



**VAGGERYDS
KOMMUN**

Rapport intern kontroll 2025

Socialförvaltningen

Antagen: 202602XX

AU 20260129

Ansvarig förvaltning: Socialförvaltningen

Ansvarig tjänsteman: Verksamhetschef stab

BAKGRUND OCH SYFTE MED INTERN KONTROLL

Syftet med intern kontroll är att förebygga, upptäcka och åtgärda brister som kan hindra organisationen att genomföra ändamålsenlig och effektiv verksamhet enligt lagar, förordningar och uppsatta mål. Kommunallagen 6 kap 6§ ställer krav på att varje nämnd och styrelse ska ha en tillräcklig intern kontroll i sin verksamhet. Socialförvaltningens interna kontroll ingår i ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) och är en central del i förvaltningens systematiska kvalitets- och utvecklingsarbete där resultat och utfall i internkontrollen utgör grund för förbättrings- och utvecklingsarbete.

PROCESS FÖR INTERN KONTROLL I SOCIALFÖRVALTNINGEN

Socialförvaltningens interna kontroll utgår från Vaggeryds kommuns reglemente för internkontroll samt Vaggeryds kommun tillämpningsanvisningar för internkontroll. Arbetsprocessen utgår till stor del från SKR:s beskrivning av intern kontroll.

- Identifiering och kartläggning av risker
- Bedömning och värdering av risker
- Upprättande av internkontrollplan
- Genomförande plan
- Utvärdering av genomförd intern kontroll
- Åtgärdsplan för eventuellt kvarstående risker
- Rapportering

IDENTIFIERING OCH KARTLÄGGNING AV RISKER

En risk är en möjlig händelse eller omständighet som kan göra det svårare att uppnå verksamhetens mål eller utföra verksamhetens uppdrag. Risker kan utgå från yttre omständigheter t.ex. ändrad lagstiftning som ställer nya krav. Det kan också finnas i verksamhetens processer eller rutiner. Likaså finns det risker kopplade till följsamhet gällande lagar, regler och riktlinjer. Risker kan således vara förhållanden, företeelser, händelser, agerande eller brist på agerande. Riskanalyser genomförs ute i verksamheten och ska vara en del av analysarbetet inför planeringen av verksamheten. Verksamheternas riskanalyser är sedan underlag för en förvaltningsövergripande riskanalys. I arbetet med att kartlägga och identifiera risker kan följande delar användas; befintliga styrdokument, riktlinjer, rutiner, reglementen, kvalitetsuppföljningar, revisionsrapporter eller synpunkts- och avvikelserapportering för att hitta potentiella risker.

BEDÖMNING OCH VÄRDERING AV RISKER

Identifierade risker värderas utifrån sannolikhet (hur troligt är det att risken finns eller kan uppkomma?) och konsekvens (hur allvarlig blir konsekvensen om den inträffar?). Bedömningen sker genom en 4-gradig skala enligt följande;

Konsekvens	Konsekvens				Sannolikhet
	4. Allvarlig	4	8	12	16
	3. Kännbar	3	6	9	12
	2. Lindrig	2	4	6	8
	1. Försumbar	1	2	3	4
		1. Osannolik	2. Mindre sannolik	3. Möjlig	4. Sannolik

Värdering av identifierad risk görs genom att konsekvensvärdet multipliceras med sannolikhetsvärdet.

Värdering	Hantering
1-3	Ingen åtgärd
4-6	Risken bevakas
8-12	Internkontrollplan
16	Internkontrollplan samt åtgärd

UPPRÄTTANDE AV PLAN FÖR INTERN KONTROLL

Risikanalys genomförs inom respektive verksamhetsområde och på enhets-/områdesnivå och är underlag för den riskanalys som förvaltningsledning gör och sammanställer förvaltningsövergripande. De risker som i den förvaltningsövergripande riskanalysen värderats till 8 eller högre, ingår i planen för intern kontroll. Likaså ingår de risker som kvarstår från föregående års internkontroll.

Kontrollmoment är kontroll av att gällande regelverk följs, t.ex. rutiner/riktlinjer eller annat. För varje kontrollmoment ska det tydligt framgå vad som ska kontrolleras, hur kontrollen ska genomföras, när kontrollen ska genomföras och vem som ska utföra kontrollen. Syftet med kontrollmomenten är att identifiera brister samt att motverka och minimera/eliminera risker. Denna riskhantering ingår i ordinarie och löpande kvalitets- och förbättringsarbete (SOSFS 2011:9).

RAPPORTERING OCH GENOMFÖRANDE

Genomförandet av kontrollmomenten görs på olika sätt. Vissa kontrollmoment genomför enhets- och områdeschefer, andra genomför stödjande funktioner. För varje kontrollmoment finns en funktion som utför kontrollmomentet och en funktion som är ansvarig för det. Resultat från kontrollmomenten analyseras och sammanställs i en rapport för den interna kontrollen och redovisas för nämnd samt delges därefter till kommunstyrelsen samt kommunens revisorer.

PLAN FÖR INTERN KONTROLL ÅR 2025

I rapporten för den interna kontrollen för år 2024 visade ett antal områden på brister och flera områden bedömdes som ej godkända. Dessa områden kvarstår i 2025 års interna kontroll. Ytterligare områden har identifierats som riskmoment och har därmed tagits med. Följande riskområden ingår i 2025 års interna kontroll:

Riskmoment		Beskrivning av risker
1	God hygienisk standard (kvarstår från 2024)	En god hygienisk standard är en grundläggande förutsättning för att kunna bedriva den kommunala vård och omsorgen. Detta regleras i flertalet lagar och syftet är bland annat att förhindra smittspridning och förhindra allvarliga sjukdomar. Men det är även till skydd för medarbetare som arbetar med dessa risker. I tidigare Kvalitets- och Patientsäkerhetsberättelse och i tidigare granskningar och kontroller har det varit tydligt att detta är ett riskområde där förvaltningen idag har brister. Resultatet i följsamhet för god hygienisk standard har successivt försämrats sedan år 2020.
2	Otillbörlig åtkomst/intrång i verksamhetssystemet Combine (kvarstår från 2024)	En viktig del i säkerhetsarbetet inom förvaltningen är att säkerställa att endast behöriga har tillgång till känslig information. I och med att förvaltningen infört tjänstemobiler för samtliga medarbetare ökar även tillgängligheten till information. Områden har tidigare visat brister vilket gör att detta ses som ett fortsatt riskområde.
3	Person-/överfallslarm (kvarstår från 2024)	Om person-/överfallslarm (för personal) inte fungerar finns risk för allvarlig skada och lidande. Bristerna i den tidigare interna kontrollen gör att detta område ses som ett fortsatt riskområde.
4	Dokumentation (kvarstår från 2024)	Brister i dokumentationen kan medföra att beslut fattas på ett otillräckligt eller felaktigt underlag. Dokumentationen och den enskildes rätt till insyn i ärenden som rör myndighetsutövning stärker den enskildes skydd mot felaktig eller bristande myndighetsutövning. Brister i dokumentationen har framkommit i interna utredningar, men också externa granskningar t.ex. Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO).
5	Synpunkter och klagomål (kvarstår från 2024)	Enligt SOSFS 2011:9 ska verksamheten ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet. Dessa ska sammanställas och analyseras för att verksamheten ska kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet. Om inte detta görs finns en risk att verksamheten förbiser brister som påverkar patientsäkerheten och möjligheten att upprätthålla en god och säker vård samt upprätthålla en verksamhet av god kvalitet. I brukarundersökningar, kartläggning av

		hälso- och sjukvården samt det faktum att medborgare hör av sig till IVO innan de klagar till förvaltningen visar på tydliga brister inom detta område.
6	Digitalisering och användning av digitala verktyg (kvarstår från 2024)	I takt med att förvaltningen digitaliserar verksamheten mer och mer, innebär det också att andra risker än tidigare uppstår. I forskningsrapporten "Digitaliseringens risker i hälso- och sjukvård" som Totalförsvarets Forskningsinstitut (FOI) gav ut 2023 har följande tre risker med digitaliseringen inom hälso- och sjukvården identifierats: 1. Osäkra system leder till risker för patienter, personal och omgivning. 2. Olämpliga system minskar effektiviteten eller ökar belastningen på personalen. 3. Opålitlig infrastruktur leder till följdproblem i system som förlitar sig på infrastrukturen. Dessa risker ses samlat inom förvaltningens verksamhet både hälso- och sjukvård samt socialtjänst. Samtidigt som digitaliseringen möjliggör olika typer av förbättringar så innebär det även risker och sårbarheter, vilket också visat sig i avvikelser som rör system samt införandet av desamma.
7	Personal- och kompetensförsörjning (ny 2025)	Att hitta rätt kompetens är en utmaning som verksamheten står mitt i och som kan bli en större utmaning framåt. Det finns redan idag svårigheter inom flera verksamheter att rekrytera kompetent och erfaren personal. Samtidigt sker förändringar i socialtjänstens uppdrag dels genom omställning nära vård men också omställning ny socialtjänstlag och förändringar i de behov som verksamhetens målgrupp har. Detta ställer stora krav på verksamheten att använda befintlig bemanning på ett resurseffektivt sätt, men också att säkerställa att de som arbetar i verksamheten har rätt kompetens.

Uppföljning av plan för intern kontroll år 2025										
Socialförvaltningen Vaggeryds kommun										
Riskbedömning			Kontrollmoment							Utvärdering*
Riskmoment	Sannolikhet	Konsekvens	Värdering	Kontrollpunkt	Metod	Frekvens	Genomförs av	Ansvarig	Utvärdering (godkänd/ej godkänd)	Resultat
God hygienisk standard	3	4	12	Rutin basala hygienrutiner	Kontroll av följsamhet till rutin samt resultat	2 ggr/år	Utvecklingssamordnare	MAS	Delvis godkänd	Alla enheter har inte genomfört och observerat alla 10 mätpunkter. Vissa enheter uppger att de inte har 10 situationer som kan mätas andra att man inte hunnit göra 10 st. Det finns ingen etablerad ersättningsstruktur och samtliga arbetsgrupper har inte utsedda ombud. Det finns dock en tydlig förflyttning i ökad följsamhet mellan mättillfällena vilket kan tydas som att aktuella insatser ger resultat.
Otillbörlig åtkomst/intrång i verksamhetssystemet Combine	2	4	8	Rutin loggkontroll	Kontroll följsamhet till rutin för loggkontroll samt resultat	2 ggr/år	Systemförvaltare	EC KoU	Delvis godkänd (IFO)	Kontroller genomförs månatligt inom IFO, myndighet och utförardel vilket har skett utan anmärkningar och avvikelser. Loggkontroll är inte genomförd för utförare inom område ÄO och FO vid de 2 aktuella mättillfällena som ligger i juni och december.
Person-/överfallslarm	2	4	8	Rutin provlarmning	Kontroll följsamhet till rutin för provlarmning samt resultat	2 ggr/år	Systemförvaltare	EC KoU	Delvis godkänd	Provlarmningar är genomförda utan anmärkning. Dock saknas underlag från någon enstaka enhet. Rutinen är uppdaterad under december månad.
Dokumentation	3	4	12	Följsamhet till SOSFS 2014:5 samt HSLF-FS 2016:40	Kontroll av förekomst av egenkontrollprogram samt resultat	1 ggr/år	Utvecklingsledare	EC KoU	Delvis godkänt	Det finns ingen framtagen egenkontroll för dokumentation. Orsaken är främst hög belastning i verksamheterna, både stödjande och kärnverksamhet, Det arbetet är framskjutet till 2026 och kommer omfatta fler områden än dokumentation. Introduktionsprogrammet för 2025 inkluderar dokumentation och ämnet finns med i kompetenskartläggningen

RAPPORT FÖR INTERN KONTROLL 2025 SOCIALFÖRVALTNINGEN

Synpunkter klagomål	3	3	9	Följsamhet SOSFS 2011:9	Kontroll följsamhet rutin samt digital hantering	1 ggr/år	EC KoU	VC Stab	Godkänt	Uppdaterad rutin finns och digital hantering är implementerad
Digitalisering och användning av digitala verktyg	3	4	12	Följsamhet systemförvaltar-handbok	Kontroll förekomst av risk- och konsekvensanalyser samt åtgärder enligt systeminventering	2 ggr/år	VU IT	VC Stab	Godkänt/delvis godkänd	Implementering av digitala verktyg föregås av riks/konsekvensanalys. Systeminventeringen pågår där olika klassningar görs av systemet. Detta är inte helt genomfört och bedöms som delvis. Avbrottsplaner finns kring de verksamheter som har fått nya digitala verktyg under året.
Personal- och kompetensförsörjning	3	4	12	Handlingsplan personal- och kompetensförsörjning	Kontroll förekomst av handlingsplan och framsteg enligt den	2 ggr/år	VC stab	FC Stab	Godkänd/delvis godkänd	Kompetensbehovskartläggning är genomförd och åtgärder planerad utifrån densamma.

Resultat 2025

Riskområde 1 – God hygienisk standard

En god hygienisk standard är en grundläggande förutsättning för att kunna bedriva den kommunala vård och omsorgen. Detta regleras i flertalet lagar och syftet är bland annat att förhindra smittspridning och förhindra allvarliga sjukdomar. Men det är även till skydd för medarbetare som arbetar med dessa risker.

Metod

Kontrollen består i att hygienombud vid 2 tillfällen/år kontrollerar följsamheten till de basala hygienregler som finns etablerade. Detta omfattar 10 kontrollpunkter som dels observerar aktuella hygienregler dels att regler runt skyddsutrustning och kläder följs korrekt. Detta görs genom observationer i det dagliga arbetet och sammanställs för på förvaltningsnivå och utgör grund till bedömning av följsamhet.

Medicinsk ansvarig sjuksköterska (MAS) lämnar sina iakttagelser, men dels också utifrån uppgifter som områdescheferna lämnar i respektive verksamhetsberättelse. Det resultatet sammanställs och bedöms samlat av MAS.

Resultat och analys

	Procent	Bedömning
Andel som genomfört observationer	71 %	Delvis
Helt korrekt följsamhet till basala hygienrutiner (Korrekt i alla fyra steg)	82 %	Delvis
Helt korrekt följsamhet till klädregler (Korrekt i alla fyra steg)	95 %	Gott
Helt korrekt följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (procent)	81 %	Delvis
Ett aktivt arbete för att förbättra följsamhet till rutin för basala hygienrutiner pågår inom samtliga verksamheter		Delvis, bör fortgå

Summering

Det är en utmaning att få alla hygien ombud att genomföra och observera alla 10 mätpunkter. Vissa enheter uppger att de inte har 10 situationer som kan mätas under mätperioden. Någon säger att man inte hunnit göra 10 st. Vid frånvaro ersätter inte hygienombuden varandra mellan olika enheter och samtliga arbetsgrupper har inte utsedda ombud. Det finns dock en tydlig förflyttning i ökad följsamhet mellan mättillfällena vilket kan tydas som att aktuella insatser ger resultat.

Fortsatta åtgärder:

Synliggöra och utveckla hygienombudets förutsättningar för att utföra sitt uppdrag. Socialstyrelsens utbildning digitalt "Basala hygienrutiner i vård och omsorg" som ska göras årligen och behöver få en tydlig planering så att kunskapen och följsamheten säkras.

Området god hygienisk standard berörs närmare i kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen för 2025.

Fortsatt uppföljning och systematisk kontroll bör kvarstå.

Riskområde 2 – Otillbörlig åtkomst/intrång i verksamhetssystemet

En viktig del i säkerhetsarbetet inom förvaltningen är att säkerställa att endast behöriga har tillgång till känslig information. Loggkontroller ska utföras enligt framtagna rutiner och verksamheten måste göra systematiska och återkommande kontroller för att både förebygga och upptäcka om det förekommer någon obehörig åtkomst till bruksuppgifterna.

Metod

Kontrollen består av en redovisning av systemförvaltare kring följsamheten till rutinen för loggkontroll.

Resultat och analys

	2025
Loggkontroll utifrån rutin är genomförd	Delvis
Logglista signerad av aktuell chef	Delvis
Rutinen är uppdaterad, aktuell och känd för berörda intressenter	Delvis

Kontroller genomförs månatligt inom IFO, myndighet och utförardel vilket har skett utan anmärkningar och avvikelser.

Loggkontroll är inte genomförd för utförare inom område ÄO och FO vid de 2 aktuella mätillfällena som ligger i juni och december. Orsaken till detta hänvisas till vakant tjänst samt arbetsanhopning för systemutvecklare i samband med förberedelser inför omställningen nya socialtjänstlagen

En extra kontrollpunkt kommer genomföras under februari,

Fortsatta åtgärder

Förändrat arbetssätt behövs fortsatt som underlättar för chefer att rapportera granskningsreturen på loggkontrollerna. Det arbetet kommer inledas skyndsamt.

Området bedöms som ej godkänt och kvarstår.

Riskområde 3- Personlarm

Om person-/överfallslarm (för personal) inte fungerar finns risk för allvarlig skada och lidande.

Metod

Stickprov enligt gällande rutin.

Resultat och analys

	2025
Provlarmning är utförd enligt gällande rutin	Ja
Rutinen för överfalls-/personlarm är uppdaterad, aktuell och känd för berörda intressenter	Ja

Provlarmning har genomförts enligt planering med något enstaka undantag varvid resultatet ändå bedöms som uppnått. Rutinen är uppdaterad och känd även om någon enstaka enhet ej följt densamma.

Fortsatta åtgärder

Området bedöms som godkänt men fortsatt uppföljning och systematisk kontroll bör kvarstå

Riskområde 4 – Dokumentation

Brister i dokumentationen kan medföra att beslut fattas på ett otillräckligt eller felaktigt underlag. Dokumentationen och den enskildes rätt till insyn i ärenden som rör myndighetsutövning stärker den enskildes skydd mot felaktig eller bristande myndighetsutövning. I verkställigheten är dokumentationen lika viktig. Där ska en genomförandeplan upprättas tillsammans med den enskilde och därefter följas upp minst 1 ggr/halvår eller om behovet och därmed insatserna ändras. Brister i dokumentationen har framkommit i interna utredningar.

Metod

Kontroll av förekomst av egenkontrollprogram samt utbildningsinsatser.

Resultat och analys

	2025
Finns beslutat egenkontrollprogram för dokumentation	Nej
Finns introduktionsprogram där dokumentation är inkluderat	Ja
Finns framtagna kompetensutvecklingsplaner där dokumentation ingår	Ja

Området dokumentation har varit ett nytt område i internkontrollen för 2024 och kvarstod under 2025. Planeringen var att under 2025 året har ett förslag på egenkontrollprogram. På grund av hög belastning i verksamheterna, både stödjande och kärnverksamhet, har arbetet med att ta fram ett egenkontrollprogram ej slutförts. Det arbetet är framskjutet till 2026 och kommer omfatta fler områden än dokumentation. Introduktionsprogrammet för 2025 inkluderar dokumentation. I det arbetet som pågått kring kompetensutvecklingsplaner, finns dokumentationskunskap med.

Fortsatta åtgärder

Under 2026 kommer framtaget egenkontrollprogram för bl.a. dokumentation att upprättas och införas. En breddutbildning för samtlig personal inom AO och FO kommer genomföras under våren 2026 och en mer djupgående utbildning planeras för ombud under året. Området är godkänt avseende utbildningsinsatser men en systematiskt återkommande kontroll och möjlighet till stöd bör dock överföras till kommande egenkontroll.

Riskområde 5 – Synpunkter och klagomål

Enligt SOSFS 2011:9 ska verksamheten ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet. Dessa ska sammanställas och analyseras för att verksamheten ska kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet. Om inte detta görs finns en risk att verksamheten förbiser brister som påverkar patientsäkerheten och möjligheten att upprätthålla en god och säker vård samt upprätthålla en verksamhet av god kvalitet. I brukarundersökningar, kartläggning av hälso- och sjukvården samt det faktum att medborgare hör av sig till IVO innan de klagar till förvaltningen visar på brister inom detta område.

Metod

Kontroll förekomst av rutin, digital hantering samt följsamhet

Resultat och analys

	2025
Förvaltningens process för synpunktshantering är dokumenterad	Ja
Förvaltningens process för synpunktshantering är digitaliserad	Ja

Det finns sedan tidigare process för hantering av klagomål och synpunkter, vilken har reviderats under 2025. Det finns även uppdaterad rutin och utredningsmall för utredning av klagomål. Under hösten implementerades den digitala hanteringen där medborgaren, förutom etablerade kanaler, nu kan inkomma med sin synpunkt via hemsidan.

Fortsatta åtgärder

Området är godkänt och bedöms kunna avslutas.

Riskområde 6 – Digitalisering och användning av digitala verktyg

I takt med att förvaltningen digitaliserar verksamheten mer och mer, innebär det också att andra risker än tidigare uppstår. I forskningsrapporten "Digitaliseringens risker i hälso- och sjukvård" som Totalförsvarets Forskningsinstitut (FOI) gav ut 2023 har följande tre risker med digitaliseringen inom hälso- och sjukvården identifierats: 1. Osäkra system leder till risker för patienter, personal och omgivning. 2. Olämpliga system minskar effektiviteten eller ökar belastningen på personalen. 3. Opålitlig infrastruktur leder till följdproblem i system som förlitar sig på infrastrukturen.

Dessa risker ses samlat inom förvaltningens verksamhet både hälso- och sjukvård samt socialtjänst. Samtidigt som digitaliseringen möjliggör olika typer av förbättringar så innebär det även risker och sårbarheter, vilket också visat sig i avvikelser som rör system samt införandet av desamma.

Metod

Kontroll förekomst risk- och konsekvensanalyser, åtgärder enligt systeminventering

Resultat och analys

	2025
Riskbedömningar är genomförda inför införande av ny teknik eller system (rör de som införts hittills under 2025)	Ja
Åtgärder är genomförda utifrån systeminventeringen (sedan årsskiftet eller senaste kontrollen)	Delvis
Kontinuitetsplan/avbrottsplan finns för de system som är införda (under 2024)	Ja

Implementering av digitala verktyg ska föregås av en olika bedömningar exempelvis nyttoanalys och riks/konsekvensanalys vilket också sker.

Systeminventeringen pågår där olika klassningar görs av systemet. Detta är inte helt genomfört och bedöms som delvis.

Arbets sättet är implementerat och har utförts enligt planering. Det finns ett systematiskt sätt och göra prioriteringar utifrån vilka uppgifter som är mest känsliga. Klassningar görs i system som innehåller personuppgifter och utgår från Ledningssystem för informationssäkerhet, LIS.

I dagsläget ligger underlaget sparad i mappsystemet men med inköpt informationssäkerhetsmodul till Stratsys kan aktuella uppgifter samlas för hela kommunen.

Avbrottsplaner finns kring de verksamheter som har fått nya digitala verktyg under året. Kommunikation har förts med IT kring redundans i de system som IT ansvarar för ex Net ID.

Åtgärder

Systemförvaltarhandboken behöver fortsatt implementeras. Att ta fram underlag inför beslut om införande är av stor vikt för att skapa förutsättningar för att kunna införa och omhänderta tekniken på ett säkert sätt.

Säkerhetsfrågorna får allt större fokus utifrån behov av både lagring och delning av känslig data.

Fortsatt arbete med åtgärder utifrån systeminventeringen behöver göras. Stödet till verksamheten behöver sannolikt utökas.

Området är ej godkänt till alla delar men kan med fördel hanteras i kommande digitaliseringsplan.

Riskområde 7 – personal och kompetensförsörjning

Att hitta rätt kompetens är en utmaning som verksamheten står mitt i och som kan bli en ännu större utmaning framåt. Det finns redan idag svårigheter inom flera verksamheter att rekrytera kompetent och erfaren personal. Samtidigt sker förändringar i socialtjänstens uppdrag dels genom omställning nära vård men också omställning ny socialtjänstlag och förändringar i de behov som verksamhetens målgrupp har. Detta ställer stora krav på verksamheten att använda befintlig bemanning på ett resurseffektivt sätt, men också att säkerställa att de som arbetar i verksamheten har rätt kompetens.

Resultat och analys

	2025
Finns handlingsplan för att möta utmaningen med personal- och kompetensförsörjning	Delvis
Har aktiviteter gjorts enligt den handlingsplanen	Delvis

En omfattande kartläggning av kompetensutvecklingsbehov är genomförd och förslag på insatser är framtagna. Det är ett omfattande material och koppling till andra satsningar behöver genomföras för att hitta de synergier som finns genom exempelvis yrkesresorna eller andra framtagna utbildningar via kommunal utveckling d.v.s. både länsövergripande och nationella satsningar. De aktiviteter som nu kommer hanteras av förvaltningen på egen hand är kopplat till det påtagliga behovet att fortbilda inom dokumentationskunskap. Detta kommer ske under våren.

Åtgärder

Det finns skäl att vidga arbetet med att skapa förutsättningar för utmaningen inom kompetensförsörjningen som är ett omfattande område med flera aspekter. Försörjningsbehovet kan dels beskrivas i numerär med utifrån kommande pensionsavgångar, övrig rörlighet och kommande behov av utökning av insatser dels beskrivas kopplat till kompetensmatching utifrån uppdragets karaktär och svårighetsgrad och även med hänsyn till de förutsättningar som beskrivs i aktuell lagstiftning exempelvis fast omsorgskontakt kopplat till certifierad undersköterska, kommande språkkrav, nya Sols krav på att nyttja evidensbaserad metodik osv. Att attrahera, rekrytera, bibehålla och utveckla medarbetare och chefer är områden som var och ett behöver olika åtgärder.

Området kan eventuellt kvarstå men mätpunkterna kan uppdateras