördelar och nackdelar med länsgemensamt samverkansavtal, 2025-11-10.

Checklista inför beslut, 2025-11-10



**Kommunfullmäktige**

---

---

Justerandes sign

Utdragsbestyrkande



## Frågor från oppositionen till Socialförvaltningen

### 1. Vi vill ha en redovisning av boendesamordnaren hur det sett ut under 2025. Redovisa den statistik som görs.

*Boendesamordnaren svarar:*

Det jag ser här och nu är att många som sökt plats på äldreboende tackar nej och att många anger som skäl att hemtjänsten fungerar bra eller bättre än tidigare. Mer sällan är det geografiska önskemål som styr att den enskilde tackar nej. Vilket är en positiv utveckling mot för tidigare när äldre sökte boende för att hemtjänst inte var tillräcklig.

Vad gäller demens ser jag ur mina glasögon att demens kryper ner i åldrar, att när den enskilde söker plats på demensboende är det i många fall ohållbart till den gräns att korttids i väntan på är av vikt för att den enskilde inte ska utsätta sig för fara. Av alla utredningar jag läser är bedömningar strama i jämförelsevis med för 10 år. Ständigt flertal svåra ärenden i kön med beteendeproblematik som skulle behöva en korttidsplats men på grund av platsbrist behöver verkställas i hemmet i väntan på ledig plats eller prioritering. Utifrån lång kö på demens och risk för vite är det svårt att prioritera förtur till boende.

Hemtjänsten har i alla ärenden jag varit delaktig i gjort enorma insatser kring demenssjuka som har vandringsbeteende eller andra utmanande beteenden.

Vad gäller äldre-kön anser inte jag att den är oroväckande, en kö behövs i mina ögon för att besluten inte ska bli generösa och att den enskilde verkligen ska tacka ja när den erbjuds plats. Demensköen är lite mer problematisk då demenssjuka är mer sårbar och många har beteende som är svåra för hemtjänst att tillgodose i hemmet, bland annat behovet av tillsyn över hela dygnet.

### 2. Hur har det gått med de statsbidrag som förvaltningen sökt under 2025? Vilka fick vi och hur mycket samt resultat?

*Svar:* Se sida 2.

# Bidrag

Bidragsbudget (mnkr)	Årsutfall 2025	Årbudget 2025	Avvikelse utfall/budget
Odefinierat för att täcka skillnad mellan det som flyttades över för BEA och beräknad beredskapsersättning	0,0	2,7	-2,7
God vård och omsorg om äldre	12,6	12,3	0,3
Nära vård	2,0	2,4	-0,3
Ny socialtjänstlag	2,9	3,3	-0,4
Motverka ofrivillig ensamhet bland äldre genom hälsosamtal	0,3	0,0	0,3
Förbereda inför en socialtjänstregisterdatalag	0,1	0,0	0,1
Äldreomsorgslyftet	2,6	0,0	2,6
Motverka ofrivillig ensamhet bland äldre	0,2	0,0	0,2
Habiliteringsersättning	1,2	0,0	1,2
Subventioner av placeringar i sociala barn- och ungdomsvården	2,5	0,0	2,5
Skolsociala team 2025	0,2	0,4	-0,2
Återbetalning skolsociala team 2024	-0,4	0,0	-0,4
Ökad och jämlik tillgång till föräldraskapsstöd	0,2	0,2	0,0
Statsbidrag avhopparverksamhet polis/Socialstyrelsen	0,2	0,0	0,2
Human-projektet	0,4	0,0	0,4
ESF Tryggad välfärd	2,6	1,9	0,7
ESF Modell för individ - 2609	0,9	0,9	0,0
ESF Alla behövs	0,3	1,1	-0,8
Informationssatsning	0,3	0,3	0,0
Välfärd och arbetsmarknad	0,3	0,3	0,0
<b>Totalt</b>	<b>29,4</b>	<b>25,7</b>	<b>3,7</b>