
Sammanträdesprotokoll A socialnämndens arbetsutskott den 5 november 2025

Sammanträdet plats och tid

Kommunkontoret i Strömsund, sammanträdesrum Almen, klockan 8.15–
15.30

Beslutande

Morgan Olsson (S), ordförande

Eva Blomqvist (S),

tjänstgörande ersättare

Marie-Louise Oscarsson (C)

Eskil Ehnberg (M)

Tomas Edin (SD)

Justerare

Eskil Ehnberg (M) utses att justera protokollet, paragraf 114 - 123 Justeringen
sker på kommunkontoret 10 november.

Underskrifter

Morgan Olsson, ordförande

Eva Lif, sekreterare

Eskil Ehnberg, justerare

den 5 november 2025

Anslag

Protokollet är justerat och socialnämndens arbetsutskott noterar det på kommunens webbplats under perioden 13 november till 5 december. Protokollet förvaras på vård- och socialförvaltningen i Strömsund.

Övriga närvarande

Eva Lif, sekreterare

Pernilla Johansson, förvaltningschef

Christine Bolin, ekonom §119

Justerare

den 5 november 2025

Diarienummer SN.2025.1 709

§ 114 Fastställande av föredragningslistan

Ärende som utgår: Val av ersättare i socialnämndens arbetsutskott efter
Frida Tenghede (SD) SN.2025.273

Arbetsutskottets beslut

Föredragningslistan fastställs.

Justerare

den 5 november 2025

Diarienummer VSF.2025.20 700

§ 115 Verksamhetsprognoser per oktober 2025

Arbetsutskottets beslut

Arbetsutskottet tar del av informationen.

Sammanfattning av ärendet

Övergång till nytt ekonomisystem pågår fortfarande och medför att en prognos per oktober inte kan presenteras.

Yrkande

Ordföranden föreslår arbetsutskottet tar del av informationen.

Justerare

den 5 november 2025

Diarienummer VSF.2025.175 709

§ 116 Kvalitetsuppföljning 2025

Arbetsutskottets beslut

Arbetsutskott tar del av redovisningen.

Förvaltningens förslag till beslut

Arbetsutskottet tar del av informationen

Sammanfattning av ärendet

Under 2025 har kvalitetsarbetet inom vård och omsorg fokuserat på att säkerställa en trygg, individanpassad och rättssäker omsorg. Genom kontinuerlig uppföljning och avvikelsehantering har verksamheten utvecklats mot förbättrad kvalitet. Förbättringsåtgärder har genomförts inom dokumentation.

Antal personer med regelbunden hemsjukvård är stabilt. Inom hemtjänst har vi ca 420 vårdtagare som på totalen varit i samma nivå under året. Däremot kan det skilja mellan nivå 1 och nivå 2 mellan 10-20 vårdtagare/månad. Detta gör att hemtjänst är svår att planera. Behov av boende på särskilt boende är fortsatt hög inom Strömsund och Hammerdal väntetiden ligger nu på 79 dagar i snitt.

Beläggningen i bostad med särskilt service (LSS) har haft några förändringar där boende utanför kommunen som väntat på plats nu är erbjuden. Det är dock fortfarande en kö-situation till gruppbostad.

Följsamheten till basala hygienrutiner -och klädregler har återigen vid observationsstudien minskat från 45% till 38%. Varje enhetschef har fått i uppdrag att göra en handlingsplan utifrån det egna resultatet. Utbildningsinsatser, affischer, handsprit behöver bli mer tillgänglig med mera är några åtgärder, för att detta måste förbättras , målet är 100%.

Underlag till beslut

Tjänsteskrivelse

Yrkande

Ordföranden föreslår arbetsutskottet att besluta enligt förvaltningens förslag till beslut.

Justerare

Diarienummer SN.2025.272 700

§ 117 Revisionsrapport Uppföljning granskning IT-säkerhet och sekretess

Arbetsutskottets förslag till socialnämnden

Arbetsutskottet föreslår att socialnämnden ger förvaltningen i uppdrag att:

Genomföra en behovsanalys och upprätta nödvändiga rutiner och riktlinjer för att säkerställa att medarbetare har nödvändiga instruktioner för att arbeta säkert hemifrån och återkomma i december

Undersöka vilka roller som är i behov av en mer djupgående utbildning och tillgodose detta behov och återkomma i december.

Återkomma till nämnden i december.

Förvaltningens förslag till beslut

Vård- och socialförvaltningen får i uppdrag att:

Genomföra en behovsanalys och upprätta nödvändiga rutiner och riktlinjer för att säkerställa att medarbetare har nödvändiga instruktioner för att arbeta säkert hemifrån samt undersöka vilka roller som är i behov av en mer djupgående utbildning och tillgodose detta behov.

Sammanfattning av ärendet

I april 2025 genomfördes en uppföljande granskning av IT-säkerhet och sekretess vid hemarbete. Föregående granskning genomfördes 2021 och det konstaterades att kommunstyrelsen, socialnämnden och barn-, kultur- och utbildningsnämnden visade brister avseende IT-säkerhet och sekretess vid hemarbete.

Revisionens sammanfattande bedömning i denna uppföljande granskning är att kommunstyrelsen, socialnämnden och barn-, kultur och utbildningsnämnden delvis har vidtagit tillräckliga åtgärder utifrån revisionens tidigare granskning. Bedömningen grundas på att en av fyra rekommendationer inte bedöms vara omhändertagen. En rekommendation bedöms vara delvis omhändertagen och två rekommendationer bedöms vara omhändertagna.

Revisionen noterar att kommunstyrelsen och nämnderna inte behandlat tidigare granskning eller beslutat om åtgärder. Däremot har

Justerare

kommunledningsförvaltningen upprättat ny riktlinje för IT-säkerhet och stärkt de kompetenshöjande insatserna hos medarbetare i frågan.

Utifrån granskningsresultatet rekommenderar revisionen kommunstyrelsen, socialnämnden och barn-, kultur och utbildningsnämnden att:

- Genomföra en behovsanalys och upprätta nödvändiga rutiner och riktlinjer för att säkerställa att medarbetare har nödvändiga instruktioner för att arbeta säkert hemifrån.
- Undersöka vilka roller som är i behov av en mer djupgående utbildning och tillgodose detta behov.
- Säkerställa att revisionens rapporter behandlas på styrelsens och nämnders sammanträde

Yrkande

Ordföranden föreslår arbetsutskottet att besluta enligt förslag till beslut och att förvaltningen ska återkomma i december.

Beslutsunderlag

KS §144/2025

Uppföljande granskning IT säkerhet och sekretess

Beslut skickas till

Kommunstyrelsen

den 5 november 2025

Diarienummer VSF.2025.28 700

§ 118 Sekretess

Protokollförs i socialnämndens sekretessprotokoll.

Justerare

den 5 november 2025

Diarienummer VSF.2025.81 700

§ 119 Budget och mål 2026

Arbetsutskottets beslut och förslag till socialnämnden

Arbetsutskottet tar del av information och diskussion.

Arbetsutskottet uppdrar till förvaltningen att återkomma till den 20 november 2025 med färdigt förslag på budget och mål för 2026.

Förvaltningens förslag till beslut

Arbetsutskottet tar del av information och diskussion samt uppdrar till förvaltningen att återkomma den 20 november 2025 med färdigt förslag på budget och mål för 2026.

Sammanfattning av ärendet

Kommunfullmäktige har den 6 juni 2025 § 64 fattat beslut kring budgetförutsättningar, driftsramar samt finansiella rapporter för budget 2026, och plan för åren 2027–2028. Förvaltningen redogör för aktuellt läge med detaljbudget. Det finns många ekonomiska utmaningar och stora svårigheter att kunna presentera en budget för socialnämnden inom tilldelad ram. Löneökningar och andra avtalsförhandlade poster ställer stora krav på att kunna anpassa verksamheten samtidigt som behov hos målgrupperna och lagstiftarnas ambitioner ökar.

Förvaltningen redogör för preliminärt förslag till mål för socialnämnden för 2026. Underlaget har tagits fram med utgångspunkt från de övergripande mål och uppdrag som kommunfullmäktige fastställt.

Underlag till beslut

Tjänsteskrivelse

Yrkande

Ordföranden föreslår arbetsutskottet att besluta enligt förslag till beslut.

Justerare

den 5 november 2025

Diarienummer SN.2024.2 700

§ 120 Studiebesök**Arbetsutskottets beslut**

Arbetsutskottet deltar i studiebesök.

Sammanfattning av ärenden

Arbetsutskottet deltar i studiebesök vid öppenvården.

Yrkande

Ordförande yrkar att arbetsutskottet deltar i studiebesök.

Justerare

Diarienummer IFO.2025.3 751

§ 121 Internkontroll Skyndsamhet i barnutredningar 2025

Arbetsutskottets förslag till socialnämnden

Socialnämnden tar del av och godkänner redovisningen samt vidtagna och planerade åtgärder.

Förvaltningens förslag till beslut

Socialnämnden tar del av och godkänner redovisning av internkontroll för skyndsamhet i barnutredningar samt vidtagna och planerade åtgärder.

Sammanfattning

Enligt socialnämndens internkontrollplan för 2025 som fastslogs 10 december 2024 § 162, ska kontroll ske av barnutredningars varaktighet. Resultat från kontrollen ska sammanställas och rapporteras till socialnämnden fyra gånger per år, i februari, maj, augusti och november.

Internkontrollen syftar till att på ett strukturerat sätt följa barnutredningarnas varaktighet, att undersöka om kravet på skyndsam handläggning efterlevs och att lagstadgad utredningstid på högst fyra månader inte överskrids.

Socialnämnden gav den 12 november 2024 förvaltningen i uppdrag att vidta riktade åtgärder för att komma tillrätta med utredningstiderna för barnutredningar.

Vid redovisningen 21 maj 2025 fick verksamheten i uppdrag att komplettera med utvecklingen av antalet inkomna orosanmälningar under året.

Process/rutin

Barnutredningars varaktighet, att undersöka om kravet på skyndsam handläggning efterlevs och att lagstadgad utredningstid på högst fyra månader inte överskrids.

Kontrollmoment

Mätning av utredningstid i individ- och familjeomsorgens barnutredningar.

Frekvens

Justerare

Fyra gånger per år redovisas internkontrollen, februari, maj, augusti, och november.

Kontrollansvar

Kontrollen utförs av enhetschef för barn och familj gruppen.

Metod/Hur sker kontrollen

Kontrollen sker genom sökverktyg i Procapita. Sammanställning av utredningar avseende barn 0-18 år.

Resultat/Utfall

Utredningstider i pågående utredningar per den sista september 2025.

Totalt antal utredningar - 48

Upp till fyra månader - 34 (71%)

Över fyra månader - 11 (23%)

Förlängd utredningstid -3 (6%)

Kommentar

Resultatet vid denna mätning visar att andelen utredningar som genomförts inom fyra månader per den sista september 2025 uppgår till 71% jämfört med föregående 75%. Antalet utredningar är något högre 48 st, jämfört med 47 st i föregående mätning.

Det är 3% av utredningarna som har beslut om förlängd utredningstid vid denna mätning, jämfört med föregående då det var 2% med förlängd utredningstid.

Åtgärds och tidsplan

Verksamheten har återkommande uppföljningar av utredningsläget för att kontinuerligt följa utvecklingen och kunna vidta åtgärder. Socialsekreterarna får enligt planen individuellt stöd av arbetsgruppens enhetschef i planering och prioritering, kontinuerligt varannan vecka. Socialsekreterarna arbetar i större utsträckning än tidigare ensamma i mindre komplexa ärenden.

Socialnämnden gav vid sammanträdet i december 2023 förvaltningen i uppdrag att upprätta en åtgärds- och tidsplan, med fokus på att komma till rätta med ärendehanteringstiderna, den redovisades i februari 2024 och är alltså gällande, och innehåller följande punkter.

den 5 november 2025

- Utdelning av ärenden till handläggare utformas för att finna den nivå som ger den mest effektiva handläggningen. Det är ett löpande arbete som görs med hänsyn till typ av ärende och lämplig mottagare, arbetsbelastning m.m.
- Inför kommande längre ledigheter planera för en stabil bemanning.
- Egna mätningar av skyndsamhet i barnutredningar.
- Fokus på rekrytering.

Åtgärder

Tidigare inhyrd personal är kvar vid barn och familj samt att rekrytering alltså pågår.

Verksamheten fortsätter med särskild genomgång med handläggare där utredningarna passerat fyra månader och en plan för när dessa ska vara klar.

Under hösten 2025 har ett arbete påbörjats inom Barn- och familjegruppen för att förbättra antalet utredningar som slutförs inom fyra månader. Arbetet leds av Anna Åslund verksamhetsutvecklare, vård och socialförvaltningen. Det som gjorts hittills är en genomgång med de socialsekreterare som utför barnskyddsutredningar gällande hur de ser på processen kring utredningsarbetet idag. En kartläggning har även skett för att belysa vilka metoder/hjälpmedel som skulle kunna påskynda utredningsarbetet. Detta arbete kommer att fortsätta.

Orosanmälningar

Under 2025 har det fram till den sista september inkommit 488 orosanmälningar för barn 0-20 år. Jämfört med 2024 då det var 489 anmälningar under samma tidsperiod.

Underlag till beslut

Tjänsteskrivelse

Yrkande

Ordföranden yrkar att arbetsutskottet beslutar enligt förvaltningens förslag.

Justerare

Diarienummer HSV-VSF.2025.68 709

§ 122 Internkontroll - Basala hygienrutiner

Arbetsutskottets förslag till socialnämnden

Socialnämnden tar del av och godkänner redovisningen.

Förvaltningens förslag till beslut

Socialnämnden tar del av och godkänner redovisningen.

Sammanfattning av ärendet

Socialnämnden fastställde i internkontrollplan för 2025 den 10 november 2024 och §162.

Internkontroll - basala hygienrutiner ska upprättas och rapporteras till socialnämnden 4 gånger per år, i januari, april, augusti, november.

Process/rutin

Vård- och omsorgspersonal som arbetar i patientnära vård är skyldiga att följa Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien i vård och omsorg (SOSFS 2015:10).

Vad kontrolleras/Kontrollmoment

Att vård- och omsorgspersonal följer gällande föreskrift, genom självskattning av medarbetarens egen följsamhet samt genom dold observation av kollegors följsamhet.

Frekvens

Självskattning av egen följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler 4 gånger per år.

Observation av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler 2 gånger per år.

Kontrollansvar

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS).

Metod/Hur sker kontrollen

Självskattning egen följsamhet: MAS startar bestämd mätperiod genom att skicka ut digital enkät till enhetscheferna, som i sin tur ansvarar för att den fylls i av medarbetarna. Enkäten består av 21 frågor inom kategorierna

Justerare

klädregler respektive hygienregler, med svarsalternativ ja/nej för om de olika stegen i föreskrifterna har följts i arbetet. Frågorna är framtagna av Vårdhygien Region Jämtland Härjedalen och avsedda för kommunal hälso- och sjukvård. Möjlighet finns att lämna egna kommentarer. Resultat sammanställs och kategoriseras av MAS efter mätperiodens slut. Återkoppling görs på enhetsnivå till chef.

Observationsmätning: Observationer görs enligt Socialstyrelsens stöd för egenkontroll av följsamhet till basala hygienkrav och rutiner genom punktprevalensmätning (PPM). MAS informerar enhetschef om mätperiod. Enhetschef utser observatörer och säkerställer deras kompetens. Observatörerna observerar om kollegorna följer föreskrifterna i vård- och omsorgssituationer och antecknar ja/nej i avsett protokoll. Den personal som observeras vet inte att det sker. Resultat sammanställs av MAS efter mätperiodens slut och återkopplas på enhetsnivå till chef.

Resultat/Utfall

Observationsmätning genom PPM utfördes vecka 41. Totalt 125 observationer gjordes, 48% inom särskilt boende, 30% inom stöd och service, 22% inom hemtjänst.

Andel som uppger korrekta klädregler:

Arbetskläder	95%
Fri från klocka, ringar, bandage, stödskenor	84%
Korta naglar och fria från nagellack och annat konstgjort material	97%
Kort eller uppsatt hår/skägg/huvudduk	98%
Korrekt i alla 4 steg	78%

Andel som uppger korrekta hygienrutiner:

Desinfektion av händerna före patientkontakt	64%
Desinfektion av händerna efter patientkontakt	82%
Handtvätt med vatten och flytande tvål	88%
Vid användning av skyddshandskar	98%
Användning av skyddsförkläde	79%
Korrekt i alla 5 steg	49%
Korrekt i alla 9 ovanstående steg	38%

den 5 november 2025

Följsamheten till klädreglerna är högst, men framförallt behöver följsamheten i att vara fri från klocka, ringar, bandage förbättras. Att 78% gör korrekt i alla fyra steg, visar att några missar mer än ett av kraven.

Vad gäller följsamheten till hygienreglerna är den största bristen att handdesinfektion inte används korrekt, framförallt före patientkontakt (i 36% av observationerna) men även efteråt (i 18%).

Totalt sett är det 38% som följer alla stegen i de basala klädreglerna och hygienrutinerna korrekt.

Övrigt

Resultatet i följsamhet i alla steg är försämrat med föregående observationsmätning under vecka 11, då 45% följde alla 9 stegen korrekt. Färre observationer är gjorda under denna mätperiod och inte på alla enheter. Fortsatta åtgärder behöver vidtas.

Mätning genom självskattningsenkät gjordes under september med ett relativt högt deltagande (298 svar). Det syns tydlig diskrepans mellan den själv uppgivna följsamheten till att använda handdesinfektion före patientkontakt (94%) jämfört med den observerade (64%). Även följsamheten till att använda handdesinfektion efter patientkontakt skiljer sig mellan mätningarna (98% jämfört med 82%).

Även följsamheten till klädregler är högre i självskattningsmätning än i den observerade, 98% uppger att de följer alla stegen korrekt medan observationerna visar 78%.

Ytterligare självskattningsenkät skickas ut i december. PPM planeras nästa gång vecka 11, 2026.

Åtgärdsförslag

- Enhetschef ska analysera sina resultat och upprätta handlingsplan för åtgärder samt återkoppla till medarbetare på enheten, redovisas till MAS.
- Enhetschef ska säkerställa att handdesinfektionsdispensers finns lätt tillgängligt och vid behov förtäta tillgången på detta.
- Hygienombud (en sjuksköterska och en undersköterska) återinförs på enheterna och ingår i länsnätverk med Vårdhygien, enligt särskild uppdragsbeskrivning.
- Anslag/affischer på strategiska platser inom enheten för påminnelse om basala hygienrutiner och klädregler. Enhetschef ansvarar.

Justerare

den 5 november 2025

- Återkommande mätningar genom självskattning och observationer.
- Obligatoriska utbildningar via Vårdhygien, lokalt på plats av sjuksköterska samt via lärplattform till personal och enhetschef, fortlöpande.
- Information vid anställning samt en gång per år till all personal.
- Praktisk genomgång av utsedd personal i basala hygienregler i introduktionsprogram
- Tester med hjälp av UV-lampa för att visa effekten av korrekt utförd handhygien.

Underlag till beslut

Tjänsteskrivelse

Yrkande

Ordföranden föreslår arbetsutskottet att besluta enligt förslag till beslut.

Justerare

Diarienummer ÄO-VSF.2025.6 739

§ 123 Internkontroll Lokala värdighetsgarantier 2025

Arbetsutskottets förslag till socialnämnden

Socialnämnden tar del av och godkänner redovisningen

Förvaltningens förslag till beslut

Socialnämnden tar del av och godkänner redovisningen.

Sammanfattning av ärendet

Socialnämnden fastställde internkontrollplan för 2025 den 10 december 2024, §162.

Internkontroll av lokala värdighetsgarantier ska upprättas och rapporteras till socialnämnden 2 gånger per år, i maj och november.

Ca 20% av genomförandeplaner för vårdtagare med insats hemtjänst eller som bor på särskilt boende har granskats utifrån de lokala värdighetsgarantier som gäller inom äldreomsorg.

Lokala värdighetsgarantier innehåller uppgifter om:

- Att genomförandeplan upprättas tillsammans med vårdtagare inom en månad.
- Att vårdtagare har en utsedd kontaktperson/fast omsorgskontakt.
- (Att personalen lyssnar och tar hand om dina synpunkter) - svårt att följa upp i genomförandeplanen.
- (Att hemtjänstpersonalen kan legitimera sig) - kan inte följas upp i genomförandeplanen.
- Hur personalen kan hjälpa vårdtagaren att bibehålla kontakten med sina närstående.
- Att personalen tagit reda på hur vårdtagaren vill ha det kring maten så att måltiderna blir en trevlig stund.
- Att vårdtagaren varje vardag blir erbjuden att göra något som känns meningsfullt.

Process/rutin

Lokala värdighetsgarantier i äldreomsorg

Vad kontrolleras/Kontrollmoment

Justerare

Att lokala värdighetsgarantier beaktas i genomförandeplaner.

Redovisas 2 gånger per år i maj och november till socialnämnden.

Kontrollansvar

Verksamhetschefer äldreomsorg, vård- och socialförvaltningen.

Metod/Hur sker kontrollen

Ett urval av genomförandeplaner har granskats. Urvalet har skett med avsikt att få en jämn fördelning mellan kvinnor och män fördelat på yngst och äldst i urvalet. Enhetschefer inom äldreomsorg har besvarat frågorna hur värdighetsgarantier synliggörs i genomförandeplanerna.

Resultat/Utfall

Totalt granskades 50 genomförandeplaner vilket motsvarar planer för cirka 20% av de personer som bor i särskilt boende eller har hemtjänst med dagliga insatser inom de granskade enheterna.

Särskilt boende

Urvalet är cirka 22% av 165 vårdtagare vilket motsvarar 36 vårdtagare. Insamlade uppgifter för denna mätning utgör resultatet av 137 vårdtagare då det saknas uppgifter från en enhet. Urvalskriterierna är en man och en kvinna per enskild våning på det särskilda boendet. Vi har kontrollerat den man eller kvinna som är äldst i ålder respektive den man eller kvinna som är yngst i ålder. De granskade genomförandeplanerna visar att 80% har en upprättad genomförandeplan inom en månad. 100% har en kontaktperson.

Det framgår i 50% av de granskade planerna hur den enskilde vill ha det kring maten så att måltiderna blir en trevlig stund. 53% av planerna visar hur den enskilde vill ha det med utevistelse. 67% av planerna visar hur den enskilde dagligen ska erbjudas en meningsfull aktivitet.

Hemtjänst

Urvalet är 20% av 115 hemtjänstbeslut vilket motsvarar 24 vårdtagare. Insamlade uppgifter för denna mätning utgör resultatet av 20 hemtjänstbeslut då det saknas uppgifter från en enhet. De granskade genomförandeplanerna är vårdtagare som under oktober månad har beslut i nivå 2. Den kvinna och man som är äldst i ålder samt den man och kvinna som är yngst i ålder. Hemtjänstens resultat visar att 85% har en genomförandeplan upprättad inom en månad. 90% har varit delaktig i

den 5 november 2025

upprättandet av genomförandeplanen. 100% har en utsedd kontaktperson samt 95% har en angiven fast omsorgskontakt. I 65% av urvalet syns det tydligt hur kontakten med närstående ska ske och vem som ansvarar för dessa. Resultatet visar att vårdtagarna i stor utsträckning får sina insatser på ett individuellt utformat sätt.

Analys och åtgärdsförslag

Överlag har äldreomsorgen kommit långt med genomförandeplaner och dygnsöversikter. I dagsläget så är dygnsöversikterna väl utarbetade. Det vi kan se när vi granskat genomförandeplanerna är att kunskapen kring hur planerna ska upprättas inte är helt enkel.

Vissa enheter har fortfarande problem med att för få medarbetare kan göra en genomförandeplan, det är stor skillnad på kontaktpersonernas kunskap i att upprätta genomförandeplaner. Enhetschefer har tagit upp ansvarsbiten med alla kontaktpersoner/dokumentationsombud och utbildningsinsatser sker sporadiskt.

Vi kan se att hemtjänsten har kommit längre i arbetet med genomförandeplaner och det är en mindre förståelse om syftet och arbetet på våra särskilda boenden. En del av de särskilda boendebesluten är gamla, vilket skapar svårigheter att skapa och följa upp dessa genomförandeplaner. Gamla beslut behöver följas upp och uppdateras av biståndshandläggare enligt IBIC-modellen .

Samtliga har en utsedd kontaktperson och alla utom en vårdtagare har en fast omsorgskontakt inom hemtjänst. Alla har en upprättad genomförandeplan med någon form av önskemål. Även de som inte fysiskt kunnat delta vid upprättandet av genomförandeplanen har uttryckt önskemål kring vissa insatser som finns dokumenterade.

På vilket sätt den enskilde önskar bibehålla kontakt med sina närstående har på vissa enheter tolkats fel och uppfattats som att det finns en angiven person att kontakta vid behov. Formuleringen kommer att förtydligas till nästa mätning.

Det erbjuds regelbundna aktiviteter där alla blir erbjudna att delta. Det görs även enskilda aktiviteter efter den enskildes egna önskemål. Enheter upplever sig väldigt bra på att genomföra aktiviteter både enskilt och i grupp

Justerare

den 5 november 2025

men dåliga på att skriva ned vilka aktiviteter och liknande varje enskild individ tycker om.

Dokumentationsombuden kommer få mer tid att fortbilda sina kollegor och genomgång för all personal planeras in på APT. Planering för hur vi kan bygga på ny- och gammal personal kunskap behöver planeras in i förvaltningens årshjul via Kommunutbildningar.

Underlag till beslut

Tjänsteskrivelse

Yrkande

Ordföranden föreslår arbetsutskottet att besluta enligt förslag till beslut.

Justerare