

Vård- och omsorgsnämnden

Kallelse

Nämnd	Vård- och omsorgsnämnden
Datum och tid	Onsdagen den 25 februari 2026, kl.09.30
Plats	Sammanträdesrum Gräsö, Stångörsgatan 10, Östhammar
Sekreterare	Josefin Larsson
Ordförande	Sabina Ståhl (KD)

Ärendelista

Alla ärenden: Lina Edlund

1. Val av justerare	3
2. Fastställande av föredragningslista	3
3. Ärendestatistik från myndighet för november-december 2025 kl.09.30-09.50 Therese Karlström, Jeanette Engberg, Karolina Rankka, Sandra Eriksson	4
4. Redovisning av ej verkställda gynnande beslut fjärde kvartalet 2025 kl.09.50-10.00 Karolina Rankka, Sandra Eriksson, Jeanette Engberg, Svjetlana Miletic	5
5. Avgiftsfri färdtjänst för barn och ungdomar under sommarlovsperioden 2026	6
6. Svar på skrivelse avseende situationen för omsorgstagare med finska som modersmål kl.10.00-10.10 Svjetlana Miletic	8
7. Redovisning av hemtjänstens debiteringsgrad kl.10.10-10.25 Svjetlana Miletic	9
8. Uppföljning av personalkontinuitet inom hemtjänsten kl.10.25-10.40 Svjetlana Miletic	10
9. Sjukstatistik för november-december 2025 kl.10.40-11.00 Lina Edlund, Svjetlana Miletic, Emma Peters, Anette Bergman, Rebecca Revin	11
10. Verksamhetsuppföljning särskilt boende kl.11.00-11.50 Emma Peters, Lena Wallström, Gabriella Svanberg, Veronica Persson, Mari Karlsson, Siw Kytömäki	12
11. Helårsuppföljning av 2025 års interna kontrollplan för vård- och omsorgsnämnden kl.11.50-12.00 Fredrik Hübinette	13
12. Årsredovisning 2025 – vård- och omsorgsnämnden kl.13.00-13.20 Lina Edlund, Mattias Nilsson	14

Vård- och omsorgsnämnden

13. Informationsärende: Riktlinjer för god ekonomisk hushållning och långsiktiga finansiella mål kl.13.20-13.30 Mattias Nilsson	16
14. Generella budgetförutsättningar 2027 – utskick 2 kl.13.30-13.45 Mattias Nilsson	17
15. Funktionshinderprogram 2026-2029 kl.13.45-14.00 Ingeborg van der Veen	18
16. Utredning inför upphandling av servicetjänster inom hemtjänsten kl.14.15-14.35 Andreas Järvenpää	20
17. Patientsäkerhetsberättelse 2025 kl.14.35-14.55 Anita Rönnback, Cecilia Wahlberg	22
18. Beslut om att upphäva riktlinje för läkemedelshantering inom vård- och omsorgsnämnden kl.14.55-15.00 Anita Rönnback	24
19. Revidering av vård- och omsorgsnämndens delegationsordning	26
20. Information från förvaltningen kl.15.00-15.20 Lina Edlund, Anita Rönnback	27
21. Rapporter från förtroendevalda	28
22. Redovisning av delegationsbeslut för december 2025	29
23. Redovisning av delegationsbeslut för januari 2026	30
24. Anmälan av beslut fattade av ledamöter med kompletterande beslutanderätt	31
25. Anmälningsärenden	32

Vård- och omsorgsnämnden

1. Val av justerare

2. Fastställande av föredragningslista

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr VON-2025-58

3. Ärendestatistik från myndighet för november-december 2025

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden tar del av informationen.

Ärendebeskrivning

I syfte att kunna följa enheternas pågående arbete och belastning önskar nämnden kontinuerlig återkoppling av ett antal parametrar, utöver den uppföljning som görs inom ramen för ordinarie uppföljning av nyckeltal per tertial 2 och helår. Denna rapportering omfattar bland annat inledda utredningar, aktuella handläggningstider och tid för verkställighet.

Beslutsunderlag

Ärendestatistik för myndighet – december

Beslutet skickas för kännedom till

Verksamhetschef Svjetlana Miletic

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr VON-2025-74

4. Redovisning av ej verkställda gynnande beslut fjärde kvartalet 2025

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden tar del av redovisningen och överlämnar statistikrapporten till kommunfullmäktige (bilaga).

Ärendebeskrivning

Enligt 34 kap. 3 § socialtjänstlagen (SoL) (2025:400) ska vård- och omsorgsnämnden kvartalsvis lämna en statistikrapport till kommunfullmäktige över hur många gynnande beslut enligt 11 kap. 1 § och 12 kap. 1 § som inte har verkställts inom tre månader från dagen för respektive beslut. Nämnden ska vidare ange vilka typer av insatser dessa beslut gäller samt hur lång tid som har gått från dagen för respektive beslut. Samma rapporteringsskyldighet gäller för beslut som inte verkställs på nytt efter avbrott i verkställigheten. Det ska också framgå hur stor del av de ej verkställda besluten som gäller bistånd till kvinnor respektive män.

Enligt Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) (1993:387) 28h § gäller en motsvarande rapporteringsskyldighet för beslut om insatser enligt 9 § LSS.

Antal gynnande beslut enligt 9 § LSS som under det fjärde kvartalet 2025 ej har verkställts inom tre månader från beslutsdatum uppgår till 17, vilket resulterar i 3 färre än under föregående kvartal.

Antal gynnande beslut enligt 34 kap. 3 § SoL som under det fjärde kvartalet 2025 ej har verkställts inom tre månader från beslutsdatum uppgår till 17, vilket resulterar i 8 färre än under föregående kvartal.

Beslutsunderlag

Statistikrapport av ej verkställda beslut, Omsorgskontoret, kvartal 4 2025

Beslutet skickas för åtgärd till

Kommunstyrelsen för vidare hantering till kommunfullmäktige

Beslutet skickas för kännedom till

Kommunens revisorer

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr VON-2026-21**5. Avgiftsfri färdtjänst för barn och ungdomar under sommarlovperioden 2026****Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden föreslår att kommunfullmäktige beslutar att färdtjänst för barn och ungdomar till och med 19 år eller som fyller 20 år under sommaren, ska vara avgiftsfri under sommarlovperioden 10 juni till och med 17 augusti 2026. Medresenär betalar ordinarie egenavgift. Med motiveringen att barn och ungdomar med beslut som färdtjänst ska få samma möjlighet som de som kan åka buss.

Ärendebeskrivning

Region Uppsala kommer även sommaren 2026 att erbjuda barn och ungdomar mellan 7-19 år eller som fyller 20 år under biljettens giltighetstid kostnadsfria bussresor.

För att samtliga barn och ungdomar ska få möjlighet att resa gratis bör även barn och ungdomar med beslut om färdtjänst ha möjlighet till detta och därför föreslås att ingen egenavgift för färdtjänst tas ut under perioden. Det innebär att även barn och ungdomar med behov av färdtjänst kommer kunna åka till fritidsaktivitet utan kostnad under sommarlovet. Riksfärdtjänstresor omfattas inte.

Nuvarande prissättning av färdtjänst

Färdtjänstresenären betalar en egenavgift för resan som betalas till chauffören. Egenavgifterna för färdtjänst har beslutats av kommunfullmäktige och uppgår till 33 kr för resor inom kommunen och 68 kr utanför kommunen för barn och ungdomar mellan 6-19 år. Barn under 6 år reser alltid gratis.

Ekonomiska konsekvenser och finansiering

Antal barn och ungdomar mellan 6-19 år med beviljade färdtjänststillstånd är 26 stycken. Antal resor skiljer sig en del pga. att barn som tidigare åkt skolskjuts till/från fritids på lov från och med sommaren 2025 istället rest med färdtjänst.

Typ av resa	2022	2023	2024	2025
Antal resor i Östhammars kommun	81 st. x 25 kr = 2025 kr	68 st. x 25 kr = 1700 kr	66 st. x 25 kr = 1650 kr	179 st. x 33 kr = 5907 kr
Antal resor utanför Östhammars kommun	26 st. x 60 kr = 1560 kr	8 st. x 60 kr = 480 kr	16 st. x 60 kr = 960 kr	28 st. x 68 kr = 1904 kr
Total kostnad	3585 kr	2 180 kr	2610 kr	7811 kr

Vård- och omsorgsnämnden

Hur mycket intäkterna i form av egenavgifter beräknas minska med är svårt att bedöma då antalet resor varierar och då antalet resor kan tänkas öka om resorna blir avgiftsfria. Om antalet resor motsvarar år 2025 beräknas intäkten i form av minskade egenavgifter minska med 7811 kronor. Medresenär betalar ordinarie egenavgift.

Prövning av barnets bästa

Förslaget påverkar barn och ungdomar mellan 6-19 år som har färdtjänststillstånd. För att samtliga barn och ungdomar ska få möjlighet till en likvärdig prissättning för sina resor under sommarlovet bedöms detta förslag vara för barnets bästa.

Beslutet skickas för åtgärd till

Kommunstyrelsen för vidare hantering till kommunfullmäktige

Beslutet skickas efter beslut i kommunfullmäktige till

Enhetschef Karolina Rankka

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr VON-2025-193**6. Svar på skrivelse avseende situationen för omsorgstagare med finska som modersmål****Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden ställer sig bakom förvaltningens förslag till svar och överlämnar det till Anhörigföreningen i Östhammars kommun (bilaga).

Ärendebeskrivning

Anhörigföreningen i Östhammars kommun har inkommit med en skrivelse till vård- och omsorgsnämnden. I skrivelsen har anhörigföreningen uppmärksammat svårigheter för omsorgstagare med finska som modersmål. Föreningen beskriver att vissa omsorgstagare som på grund av stroke, demenssjukdom eller annan kognitiv svikt förlorat sitt andraspråk, svenska, blir helt beroende av att kunna kommunicera på finska. När placering sker på boenden där finska inte behärskas av personal eller andra boende riskerar dessa omsorgstagare att hamna i isolering och utsatthet.

Anhörigföreningen föreslår nämnden att initiera en utredning för att bland annat kartlägga antalet omsorgstagare, antalet finstalande personal samt hur kommunen kan erbjuda finskspråkiga omsorgstagare plats inom samma särskilda boende.

Beslutsunderlag

Inkommen skrivelse från anhörigföreningen, daterad 2025-11-29

Förslag till svar

Beslutet skickas för kännedom till

anhorig.osthammar@telia.com

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr VON-2025-116

7. Redovisning av hemtjänstens debiteringsgrad

Förslag till beslut

Vård och omsorgsnämnden tar del av redovisningen.

Ärendebeskrivning

Förvaltningen har fått i uppdrag av nämnden att rapportera hemtjänstens debiteringsgrad. Redovisning ska göras ortvis och per månad. Redovisningen omfattar:

- Leveranssäkerhet som är ett mått på måluppfyllelse mot enskild brukare alternativt en grupp brukare. Målet är en leveranssäkerhet på 85 %.
- Debiteringsgrad som är ett mått på relation mellan arbetad tid och fakturerad tid. Målet är en debiteringsgrad om 65 %.
- Resultat per fakturerad timme som är ett mått på efterlevnad av kommunfullmäktiges mål ekonomi i balans inom hemtjänsten.

Informationen är av vikt för nämnden ur ett kvalitetsperspektiv för att följa hur den beviljade tiden för brukare per ort faktiskt blir utförd samt som ett underlag för hemtjänstens ekonomiska resultat då ersättningen grundar sig i den faktiskt utförda tiden.

Beslutsunderlag

Debiteringsgrad

Ärendets behandling

Redovisning har gjorts till vård- och omsorgsnämnden 2025-09-10 § 97 och 2025-10-08 § 114.

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr VON-2025-76**8. Uppföljning av personalkontinuitet inom hemtjänsten****Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden tar del av redovisningen.

Ärendebeskrivning

Produktion omsorg fick i uppdrag av vård och omsorgsnämnden att stärka kontinuiteten med hemtjänstpersonal hos brukare. Målet är 14 personal på en 14 dagars period under 2024.

Utgångspunkten som arbetet utgår ifrån i sitt förbättringsarbete är hämtad från Kolada var 21 personer under en 14 dagarsperiod från start.

Under 2024 nådde hemtjänsten en gemensam kontinuitet på 16 personer under en 14 dagarsperiod. Arbetet fortgår under 2025 för att nå målet på 14 personer.

Beslutsunderlag

Personalkontinuitet

Ärendets behandling

Redovisning har gjorts till vård- och omsorgsnämnden 2025-05-07 § 55 och 2025-10-08 § 115.

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr VON-2025-49**9. Sjukstatistik för november-december 2025****Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden tar del av redovisningen.

Ärendebeskrivning

Vård- och omsorgsnämnden har gett förvaltningen i uppdrag att månadsvis redovisa sjukstatistiken för nämndens verksamhetsområde. Nämnden bedömer det som viktigt att följa sjukstatistiken och vidtagna åtgärder för att följa upp medarbetares arbetsmiljö. En hög sjukfrånvaro kan också leda till ekonomiska konsekvenser.

Sjukstatistiken ger en inblick i nuläget samt en överblick över tid för nämndens verksamheter. Detta ger underlag till budgetarbetet samt för att kunna planera åtgärder för att utveckla verksamheten ur ett sjuk/frisk-perspektiv.

Redovisning av sjukstatistik avseende 13 månader bakåt i tid. Det möjliggör jämförelse av sjukstatistik samma månad föregående år. Den muntliga redovisningen kommer ske övergripande per område inom verksamheterna och inte fokusera på enhetsnivå.

Den totala sjukfrånvaron för omsorgskontoret följer kommunens kurva. För december 2025 är den endast ca 1 procentenhet högre än för kommunen i stort samma period. Långtidssjukfrånvaron är mindre än en procent högre än kommunens snitt.

Beslutsunderlag

Statistikunderlag november och december 2025

Ärendets behandling

Redovisning har gjorts till vård- och omsorgsnämnden 2025-04-02 § 39, 2025-05-07 § 56, 2025-06-18 § 69, 2025-09-10 § 92, 2025-10-08 § 113, 2025-11-05 § 135 och 2025-12-17 § 148.

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr VON-2026-9

10. Verksamhetsuppföljning särskilt boende

Förslag till beslut

Vård och omsorgsnämnden tar del av redovisningen.

Ärendebeskrivning

Nämnden har givit förvaltningen i uppdrag att muntlig rapportera hur det går för kommunens särskilda boenden när det gäller ekonomi, arbetsmiljö, utmaningar och utveckling. Varje enhetschef redovisar resultatet för sin enhet tillsammans med ansvarig verksamhetschef.

Beslutsunderlag

Muntlig presentation

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr VON-2024-88**11. Helårsuppföljning av 2025 års interna kontrollplan för vård- och omsorgsnämnden****Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden beslutar att godkänna uppföljningsrapporten (bilaga).

Ärendebeskrivning

Intern kontroll är ett stöd i nämndens arbete att förebygga, upptäcka och åtgärda fel och brister som hindrar att nämnden kan nå sina mål på ett säkert och effektivt sätt.

Enligt kommunallagen ansvarar nämnderna för att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.

Nämnden har beslutat om en internkontrollplan bestående av en risk- och väsentlighetsbedömning som visar de mest väsentliga riskerna samt aktiviteter, preventiva såväl som upptäckande, som ska möta dessa risker.

Denna uppföljningsrapport redogör hur förvaltningen arbetat med dessa aktiviteter under året.

Beslutsunderlag

Vård- och omsorgsnämnden - Uppföljningsrapport helår intern kontroll 2025

Ärendets behandling

Vård- och omsorgsnämnden beslutar 2024-09-04 § 75 att uppdra förvaltningen att ta fram internkontrollplan för 2025 med stöd av nämndens egenutvärdering.

Vård- och omsorgsnämnden 2024-12-11 § 149 antar internkontrollplan för vård- och omsorgsnämnden 2025.

Vård- och omsorgsnämnden beslutade 2025-10-08 § 116 att godkänna uppföljningsrapporten.

Beslutet skickas för kännedom till

Socialchef Lina Edlund

Kvalitetsutvecklare Fredrik Hübinette

Kommunstyrelsen

Revisionen

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr VON-2024-31**12. Årsredovisning 2025 – vård- och omsorgsnämnden****Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden beslutar att godkänna årsredovisning 2025 (bilaga).

Ärendebeskrivning**Personalförhållanden**

Sjukfrånvaron för perioden december 2024 till november 2025 var 9,1 %, vilket är en ökning jämfört gentemot utfallet för 2024 på 8,7 %. Den totala sjukfrånvaron följer säsongskurvan under året i likhet med kurvan för hela kommunen.

Nämndens mål

Mål som är uppnådda:

- Upplevelsen av trygghet
- Nöjda kommuninvånare
- Öka andelen undersköterskor
- Effektiv och rättssäker handläggning
- Ökad personalkontinuitet
- Budgetföljsamhet

Mål som inte är uppnådda:

- Trivas och må bra på jobbet

Nämndens uppdrag

- Utveckla demensstödet inom ordinärt boende – genomfört.
- Genomföra utbildningsinsats i yrkessvenska – genomfört.
- Identifiera behov av stöd för individer utan sysselsättning – genomfört.
- Utöka och synliggöra fältverksamheten – genomfört.

Ekonomiskt utfall och årsprognos

Målet uppnås för perioden.

Vård- och omsorgsnämnden uppvisar ett överskott om 14,7 mnkr för räkenskapsår 2025. Det motsvarar en positiv avvikelse på + 2,38 % mot årsbudgeten. Den procentuella avvikelsen för Produktion och Myndighet uppgår till – 6,96 % respektive + 5,43 %.

Beslutsunderlag

Årsredovisning 2025 – vård- och omsorgsnämnden

Vård- och omsorgsnämnden

Ärendets behandling

Vård- och omsorgsnämnden 2024-02-28 § 8 tog del av budgetförutsättningar för 2025.

Vård- och omsorgsnämnden 2024-11-06 § 127 antog budget och verksamhetsplan 2025 samt flerårsplan 2026-2027.

Vård- och omsorgsnämnden 2024-11-06 § 126 beslutade att en budgetuppföljning ska redovisas vid varje nämndsammanträde.

Redovisning har gjorts till vård- och omsorgsnämnden 2025-02-26 § 12, 2025-04-02 § 40, 2025-05-07 § 58, 2025-06-18 § 78, 2025-09-10 § 94, 2025-10-08 §§ 121-122, 2025-11-05 § 137 och 2025-12-17 § 151.

Beslutet skickas för kännedom till

Kommunstyrelsen

Socialchef Lina Edlund

Biträdande socialchef Ida Eklöf

Ekonomichef Mattias Nilsson

Ekonom Frida Jansson

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr VON-2026-27

13. Informationsärende: Riktlinjer för god ekonomisk hushållning och långsiktiga finansiella mål

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden tar del av informationen.

Ärendebeskrivning

En ny riktlinje för god ekonomisk hushållning har under 2025 antagits av kommunfullmäktige. Vård- och omsorgsnämnden informeras om riktlinjens innehåll och vad som skiljer sig från den tidigare riktlinjen.

Beslutsunderlag

God ekonomisk hushållning

Beslutet skickas för kännedom till

Ekonomi och upphandling, Mattias Nilsson

Socialchef Lina Edlund

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr VON-2026-26**14. Generella budgetförutsättningar 2027 – utskick 2****Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden tar del av informationen.

Ärendebeskrivning

Som en del i arbetet med kommunens budget för 2027 och planperiod 2028–2029 informeras Vård- och omsorgsnämnden om aktuella budgetförutsättningar. Inkluderat i underlagen är det senaste prognosunderlaget från SKR samt preliminära uppräknings- och politiska prioriteringar från den tidigare upprättade flerårsplanen i form av preliminär rambudget.

Eventuella inspel från nämnden till kommunstyrelsen ska lämnas in senast den 9 mars för att kunna behandlas på kommunstyrelsens sammanträde 7 april 2026.

Beslutsunderlag

Generella budgetförutsättningar – utskick 2

Beslutet skickas för kännedom till

Ekonomi och upphandling, Mattias Nilsson

Socialchef Lina Edlund

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr VON-2024-184

15. Funktionshinderprogram 2026-2029

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden föreslår kommunfullmäktige att anta Funktionshinderprogrammet 2026-2029 (bilaga).

Ärendebeskrivning

Den övergripande målsättningen med funktionshinderprogram är att förbättra stödet och omsorgen inom funktionshinderområdet. Målsättningen är att genom ett funktionshinderprogram ge förtroendevalda och medarbetare verktyg att beakta det funktionsrättsliga perspektivet när de planerar och bedriver kommunal verksamhet på alla nivåer. Programmet ska även utgöra en god grund för samverkan.

Funktionshinderprogrammet sätter den strategiska inriktningen för att skapa god livskvalitet för Östhammars kommuns invånare med funktionsnedsättning enligt Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Ärendet att utarbeta Funktionshinderprogram 2026–2029 har slutförts. Yttranden som remisshanterats har inkommit från barn- och utbildningsnämnden, kultur- och fritidsnämnden, anhörigföreningen, kommunala rådet för pensionärer och funktionsnedsatta, och kommunstyrelsen.

Utredningsarbetet har letts av en styrgrupp bestående av socialchef, biträdande socialchef och nämndens presidium. I utredningen har synpunkter även inhämtats från omsorgskontoret. Omvärldsbevakning har utgjort en viktig del av utredningsarbetet och den strategiska inriktningen. Under utredningsarbetet presenterades och godkändes även en delrapport baserat på beslutad inriktning. Slutrapportering och beslut om remissförfarande beslutades av vård- och omsorgsnämnden i september 2025. Remisstiden förlängdes i december 2025 för att komplettera med yttrande från bygg- och miljönämnden som dock avstod från att lämna yttrande.

Funktionshinderprogrammet anger den strategiska inriktningen för delaktighet på lika villkor för personer med funktionsnedsättning.

Under programtiden ska kommunen:

1. Stärka rätten till individuellt stöd och få tillgång till ny teknik
2. Säkerställa fysisk tillgänglighet i både inne- och utemiljöer.
3. Skapa möjligheter till likvärdig fritid och hälsa.

Ekonomiska konsekvenser och finansiering

Programmet genomförs inom respektive nämnds ordinarie verksamhet och är finansierad av dess budget.

Vård- och omsorgsnämnden

Beslutsunderlag

Funktionshinderprogram 2026–2029

Hantering av remissvar

Ärendets behandling

Individ- och familjenämnden beslutade 2023-11-08 § 159 att ge förvaltningen i uppdrag att ta fram en funktionshinderplan/ plan för det funktionshinderpolitiska arbetet, under andra halvåret 2024.

Vård- och omsorgsnämnden övertog ärenden och uppdrag som tidigare hanterats av individ- och familjenämnden (KF 2024-09-17 § 145).

Vård- och omsorgsnämnden 2025-09-10 § 107 beslutade att sända ut förslag till Funktionshinderprogram Östhammars kommun, 2026-2029 på remiss.

Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott återremitterade ärendet 2025-12-03 § 228 för att det ska kompletteras med remissutskick till bygg- och miljönämnden. Ärendet återupptas på arbetsutskottets sammanträde i februari 2026.

Beslutet skickas för åtgärd till

Kommunstyrelsen för vidare hantering till kommunfullmäktige

Beslutet skickas efter beslut i kommunfullmäktige för kännedom till

Socialchef Lina Edlund

Biträdande socialchef Ida Eklöf

Verksamhetschef Emma Peters

Verksamhetschef Svjetlana Miletic

Enhetschef Marina Oskarsson

Enhetschef Karolina Rankka

Dnr VON-2025-124

16. Utredning inför upphandling av servicetjänster inom hemtjänsten

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar att serviceinsatsen städ ska ingå i nästa upphandling som görs för serviceinsatser.

Vård- och omsorgsnämnden beslutar att ge hemtjänstverksamheten i uppdrag att arbeta mot en tydlig differentiering mellan personlig omvårdnad/delegerad hälso- och sjukvårdsinsatser samt serviceinsatser med någon av modellerna utredningen föreslagit.

Vård- och omsorgsnämnden beslutar att ge förvaltningen i uppdrag att ta fram ett konkret förslag för införande av digitala inköp genom nyttjande av livsmedelsföretagens inköpssystem.

Vård- och omsorgsnämnden beslutar att ge förvaltningen i uppdrag att ta fram ett förslag för arbete med serviceinsatser med utgångspunkt i tex ”Halmstadsmodellen”.

Ärendebeskrivning

Utredningen har haft i uppdrag att belysa förutsättningar och möjliga modeller för framtida upphandling av servicetjänster inom hemtjänsten i Östhammars kommun. Kommunen upphandlar i dag tvätt och inköp, medan städ tidigare ingått men av oklara skäl tagits bort. Parallellt finns ett LOV-system, men med endast en aktiv leverantör.

Arbetet har främst fokuserat på **differentiering av arbetsuppgifter** – uppdelningen mellan personlig omvårdnad/HSL och serviceinsatser – eftersom detta är centralt vid upphandling av service. Utredningen konstaterar att ytterligare servicetjänster kan differentieras och framöver ingå i avtal, men att kommunen först behöver utveckla en tydlig intern modell för detta.

Kvalitetsjämförelser via KOLADA visar att Östhammar ligger lågt både ekonomiskt och ur brukarperspektiv. Genom att tydligare skilja PO/HSL från serviceinsatser kan resurser användas mer effektivt, kompetensen fördjupas och förutsättningarna för eventuella upphandlingar förbättras.

Flera organisatoriska modeller för differentiering analyseras, liksom konsekvenser kopplade till IBIC, där kompensatoriska insatser riskerar att styras av hur upphandlingar utformas. Utredningen ser inga hinder för att återinföra **städ** i kommande avtal.

Digitala inköp bedöms ha stor utvecklingspotential och skulle kunna förenkla processen, minska kostnader i samverkan med lokala livsmedelsleverantörer. Även **RUT-baserade servicetjänster**, liknande Halmstadsmodellen, framstår som intressanta för vidare utredning då de kan skapa lägre kostnader och ökad valfrihet för brukarna.

Två huvudsakliga styrmodeller analyseras: **LOV** och **LOU**, båda med fördelar kopplade till konkurrens och valfrihet men också nackdelar i form av ökad administration, risk för sämre kvalitet och svårigheter i uppföljning.

Vård- och omsorgsnämnden

Sammanfattningsvis rekommenderas att kommunen först utvecklar en **tydlig intern differentiering** innan omfattningen av upphandlade tjänster ökas. Ståd bör läggas tillbaka i avtalet, och särskilda fördjupningar föreslås kring digitala inköp samt möjligheten att införa RUT-baserade tjänster.

Ekonomiska konsekvenser och finansiering

Utredningens förslag innebär inga direkta ekonomiska konsekvenser.

Prövning av barnets bästa

Barn berörs inte av utredningsuppdraget.

Beslutsunderlag

Utredning

Ärendets behandling

Vård- och omsorgsnämnden beslutade 2025-11-05 § 139 att uppdra åt förvaltningen att utreda och föreslå förändringar av utförande och omfattning av upphandlade servicetjänster inom hemtjänsten. Uppdraget ska återrapporteras vid nämndsammanträdet 25 februari 2026.

På arbetsutskottet 2026-02-11 § 21 avstod Roger Lamell (S) från att delta i förslaget till beslut.

Beslutet skickas för åtgärd till

Staben för fördelning av uppdrag

Socialchef Lina Edlund

Biträdande socialchef Ida Eklöf

Verksamhetschef myndighet/hemtjänst Svjetlana Miletic

Stabschef Pauliina Lundberg

Beslutet skickas för kännedom till

Kvalitetsutvecklare Andreas Järvenpää

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr VON-2026-36

17. Patientsäkerhetsberättelse 2025

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden godkänner 2025-års patientsäkerhetsberättelse.

Ärendebeskrivning

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.

Under 2025 arbetades det till stor del med införandet av det nya journalsystemet Viva och verksamhetssystemet för individuellt förskrivna hjälpmedel Myloc. Införandet av båda systemen samtidigt blev resurskrävande och påverkade övrigt kvalitetsarbete.

Under året har det hållits utbildningstillfällen på våra enheter inom bland annat det vårdhygieniska området, trycksår, demens och förflytningsutbildning. Antalet deltagare har dock varierat på grund av bristande planering och samordning vilket behöver förbättras inför kommande år.

Det har arbetats med de nationella kvalitetsregistren i olika uträkning. Palliativa registret och BPSD är väl implementerade och används i det dagliga arbetet utifrån Senior alert, men det behöver göras ett omtag och ligger därför som ett mål för 2026.

Det finns behov av att förbättra uppföljningar inom samtliga områden till exempel vårdplaner, ordinerade insatser, riskbedömningar och hjälpmedel.

Under våren har kvalitetsutvecklande åtgärder vidtagits kring utskrivningsprocessen. Enheten för rehab, hjälpmedel och förebyggande utökade med 2 hemtagningsteam som också ansvarar för trygg och säker utskrivning de två första veckorna vid behov vilket är ett förändrat arbetssätt från det att det bara fanns ett hemtagningsteam. Under året har kommunen inte haft några kostnader för utskrivningsklara och sannolikt är det ett resultat av ett väl fungerande arbetssätt med multiprofessionella hemtagningsteam och utökade korttidsplatser.

Inom det vårdhygieniska området har målet inte uppnåtts kring BHK-mätningar och vårdhygieniska egenkontroller vilket blir ett uppdrag för 2026.

Antalet avvikelser och lex Marior var jämförbara med föregående år och arbetet har påbörjats med kvalitetshöjande åtgärder utifrån de brister som identifierats vilket fortsätter under 2026.

Beslutsunderlag

Patientsäkerhetsberättelse 2025 PDF

Beslutet skickas för kännedom till

Socialchef Lina Edlund

Vård- och omsorgsnämnden

Medicinskt ansvarig sjuksköterska Anita Rönnback

Medicinskt ansvarig för rehabilitering Cecilia Wahlberg

Dnr VON-2026-25**18. Beslut om att upphäva riktlinje för läkemedelshantering inom vård- och omsorgsnämnden****Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden beslutar att Riktlinje för läkemedelshantering inom vård- och omsorgsnämnden ska upphävas.

Beslutsmotivering

Då innehållet i riktlinjen behöver kompletteras och justeras till en mer fastlagd detaljerad beskrivning av de olika delarna i läkemedelshantering så är bedömningen att denna riktlinje bör ersättas av en rutin som kan säkerställa ett enhetligt och patientsäkert arbetssätt kring läkemedelshantering i kommunen

Läkemedelshantering är ett område som i huvudsak regleras av lagstiftning och nationella föreskrifter. Innehållet i styrdokumentet behöver därför följa dessa krav och kunna uppdateras när regelverket förändras. För att säkerställa en aktuell och ändamålsenlig styrning föreslås att nuvarande riktlinje ersätts av en rutin.

En rutin som omfattar flera verksamhetsområden kan efter revidering fastställas av socialchef, vilket möjliggör snabbare anpassningar och en mer flexibel hantering av förändringar inom området. Detta bedöms vara en lämpligare styrform än en politiskt beslutad riktlinje, då området är tydligt reglerat externt och kan kräva löpande uppdateringar för att säkerställa följsamhet till gällande regelverk eller förändrade förutsättningar.

Ärendebeskrivning

Utifrån de två senaste externa granskningarna av läkemedelshantering har det framkommit att riktlinjen för läkemedelshantering behöver kompletteras och förtydligas kring vissa områden för att säkerställa att läkemedelshantering blir hanterad enligt gällande föreskrifter på alla enheter. Man har också ute på enheterna upplevt det svårt att utforma de lokala rutinerna på ett enhetligt sätt då vissa områden i riktlinjen varit otydliga och man har varit osäker på vilka regler som gäller.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska har därav i samråd med verksamhetschef för hälso- och sjukvård upprättat en rutin som fastställts av socialchef. Rutinen har utformats med riktlinjen som grund men har nu fler fastlagda och tydligare anvisningar kring de olika delarna inom läkemedelshantering. Rutinen har kompletterats med bl.a. ett förtydligande avsnitt kring kontrollrutiner för narkotikaklassade läkemedel, förvaring och skötsel av läkemedelsförråd samt ett utökat avsnitt om vaccineringsrutiner. Rutinen ger en mer direkt hänvisning till hur olika moment ska hanteras vilket minskar risken för att man arbetar på olika sätt i våra verksamheter

Vård- och omsorgsnämnden

Beslutsunderlag

Riktlinje för läkemedelshantering inom vård- och omsorgsnämnden

Beslutet skickas för åtgärd till

Verksamhetschef HSL/LSS Emma Peters

Medicinskt ansvarig sjuksköterska Anita Rönnback

Webbredaktörer Carina Bäckström, Tina Luther

Beslutet skickas för kännedom till

Socialchef Lina Edlund

Biträdande socialchef Ida Eklöf

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr VON-2026-18**19. Revidering av vård- och omsorgsnämndens delegationsordning****Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden antar reviderad delegationsordning (bilaga).
Delegationsordningen gäller från och med 1 mars 2026.

Ärendebeskrivning

Enligt kommunallagen beslutar varje nämnd själv inom de ramar som lagen anger vilka ärenden som ska delegeras och vem som ska få besluta på nämndens vägnar. Ärenden som inte är delegerade beslutas av nämnden. Syftet med delegationsordning är att avlasta nämnden i vissa rutinmässiga beslut genom att överlåta dessa beslut till någon annan.

Nämndens verksamheter ser kontinuerligt över delegationsordningen för att den ska vara aktuell och en översyn har därför initierats. Samtliga verksamheter har fått möjlighet att lämna in behov av ändringar.

Förvaltningen har identifierat behov av revidering av nuvarande delegationsordning utifrån följande områden:

- Ändringar av titlar utifrån organisationsförändring av vuxenenheten.
- Ändringar av titlar inom enheten för funktionsnedsättning.
- Tillägg av beslut inom missbruk.
- Uppdateringar inom handläggning avseende barn och unga.
- Tillägg av beslut och ändring av delegater inom dödsboanmälan.
- Ändring av delegat för att anmäla lex Sarah till Inspektionen för vård och omsorg.
- Ändring av delegat för yttranden till Inspektionen för vård och omsorg.

Beslutsunderlag

Förslag delegationsordning vård- och omsorgsnämnden

Beslutet skickas för åtgärd till

Webbredaktör Carina Bäckström

Socialchef Lina Edlund, biträdande socialchef Ida Eklöf, verksamhetschefer Emma Peters och Svjetlana Miletic för vidare information till medarbetare

Beslutet skickas för kännedom till

Socialjouren i Uppsala, [REDACTED]

Enhetschef Socialjouren Uppsala län, [REDACTED]

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr VON-2026-1

20. Information från förvaltningen

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden tar del av informationen.

Ärendebeskrivning

Nämnden tar del av information från förvaltningen, främst från omsorgskontoret. På arbetsutskottet lämnades information om kommande förändringar inom socialtjänsten under 2026 bland annat aktivitetskrav för mottagare av försörjningsstöd samt information om pågående rekryteringar.

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr VON-2026-8

21. Rapporter från förtroendevalda

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden tar del av rapporterna.

Ärendebeskrivning

Rapporter och information från vård- och omsorgsnämndens ledamöter och ersättare.

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr VON-2025-1**22. Redovisning av delegationsbeslut för december 2025****Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden godkänner redovisningen av delegationsbeslut.

Ärendebeskrivning

När vård- och omsorgsnämnden har delegerat sin beslutanderätt träder delegaten helt in i nämndens ställe. Beslut som fattas enligt delegationsordning är juridiskt sett vård- och omsorgsnämndens beslut och kan överklagas på samma sätt som nämndens beslut.

Alla delegationsbeslut ska anmälas till nämnden. Anmälan av delegationsbeslut inom vård- och omsorgsnämnden redovisas månadsvis. Alla delegationsbeslut är anonymiserade och det framgår vilka beslut som har fattats och av vem.

Följande förteckningar över delegationsbeslut redovisas:

- Arbetsutskottets protokoll från 2025-12-17. Beslut i personärenden framgår i listorna nedan.
- Ordförandebeslut fr.o.m. 2025-12-01 t.o.m. 2025-12-31. Beslut i personärenden framgår i listorna nedan.
- Delegationsbeslut barn och unga samt vuxen fr.o.m. 2025-12-01 t.o.m. 2025-12-31.
- Delegationsbeslut äldre och bistånd fr.o.m. 2025-12-01 t.o.m. 2025-12-31.
- Delegationsbeslut socialpsykiatri och LSS fr.o.m. 2025-12-01 t.o.m. 2025-12-31.
- Delegationsbeslut avgifter fr.o.m. 2025-12-01 t.o.m. 2025-12-31.
- Delegationsbeslut färdtjänst och riksfärdtjänst fr.o.m. 2025-12-01 t.o.m. 2025-12-31.
- Delegationsbeslut bostadsanpassning fr.o.m. 2025-12-01 t.o.m. 2025-12-31.
- Delegationsbeslut parkeringstillstånd 2025-12-01 t.o.m. 2025-12-31.
- Övriga delegationsbeslut inom nämnden fr.o.m. 2025-12-01 t.o.m. 2025-12-31.

Beslutsunderlag

Underlaget publiceras i portalen.

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr VON-2026-2**23. Redovisning av delegationsbeslut för januari 2026****Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden godkänner redovisningen av delegationsbeslut.

Ärendebeskrivning

När vård- och omsorgsnämnden har delegerat sin beslutanderätt träder delegaten helt in i nämndens ställe. Beslut som fattas enligt delegationsordning är juridiskt sett vård- och omsorgsnämndens beslut och kan överklagas på samma sätt som nämndens beslut.

Alla delegationsbeslut ska anmälas till nämnden. Anmälan av delegationsbeslut inom vård- och omsorgsnämnden redovisas månadsvis. Alla delegationsbeslut är anonymiserade och det framgår vilka beslut som har fattats och av vem.

Följande förteckningar över delegationsbeslut redovisas:

- Arbetsutskottets protokoll från 2026-01-26 och 2026-02-11. Beslut i personärenden framgår i listorna nedan.
- Ordförandebeslut fr.o.m. 2026-01-01 t.o.m. 2026-01-31. Beslut i personärenden framgår i listorna nedan.
- Delegationsbeslut barn och unga samt vuxen fr.o.m. 2026-01-01 t.o.m. 2026-01-31.
- Delegationsbeslut äldre och bistånd fr.o.m. 2026-01-01 t.o.m. 2026-01-31.
- Delegationsbeslut socialpsykiatri och LSS fr.o.m. 2026-01-01 t.o.m. 2026-01-31.
- Delegationsbeslut avgifter fr.o.m. 2026-01-01 t.o.m. 2026-01-31.
- Delegationsbeslut färdtjänst och riksfärdtjänst fr.o.m. 2026-01-01 t.o.m. 2026-01-31.
- Delegationsbeslut bostadsanpassning fr.o.m. 2026-01-01 t.o.m. 2026-01-31.
- Delegationsbeslut parkeringstillstånd 2026-01-01 t.o.m. 2026-01-31.
- Övriga delegationsbeslut inom nämnden fr.o.m. 2026-01-01 t.o.m. 2026-01-31.

Beslutsunderlag

Underlaget publiceras i portalen.

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr VON-2026-24**24. Anmälan av beslut fattade av ledamöter med kompletterande beslutanderätt****Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden godkänner redovisningen.

Ärendebeskrivning

Nämnden kan fördela beslutanderätten när nämndens beslut inte kan avvaktas. Kompletterande beslutanderätt följer direkt av lag och ger nämndens ordförande eller annan ledamot som nämnden förordnat rätt att fatta beslut när nämndens beslut inte kan avvaktas. För att nämnden ska ha insyn i hur dessa ärenden handläggs ska beslut som fattats av ordförande eller annan ledamot anmälas vid nämndens nästa sammanträde.

Följande beslut redovisas för perioden:

1. Beslut LVU vård (omedelbart) enligt 6 § LVU.
Beslutet är taget 2025-12-29 av Anna-Lena Söderblom.
2. Beslut om placering enligt 11 § LVU.
Beslutet är taget 2025-12-29 av Anna-Lena Söderblom.
3. Beslut om omplacering skyddat boende enligt 4 kap. § 1 LSB.
Beslutet är taget 2026-01-16 av Roger Lamell.
4. Beslut om skyddat boende enligt 4 kap. 1 § LSB.
Beslutet är taget 2026-01-19 av Sabina Ståhl.

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr VON-2026-1**25. Anmälningssärenden****Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden tar del av informationen.

Ärendebeskrivning

Redovisning av beslut som tagits av andra myndigheter samt annan information som berör nämndens verksamhetsområde.

1. Beslut från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) 2025-12-11 gällande lex Sarah-anmälan från hemtjänsten i Östhammars kommun. IVO avskriver ärendet från vidare handläggning (VON-2024-136).
2. Beslut från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) 2025-12-17 gällande lex Sarah-anmälan från hemtjänsten Öregrund. IVO avslutar ärendet och kommer inte vidta några ytterligare åtgärder (VON-2024-23).
3. Beslut från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) 2025-12-18 gällande lex Sarah-anmälan från gruppboenden Boda. IVO avslutar ärendet och kommer inte att vidta några ytterligare åtgärder (VON-2025-101).
4. Beslut från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) 2026-01-09 gällande lex Sarah-anmälan från hemtjänsten Östhammar södra. IVO avslutar ärendet (VON-2025-135).
5. Beslut från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) 2026-01-12 gällande lex Maria-anmälan. IVO avslutar ärendet (VON-2025-107).
6. Beslut från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) 2026-01-09 gällande tillsyn av hemtjänsten som drivs av vård och omsorgsnämnden i Östhammars kommun. IVO konstaterar brister och begär in en redovisning av nämnden (VON-2025-152).
7. Beslut från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) 2026-01-20 gällande tillsyn av rättssäkerhet i kommunens myndighetsutövning för barn och unga. IVO avslutar ärendet (VON-2024-139).
8. Beslut från Socialnämnden i Uppsala kommun 2025-12-17 om samverkansavtal om socialjour mellan länets kommuner och socialnämnden.
9. Kvartalsrapport från Bryggan (VON-2025-32).
10. Slutrapport Bryggan (VON-2025-32).
11. Beslut från kommunfullmäktige 2025-12-16 § 176 om motion från Camilla Strandman (C) om att det ska vara möjligt att bo kvar i sin nära hembygd även som äldre och även i skärgården (KS-2025-820, VON-2025-198).
12. Beslut från kommunstyrelsens arbetsutskott om hantering av medborgarmotion om Finskspråkigt demensboende (KS-2025-447, VON-2026-32).
13. Beslut från Inspektionen för vård och omsorg 2026-02-11 gällande en lex Maria-anmälan. IVO avslutar ärendet och kommer inte att vidta några ytterligare åtgärder (VON-2025-131).
14. Protokoll samverkan och skyddskommitté Omsorgskontoret, 2026-02-12.
15. Skrivelse från Anhörigföreningen i Östhammars kommun, 2026-02-11 avseende demensdagen (VON-2026-38).

Vård- och omsorgsnämnden

16. Skrivelse från Anhörigföreningen i Östhammars kommun, 2026-02-17 angående FINGER-modellen (VON-2026-39).

Inkomna domar:

1. Beslut från Förvaltningsrätten i Uppsala 2026-01-07 gällande omedelbart omhändertagande enligt LVU. Förvaltningsrätten fastställer det underställda beslutet. Det omedelbara omhändertagande ska därmed bestå (mål nr 9558-25).
2. Beslut från Förvaltningsrätten i Uppsala 2026-01-16 gällande bistånd enligt socialtjänstlagen; nu fråga om avskrivning. Förvaltningsrätten avskriver målet från vidare handläggning (mål nr 2550-25).
3. Beslut från Förvaltningsrätten i Uppsala 2026-01-19 gällande tillstånd till ledsagare enligt lag om färdtjänst; fråga om avskrivning. Målet avskrivs från vidare handläggning (mål nr 5514-25).
4. Dom från Förvaltningsrätten i Uppsala 2026-01-20 gällande avvisande av ombud enligt förvaltningslagen. Förvaltningsrätten bifaller överklagandet och upphäver det överklagade beslutet (mål nr 4175-25).
5. Dom från Förvaltningsrätten i Uppsala 2026-01-29 gällande ekonomiskt bistånd enligt socialtjänstlagen. Förvaltningsrätten avslår överklagandet (mål nr 2115-25).

Beslutsunderlag

Handlingarna publiceras i portalen.



Ärendestatistik - omsorg myndighet

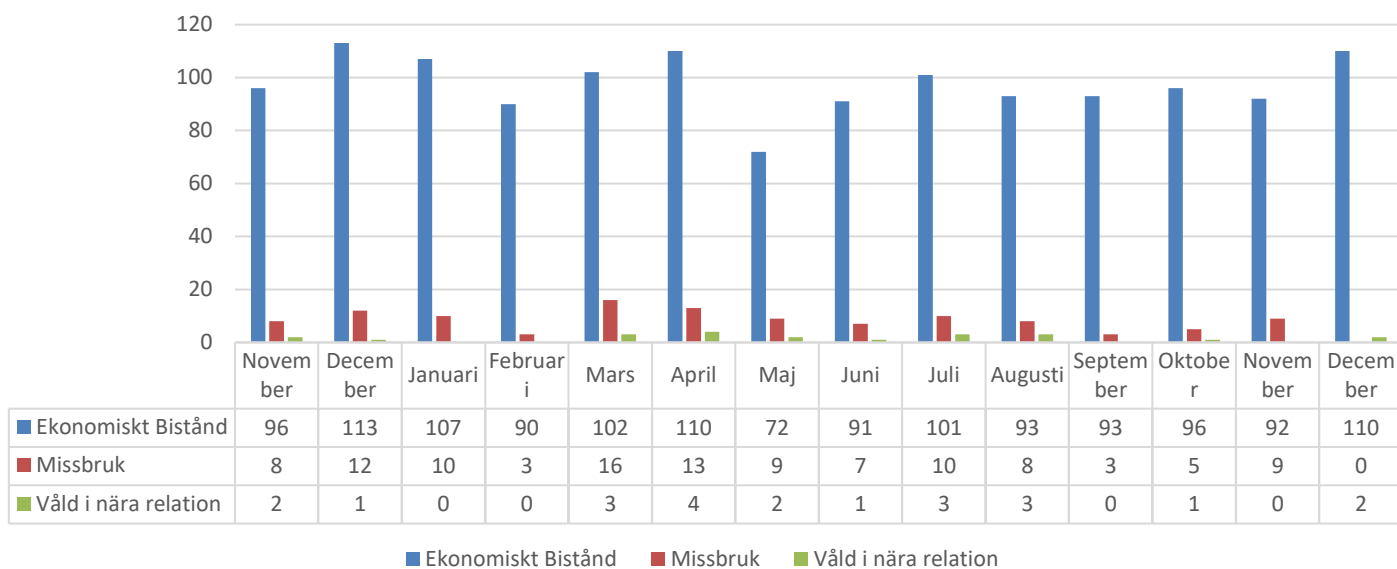
Omsorgskontoret, december 2025

Innehållsförteckning

1	Ärendestatistik december 2025 Vuxen	3
1.1	Försörjningshinder och totalt utbetalt försörjningsstöd.....	4
2	Ärendestatistik december 2025 Barn och unga	4
3	Ärendestatistik december 2025 Familjerätt	6
4	Ärendestatistik december 2025 Enheten för funktionsnedsättning	7
4.1	Ledtider.....	8
5	Ärendestatistik december 2025 Enheten för äldre och bistånd	10
5.1	Ledtider.....	11
5.2	Särskilt boende kö och tillgänglighet	13
5.3	Korttids beläggning, vårdagar och platser	14

1 Ärendestatistik december 2025 Vuxen

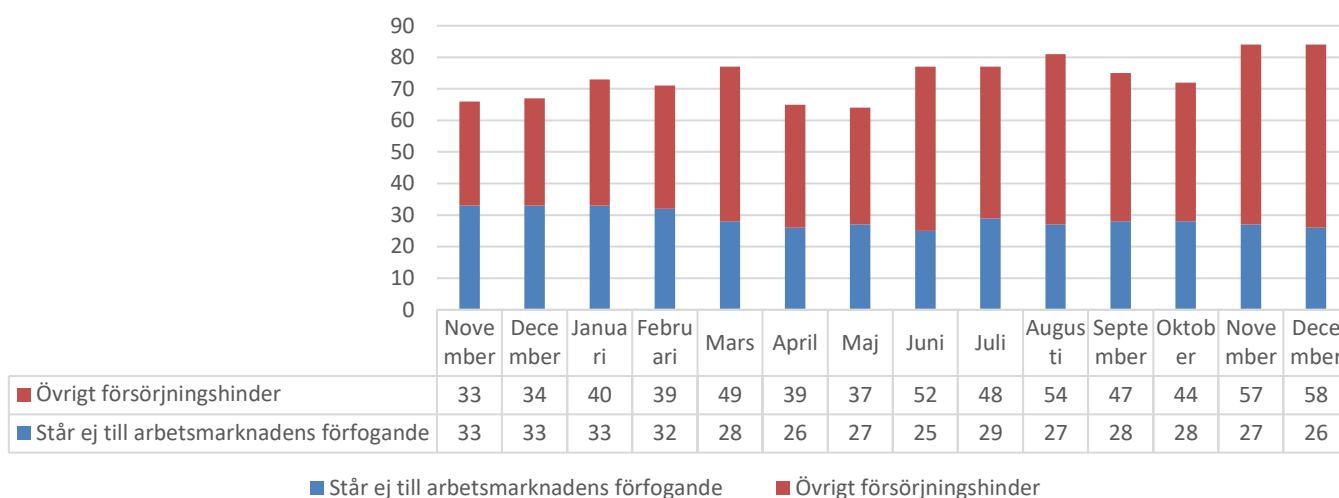
Inledda utredningar



Antalet ärenden har ökat under december. Det är inte ovanligt att det ökar i december då många antingen upplever att de behöver ha pengar inför julen, eller inte har några pengar efter jul.

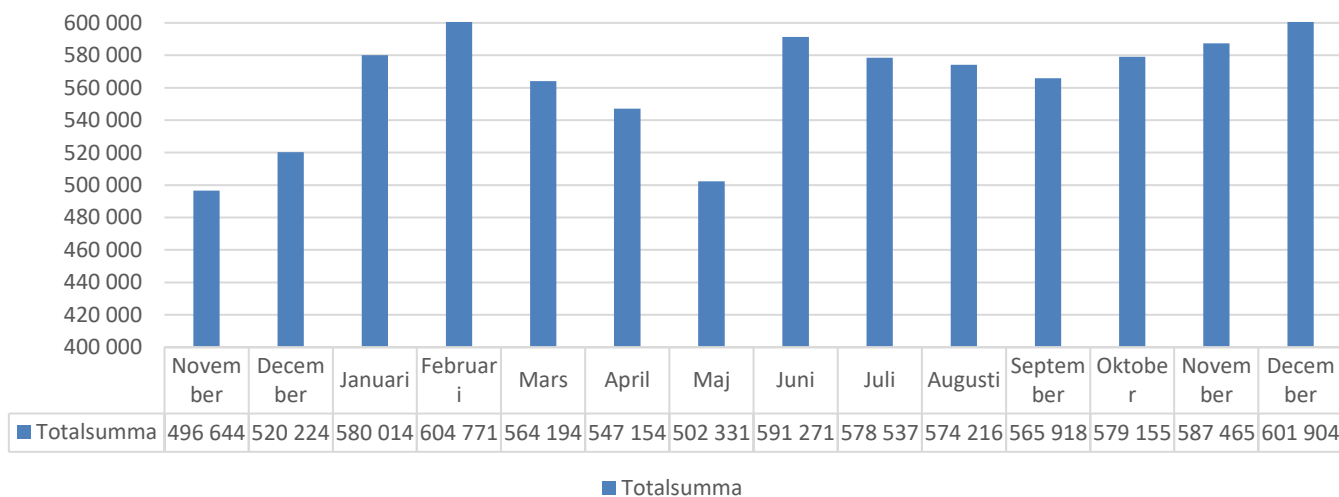
1.1 Försörjningshinder och totalt utbetalt försörjningsstöd

Andel av hushåll som ej står till arbetsmarknadens förfogande



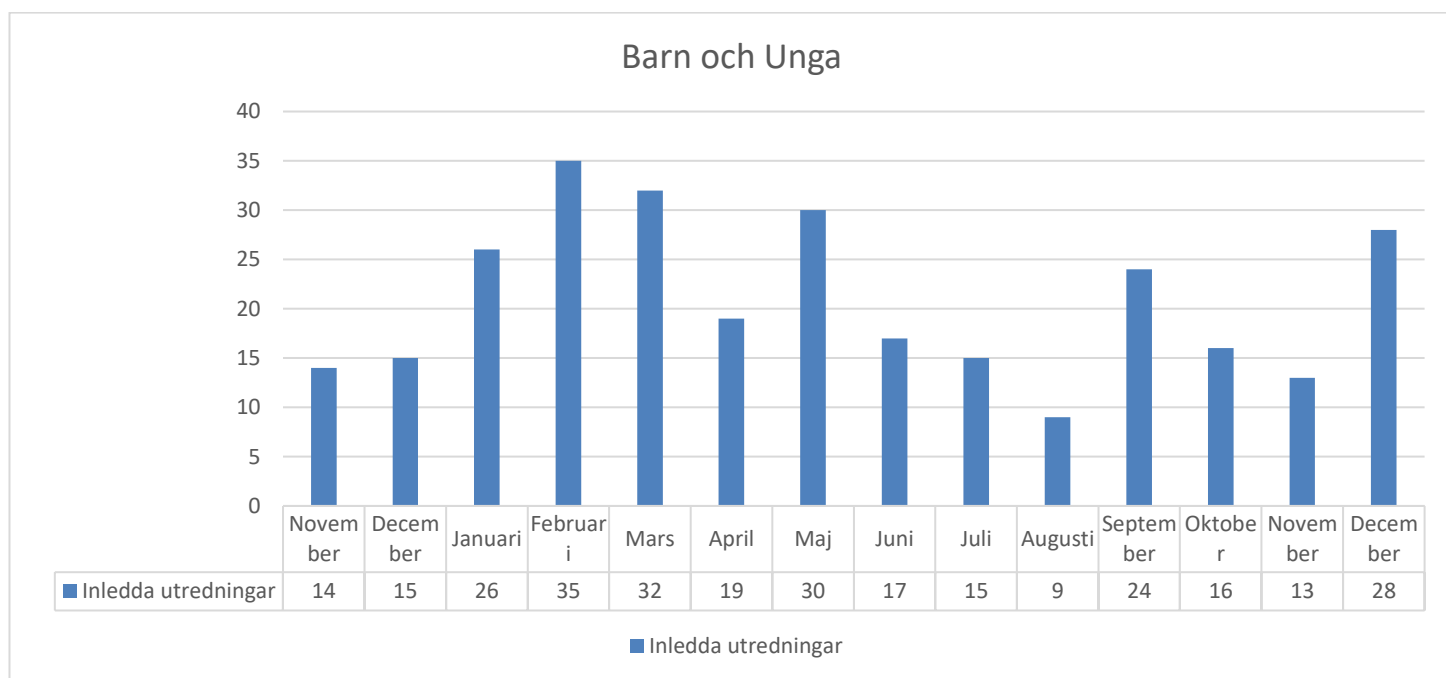
Andelen sjukskrivna med läkarintyg som därmed inte står till arbetsmarknadens förfogande är tyvärr över tid relativt bestående. Under december var det 26 stycken. Här har enhetens förhoppning att sammanslagningen med EIA kommer ge effekt och att färre sjukskrivna med läkarintyg kommer redovisas i december 2026.

Totalsumma försörjningsstöd



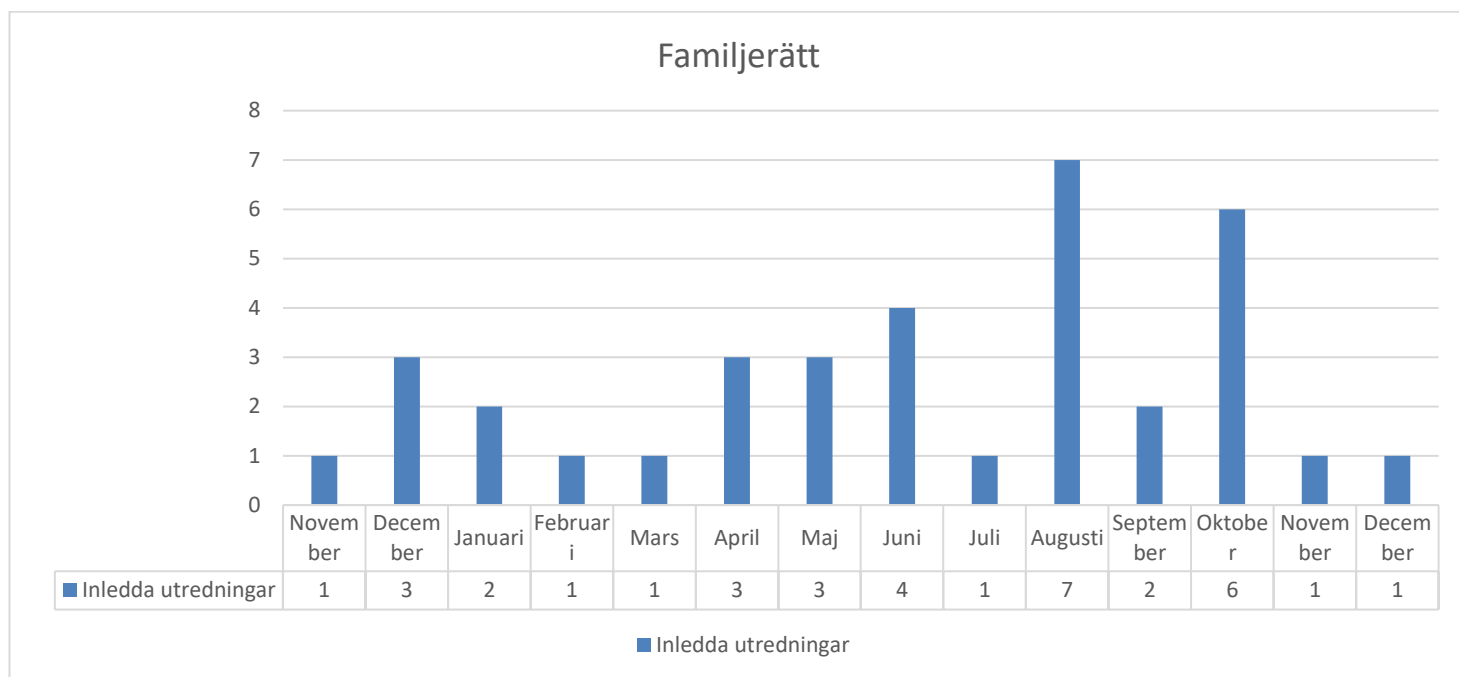
Ökning av kostnad för försörjningsstöd under december har ökat. En delförklaring är att alla barnfamiljer som har haft sammanhängande försörjningsstöd i minst 6 månader beviljas extra julpeng, 588 kronor per heltids boende barn.

2 Ärendestatistik december 2025 Barn och unga



Under december månad har vi haft ett högt tryck på väldigt mycket anmälningar, det som var väntat var att många kom från skolan dagarna innan julafton. Det som var oväntat är att det är många inledda utredningar. Det som avviker mot tidigare månader är att vi inlett 23 utredningar där det varit uppgifter om våld, varav några är mer komplexa. Det ska tilläggas att anledningen till att siffran blir hög är för att det är flera syskon i dessa ärenden. Resterande fem utredningar är oro kring missbruk hos förälder, normbrytande beteende och resterande tre är ansökan om stöd.

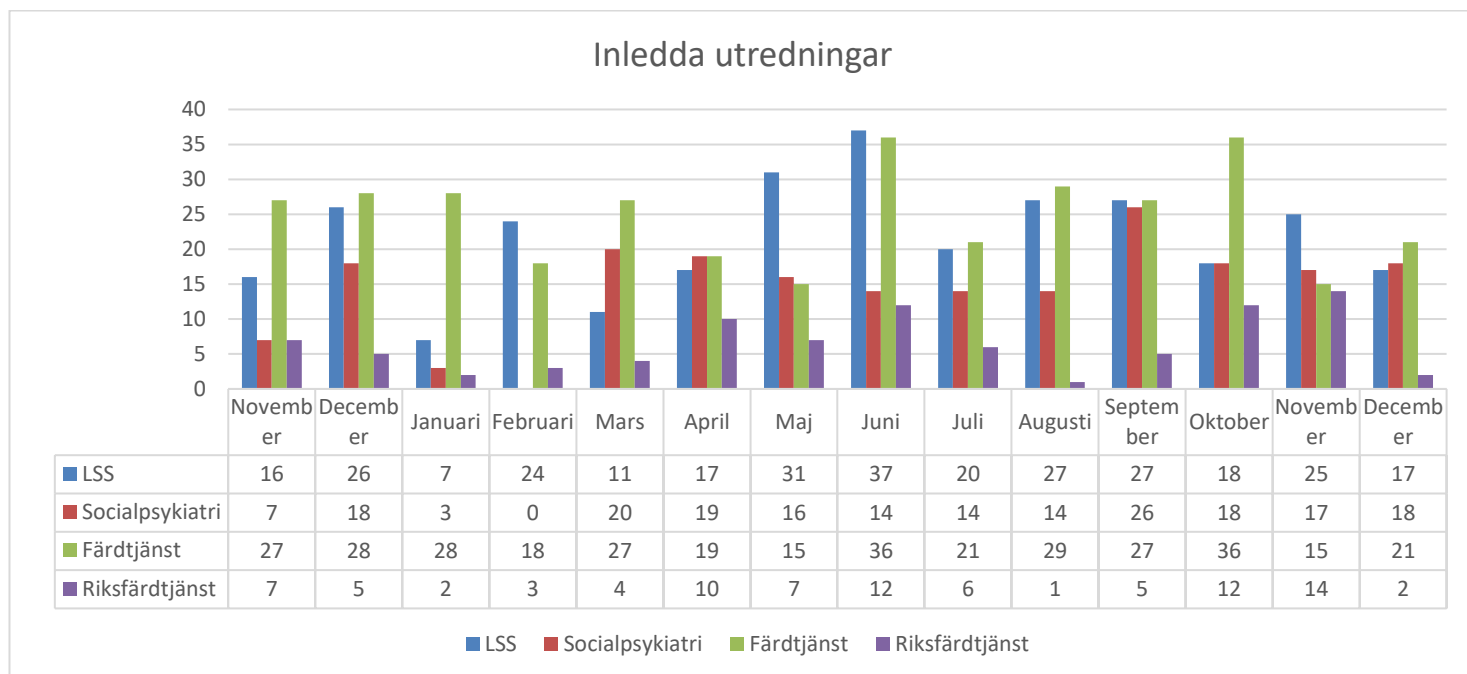
3 Ärendestatistik december 2025 Familjerätt



Pågående inom familjerätten för november och december:

En pågående VBU utredning som inletts under oktober. Ett avtal om boende och umgänge och en upplysning. Familjerätten har haft 5 samarbetssamtal, 3 faderskap, 5 informationssamtal och det har varit 11 råd och stöd samtal under november månad på sammanlagt 4 timmar och 42 min. Under december har 13 råd och stödsamtal genomförts på sammanlagt 3 timmar 46 min.

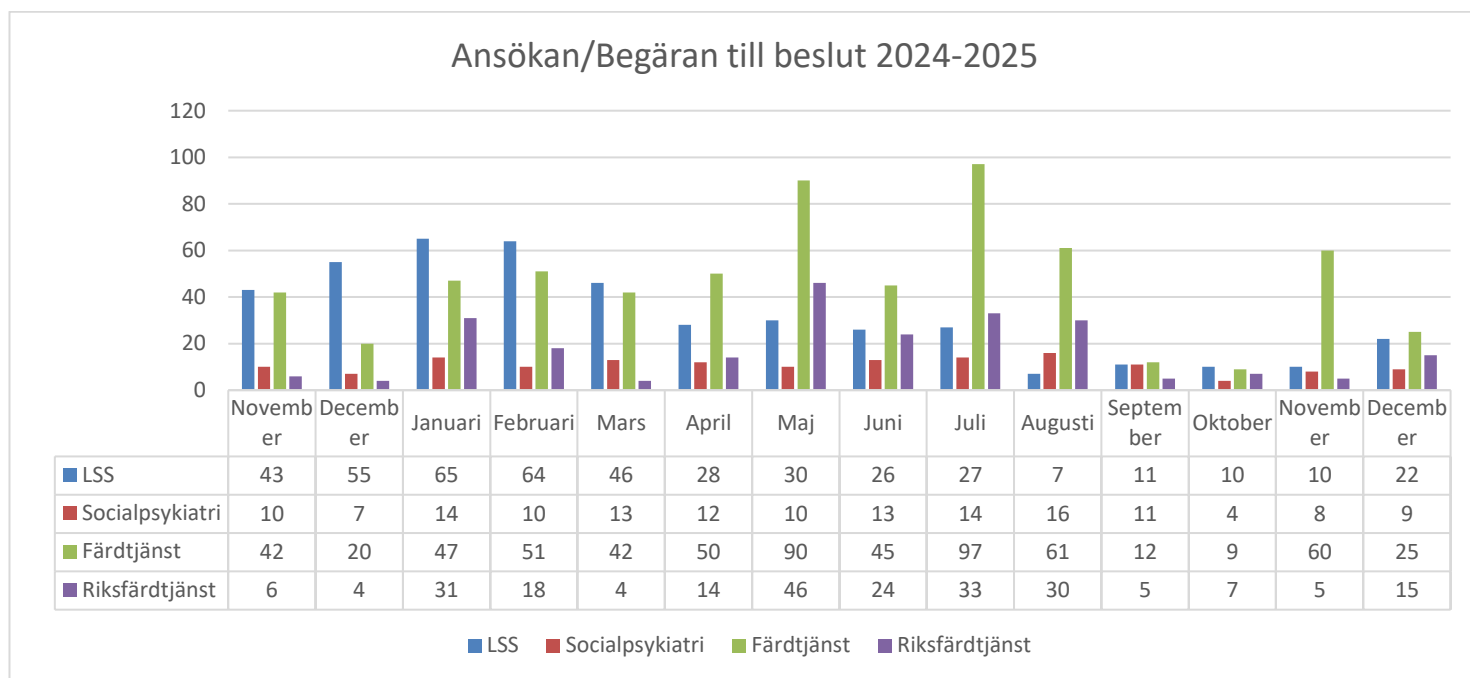
4 Ärendestatistik december 2025 Enheten för funktionsnedsättning



Inledda utredningar avser både nyprövningar och nya ansökningar.

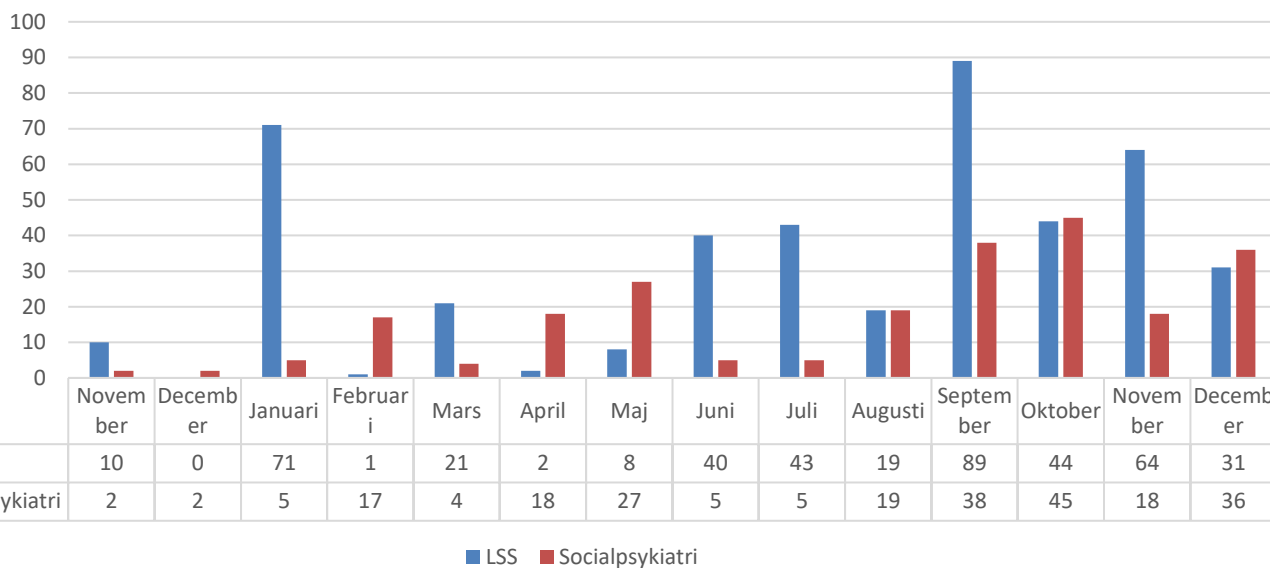
- LSS: 17st inledda utredningar under december, det är lägre antal än snittet som är ca 22 st (snitt räknat från januari 2025 till december 2025). Det lägre antalet inledda utredningarna beror delvis på att det inkommit ett lägre antal nya ansökningar och att handläggarna försöker planera in färre nyprövningar av befintliga beslut under december.
- Socialpsykiatri: 18st inledda utredningar under december, det är högre antal än snittet som är ca 15st (snitt räknat från januari 2025 till december 2025). Det högre antalet beror delvis på fortsatt flera nya ansökningar
- Färdtjänst: 21st inledda utredningar för december, det är lägre antal än snittet som är 24st (snitt räknat från januari 2025 till december 2025). Det lägre antalet är inte avvikande då det varierar med antal nyansökningar och nyprövningar.
- Riksfärdtjänst: 2st inledda utredningar under december, det är lägre antal än snittet som är ca 7st (snitt räknat från januari 2025 till december 2025). Ansökningar för resa under jul- och nyår ska vara enheten tillhanda senast 11 november, därefter sjunker antalet då det är färre som reser.

4.1 Ledtider



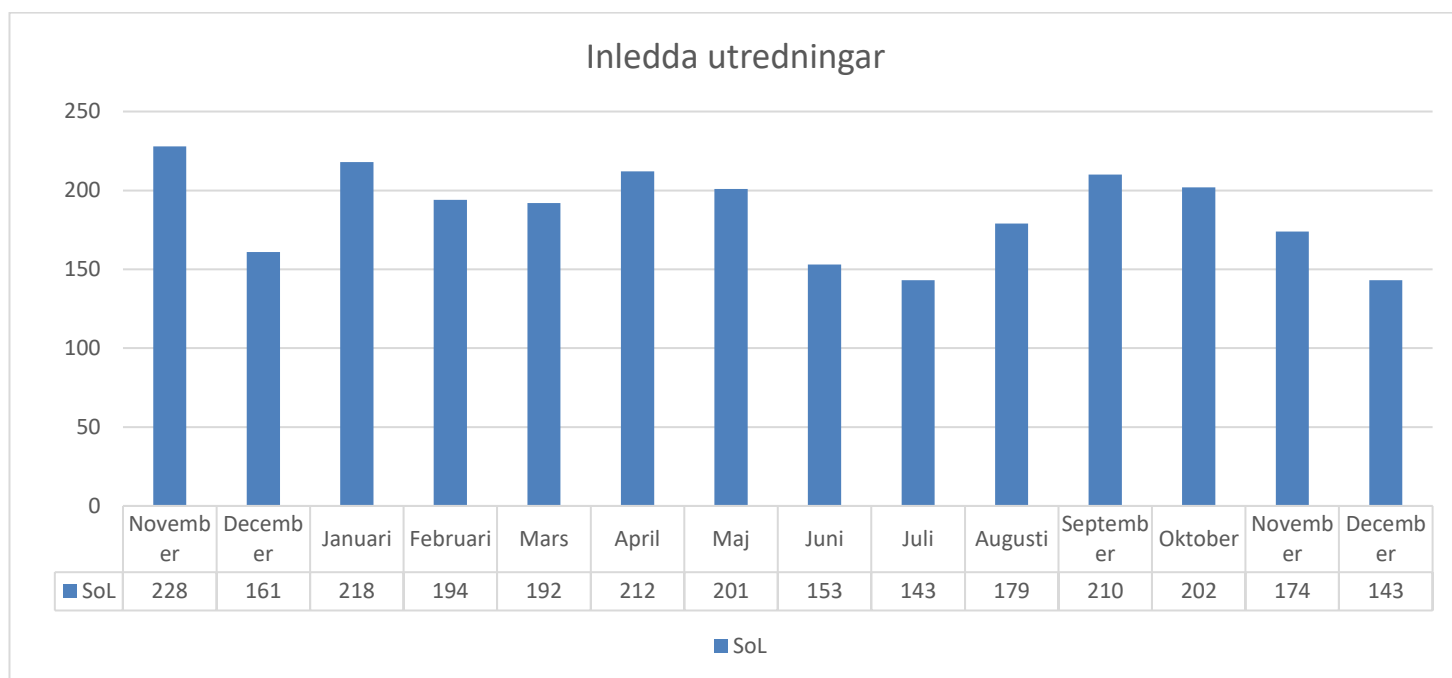
- LSS: Ledtiden under december är 22 dagar från ansökan till beslut, det är en handläggningstid som inte är avvikande för LSS, varierar beroende av vilken insats som utreds och även om det är en nyansökan eller en nyprövning som utreds.
- Socialpsykiatri: Ledtiden under december är 9 dagar från ansökan till beslut, är en bra handläggningstid.
- Färdtjänst: Ledtiden under december är 25 dagar (60 dagar under november) från ansökan till beslut. Det är en något längre handläggningstid och det beror på att handläggare har väntat på intyg för att kunna handlägga ansökan.
- Riksfärdtjänst: Ledtiden under december är 15 dagar från ansökan till beslut, det är en bra handläggningstid.

Dagar från beslut till verkställande 2024-2025



- LSS: 31 dagar är ett snitt för de beslut som verkställts under december. Beslut från nyansökan tar i regel något längre tid att verkställa än nyprövning av tidigare beslut. Det varierar även vilken insats som ska verkställas. Anser inte att 31 dagar är avvikande.
- Socialpsykiatri: 36 dagar är ett snitt för de beslut som verkställts under december. Det är en för socialpsykiatri relativt lång tid till verkställighet. Vid avstämning gällande insatsen Boendestöd så är fördröjningen av verkställighet personalrelaterat. Två slutade och introduktion av två nya medarbetare, samt en längre sjukskrivning

5 Ärendestatistik december 2025 Enheten för äldre och bistånd



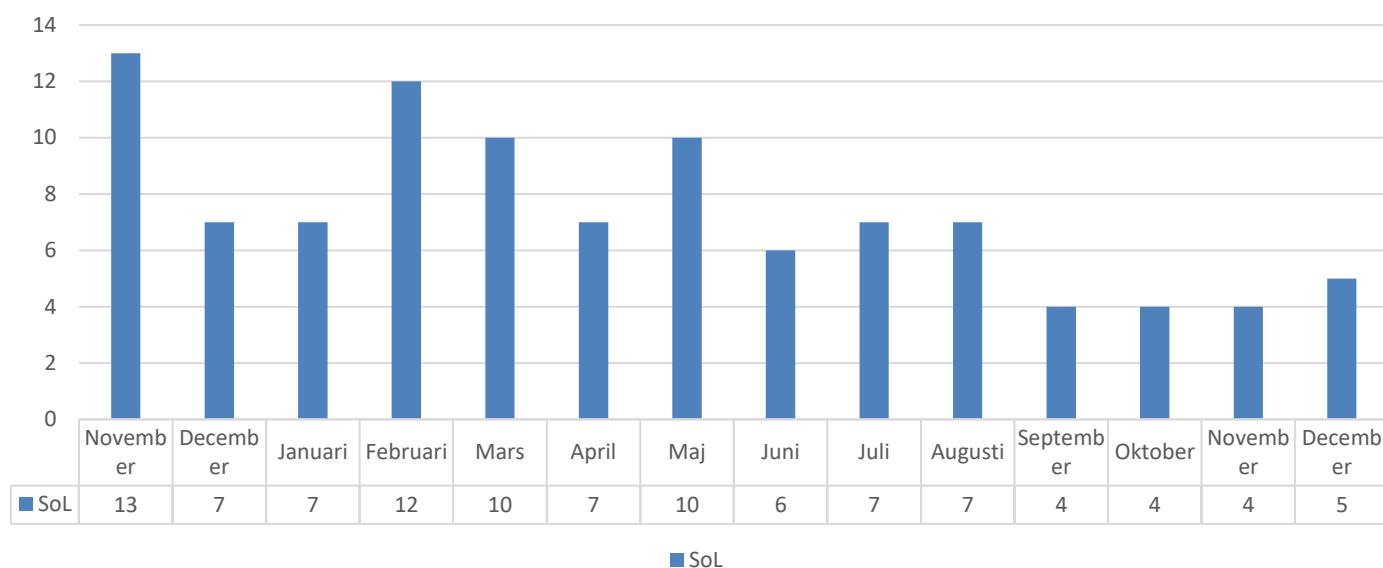
- Inledda utredningar avser både nyprövningar och nya ansökningar för personer i hemmet och som skrivs ut från vården.
- Inledda utredningar i november håller sig inom normalspannet. I december har antalet inledda utredningar minskat, men det är inget avvikande för den här månaden. Handläggarna lägger vanligtvis inte slutdatum på beslut under december månad, då jul- och nyårsledighet innebär färre arbetsdagar samt lägre bemanning på enheten.

5.1 Ledtider



- I oktober är ledtiderna fortsatt korta, precis som föregående månad. Den främsta orsaken är förlängningar på korttidsbeslut, där ansökan om insats och efterkommande beslut vanligen fattas samma dag.
- I november har ledtiderna ökat något men det håller sig ändå inom normalspannet.
- I december har ledtiden fortsatt öka, vilket kan förklaras av att december månad har färre arbetsdagar, vilket i sin tur bidrar till en längre handläggningstid.

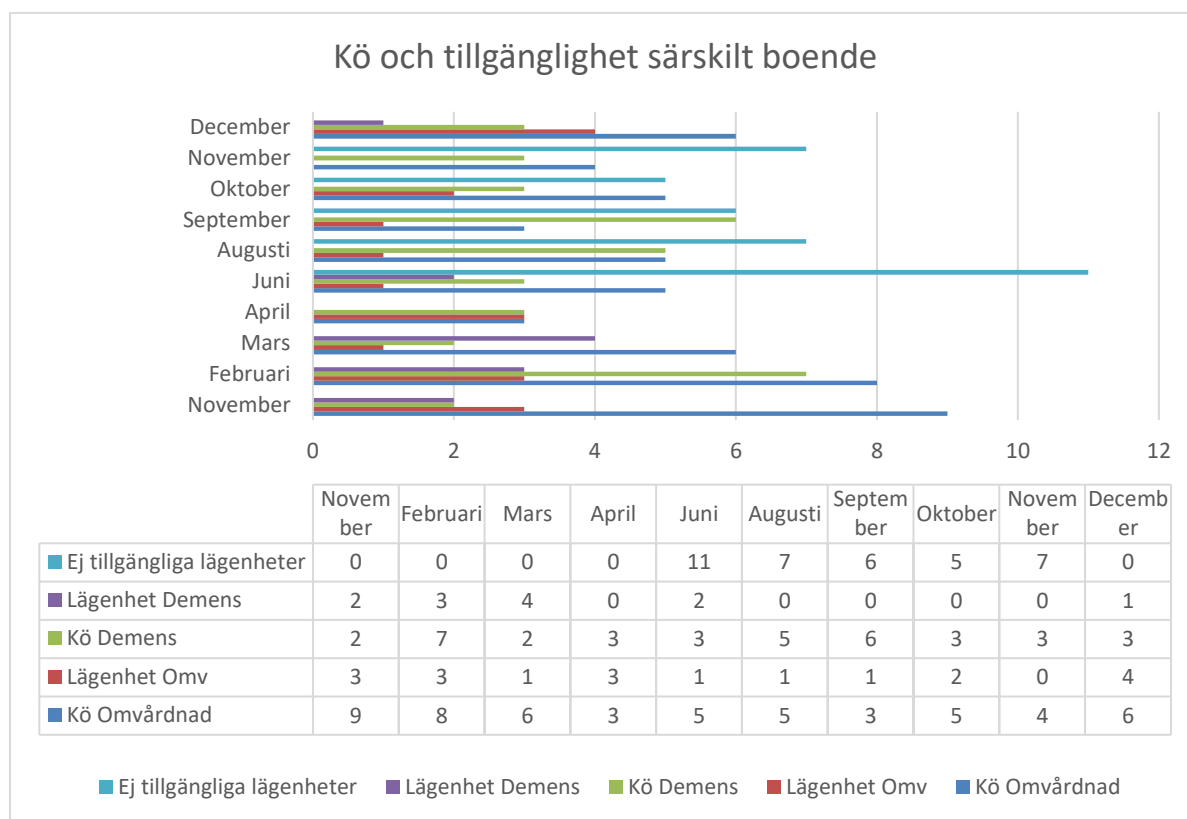
Dagar från beslut till verkställande 2024-2025



- Rutiner gällande tid för verkställighet av beslut varierar beroende på vilken insats som är beviljad. T.ex. hemtjänst ska verkställas inom 24 timmar, särskilt boende ska verkställas skyndsamt men inom 3 månader. Enheten anser att detta är en rimlig tid för verkställande.
- Myndighet kan inte påverka tiden från beslut till verkställighet mer än att påtala behov.
- I de fall beslut inte är verkställda inom 3 månader rapporteras detta till Inspektionen för vård och omsorg och kan medföra att myndighet måste betala vite.
- I november är antal dagar från beslut till verkställande fortsatt enbart fyra dagar, vilket är ovanligt lågt. Detsamma gäller för december, där siffran bara är fem. En förklaring till det kan vara att det har fattats många beslut om korttidsplatser och de kan vanligtvis verkställas inom en eller två dagar, vilket troligen ha dragit ner den totala siffran.
- En annan faktor som kan bidra till lågt antal dagar för verkställande är hemtagningshandläggarnas arbete inför hemgång från slutenvården. Handläggarna har en daglig dialog med utförarna för gemensam planering och fattar sina beslut när utförarna meddelar att de kan ta emot brukaren i hemmet och verkställa insatsen.

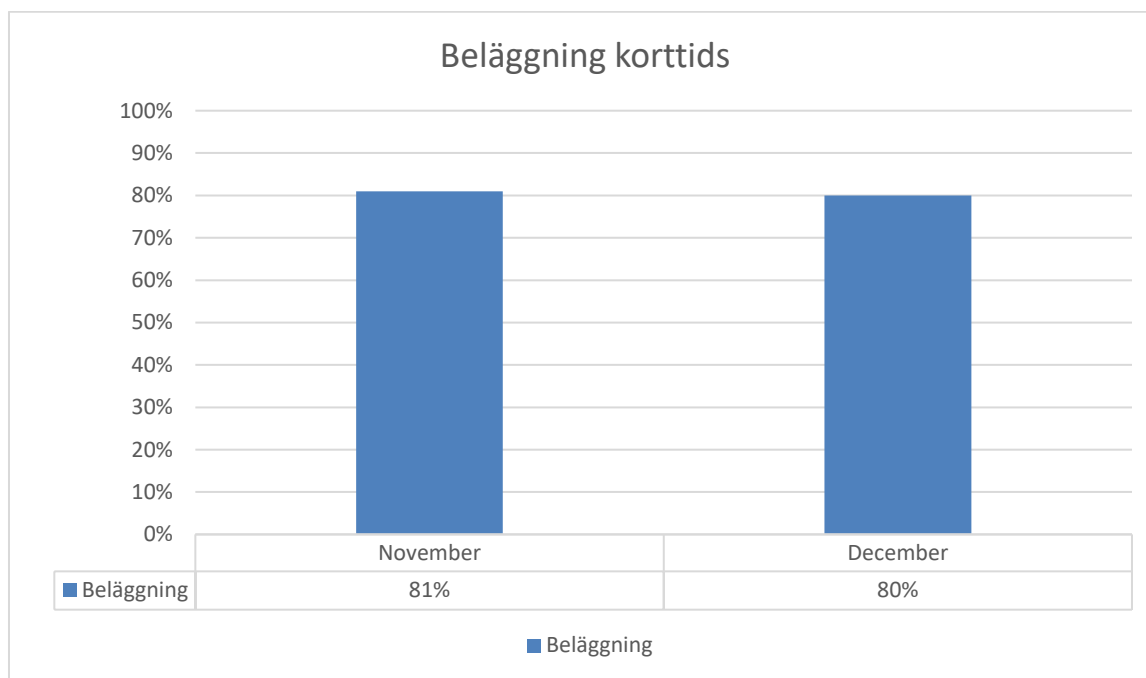
5.2 Särskilt boende kö och tillgänglighet

Värden mäts av den sista vardagen i varje månad. Inom denna statistik kan det skilja sig stort från dag till dag, därför är sista vardagen i månaden satt för att läsa av statistik.

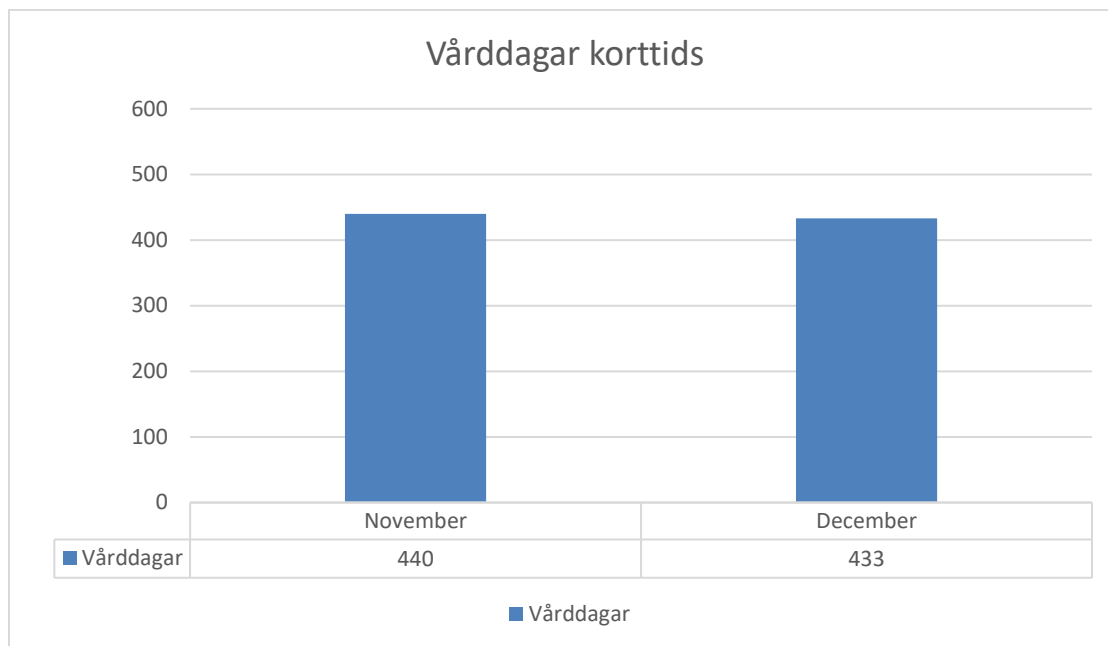


- När det inte finns tillgängliga lägenheter så kan anledning till detta vara att lägenheten ska städas efter tidigare hyresgäst innan den kan erbjudas till person i kö. Uppsägningstiden för lägenheten är innevarande- och nästkommande månad. Är städningen klar under uppsägningstiden kan lägenheten erbjudas till person i kö, och tidigare hyresgäst får då reducerad hyra.
- Ej tillgängliga lägenheter kan även bero på att lägenheten är i behov av rustning innan den kan erbjudas till person i kö. Tiden för rustning kan variera beroende av behov och Östhammars hems tillgång på hantverkare. När tidigare hyresgästs uppsägningstid är slut övergår hyran av lägenheten till myndighet.
- I november månad var det svårt att verkställa beslut om särskilt boende då det inte fanns några tillgängliga lägenheter att erbjuda.
- Kön till särskilt boende ökade något i december. En anledning till det är att ett antal brukare tackar nej till erbjudande om lägenhet då de enbart vill bo på en specifik ort.
- Då dessa siffror enbart är en ögonblicksbild är det svårt att göra en ordentlig jämförelse månad till månad.

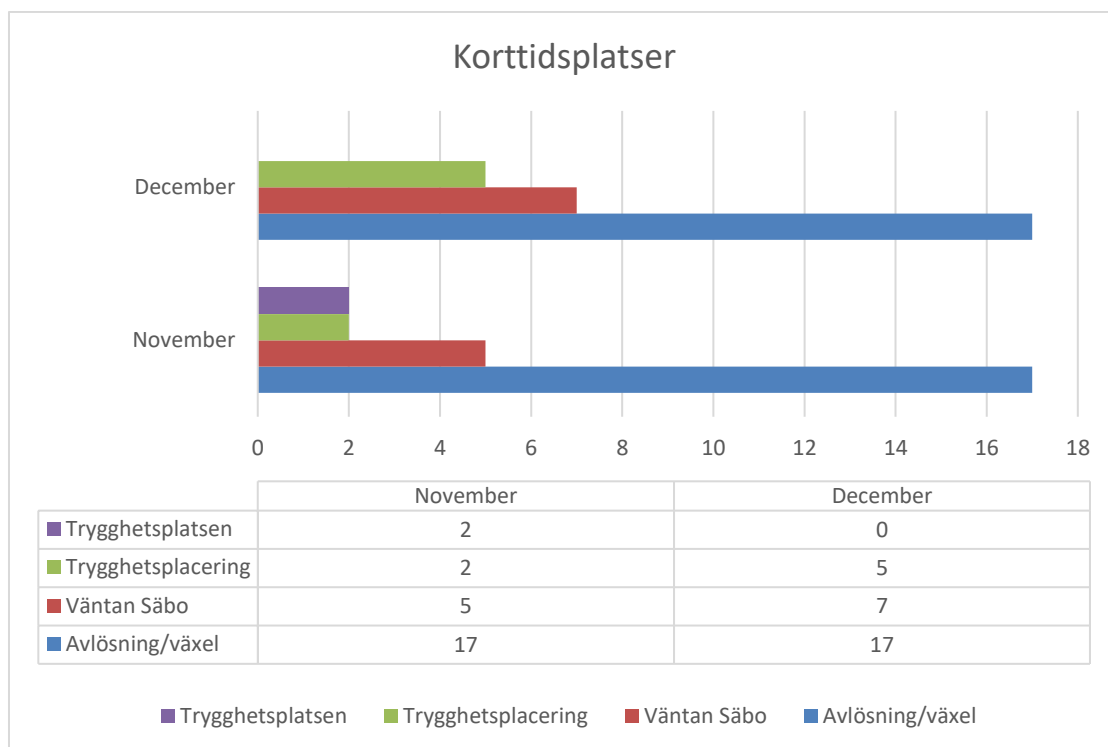
5.3 Korttids beläggning, vård dagar och platser



- Redovisad beläggning på korttidsenheten ser ut att vara låg. Har den tomma platsen som vi inte har haft tillgång till pga vattenskada räknats med? Det kan i så fall bidra till att förklara beläggningsgraden.
- En faktor som påverkar beläggningsgraden är trygghetsplatsen. Den beläggs aldrig under något annat kriterie än just trygghetsplats, vilket beviljas i tre dygn. Finns inte behovet av den platsen står rummet ändå tomt då det behövs en plats som kan användas akut.



- Då det inte finns någon tidigare statistik att jämföra med är det svårt att uttala sig om dessa siffror håller sig inom ett normalspann.



- Trygghetsplatsen användes vid ett tillfälle i december månad, vilket ovanstående siffror inte visar. Det finns då en fundering om resterande siffror stämmer.
- Eftersom det inte finns någon tidigare statistik att jämföra med är det svårt att uttala sig om dessa siffror håller sig inom ett normalspann.



Statistikrapport av ej verkställda beslut

Omsorgskontoret, Kvartal 4 2025

Innehållsförteckning

1	Statistikrapport av ej verkställda beslut	3
1.1	Bakgrund	3
1.2	LSS beslut	4
1.3	SoL beslut.....	6

1 Statistikrapport av ej verkställda beslut

1.1 Bakgrund

Enligt 34 kap. 3§ Socialtjänstlagen (SoL) (2025:400) ska vård- och omsorgsnämnden kvartalsvis lämna en statistikrapport till kommunfullmäktige över hur många gynnande beslut enligt 11 kap. 1§ och 12 kap. 1§ som inte har verkställts inom tre månader från dagen för respektive beslut. Nämnden ska vidare ange vilka typer av insatser dessa beslut gäller samt hur lång tid som har gått från dagen för respektive beslut. Samma rapporteringsskyldighet gäller för beslut som inte verkställs på nytt efter avbrott i verkställigheten. Det ska också framgå hur stor del av de ej verkställda besluten som gäller bistånd till kvinnor respektive män.

Enligt Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) (1993:387) §28h gäller en motsvarande rapporteringsskyldighet för beslut om insatser enligt 9§ LSS.

1.2 LSS beslut

Nr	Beslutsdatum/ Avbrott	Beslut	Orsak till att beslutet inte har verkställts	Kön	Dagar räknat från beslutsdatum
1	2025-06-27	Bostad för vuxna i form av gruppbofastad 9§9 LSS	Resursbrist, saknar ledig bostad	K	187
2	2025-09-29	Bostad för vuxna i form av servicebostad 9§9 LSS	Missnöjd med tid/ omfattning/utförare	M	93
3	2025-04-14	Biträde av kontaktperson 9§4 LSS	Resursbrist, saknar lämplig personal/ uppdragstagare	M	261
4	2024-09-14	Biträde av kontaktperson 9§4 LSS	Medverkar inte till verkställighet	K	473
5	2025-05-05	Bostad för vuxna i form av servicebostad 9§9 LSS	Resursbrist, saknar ledig bostad	M	240
6	2024-07-19	Biträde av kontaktperson 9§4 LSS	Resursbrist, saknar lämplig personal/ uppdragstagare	M	530
7	2025-05-28	Bostad för vuxna i form av servicebostad 9§9 LSS	Resursbrist, saknar ledig bostad	K	217
8	2025-04-15	Biträde av kontaktperson 9§4 LSS	Resursbrist, saknar lämplig personal/ uppdragstagare	M	260
9	2024-11-11	Biträde av kontaktperson 9§4 LSS	Resursbrist, saknar lämplig personal/ uppdragstagare	M	415
10	2024-09-20	Biträde av kontaktperson 9§4 LSS	Resursbrist, saknar lämplig personal /uppdragstagare	M	467
11	2024-10-01	Biträde av kontaktperson 9§4 LSS	Resursbrist, saknar lämplig personal/ uppdragstagare	K	456
12	2024-10-27	Biträde av kontaktperson 9§4 LSS	Specifika önskemål	K	430
13	2024-12-06	Biträde av kontaktperson 9§4 LSS	Resursbrist, saknar lämplig personal/ uppdragstagare	K	390
14	2025-02-28	Biträde av kontaktperson 9§4 LSS	Resursbrist, saknar lämplig personal/ uppdragstagare	M	306

Nr	Beslutsdatum/ Avbrott	Beslut	Orsak till att beslutet inte har verkställts	Kön	Dagar räknat från beslutsdatum
15	2023-06-02	Biträde av kontaktperson 9§4 LSS	Resursbrist, saknar lämplig personal/ uppdragstagare	M	467
16	2025-05-22	Daglig verksamhet 9§10 LSS	Är i behov av lång introduktion/ uppstart.	M	223
17	2025-07-09	Biträde av kontaktperson 9§4 LSS	Resursbrist, saknar lämplig personal/ uppdragstagare	K	175

1.3 SoL beslut

Nr	Beslutsdatum/ Avbrott	Beslut	Orsak till att beslutet inte har verkställts	Kön	Dagar räknat från beslutsdatum
1	2025-02-25	Kontaktperson	Resursbrist, saknar lämplig personal/ uppdragstagare	M	309
2	2025-05-27	Kontaktperson	Resursbrist, saknar lämplig personal/ uppdragstagare	M	218
3	2025-09-04	Kontaktperson	Resursbrist, saknar lämplig personal/ uppdragstagare	M	118
4	2025-09-26	Korttidsboende alt. Växelvård	Resursbrist, saknar ledig bostad	K	96
5	2025-06-24	Kontaktperson	Resursbrist, saknar lämplig personal/ uppdragstagare	K	190
6	2024-12-17	Kontaktperson	Specifika önskemål	M	379
7	2024-12-10	Kontaktperson	Resursbrist, saknar lämplig personal/ uppdragstagare	K	386
8	2024-11-28	Kontaktperson	Resursbrist, saknar lämplig personal/ uppdragstagare	M	398
9	2025-01-29	Kontaktperson	Resursbrist, saknar lämplig personal/ uppdragstagare	K	336
10	2024-12-17	Kontaktperson	Resursbrist, saknar lämplig personal/ uppdragstagare	M	379
11	2025-06-11	Kontaktperson	Resursbrist, saknar lämplig personal/ uppdragstagare	M	203
12	2025-09-01	Kontaktperson	Resursbrist, saknar lämplig personal/ uppdragstagare	M	121
13	2025-07-31	Kontaktperson	Specifika önskemål	K	123

Nr	Beslutsdatum/ Avbrott	Beslut	Orsak till att beslutet inte har verkställts	Kön	Dagar räknat från beslutsdatum
14	2025-09-05	Kontaktperson	Missnöjd med tid/ omfattning/utförare	M	117
15	2025-08-13	Kontaktperson	Personalrelaterade skäl	M	140
16	2025-07-24	Kontaktfamilj	Personalrelaterade skäl	M	160
17	2025-07-24	Kontaktfamilj	Personalrelaterade skäl	K	160

*Anhörigföreningen
i Östhammars kommun*

2025-11-29

Vård- och omsorgsnämnden,
Socialchef Lina Edlund
Östhammars kommun

Situationen för omsorgstagare med finska som modersmål

Vi får till Anhörigföreningen rapporter om att det finns omsorgstagare med finska som modersmål som far direkt illa när de inte längre kan klara sig på egen hand och leva självständigt.

Det handlar om dem som efter en stroke eller på grund av demenssjukdom inte längre behärskar sitt andra språk, svenska. För dem är det deras modersmål, finska, som kan möjliggöra kommunikation. Om de då hänvisas ett boende där inga andra behärskar finska så blir de helt isolerade.

På kommunens hemsida läser vi ”Som finstalande har du rätt till äldreomsorg helt eller till en väsentlig del på finska.”

Vi föreslår att VON initierar en utredning som

- Kartlägger hur många omsorgstagare med finska som modersmål som årligen hänvisas särskilt boende respektive hemtjänst.
- Hur många av dem som inom ramen för vårdinsatserna har möjlighet att kommunicera på finska med personal och andra vårdtagare.
- Hur många i personalen som behärskar finska.
- Hur man praktiskt ordnar så att de här vårdtagarna kan erbjudas plats på samma särskilda boende.

Med vänlig hälsning

Ulf Ehlin
Ordförande

Birgitta Johnsen
Sekreterare

Kopia:
Sverigefinska föreningen i Östhammars kommun (Leena Leppäaho)

Förvaltningsområde finska språket

En skrivelse från Finska föreningen och Anhörigföreningen inkom till Östhammars kommun 20251129. I skrivelsen ställdes följande frågor rörande äldreomsorg för personer med finska som modersmål:

1. Hur många omsorgstagare med finska som modersmål hänvisas till särskilt boende respektive hemtjänst?
2. Hur många av dessa har inom ramen för vårdinsatserna möjlighet att kommunicera på finska med personal och andra vårdtagare?
3. Hur många i personalen behärskar finska?
4. Hur kan kommunen praktiskt organisera så att dessa vårdtagare kan erbjudas plats på samma särskilda boende?

Kommunens ansvar inom det finska förvaltningsområdet

Östhammars kommun ingår sedan 2010 i det finska förvaltningsområdet. Det innebär att sverigefinnar har särskilda rättigheter, bland annat rätten till service samt äldreomsorg helt eller till väsentlig del på finska. Kommunen har även ett ansvar att främja det finska språket och den finska kulturen samt att skapa förutsättningar för inflytande.

Kommunen bjuder regelbundet in den sverigefinska minoriteten till öppna samråd i frågor som rör exempelvis äldreomsorg, barn och utbildning, kommunikation och kultur. Kallelser publiceras på kommunens webbplats och i lokala medier. En samordnare för finskt förvaltningsområde finns inom kommunen och ger möjlighet att ta del av information via e-post. Synpunkter och önskemål kan även lämnas via nationellaminoriteter@osthammar.se eller via Östhammar Direkt.

Syftet med samråden är att skapa dialog och ge de nationella minoriteterna inflytande i frågor som berör dem. Samrådets upplägg sker i dialog mellan kommunen och minoritetsrepresentanter, i enlighet med gällande lagstiftning.

Kartläggning av omsorgstagare med finska som modersmål

Kommunens verksamhetssystem innehåller i dagsläget ingen strukturerad registrering av modersmål eller språktillhörighet. Det innebär att statistik över hur många omsorgstagare med finska som modersmål som beviljats särskilt boende respektive hemtjänst inte kan tas fram på ett automatiserat sätt. En fullständig kartläggning skulle kräva en manuell genomgång av samtliga individuella ärenden, vilket inte är genomförbart inom rimlig tidsram.

För att ändå få en bild av nuläget har dialog förts med berörda chefer och medarbetare inom myndighets- och utförarverksamheterna. Utifrån dessa dialoger kan följande sammanfattas.

Språkkompetens och kommunikation i vården

Det finns i kommunens verksamheter ett antal omsorgstagare som har finska som modersmål, både inom särskilda boenden och hemtjänst. I flera verksamheter finns även medarbetare som talar finska, vilket i vissa fall möjliggör kommunikation på modersmålet i vardagen.

- Inom hemtjänstområdet Östhammar (norra och södra) finns i dagsläget åtta omsorgstagare med finska som modersmål. Enhetschef har finska språkkunskaper.
- Inom Gimo/Alunda-området finns flera omsorgstagare som talar finska samt en begränsad andel medarbetare med finska språkkunskaper.
- Inom Öregrunds hemtjänst finns omsorgstagare med finsk bakgrund, men finska används i dessa fall inte som förstaspråk.

Sammantaget finns det i de flesta verksamheter både omsorgstagare och medarbetare med finska språkkunskaper, dock i varierande omfattning. Vid behov finns alltid möjlighet att använda tolk.

Placering i särskilt boende

Vid erbjudande om plats i särskilt boende är det omsorgsbehov och tillgång till ledig lägenhet som styr placeringen. I nuläget finns inga särskilda boenden med enbart finskspråkig personal eller med inriktning mot finstalande omsorgstagare. Kommunen har därför inte möjlighet att systematiskt samla finstalande omsorgstagare till ett och samma boende.

Rekrytering och utveckling

Kommunen är medveten om vikten av språkkompetens inom äldreomsorgen. Vid rekrytering anges därför att finska språkkunskaper är meriterande. Samtidigt råder det generellt en brist på vård- och omsorgspersonal, inklusive legitimerad personal, vilket påverkar möjligheterna att i alla delar möta efterfrågan på finskspråkig omsorg.

Kommunen arbetar kontinuerligt med att utveckla verksamheten inom ramen för gällande förutsättningar och ser dialogen med den sverigefinska minoriteten som ett viktigt underlag i detta arbete.

Svjetlana Miletic

Verksamhetschef Myndighet

Tf. Verksamhetschef Äldreomsorg och Hemtjänst

Omsorgskontoret

Hemtjänst egen regi- Debiteringsgrad & Leveranssäkerhet



ÖSTHAMMARS
KOMMUN
- EN DEL AV ROSLAGEN



Hemtjänst

Redovisning av hemtjänstens resultat per månad och ort
avseende:

- Leveranssäkerhet
- Debiteringsgrad (tom april)
- Resultat per fakturerad timme (enbart p-kostnad)



Leveranssäkerhet

Leveranssäkerhet är ett mått på måluppfyllelse mot enskild brukare alternativt en grupp brukare.

Beviljad tid SoL/Utfördtid SoL= Leveranssäkerhet i %

Källdata:

Beviljad tid **Pulsen/Viva**

Utförd tid **Phoniro/Intraphone**



Debiteringsgrad

Debiteringsgrad är ett mått på relation mellan arbetad tid och fakturerad tid.

Arbetad tid/Utfördtid (SoL och Del HSL) = Debiteringsgrad i %

Källdata:

Arbetad tid Lönesystemet

Utförd tid phoniro/Intraphone



Resultat per fakturerad timme

Resultat per fakturerad timme är ett mått på efterlevda av KFs mål, ekonomi i balans inom hemtjänsten.

Total p-kostnad (exkl övrig kost)/utfördtid (fakturerad tid SoL/del HSL) –

Ersättning per timme = resultat per timme + eller -

Källdata:

Total kostnad Raindance

Utförd tid phoniro/ Intraphone

Ersättning per timme nämndbeslut LOV hemtjänst

Hemtjänst egen regi– Påverkansfaktorer 2025

Under 2025 har debiteringsgraden stärkts. Största anledningen är arbetade timmar justerats nedåt under hösten, samtidigt som utförda timmar ligger kvar på samma nivåer som tidigare.

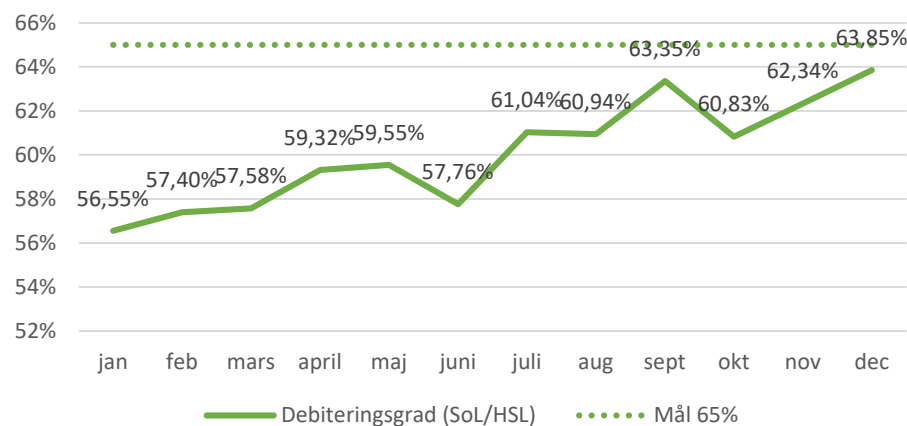
Även leveranssäkerheten har stärkts under året då de beviljade SoL-timmarna minskat, samtidigt som utförda SoL-timmar inte minskat.

Hemtjänst hela kommunen 2025

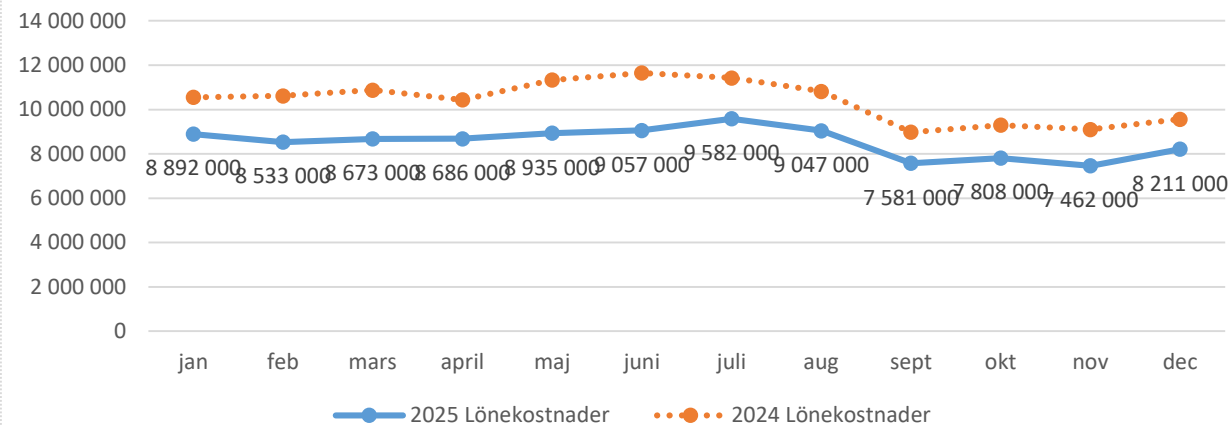
2025	jan	feb	mars	april	maj	juni	juli	aug	sept	okt	nov	dec
Beviljad tid 2025	15 000	14 400	14 782	14 262	14914	13914	13912	13276	13013	13220	12343	12837
Utförd tid SoL	12 136	10 494	10 538	10 883	11177	10 657	10778	10380	10711	10691	9839	10344
Utförd tid HSL	2 955	2 676	3 053	2 944	3050	2852	2907	2961	2358	2935	2681	2819
Leveranssäkerhet SoL	80,9%	72,9%	71,3%	76,3%	74,9%	76,6%	77,5%	78,2%	82,3%	80,9%	79,7%	80,6%
Debiteringsgrad (SoL/HSL)	56,6%	57,4%	57,6%	59,3%	59,5%	57,8%	61,0%	60,9%	63,4%	60,8%	62,3%	63,9%
Resultat per fakturerad timme (enbart p-kost)	- 85	- 143	- 122	- 112	- 108	- 150	- 176	- 163	- 46	- 53	- 58	- 86
Tot resultat (exkl övrig kost)	-1 244 542	-1 841 245	-1 645 200	-1 543 280	-1 537 106	-2 032 008	-2 420 258	-2 154 556	-611 960	-722 480	-743 616	-1 167 600

Fördjupad statistik Hela kommunen

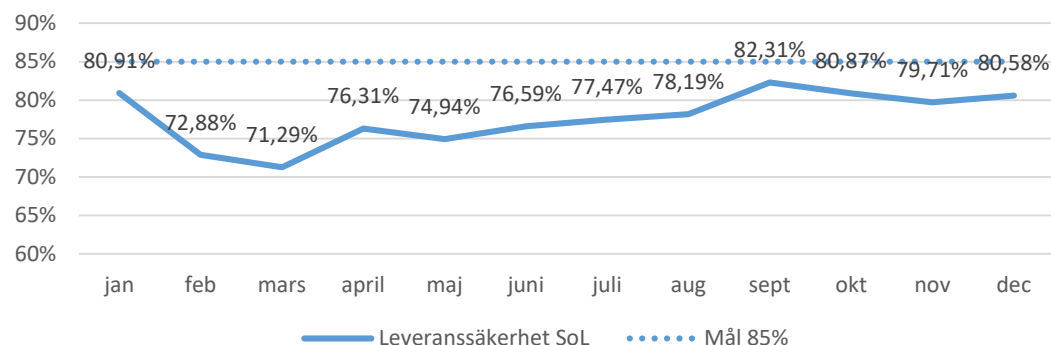
Debiteringsgrad2025



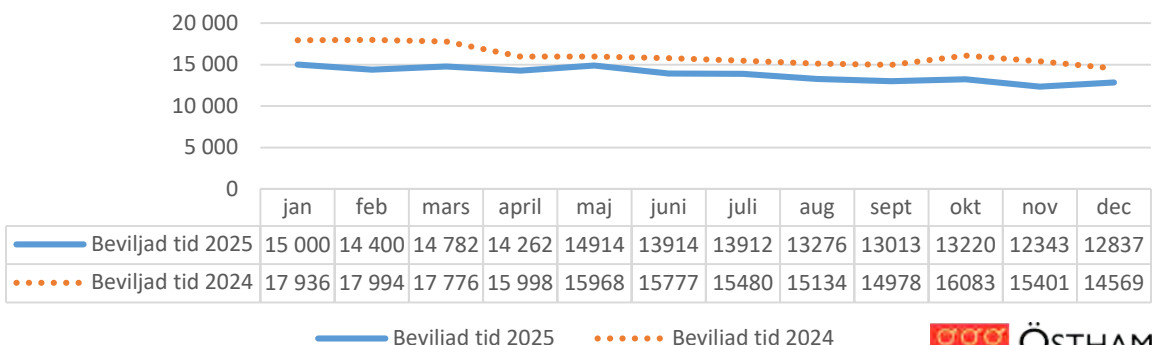
Lönekostnader 2025



Leveranssäkerhet 2025



Beviljade timmar 2024 vs 2025

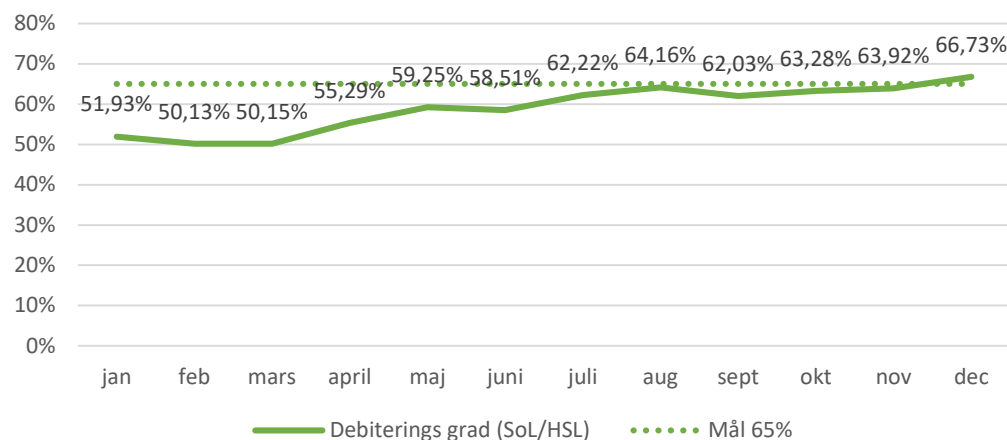


Alunda-Gimo Hemtjänst

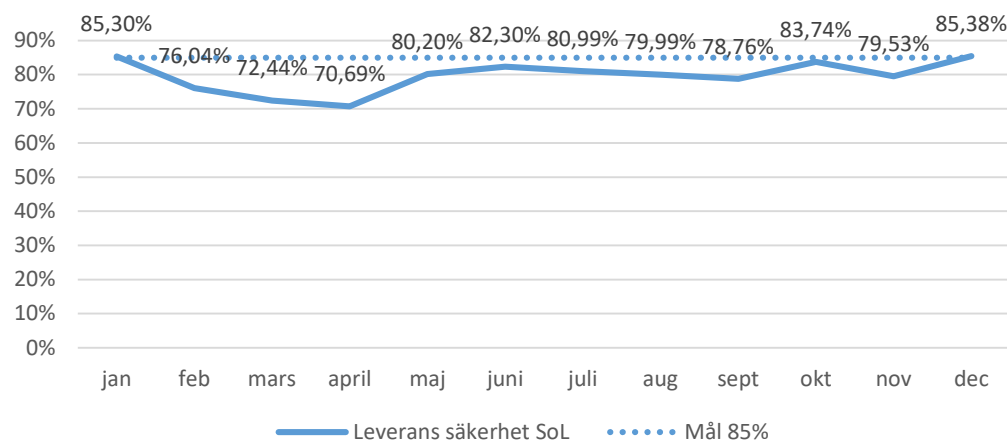
2025	jan	feb	mars	april	maj	juni	juli	aug	sept	okt	nov	dec
Beviljad tid 2025	3925	3685	4024	4213	4186	3865	3955	3949	3993	3892	3786	3845
Utförd tid SoL	3348	2802	2915	2978	3357	3181	3203	3159	3 145	3259	3011	3283
Utförd tid HSL	576	544	722	784	895	862	853	851	783	812	784	832
Leverans säkerhet SoL	85,3%	76,0%	72,4%	70,7%	80,2%	82,3%	81,0%	80,0%	78,8%	83,7%	79,5%	85,4%
Debiterings grad (SoL/HSL)	51,9%	50,1%	50,2%	55,3%	59,2%	58,5%	62,2%	64,2%	62,0%	63,3%	63,9%	66,7%
Resultat per fakturerad timme (enbart p-kost)	- 186	- 258	- 166	- 129	- 122	- 137	- 162	- 121	- 3	- 29	- 45	- 55

Fördjupad statistik- Alunda Gimo

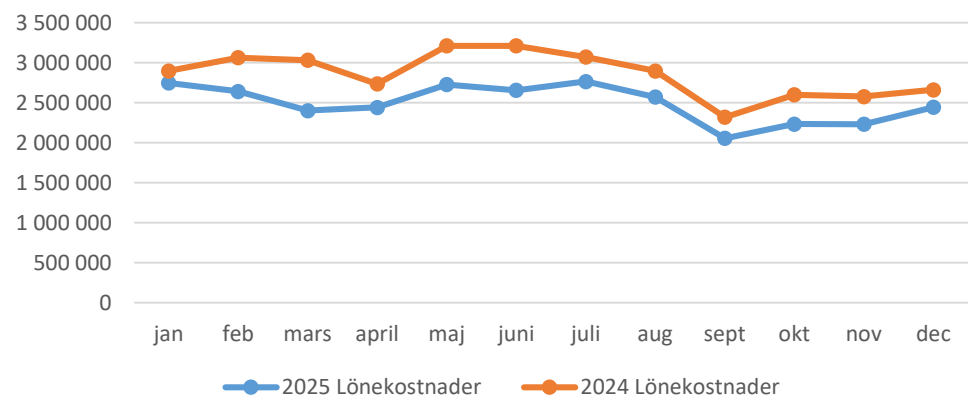
Debiteringsgrad 2025



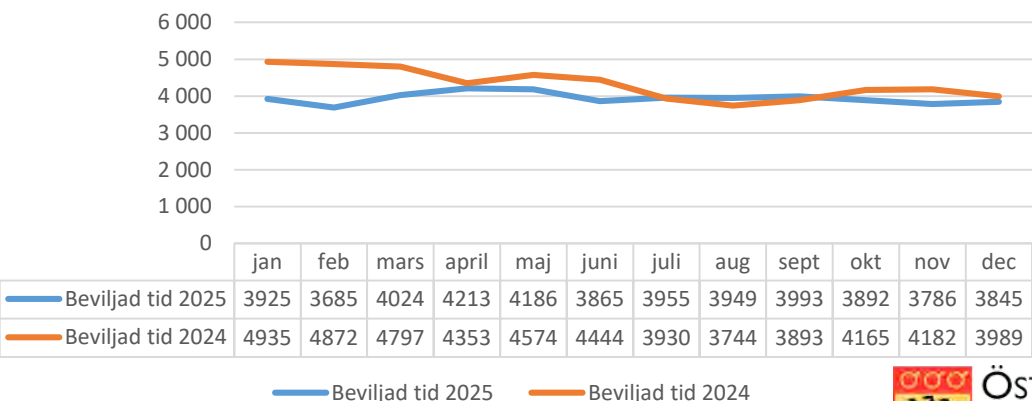
Leverans säkerhet 2025



Lönekostnader 2025



Beviljade timmar 2024 vs 2025

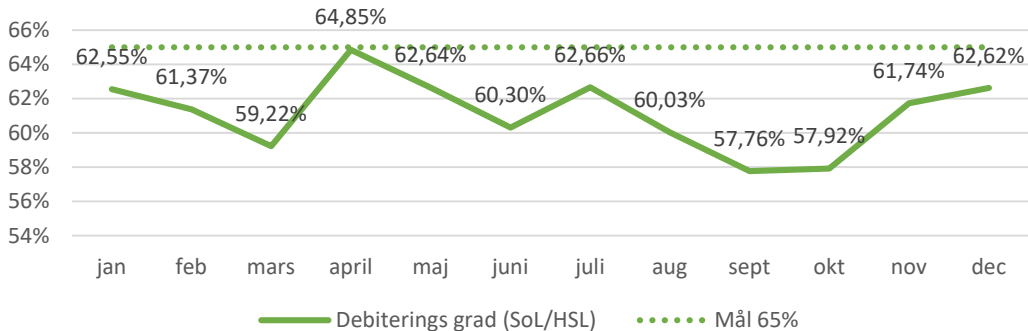


Österbybruk Hemtjänst

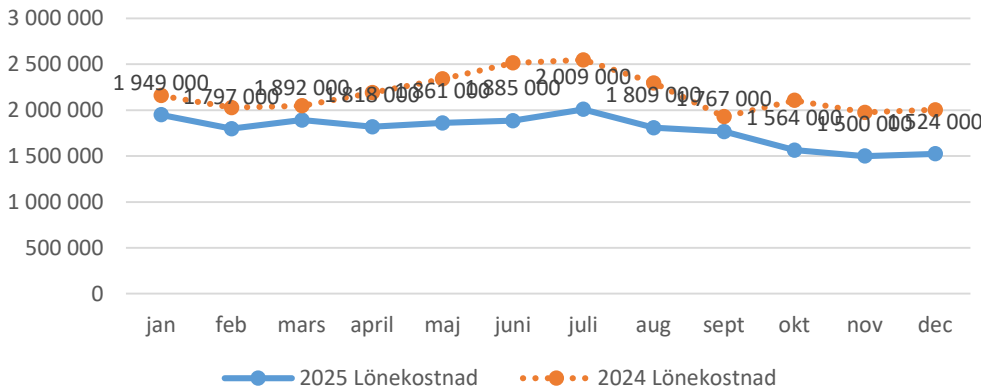
2025	jan	feb	mars	april	maj	juni	juli	aug	sept	okt	nov	dec
Beviljad tid 2025	3507	3316	3182	2982	3018	2744	2521	2543	2766	2790	2574	2495
Utförd tid SoL	2595	2334	2447	2566	2251	2236	2121	2120	2189	2264	2162	2007
Utförd tid HSL	619	576	726	629	600	550	526	548	516	518	491	514
Leverans säkerhet SoL	74,0%	70,4%	76,9%	86,0%	74,6%	81,5%	84,1%	83,4%	79,1%	81,1%	84,0%	80,4%
Debiterings grad (SoL/HSL)	62,6%	61,4%	59,2%	64,9%	62,6%	60,3%	62,7%	60,0%	57,8%	57,9%	61,7%	62,6%
Resultat per fakturerad timme (enbart p-kost)	- 78	- 96	- 148	- 49	- 133	- 156	- 239	- 158	- 133	- 42	- 36	- 72

Fördjupad statistik- Österbybruk

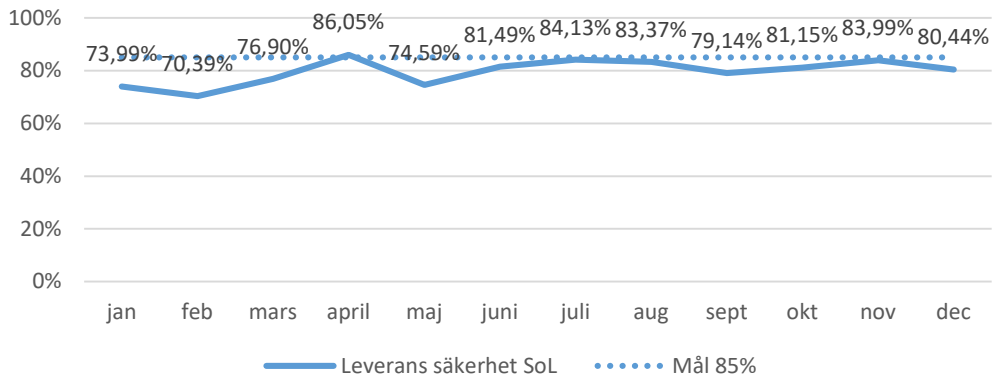
Debiteringsgrad2025



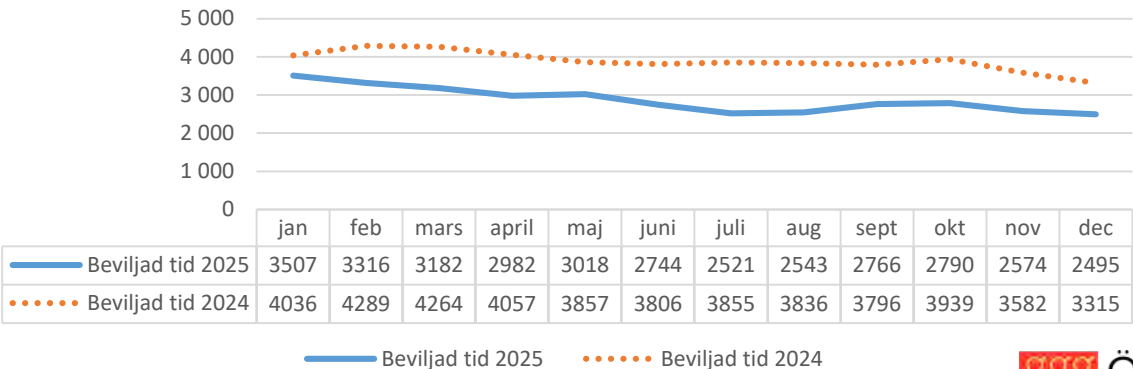
Lönekostnader 2024 vs 2025



Leverans säkerhet 2025



Beviljade timmar 2024 vs 2025

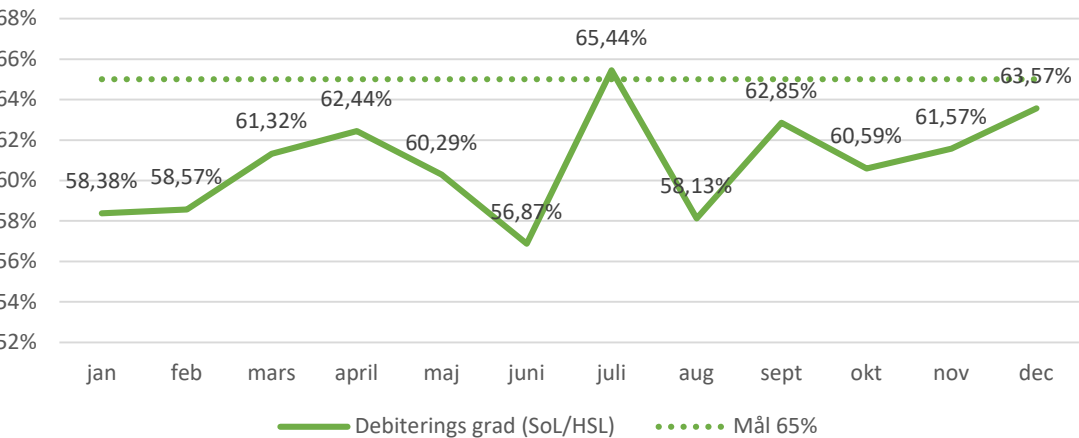


Öregrund Hemtjänst

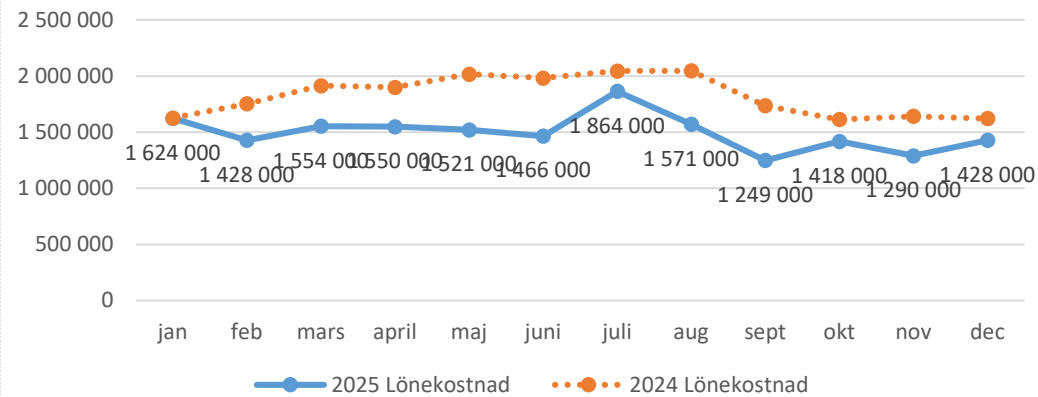
2025	jan	feb	mars	april	maj	juni	juli	aug	sept	okt	nov	dec
Beviljad tid 2025	2484	2469	2625	2628	2528	2389	2508	2722	2336	2348	2094	2398
Utförd tid SoL	1868	1702	1784	1809	1855	1761	1912	1783	1807	1796	1585	1743
Utförd tid HSL	685	623	558	624	585	474	556	444	508	489	482	515
Leverans säkerhet SoL	75,2%	68,9%	68,0%	68,8%	73,4%	73,7%	76,2%	65,5%	77,4%	76,5%	75,7%	72,7%
Debiterings grad (SoL/HSL)	58,4%	58,6%	61,3%	62,4%	60,3%	56,9%	65,4%	58,1%	62,9%	60,6%	61,6%	63,6%
Resultat per fakturerad timme (enbart p-kost)	- 120	- 96	- 124	- 117	- 103	- 136	- 209	- 186	- 20	- 101	- 72	- 82

Fördjupad statistik- Öregrund

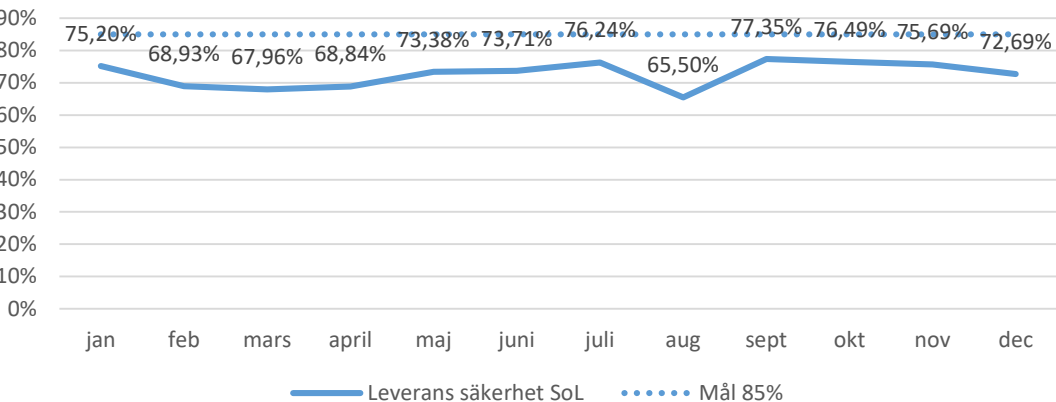
Debiteringsgrad 2025



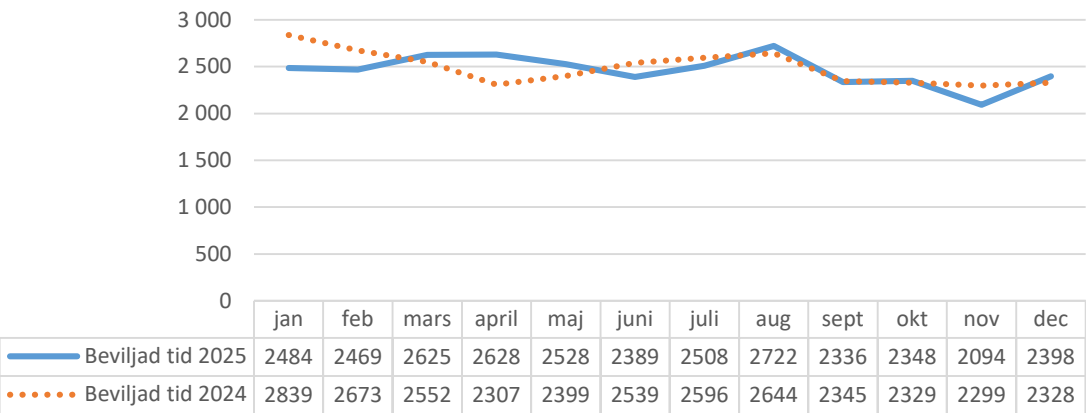
Lönekostnader 2025



Leveranssäkerhet 2025



Beviljade timmar 2024 vs 2025

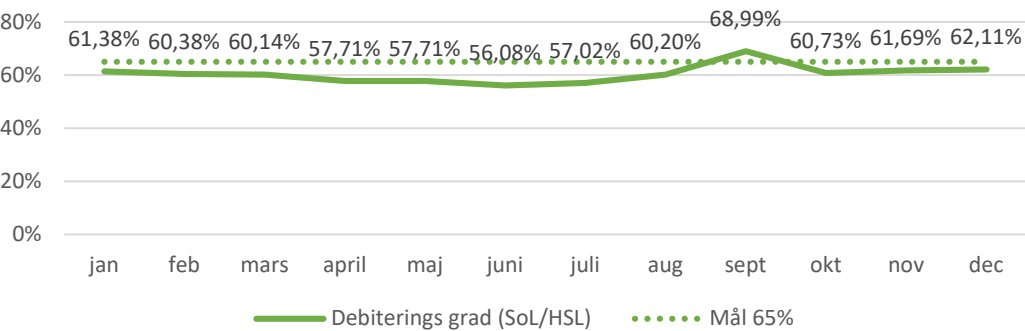


Östhammar

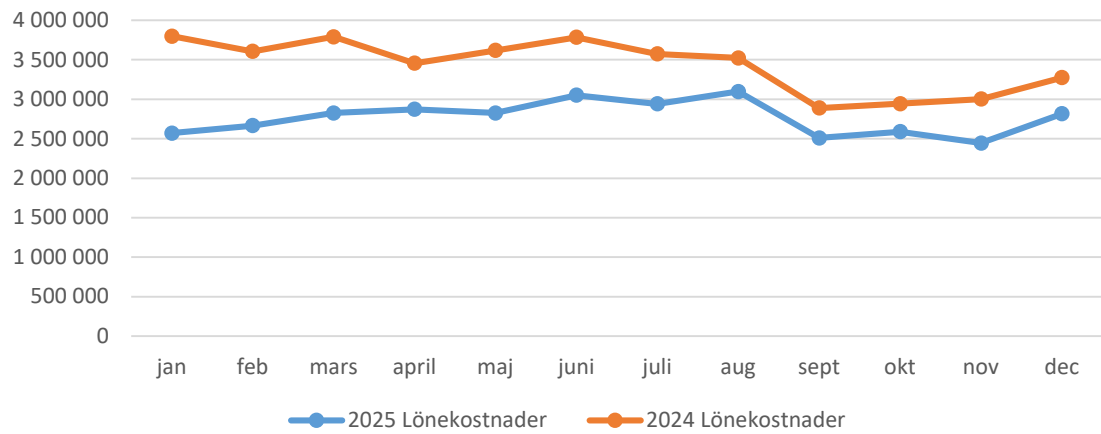
2025	jan	feb	mars	april	maj	juni	juli	aug	sept	okt	nov	dec
Beviljad tid 2025	5085	4931	4951	4439	4553	4308	4378	4062	3918	4190	3889	4099
Utförd tid SoL	3882	3322	3668	3439	3714	3478	3542	3318	3515	3372	3081	3311
Utförd tid HSL	1076	934	1046	907	970	965	972	1032	939	1116	923	958
Leverans säkerhet SoL	76,3%	67,4%	74,1%	77,5%	81,6%	80,7%	80,9%	81,7%	89,7%	80,5%	79,2%	80,8%
Debiterings grad (SoL/HSL)	61,4%	60,4%	60,1%	57,7%	57,7%	56,1%	57,0%	60,2%	69,0%	60,7%	61,7%	62,1%
Resultat per fakturerad timme (enbart p-kost)	8	- 109	- 84	- 141	- 83	- 166	- 132	- 192	- 43	- 57	- 78	- 127

Fördjupad statistik- Östhammar

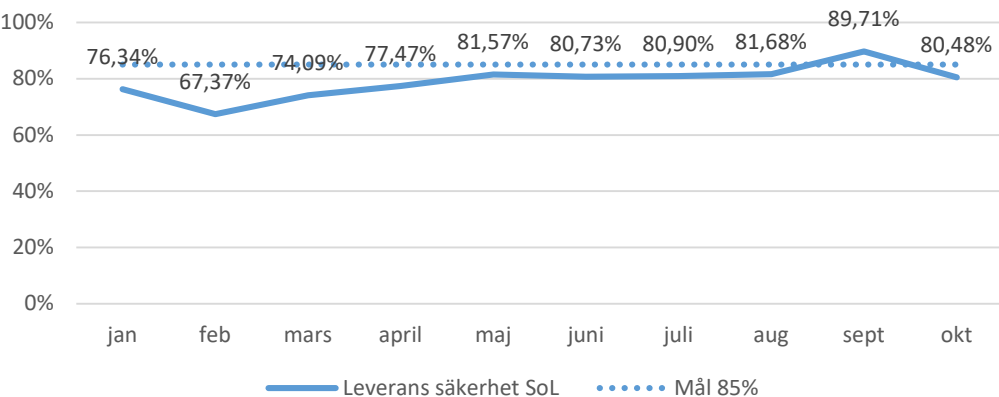
Debiteringsgrad 2025



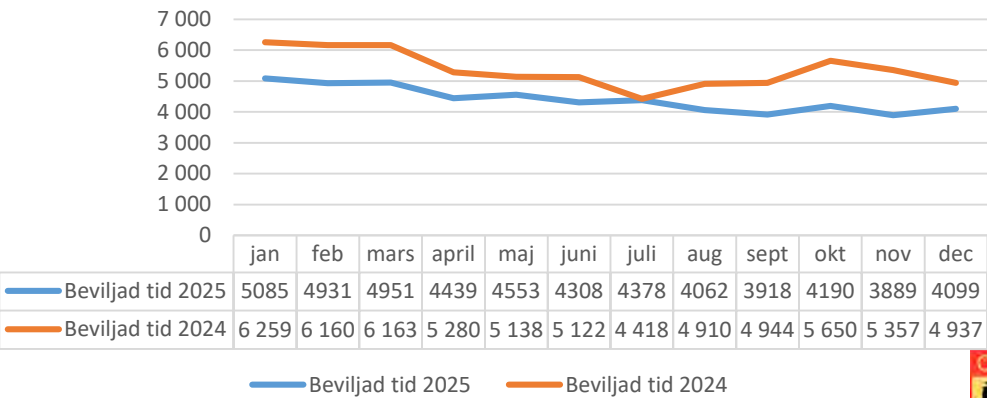
Lönekostnader 2025



Leverans säkerhet 2025



Beviljade timmar 2024 vs 2025





Resultat per fakturerad timme

Hög avvikelse på resultat per timme indikerar

Låg debiteringsgrad

Ineffektiv planerad debiteringsgrad

Stor andel övertidskostnad

Höga kostnader för olika frånvaro med lön

Hög kostnad för överbyggnad i relation till utförd tid

Bra värde per timme indikerar

Hög debiteringsgrad

Bra planerad debiteringsgrad

Lägre värde på ovanstående (övertid, frånvaro, överbyggnad)

Mindre restid inom orten (färre bilar)

Större volym som kan bära kostnad för överbyggnad

Hög densitet per brukare dvs högt genomsnittsbehov (biståndsbedömd)

Möjliga åtgärder för att sänka kostnaden/förbättra resultat per timme

schema översyn, p-tid mot brukar tid

genomgång av dagliguppföljning, effektivitets höjning

Sänka sjuktalen

Förbättrad planering, sänka kostnaden för överbyggnad

Personalkontinuitet 2025



ÖSTHAMMARS
KOMMUN
— EN DEL AV ROSLAGEN



Uppdraget

Samtliga hemtjänstenheter har fått i uppdrag av Vård och omsorgsnämnden att förbättra personalkontinuiteten inom hemtjänsten.

Målet var att varje enhet ska nå nämndens mål innan oktober 2024. Max 14 personal per brukare på en 14 dagars period.

Under 2024 minskade genomsnittet för hemtjänst till 16 personal per brukare under en 14 dagars period.

Mätningen fortgår under 2025 men rapporteras per kvartal.



Statistik

Statistik tas ut av varje enhet två gånger i månaden. Varje enhet fyller i det gemensamma dokumentet för statistik.

Perioderna som vi för statistik på är datumen 1- 14:e och den 15- 28:e varje månad.

Utmaningar

Vid införandet av Intraphone i hemtjänsten har rapporter inte varit desamma som innan.

Enhetschefer kan inte själva få fram sitt utförande vilket är supportanmält och vi inväntar lösning för detta.

Q1

Personalkontinuitet Mätperiod 1- 14 januari				
Planerad kontinuitet				
Enhet	Medel	Median	Fler än 20 personer, andel (%)	Antal brukare Kompanion
Alunda	19	19	24	33
Gimo	12	12	0	37
Österbybruk	22	22	58	78
Öregrund	14	14	4	55
Östhammar S	15	14	13	40
Östhammar N	13	13	3	40

Personalkontinuitet Mätperiod 15- 28 januari				
Planerad kontinuitet				
Enhet	Medel	Median	Fler än 20 personer, andel (%)	Antal brukare Kompanion
Alunda	17	17	23	31
Gimo	12	12	0	39
Österbybruk	20	20	43	78
Öregrund	16	15	10	58
Östhammar S	14	13	4	46
Östhammar N	13	13	2	47

Utförd kontinuitet			
Medel	Median	Fler än 20 personer, andel (%)	Antal brukare
20	20	46	24
14	14	0	33
22	21	57	78
15	15	2	46
16	16	12	33
14	13	3	37

Utförd kontinuitet			
Medel	Median	Fler än 20 personer, andel (%)	Antal brukare
18	17	32	25
13	13	0	33
20	21	51	78
17	17	15	52
15	13	8	39
14	14	2	44

Personalkontinuitet Mätperiod 1- 14 Mars				
Planerad kontinuitet				
Enhet	Medel	Median	Fler än 20 personer, andel (%)	Antal brukare Kompanion
Alunda	15	15	14	28
Gimo	12	11	0	41
Österbybruk	19	18	35	57
Öregrund	14	14	7	57
Östhammar S	13	13	0	35
Östhammar N	12	12	0	41

Personalkontinuitet Mätperiod 15- 28 Mars				
Planerad kontinuitet				
Enhet	Medel	Median	Fler än 20 personer, andel (%)	Antal brukare Kompanion
Alunda	17	17	19	27
Gimo	12	12	3	39
Österbybruk	21	21	52	54
Öregrund	16	15	14	56
Östhammar S	15	15	0	39
Östhammar N	13	13	3	39

Utförd kontinuitet			
Medel	Median	Fler än 20 personer, andel (%)	Antal brukare
16	15	15	20
12	11	0	30
19	18	35	57
15	15	10	40
13	13	0	35
12	12	3	36

Utförd kontinuitet			
Medel	Median	Fler än 20 personer, andel (%)	Antal brukare
18	17	22	23
12	12	0	32
24	25	71	52
16	15	19	43
15	15	0	39
13	13	3	37

Personalkontinuitet Mätperiod 1- 14 Februari				
Planerad kontinuitet				
Enhet	Medel	Median	Fler än 20 personer, andel (%)	Antal brukare Kompanion
Alunda	18	17	32	31
Gimo	13	13	0	40
Österbybruk	22	21	54	73
Öregrund	15	15	9	55
Östhammar S	12	12	0	44
Östhammar N	14	13	4	45

Utförd kontinuitet			
Medel	Median	Fler än 20 personer, andel (%)	Antal brukare
18	18	36	25
13	13	0	32
22	21	56	73
15	15	10	50
13	14	5	38
15	14	12	42

Personalkontinuitet Mätperiod 15- 28 Februari				
Planerad kontinuitet				
Enhet	Medel	Median	Fler än 20 personer, andel (%)	Antal brukare Kompanion
Alunda	17	16	25	28
Gimo	13	13	0	43
Österbybruk	20	20	45	70
Öregrund	15	13	10	58
Östhammar S	13	13	5	44
Östhammar N	14	14	5	44

Utförd kontinuitet			
Medel	Median	Fler än 20 personer, andel (%)	Antal brukare
19	19	35	23
13	13	0	35
20	20	47	70
16	14	18	51
14	15	11	35
15	15	10	39

Q2

Personalkontinuitet Mätperiod 1- 14 April				
	Planerad kontinuitet			
Enhet	Medel	Median	Fler än 20 personer, andel (%)	Antal brukare Kompanion
Alunda	18	18	39	21
Gimo	12	12	0	36
Österbybruk	20	20	47	49
Öregrund	15	14	11	53
Östhammar S	13	12	0	45
Östhammar N	13	12	9	43

Personalkontinuitet Mätperiod 15- 28 April				
	Planerad kontinuitet			
Enhet	Medel	Median	Fler än 20 personer, andel (%)	Antal brukare Kompanion
Alunda	16	16	16	32
Gimo	12	12	0	40
Österbybruk	21	20	48	46
Öregrund	16	15	18	51
Östhammar S	13	13	0	43
Östhammar N	13	13	3	39

Personalkontinuitet Mätperiod 1- 14 Maj				
	Planerad kontinuitet			
Enhet	Medel	Median	Fler än 20 personer, andel (%)	Antal brukare Kompanion
Alunda	18	18	29	35
Gimo	11	11	0	39
Österbybruk	21	21	53	47
Öregrund	16	14	15	52
Östhammar S	13	13	2	45
Östhammar N	13	13	0	42

Personalkontinuitet Mätperiod 15- 28 Maj				
	Planerad kontinuitet			
Enhet	Medel	Median	Fler än 20 personer, andel (%)	Antal brukare Kompanion
Alunda	17	17	29	34
Gimo	12	12	0	40
Österbybruk	20	20	42	48
Öregrund	18	18	25	51
Östhammar S	15	15	0	44
Östhammar N	14	14	5	40

Utförd kontinuitet			
Medel	Median	Fler än 20 personer, andel (%)	Antal brukare
17	18	20	30
11	11	0	42
19	19	39	51
15	15	12	51
13	13	2	45
13	12	9	45

Utförd kontinuitet			
Medel	Median	Fler än 20 personer, andel (%)	Antal brukare
18	18	20	30
12	12	0	40
21	20	49	45
17	17	19	48
14	13	7	41
12	12	2	42

Utförd kontinuitet			
Medel	Median	Fler än 20 personer, andel (%)	Antal brukare
18	18	29	35
11	11	0	37
21	21	50	46
17	15	22	51
15	14	9	35
12	13	0	45

Utförd kontinuitet			
Medel	Median	Fler än 20 personer, andel (%)	Antal brukare
17	17	29	34
12	12	0	41
19	19	43	47
18	17	21	47
14	14	0	48
14	14	4	45

Personalkontinuitet Mätperiod 1- 14 juni				
	Planerad kontinuitet			
Enhet	Medel	Median	Fler än 20 personer, andel (%)	Antal brukare Kompanion
Alunda	18	18	32	34
Gimo	12	12	3	37
Österbybruk	19	19	38	50
Öregrund	18	16	31	52
Östhammar S	16	15	21	43
Östhammar N	15	14	7	45

Personalkontinuitet Mätperiod 15- 28 juni				
	Planerad kontinuitet			
Enhet	Medel	Median	Fler än 20 personer, andel (%)	Antal brukare Kompanion
Alunda	18	17	39	36
Gimo	13	14	3	35
Österbybruk	19	20	46	39
Öregrund	16	15	20	50
Östhammar S	15	15	11	44
Östhammar N	14	13	0	36

Utförd kontinuitet			
Medel	Median	Fler än 20 personer, andel (%)	Antal brukare
18	18	32	34
12	12	3	37
19	19	38	52
18	17	27	48
15	14	18	45
14	14	6	49

Utförd kontinuitet			
Medel	Median	Fler än 20 personer, andel (%)	Antal brukare
19	18	42	36
13	14	6	34
19	20	45	42
15	14	16	50
15	14	13	48
13	13	3	38

Personalkontinuitet Mätperiod 1- 14 juli				
Planerad kontinuitet				
Enhet	Medel	Median	Fler än 20 personer, andel (%)	Antal brukare Kompanion
Alunda	18	17	34	38
Gimo	12	12	3	39
Österbybruk	19	18	44	39
Öregrund	17	16	19	52
Östhammar S	14	14	11	44
Östhammar N	13	13	5	43

Utförd kontinuitet			
Medel	Median	Fler än 20 personer, andel (%)	Antal brukare
18	17	34	38
12	12	3	39
19	18	44	39
17	16	19	52
14	14	11	44
13	13	5	43

Personalkontinuitet Mätperiod 15- 28 juli				
Planerad kontinuitet				
Enhet	Medel	Median	Fler än 20 personer, andel (%)	Antal brukare Kompanion
Alunda	18	17	34	35
Gimo	14	13	8	37
Österbybruk	21	21	51	43
Öregrund	15	13	10	51
Östhammar S	14	14	8	40
Östhammar N	13	12	9	45

Utförd kontinuitet			
Medel	Median	Fler än 20 personer, andel (%)	Antal brukare
18	17	34	35
14	13	8	37
21	21	51	43
15	13	10	51
14	14	8	40
13	12	9	45

Personalkontinuitet Mätperiod 1- 14 September				
Planerad kontinuitet				
Enhet	Medel	Median	Fler än 20 personer, andel (%)	Antal brukare Intraphone
Alunda	17	16	29	
Gimo	15	14		
Österbybruk	19	19	44	55
Öregrund	17	17	27	52
Östhammar S	15	14	12	41
Östhammar N	14	14	13	39

Utförd kontinuitet			
Medel	Median	Fler än 20 personer, andel (%)	Antal brukare
18	19	42	36
11	11	3	35
20	19	40	43
17	16	31	49
14	13	12	42
13	14	12	42

Personalkontinuitet Mätperiod 15- 28 September				
Planerad kontinuitet				
Enhet	Medel	Median	Fler än 20 personer, andel (%)	Antal brukare Intraphone
Alunda/Gimo	16	14	16	153
Gimo				
Österbybruk	19	19	44	54
Öregrund	16	16	15	54
Östhammar S	13	12	5	42
Östhammar N	15	14	16	43

Utförd kontinuitet			
Medel	Median	Fler än 20 personer, andel (%)	Antal brukare
15	14	16	74
19	19	40	48
16	15	14	51
13	13	5	29
14	13	15	48

Personalkontinuitet Mätperiod 1- 14 augusti				
Planerad kontinuitet				
Enhet	Medel	Median	Fler än 20 personer, andel (%)	Antal brukare Kompanion
Alunda	16	16	24	38
Gimo	13	13	5	40
Österbybruk	19	18	42	53
Öregrund	16	15	28	58
Östhammar S	14	14	10	49
Östhammar N	13	12	0	52

Utförd kontinuitet			
Medel	Median	Fler än 20 personer, andel (%)	Antal brukare
16	16	26	34
13	13	6	36
19	19	37	43
17	16	32	47
14	14	11	44
12	12	0	51

Personalkontinuitet Mätperiod 15- 28 Augusti				
Planerad kontinuitet				
Enhet	Medel	Median	Fler än 20 personer, andel (%)	Antal brukare Kompanion
Alunda	18	18	36	39
Gimo	12	12	6	34
Österbybruk	20	21	53	53
Öregrund	16	16	18	61
Östhammar S	14	15	9	46
Östhammar N	14	14	2	53

Utförd kontinuitet			
Medel	Median	Fler än 20 personer, andel (%)	Antal brukare
19	18	40	35
12	12	3	32
20	20	49	47
17	15	16	49
14	14	9	43
14	13	2	49

Q4

Personalkontinuitet Mätperiod 1- 14 Oktober				
	Planerad kontinuitet			
Enhet	Medel	Median	Fler än 20 personer, andel (%)	Antal brukare Intraphone
Alunda/Gimo	15	14	20	71
Österbybruk	20	19	46	54
Öregrund	17	16	22	51
Östhammar S				
Östhammar N				

Personalkontinuitet Mätperiod 15- 28 Oktober				
	Planerad kontinuitet			
Enhet	Medel	Median	Fler än 20 personer, andel (%)	Antal brukare Intraphone
Alunda/Gimo	16	16	14	69
Österbybruk	19	19	42	52
Öregrund	16	16	16	51
Östhammar Södra/Norra	14	13	10	78

Utförd kontinuitet			
Medel	Median	Fler än 20 personer, andel (%)	Antal brukare
14	14	14	70
20	19	41	49
17	16	25	51

Utförd kontinuitet			
Medel	Median	Fler än 20 personer, andel (%)	Antal brukare
15	15	14	70
19	17	35	48
17	16	15	48
13	12	9	86

Personalkontinuitet Mätperiod 1- 14 December				
	Planerad kontinuitet			
Enhet	Medel	Median	Fler än 20 personer, andel (%)	Antal brukare Intraphone
Alunda/Gimo	15	14	13	64
Österbybruk	19	19	52	37
Öregrund	17	16	15	52
Östhammar Södra/Norra	16	15	18	82

Personalkontinuitet Mätperiod 15- 28 December				
	Planerad kontinuitet			
Enhet	Medel	Median	Fler än 20 personer, andel (%)	Antal brukare Intraphone
Alunda/Gimo	16	15	14	58
Österbybruk	19	18	36	47
Öregrund	16	15	7	45
Östhammar Södra/Norra	16	14	21	62

Utförd kontinuitet			
Medel	Median	Fler än 20 personer, andel (%)	Antal brukare
14	14	10	67
19	18	37	49
16	15	10	51
16	14	17	86

Utförd kontinuitet			
Medel	Median	Fler än 20 personer, andel (%)	Antal brukare
15	14	12	59
19	18	35	49
15	14	7	44
15	14	22	74

Personalkontinuitet Mätperiod 1- 14 November				
	Planerad kontinuitet			
Enhet	Medel	Median	Fler än 20 personer, andel (%)	Antal brukare Intraphone
Alunda/Gimo	15	13	12	67
Österbybruk	18	18	35	55
Öregrund	16	16	14	49
Östhammar Södra/Norra	14	14	4	80

Personalkontinuitet Mätperiod 15- 28 November				
	Planerad kontinuitet			
Enhet	Medel	Median	Fler än 20 personer, andel (%)	Antal brukare Intraphone
Alunda/Gimo	14	13	8	64
Österbybruk	19	19	42	52
Öregrund	16	15	10	52
Östhammar Södra/Norra	15	14	16	81

Utförd kontinuitet			
Medel	Median	Fler än 20 personer, andel (%)	Antal brukare
14	12	14	66
18	17	33	52
16	16	13	48
13	13	5	88

Utförd kontinuitet			
Medel	Median	Fler än 20 personer, andel (%)	Antal brukare
13	13	7	69
19	19	38	50
17	17	16	50
14	13	14	85

Sjukstatistik dec -24 till dec -25

Månadsuppföljning von



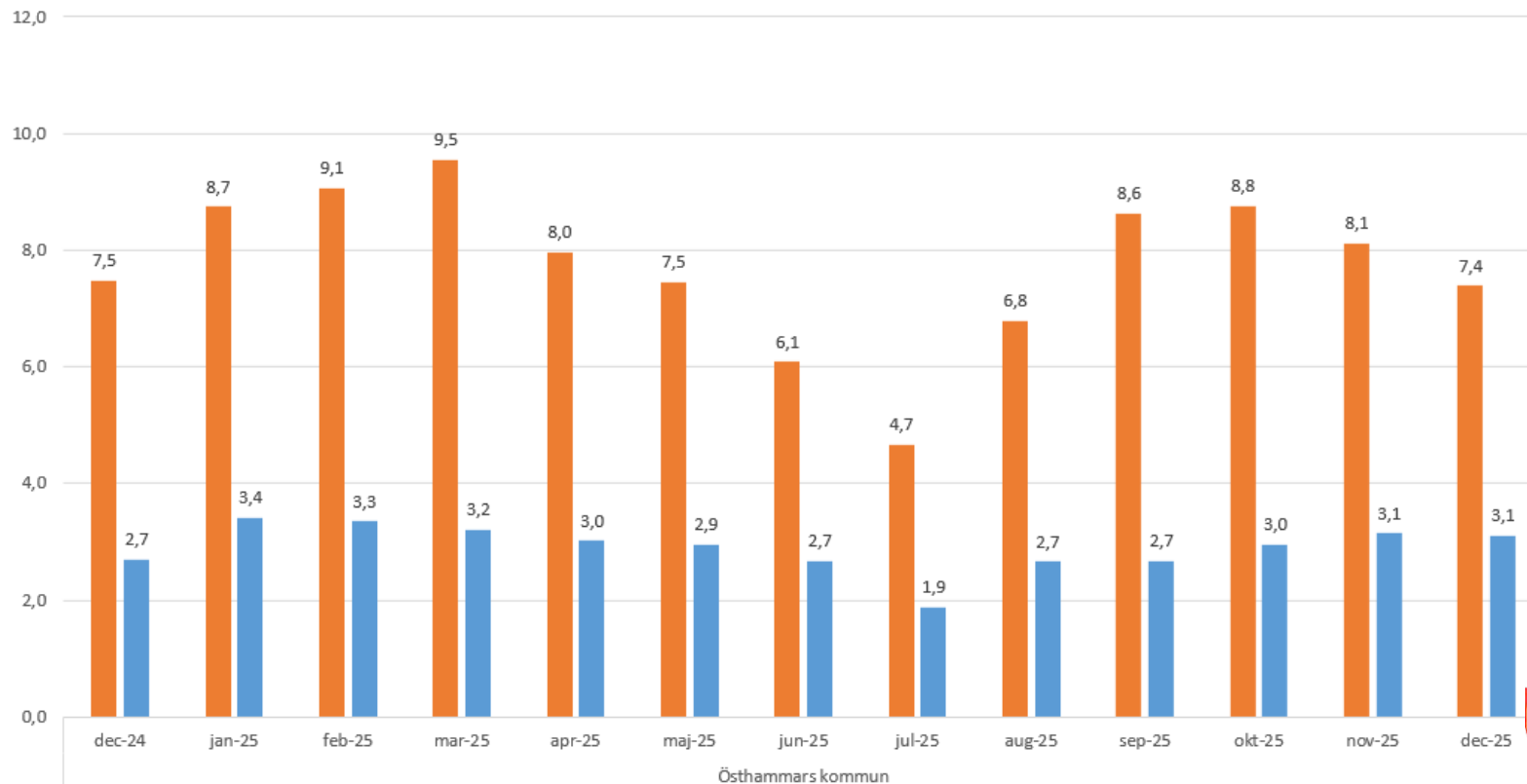
Östhammars kommun

Sjukfrånvaro totalt % + Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 7,8 %

Medelvärde sjuk lång: 2,9 %

Sjukfrånvaro total % + Lång %



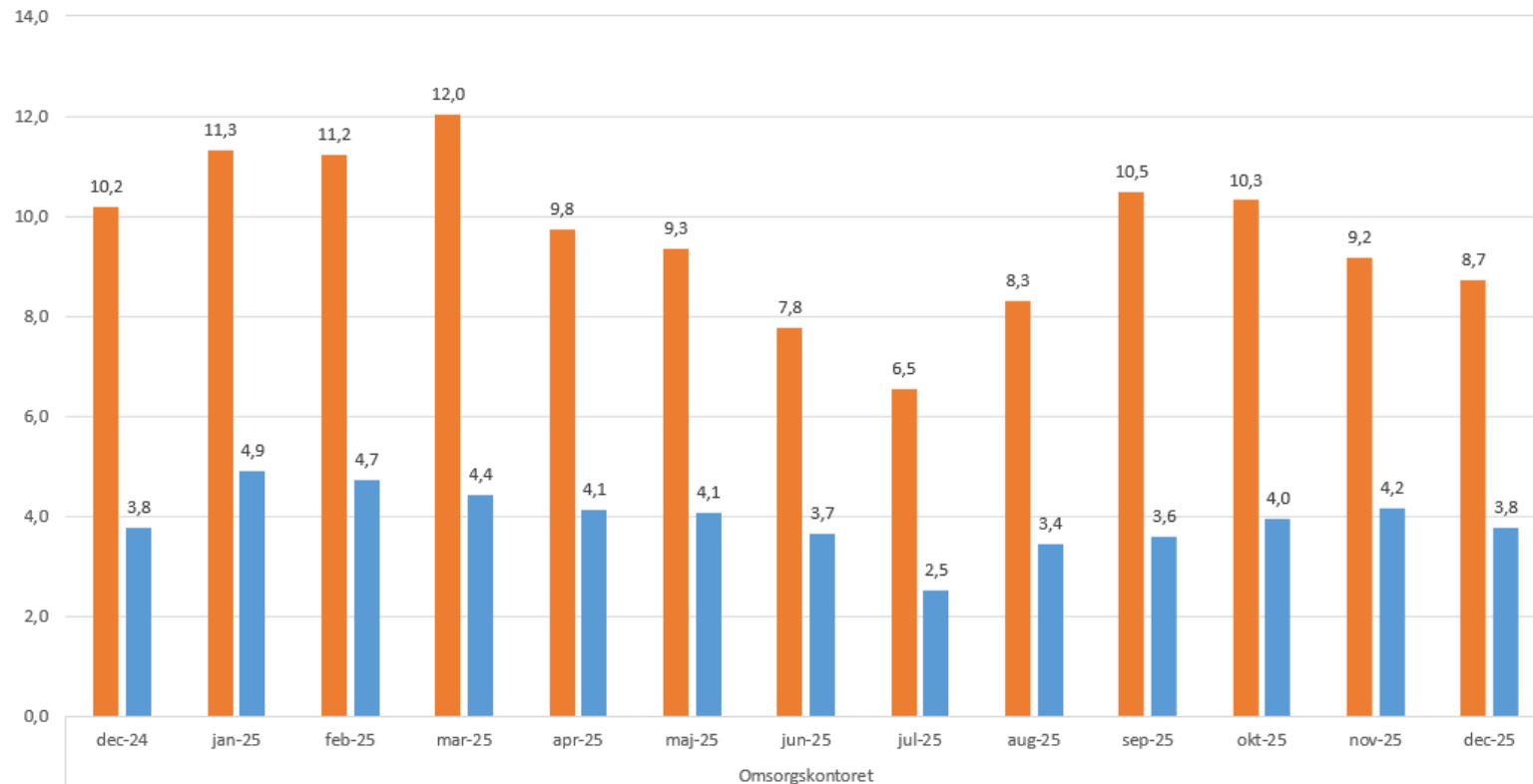
Sektor Omsorg/Omsorgskontoret

Sjukfrånvaro totalt % + Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 9,6 %

Medelvärde sjuk lång: 3,9 %

Sjukfrånvaro total % + Lång %



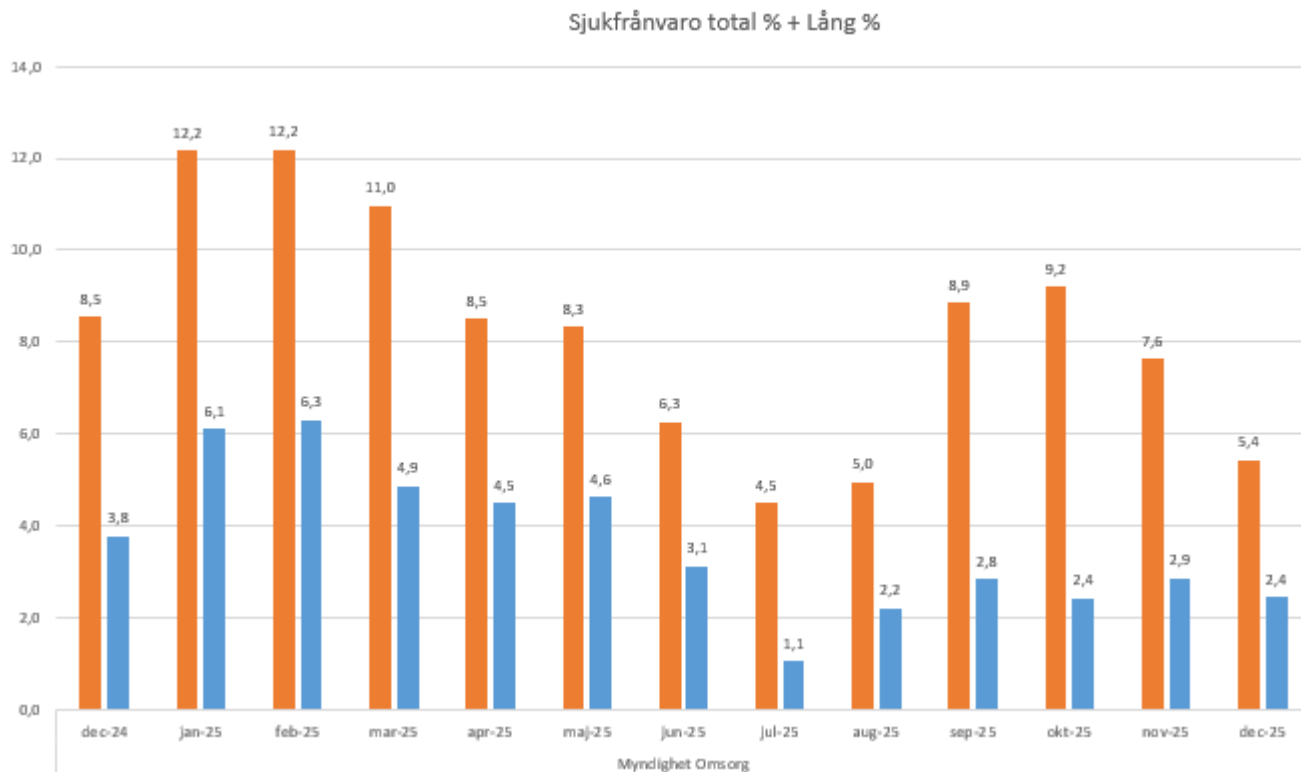
Myndighet

Myndighet

Sjukfrånvaro totalt % + Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 8,3 %

Medelvärde sjuk lång: 3,6 %

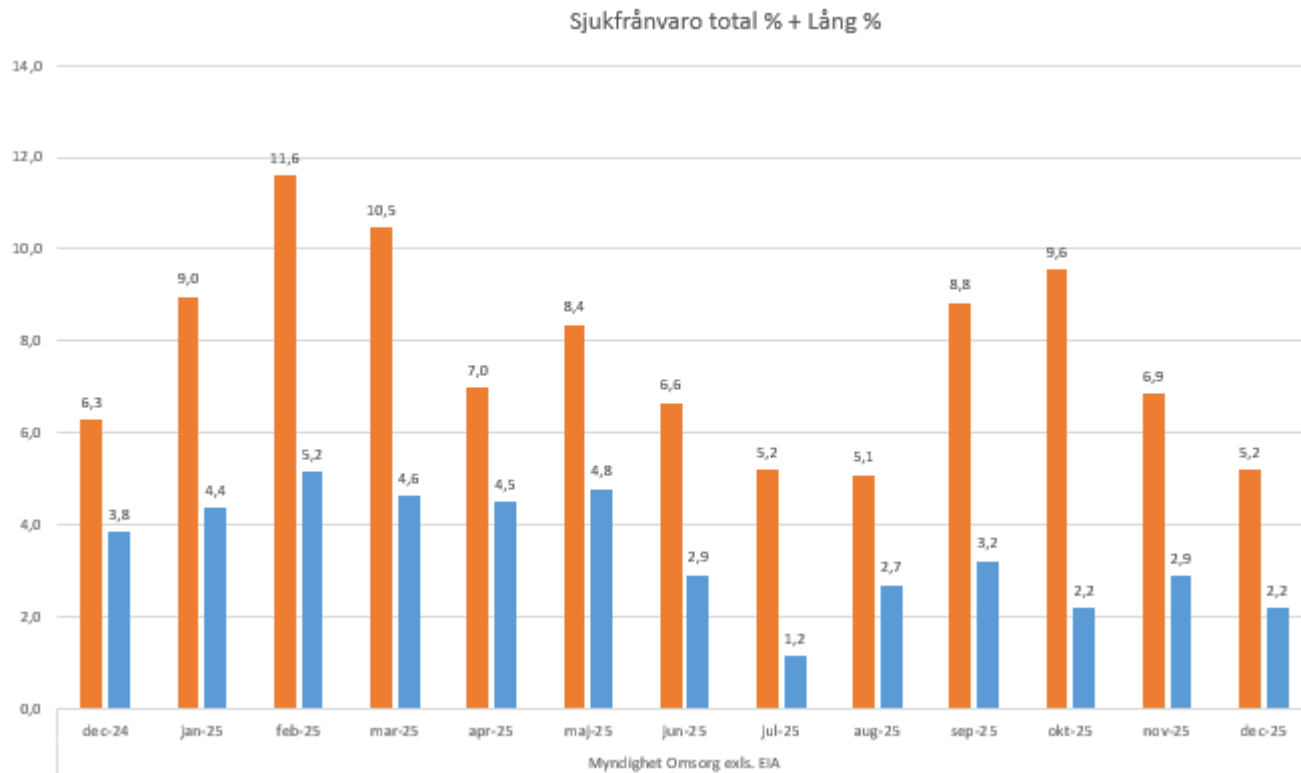


Myndighet exl EIA

Sjukfrånvaro totalt % + Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 7,8 %

Medelvärde sjuk lång: 3,4 %

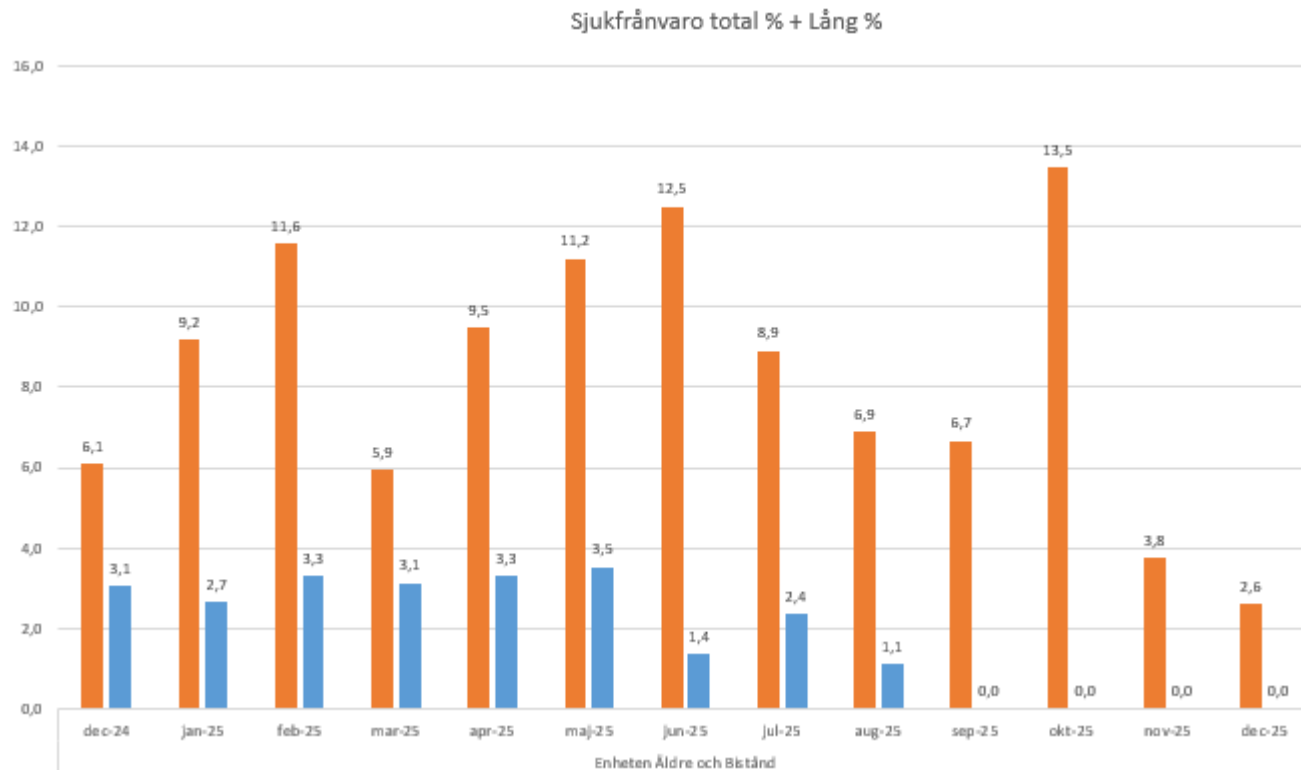


Enheten för äldre och bistånd

Sjukfrånvaro totalt % + Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 8,5 %

Medelvärde sjuk lång: 1,7 %

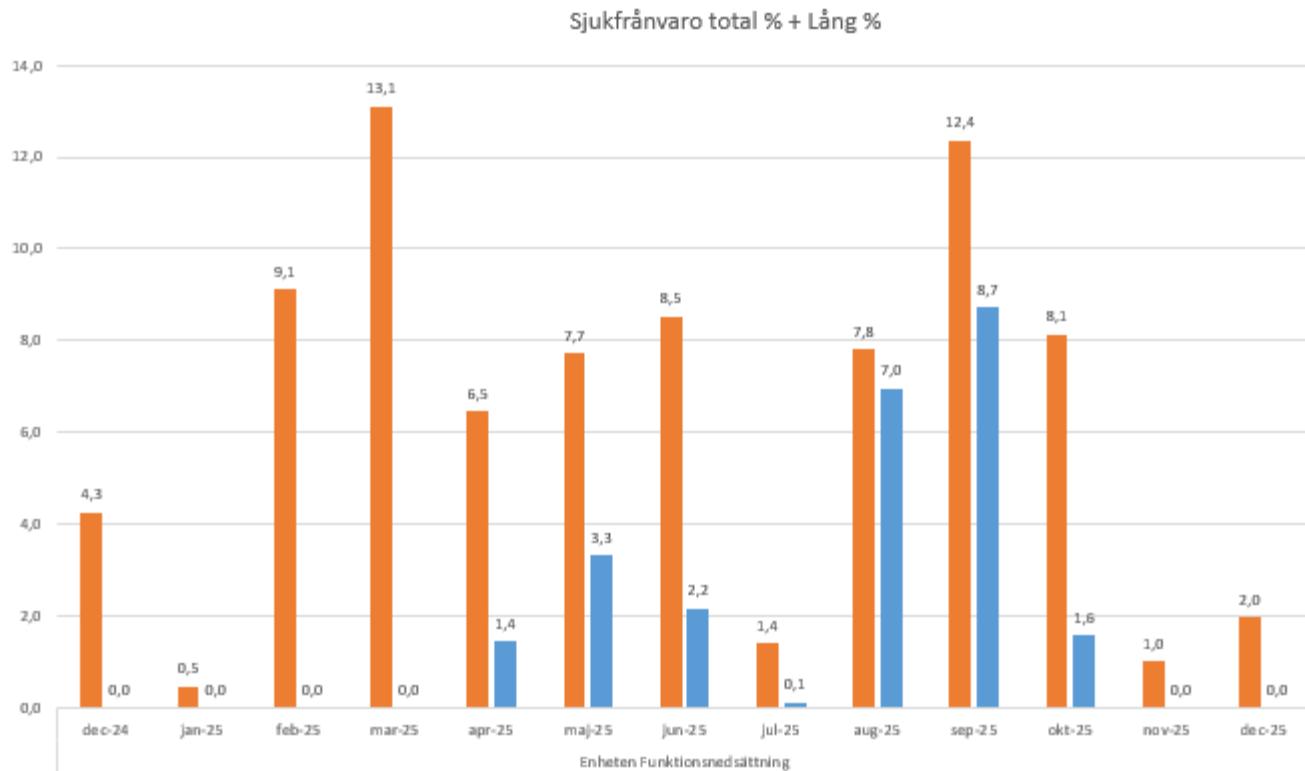


Enheten för funktionsnedsättning

Sjukfrånvaro totalt % + Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 6,5 %

Medelvärde sjuk lång: 2,0 %

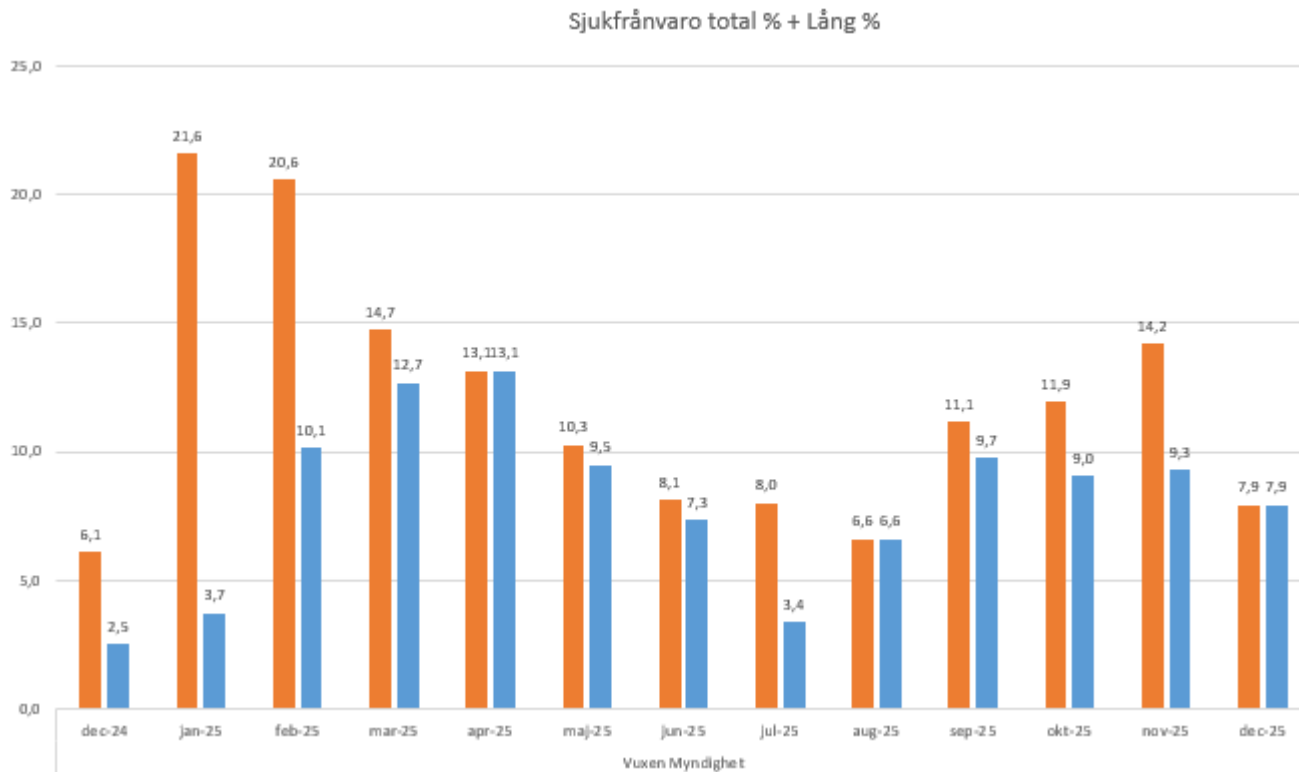


Enheten Vuxen, myndighet

Sjukfrånvaro totalt % + Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 12,3 %

Medelvärde sjuk lång: 8,5 %

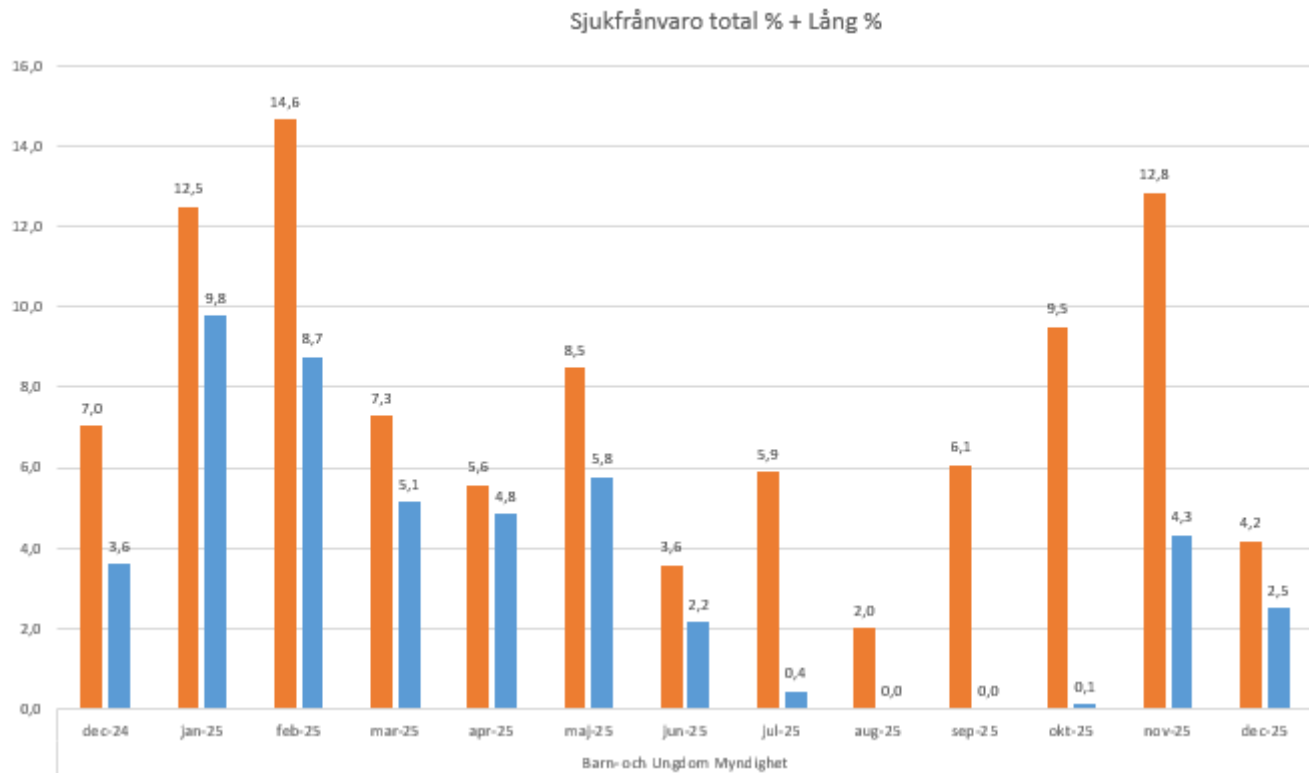


Enheten Barn och Ungdom

Sjukfrånvaro totalt % + Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 7,7 %

Medelvärde sjuk lång: 3,7 %

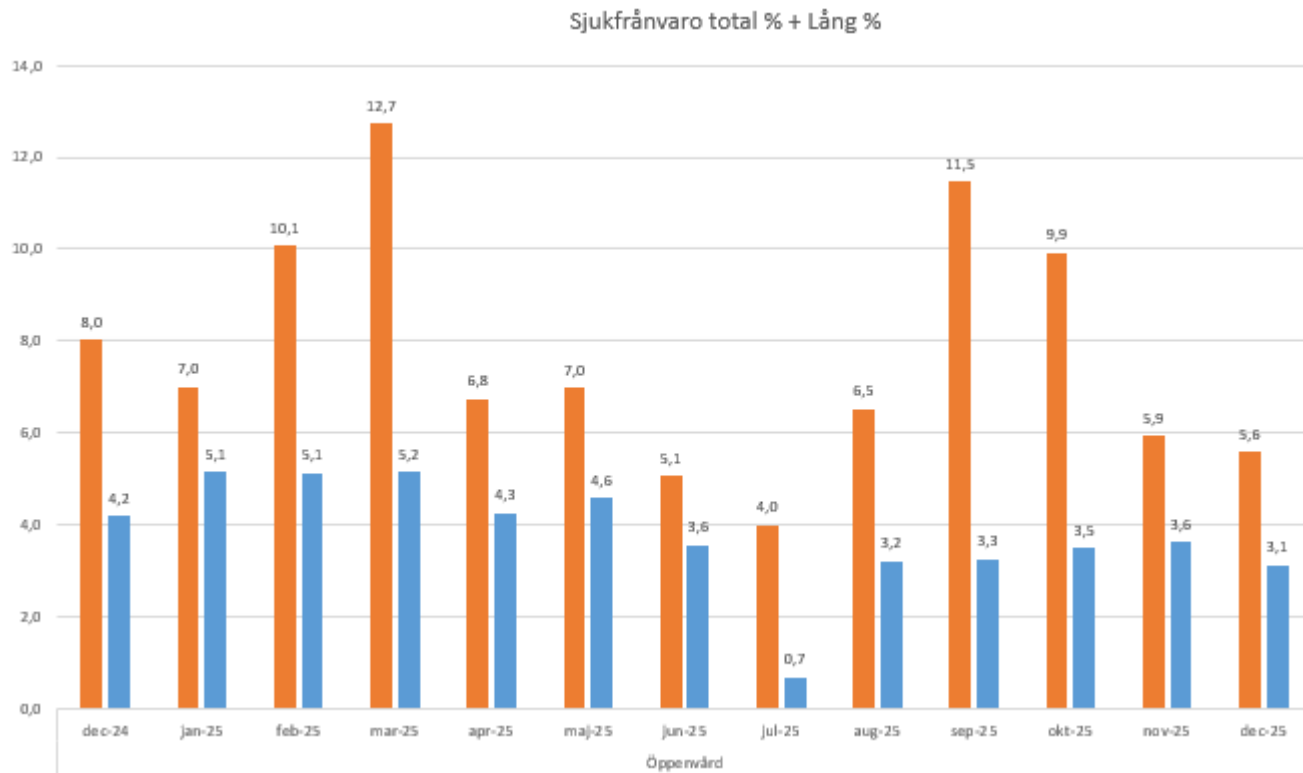


Enheten Öppenvård

Sjukfrånvaro totalt % + Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 7,7 %

Medelvärde sjuk lång: 3,8 %

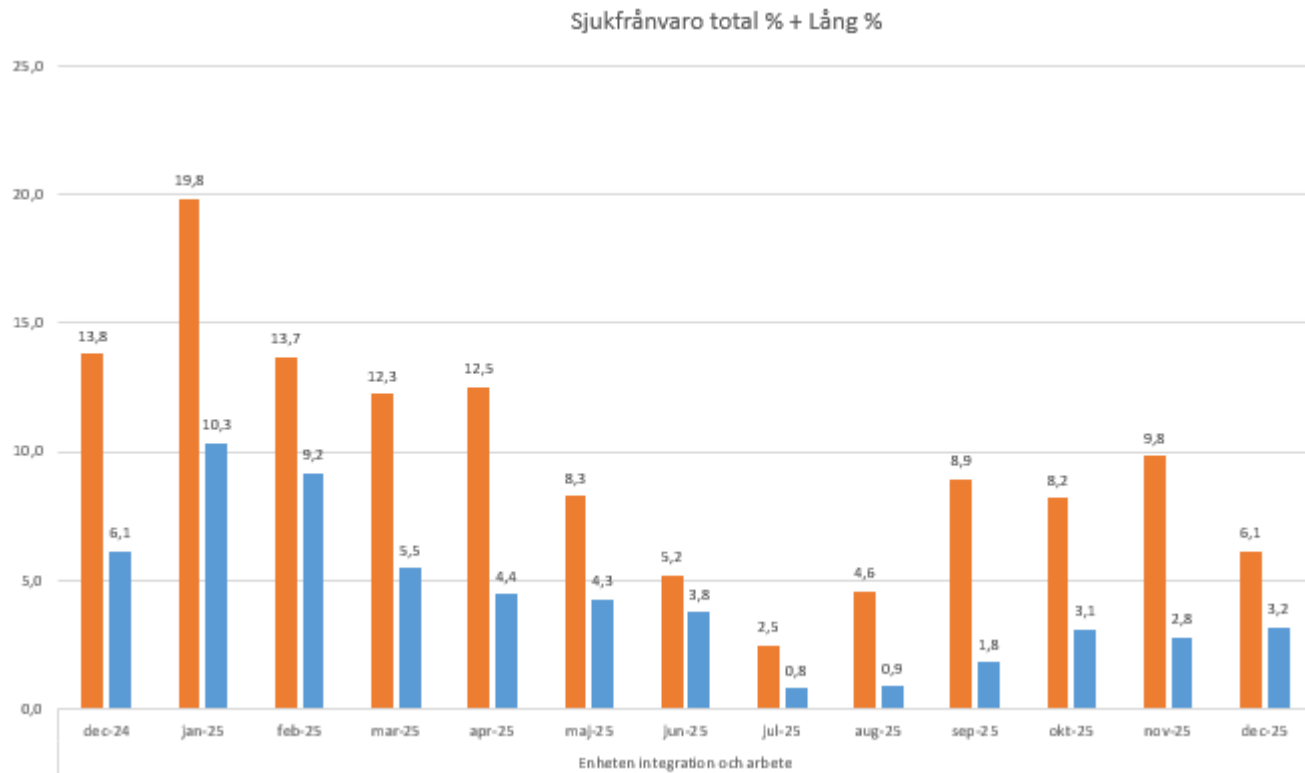


EIA

Sjukfrånvaro totalt % + Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 9,3 %

Medelvärde sjuk lång: 4,2 %



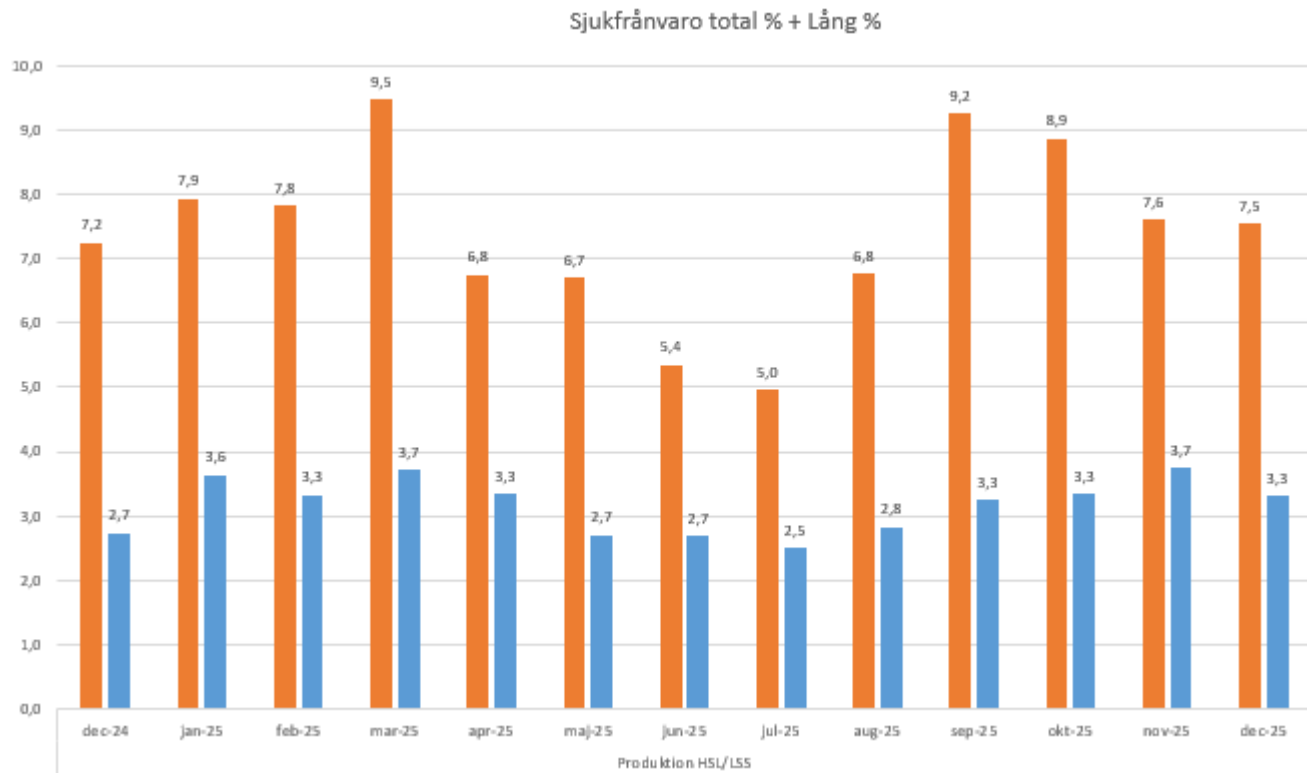
Produktion HSL/LSS

HSL/LSS

Sjukfrånvaro totalt % + Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 7,4 %

Medelvärde sjuk lång: 3,2 %

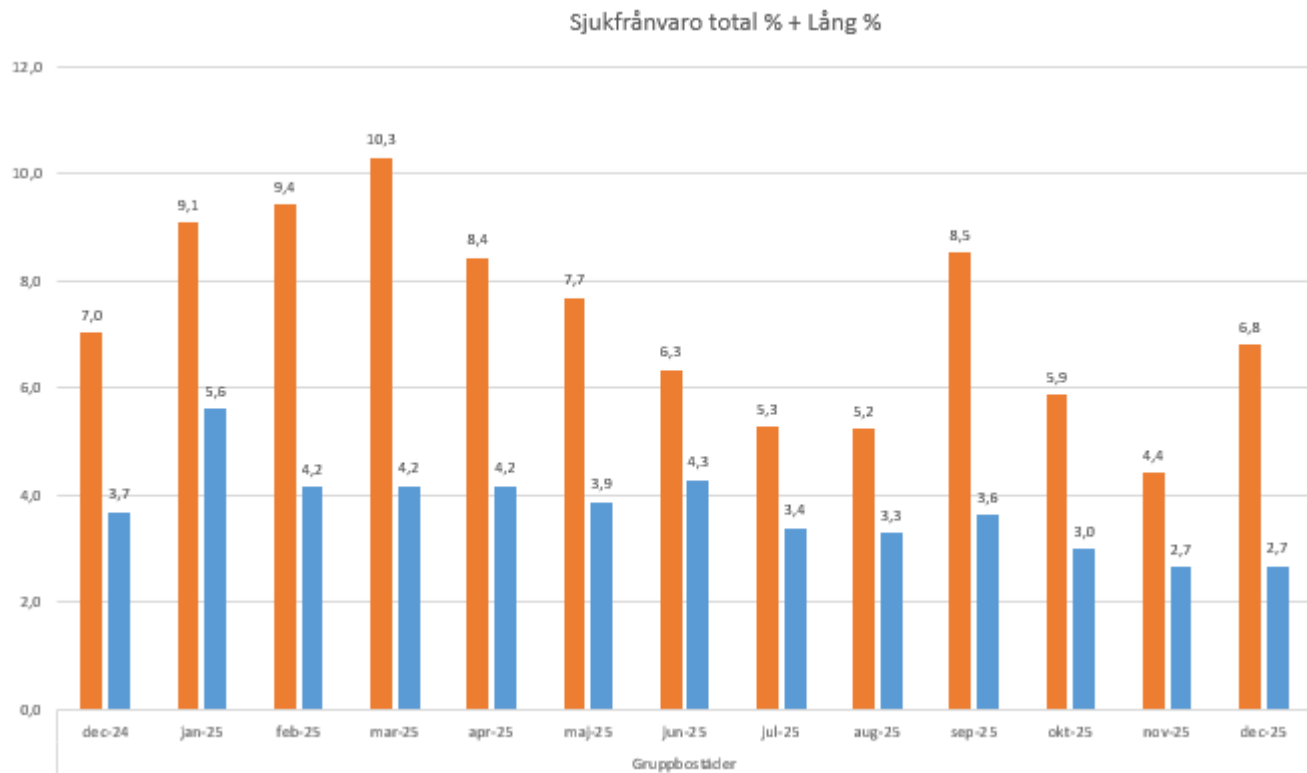


Gruppbostäd

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 7,3 %

Medelvärde sjuk lång: 3,7 %

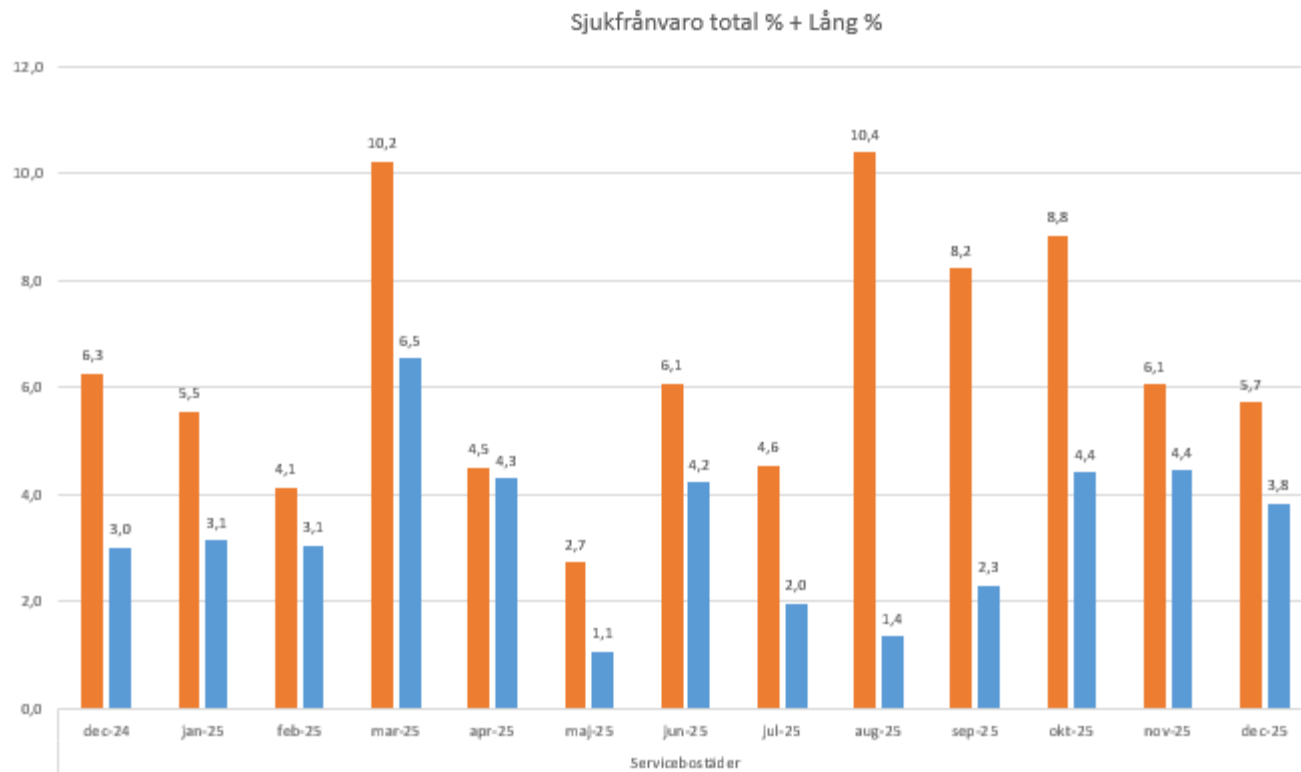


Servicebostäder

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 6,4 %

Medelvärde sjuk lång: 3,4 %

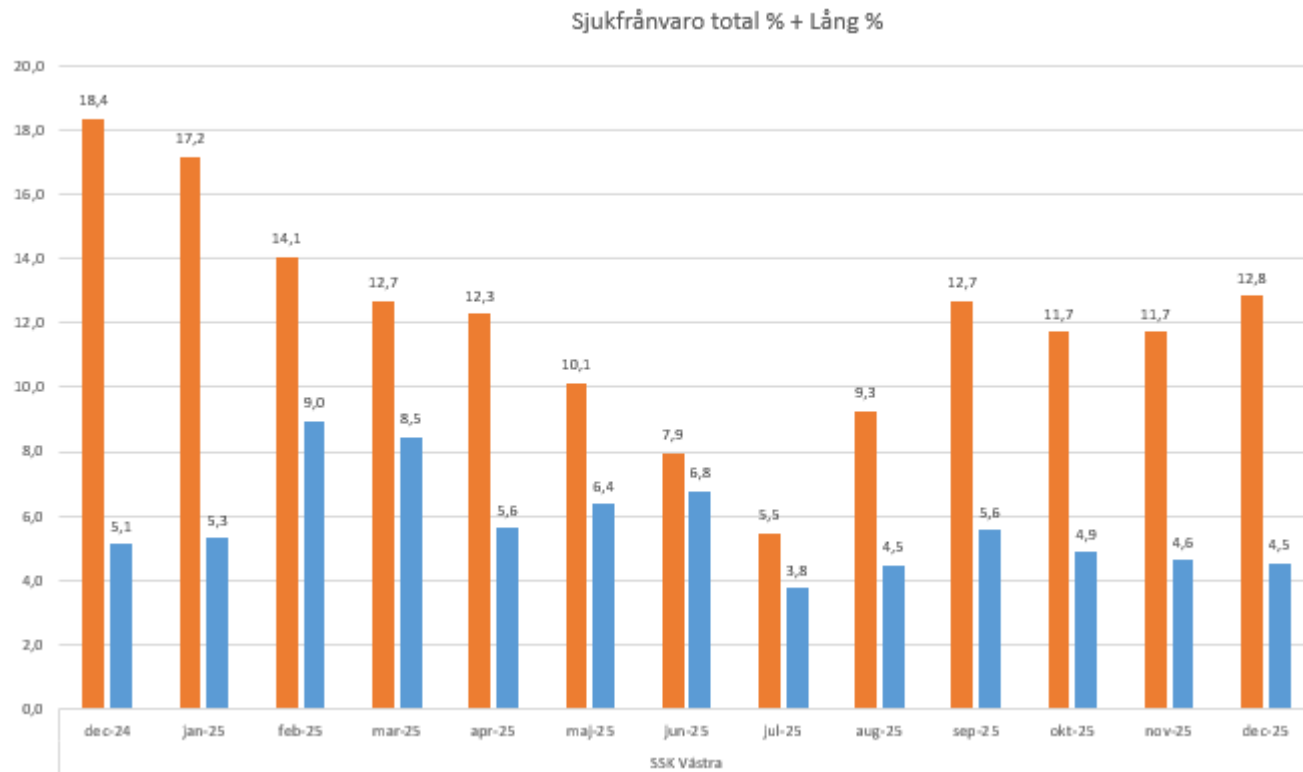


SSK Västra

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 11,5 %

Medelvärde sjuk lång: 5,8 %

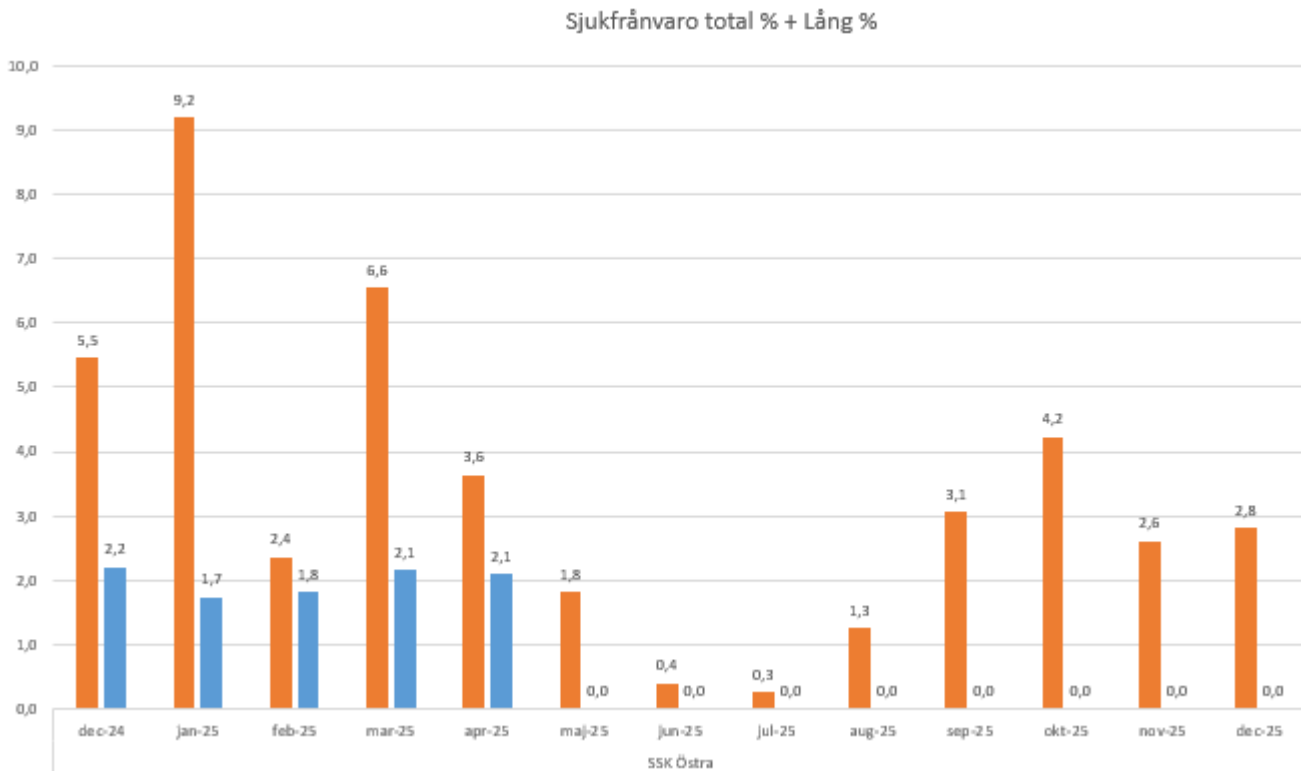


SSK Östra

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 3,2 %

Medelvärde sjuk lång: 0,6 %

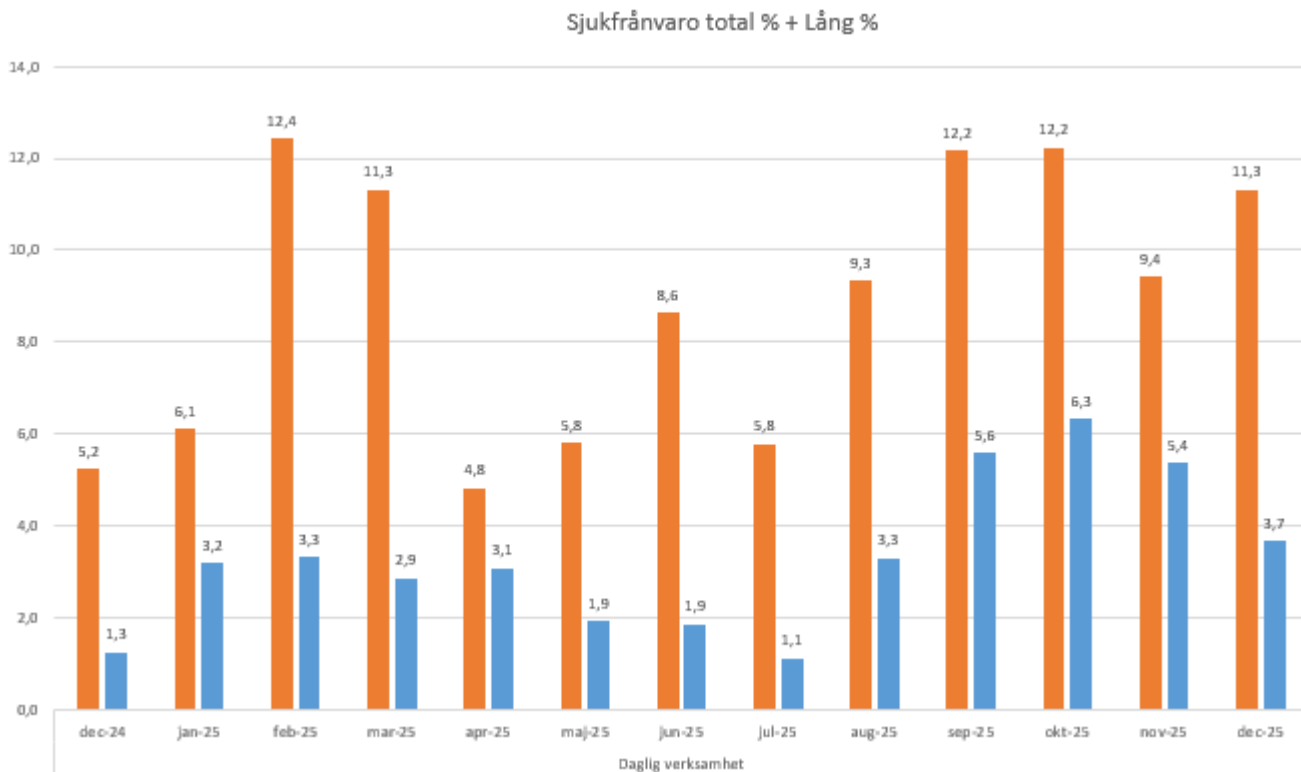


Daglig verksamhet

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 9,1 %

Medelvärde sjuk lång: 3,5 %

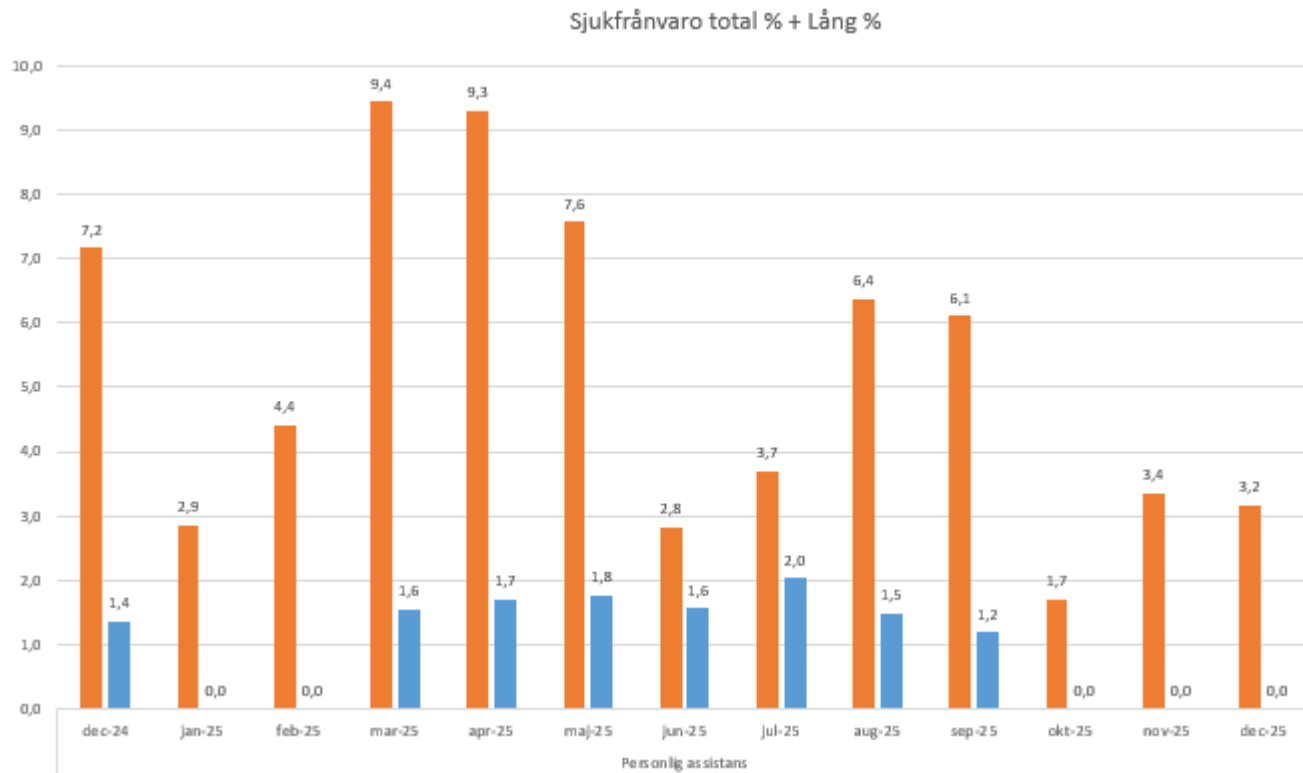


Personlig Assistans

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 5,1 %

Medelvärde sjuk lång: 0,9 %

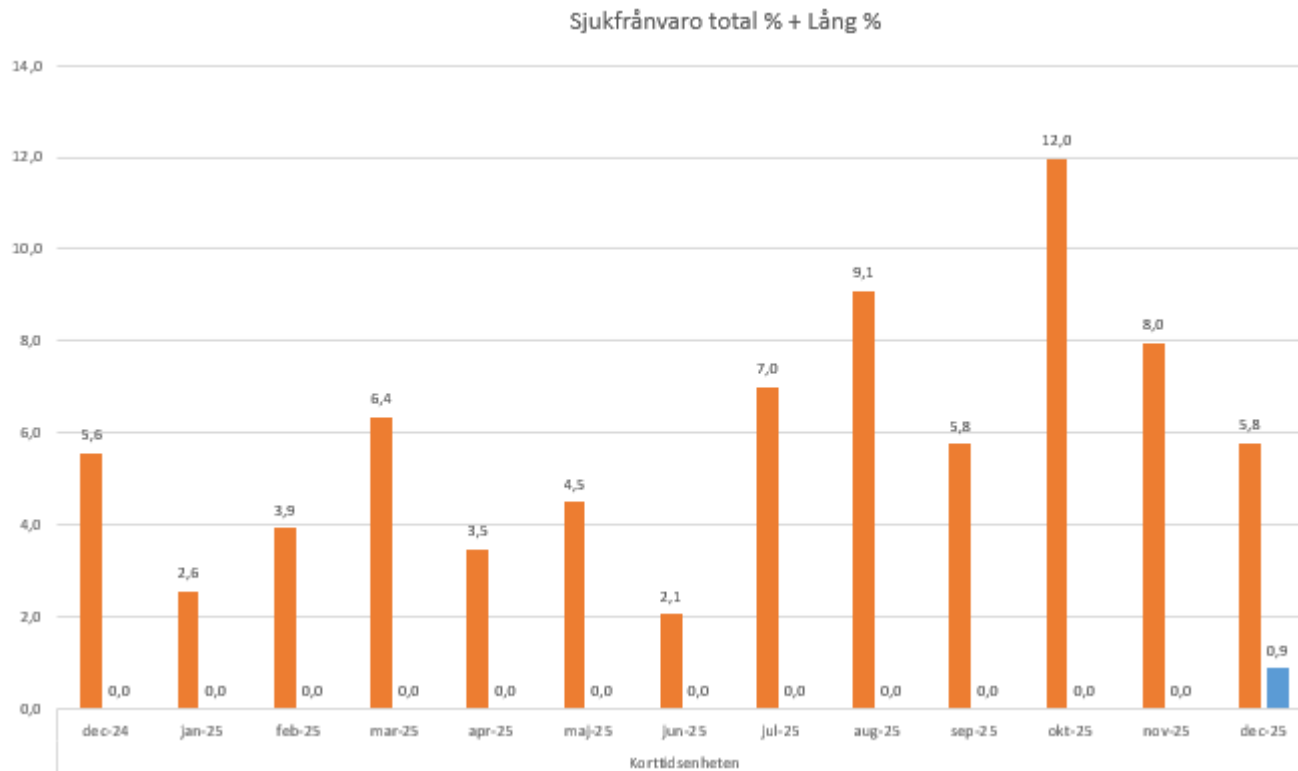


Korttidsenheten

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidsjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 5,9 %

Medelvärde sjuk lång: 0,1 %

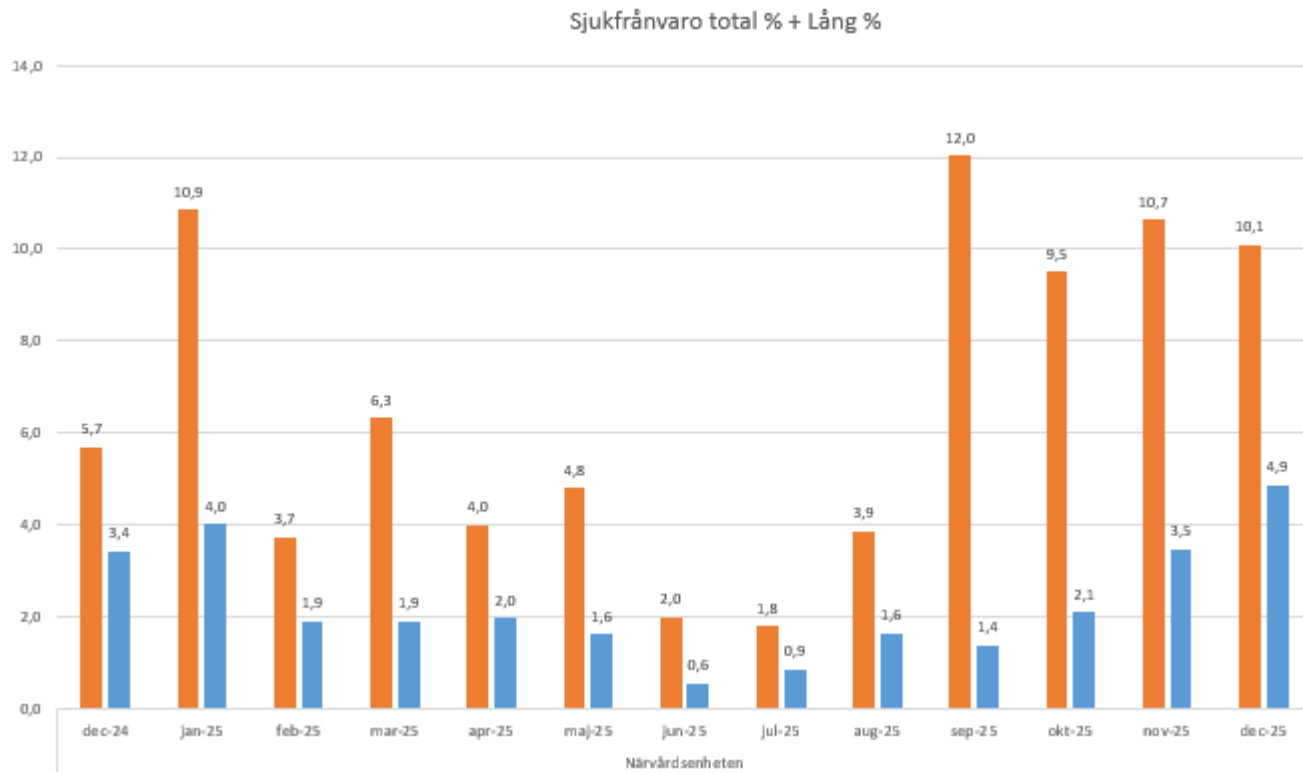


Närvårdsenheten

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 6,6 %

Medelvärde sjuk lång: 2,2 %



Produktion Äldre

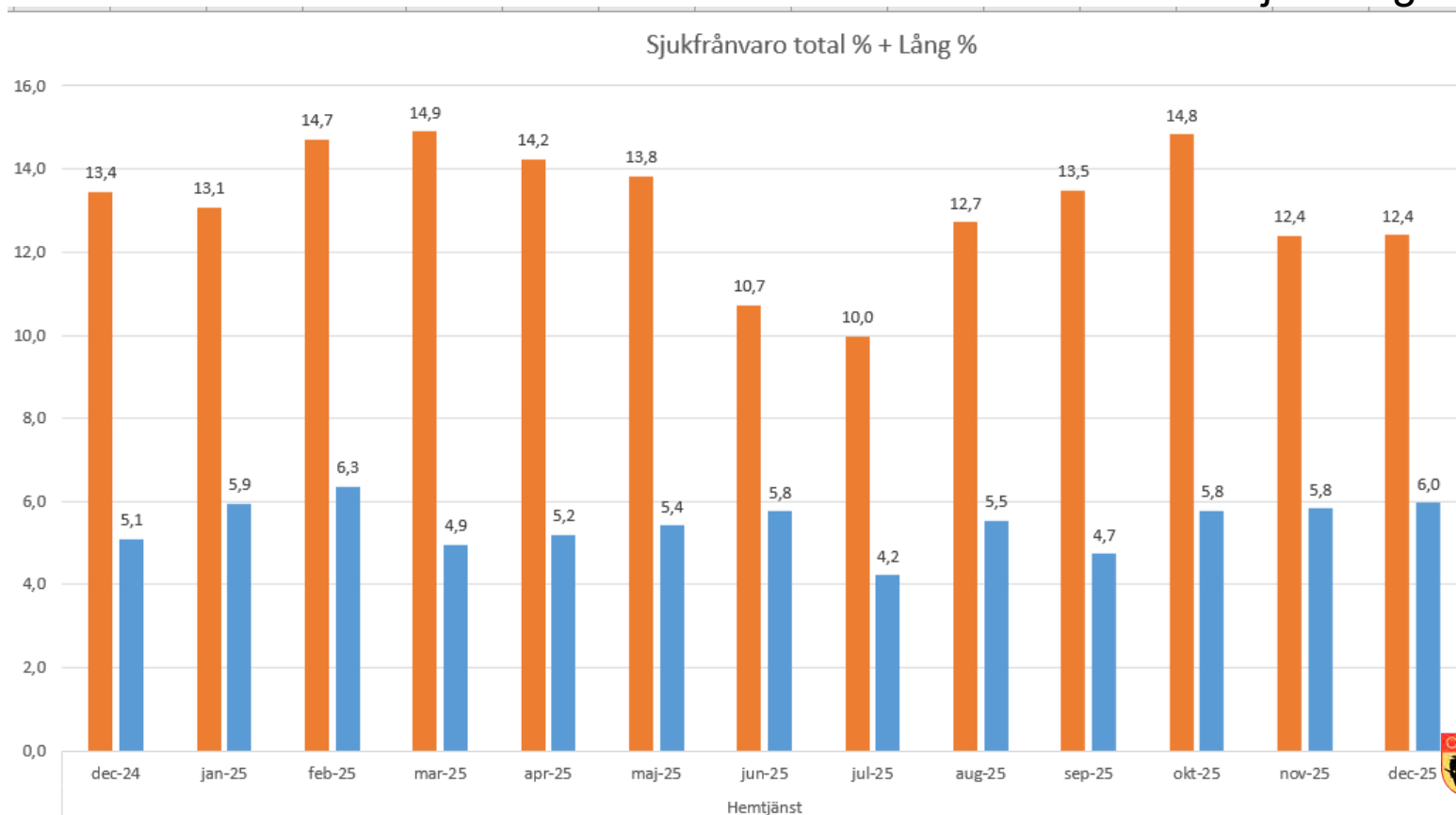
Hemtjänst och Säbo

Hemtjänst

Sjukfrånvaro totalt % + Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 13,1%

Medelvärde sjuk lång: 5,5%



ÖSTHAMMARS
KOMMUN
- EN DEL AV ROSLAGEN

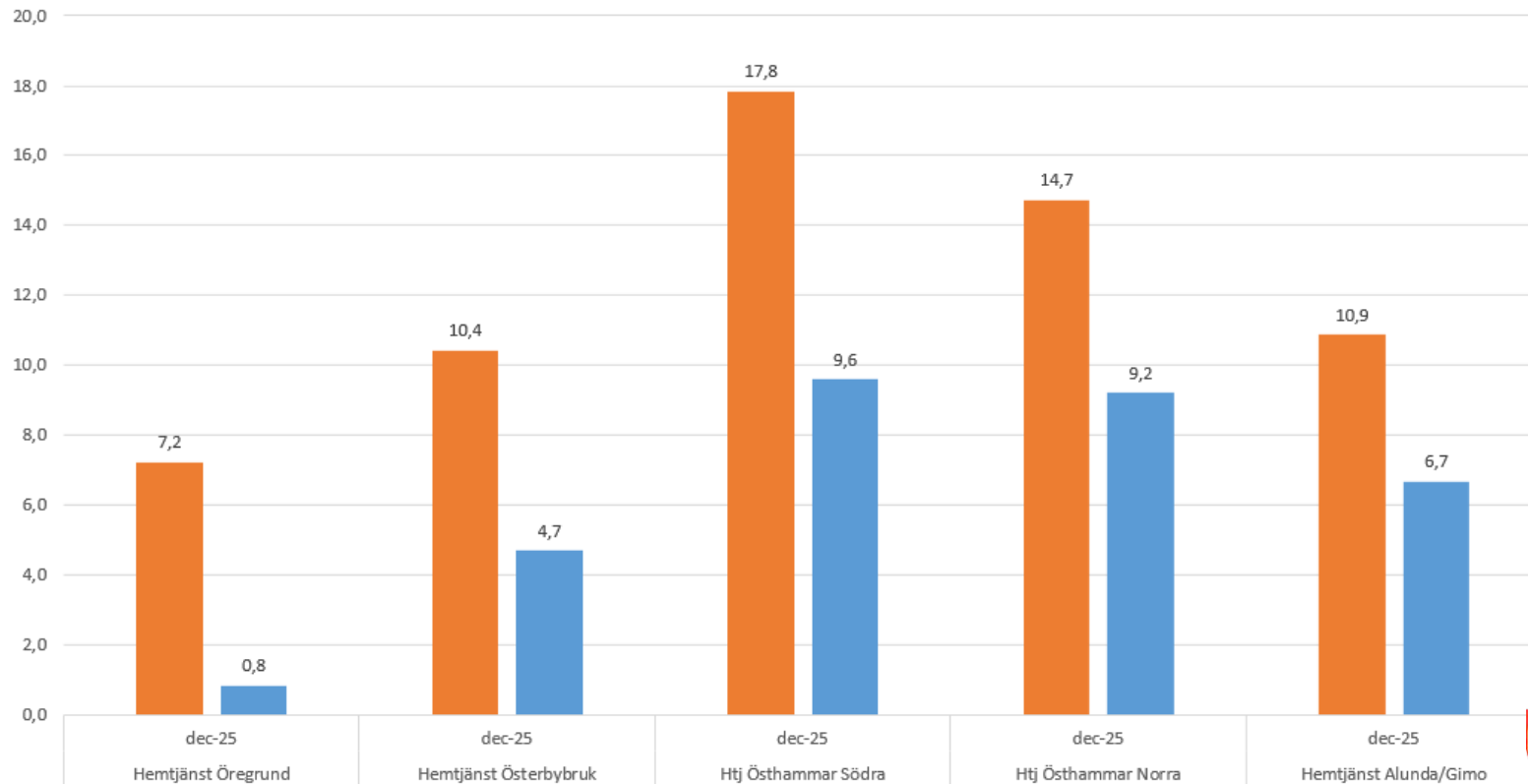
Hemtjänst december 2025

Sjukfrånvaro totalt % + Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 12,2 %

Medelvärde sjuk lång: 5,2 %

Sjukfrånvaro total % + Lång %



ÖSTHAMMARS
KOMMUN
- EN DEL AV ROÅLAGEN

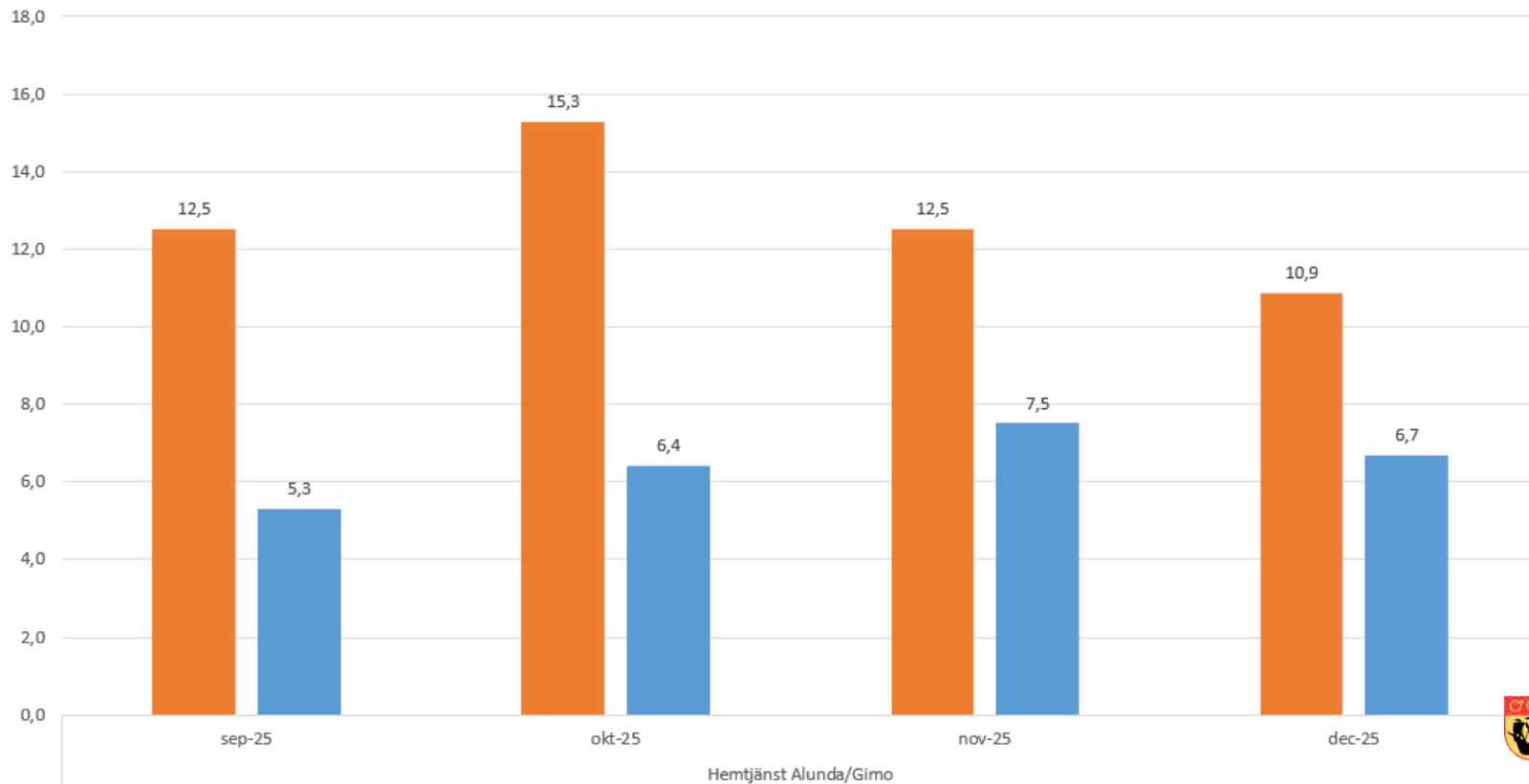
Hemtjänst Alunda/Gimo

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 12,8%

Medelvärde sjuk lång: 6,5%

Sjukfrånvaro total % + Lång %



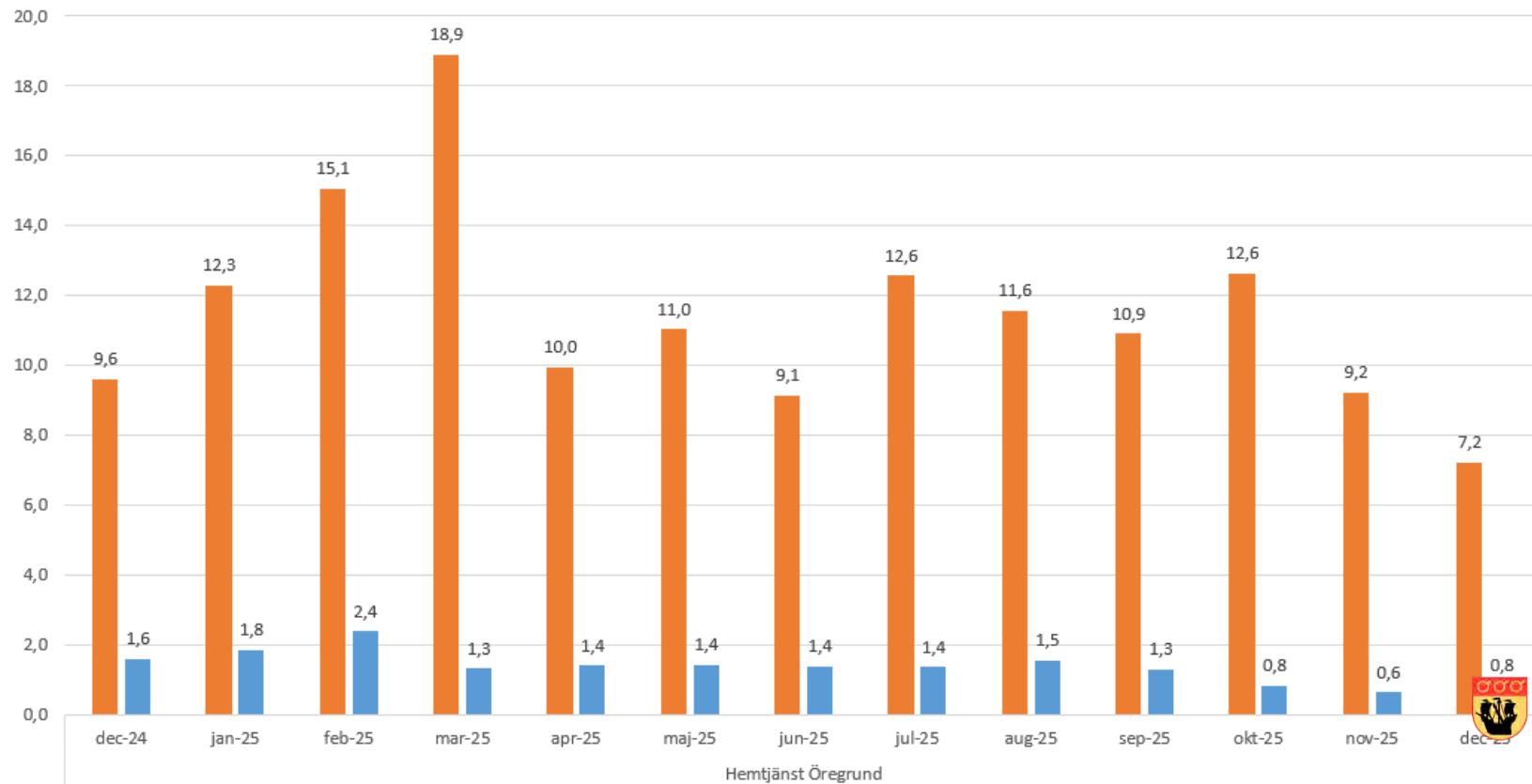
Hemtjänst Öregrund

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 11,7%

Medelvärde sjuk lång: 1,3%

Sjukfrånvaro total %+ Lång %



ÖSTHAMMARS
KOMMUN
- EN DEL AV ROVLÄGEN

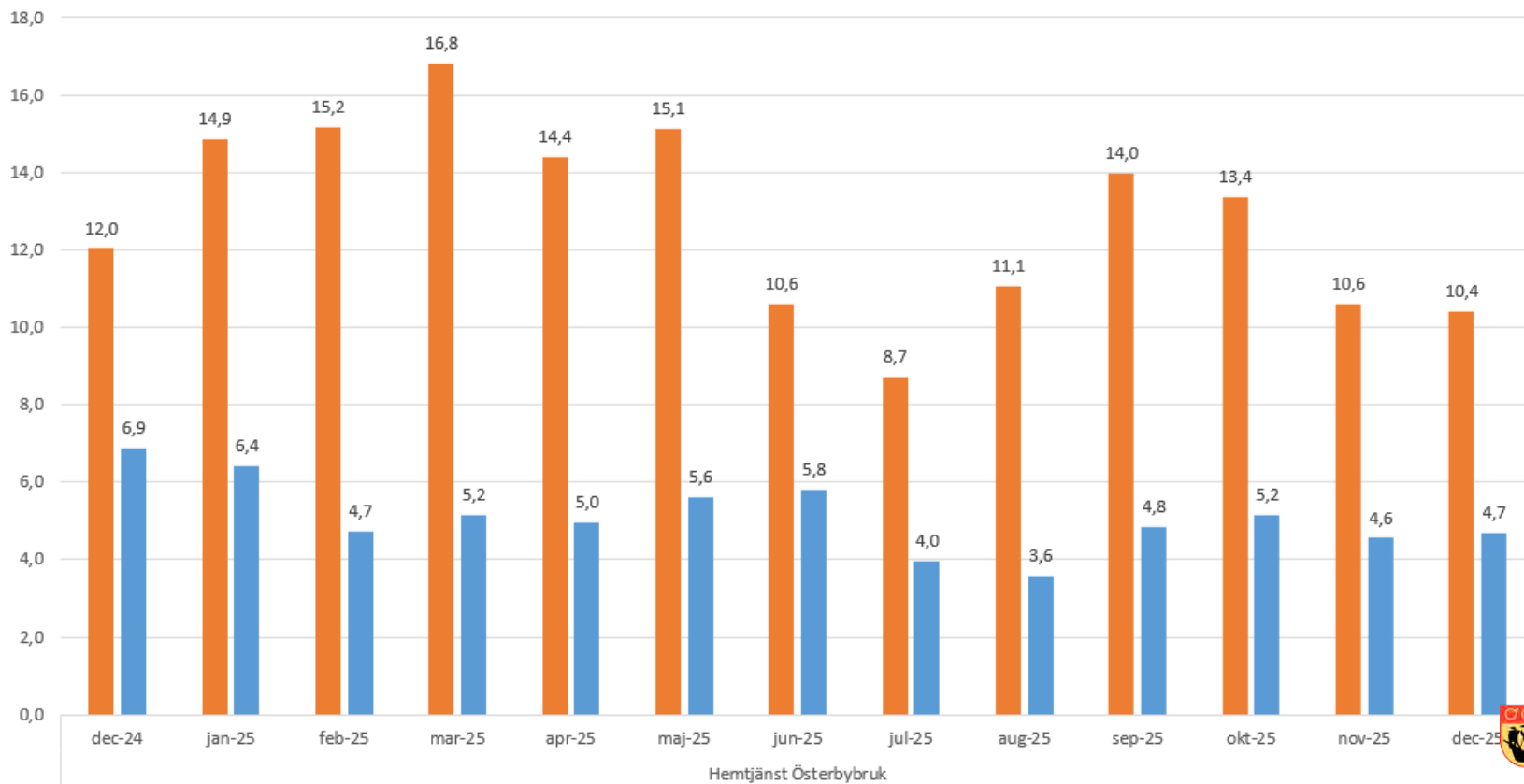
Hemtjänst Österbybruk

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %

Sjukfrånvaro total % + Lång %

Medelvärde sjuk total: 12,9%

Medelvärde sjuk lång: 5,0%



ÖSTHAMMARS
KOMMUN
- EN DEL AV ROVLÄN

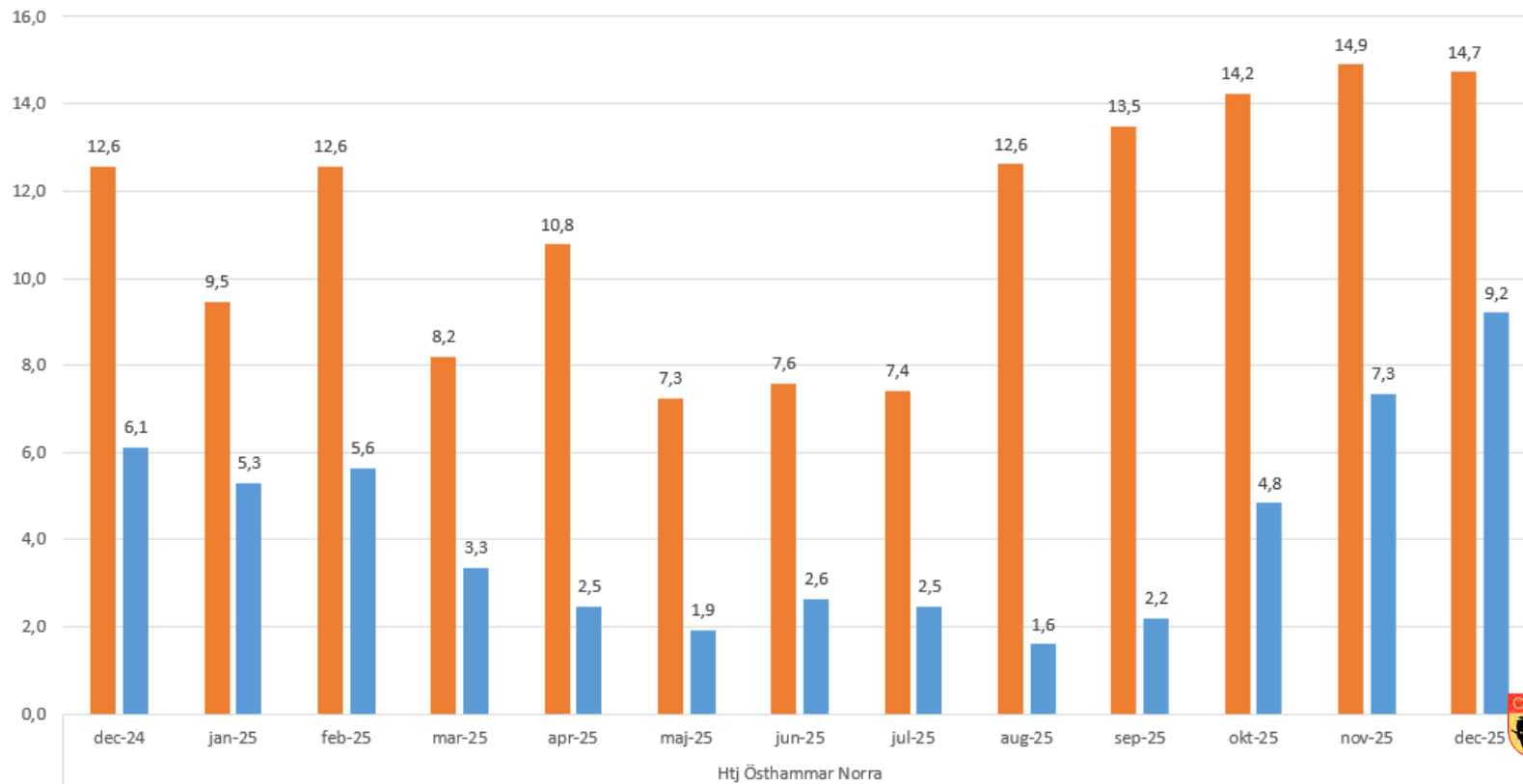
Hemtjänst Östhammar Norra

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 11,1%

Medelvärde sjuk lång: 4,1%

Sjukfrånvaro total %+ Lång %



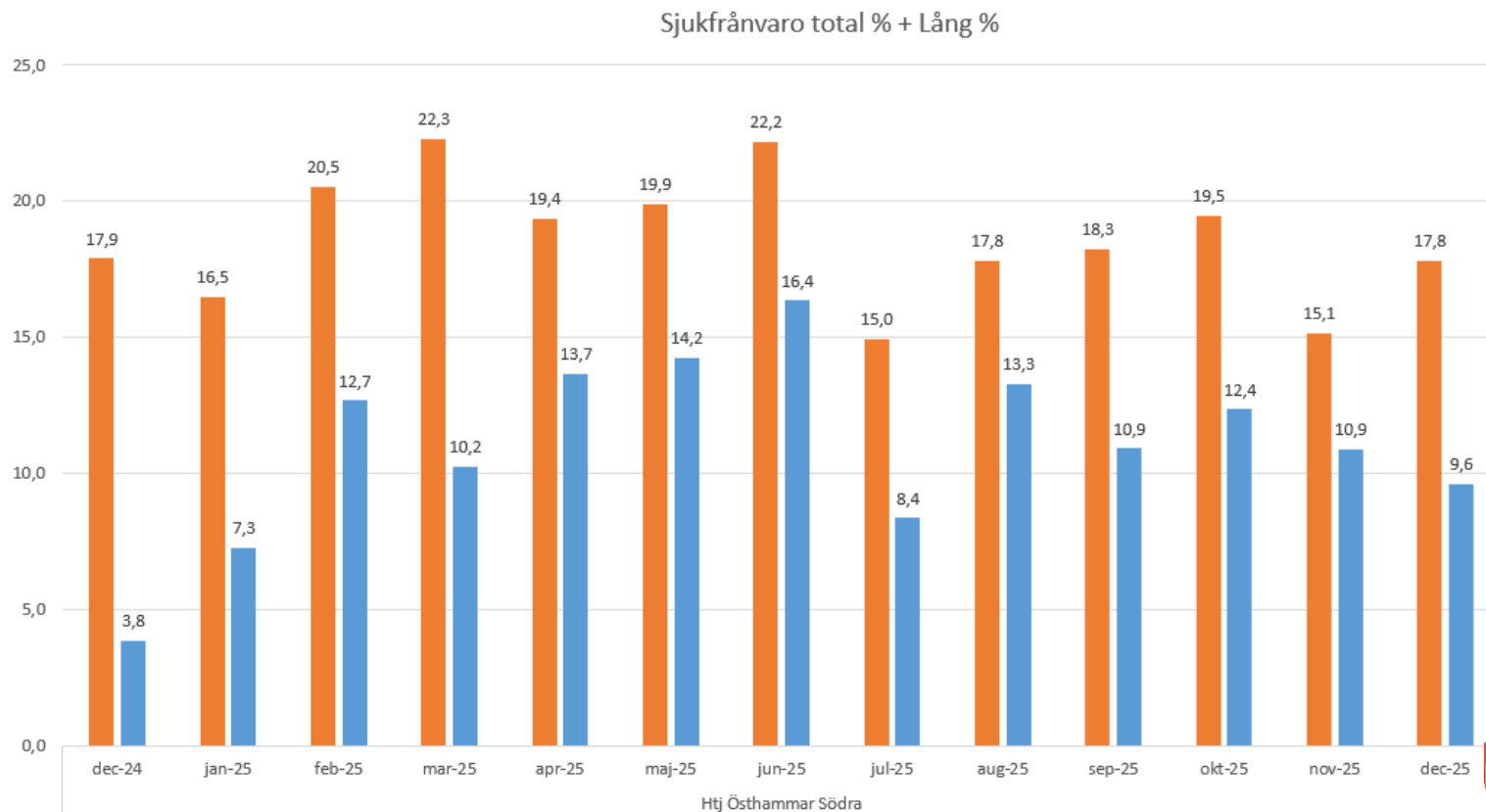
ÖSTHAMMARS
KOMMUN
- EN DEL AV ROSLAGEN

Hemtjänst Östhammar Södra

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 18,7%

Medelvärde sjuk lång: 11,6%



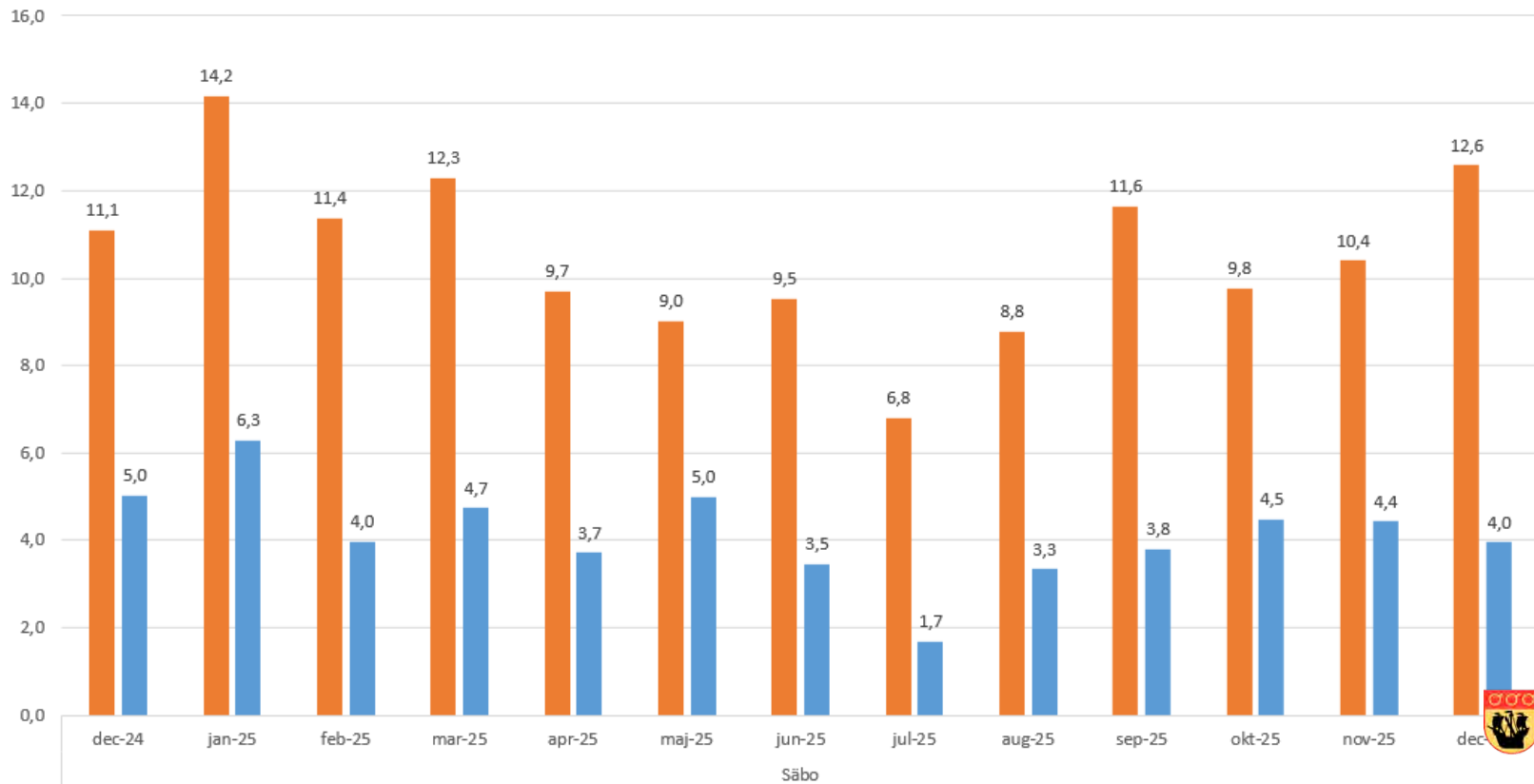
Säbo

Sjukfrånvaro totalt % + Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 10,5%

Medelvärde sjuk lång: 4,1%

Sjukfrånvaro total % + Lång %



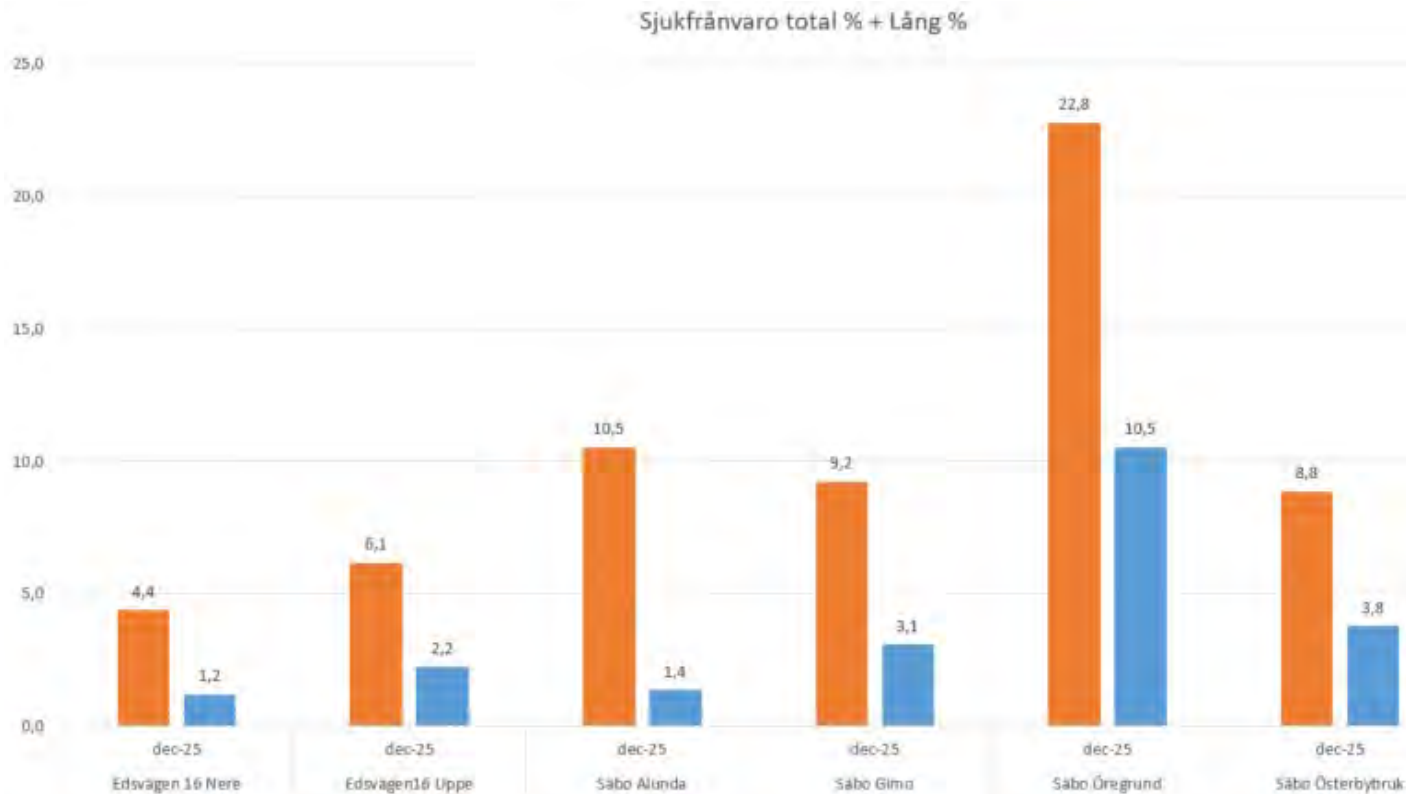
ÖSTHAMMARS
KOMMUN
- EN DEL AV ROSLAGEN

Säbo december 2025

Sjukfrånvaro totalt % + Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 10,3%

Medelvärde sjuk lång: 3,7%

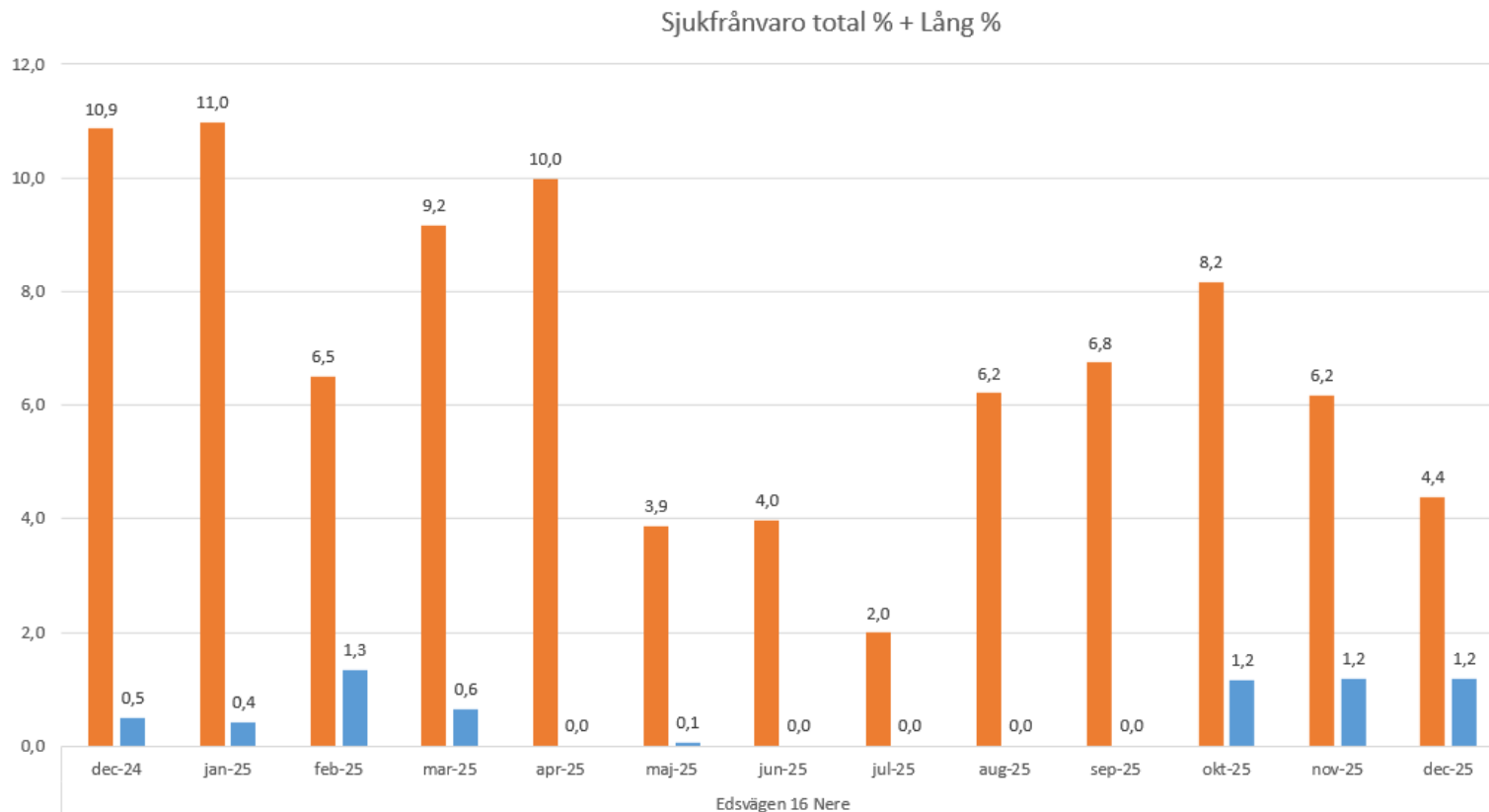


Säbo Östhammar, Edsvägen 16 Nere

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 6,5%

Medelvärde sjuk lång: 0,5%



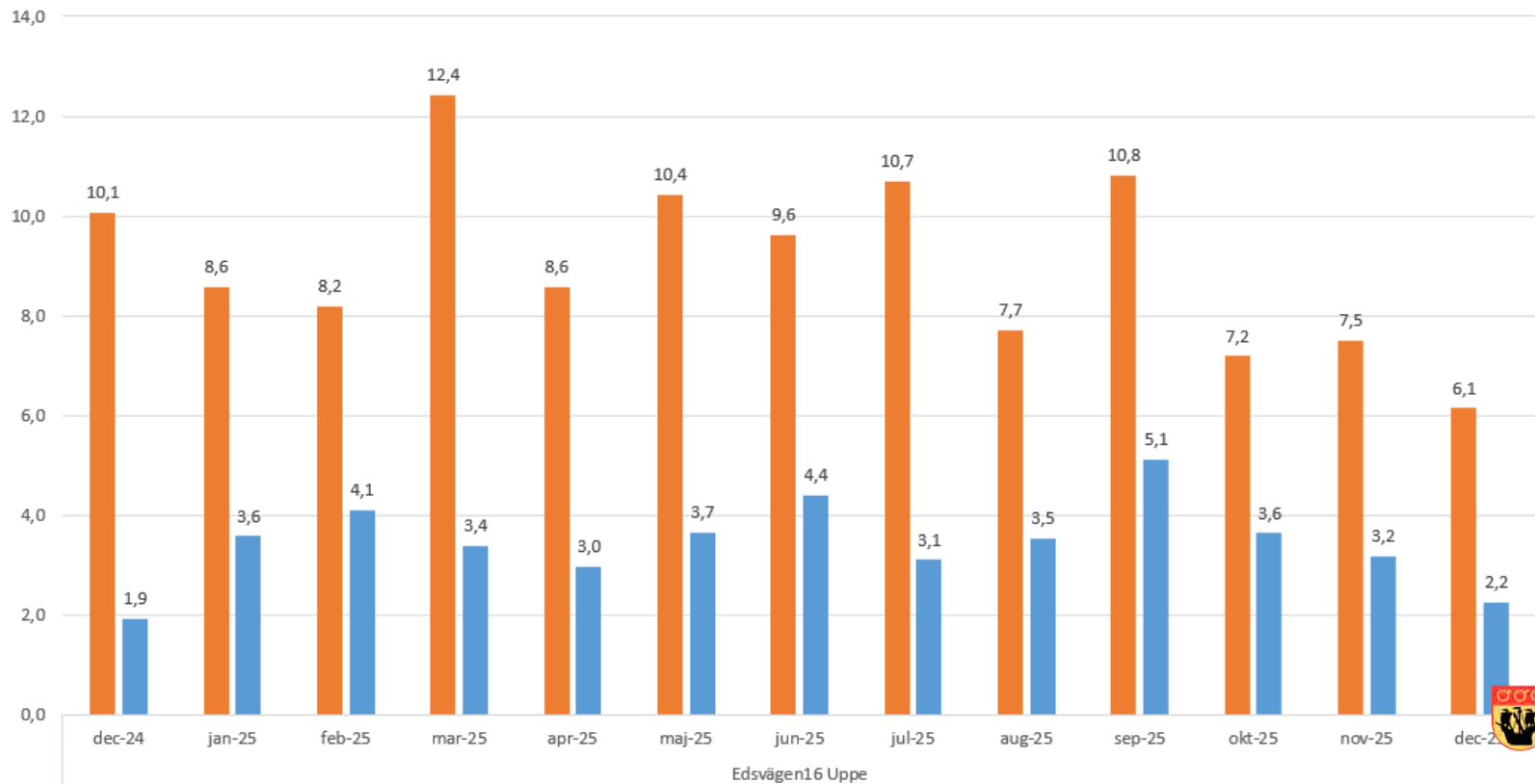
Säbo Östhammar, Edsvägen 16 Uppe

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 9,0%

Medelvärde sjuk lång: 3,6%

Sjukfrånvaro total %+ Lång %



ÖSTHAMMARS
KOMMUN
- EN DEL AV ROSLAGEN

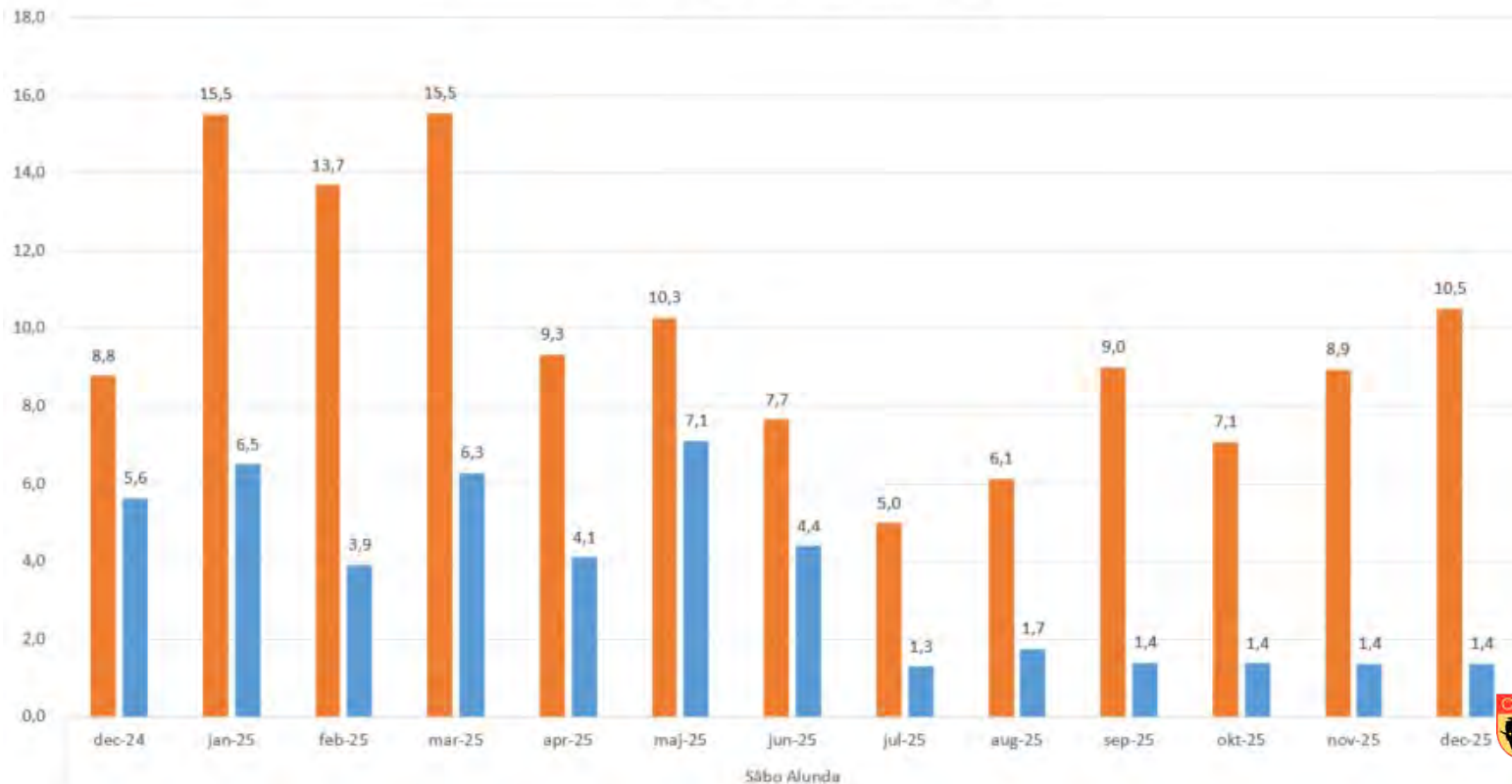
Säbo Alunda

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 9,9%

Medelvärde sjuk lång: 3,4%

Sjukfrånvaro total %+ Lång %



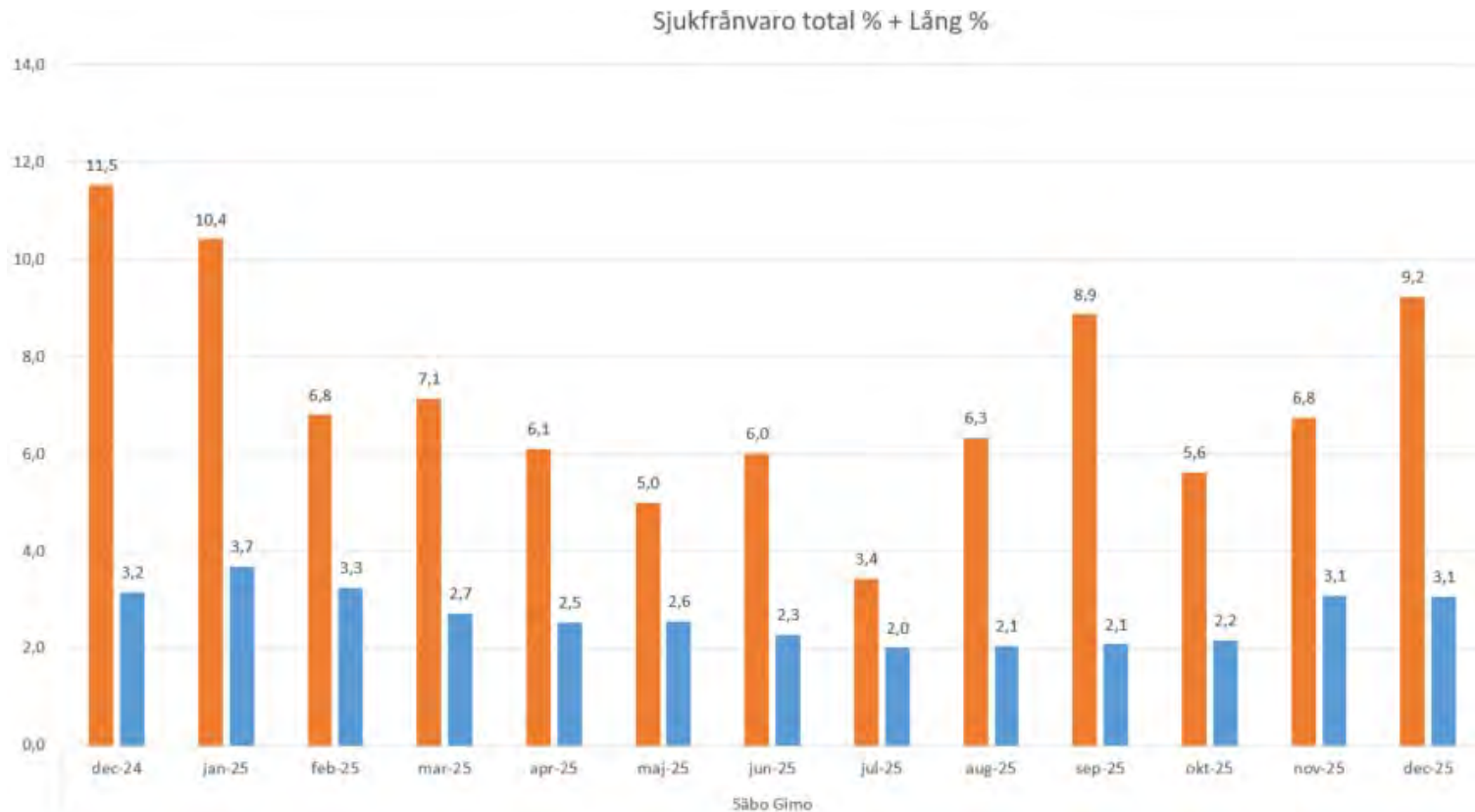
ÖSTHAMMARS
KOMMUN
- EN DEL AV ROSLAGEN

Säbo Gimo

Sjukfrånvaro totalt % + Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 6,8%

Medelvärde sjuk lång: 2,6%



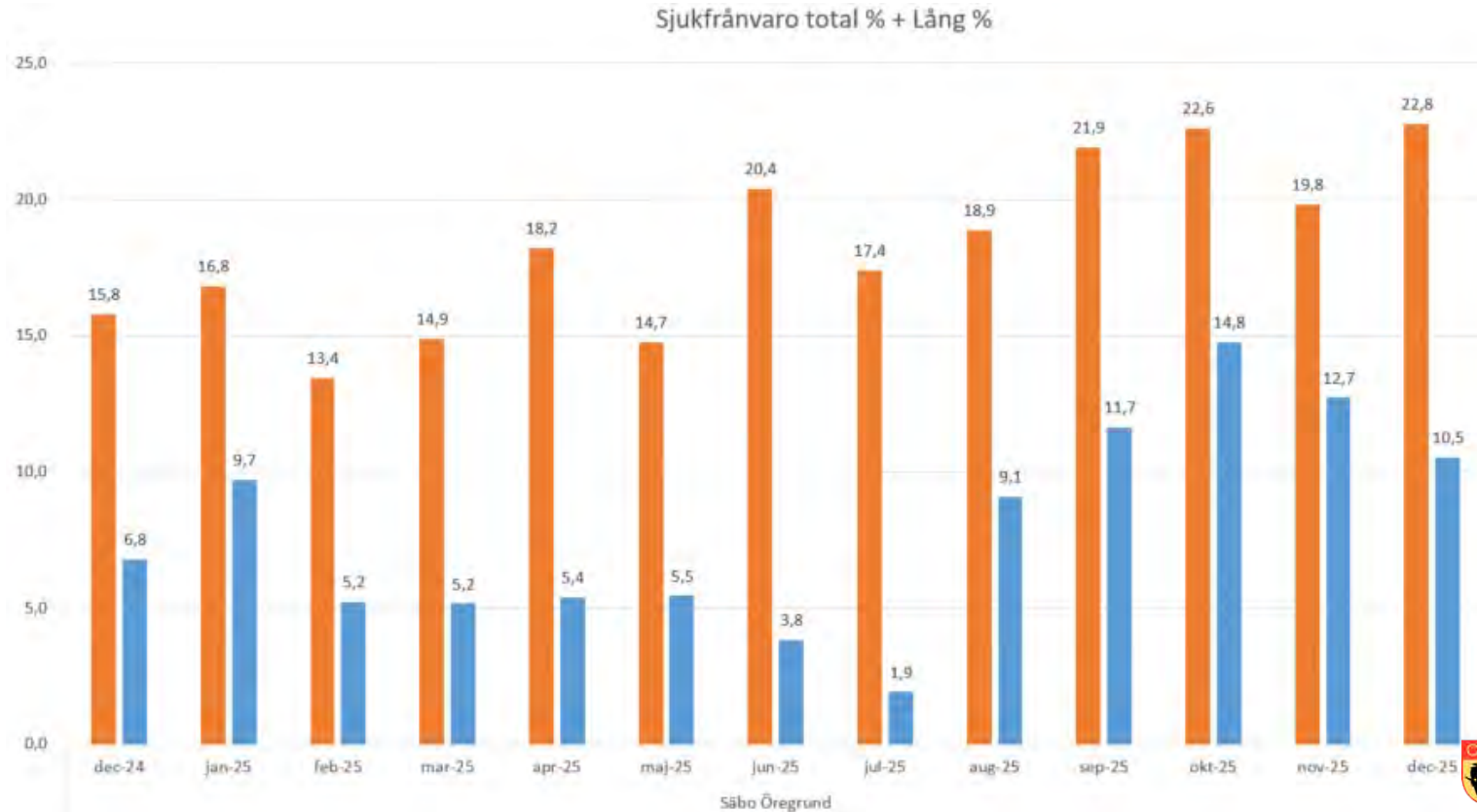
ÖSTHAMMARS
KOMMUN
- EN DEL AV ROSLAGEN

Säbo Öregrund

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 18,5%

Medelvärde sjuk lång: 8,0%



ÖSTHAMMARS
KOMMUN
- EN DEL AV ROSLAGEN

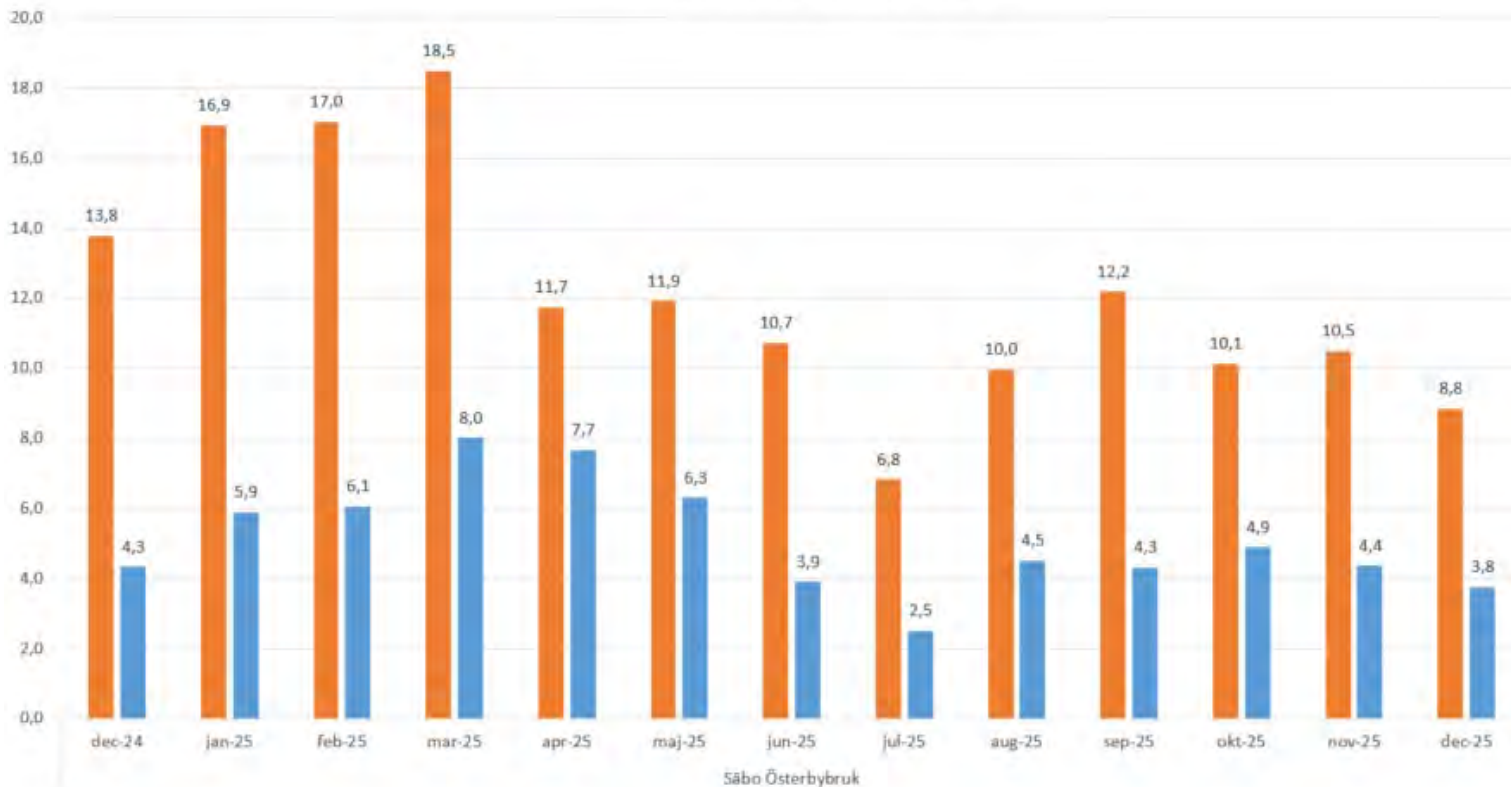
Säbo Österbybruk

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 12,9%

Medelvärde sjuk lång: 5,4%

Sjukfrånvaro total %+ Lång %



Vård- och omsorgsnämnden - Uppföljningsrapport Intern kontroll 2025 Helår

Postadress	Besöksadress/Reg.office	Telefon	Telefax	Organisationsnummer	Bankgiro
Box 66	Stångörsgatan 10	Nat 0173-860 00	Nat 0173-175 37	212000-0290	233-1361
S-742 21 Östhammar	Östhammar	Int +46 173 860 00	Int +46 173 175 37	V.A.T. No	PlusGiro
	www.osthammar.se	kommunen@osthammar.se		SE212000029001	1 31 70-6

1 Intern kontroll

Kontroll- område	Riskbeskrivning	Kontrollmetod	Utfall
Tillförlitlig information	3. Om nämnden/förvaltningen inte tillräckligt väl arbetar med att skapa och använda information av god kvalitet inför och vid beslut så kan det leda till att nämnden fattar beslut på underlag som inte uppfyller lagkrav eller som har kvalitetsbrister som försvårar verkställandet av politiska beslut, ekonomisk skada.	Implementera den nya tjutmallen inklusive processen i organisationen.	Granskningstillfället omfattar 12 ärenden. Standardärenden och personärenden har inte ingått. I tre ärenden har man inte följt processen genom att ärendet inte har lämnats till kontorschef för godkännande. I åtta ärenden har inte deadline till kontorschef följts. I sex av ärendena har inte deadline till nämndsekreterare följts. I 10 ärenden har framtagna mall för tjänsteskrivelse med aktuella rubriker använts.
Tillförlitlig information	4. Om nämnden/förvaltningen inte tillräckligt väl arbetar med fungerande kommunikation, såväl internt som externt, såväl uppåt som nedåt som i sidled så riskerar det att leda till missnöje hos lokalbefolkningen, ineffektiv och svårstyrd verksamhet, frustration och dålig arbetsmiljö, dubbelarbete eller uteblivet arbete.	Den kommunikationsrutin som togs fram under 2024 ska upprätthållas. Information till styrelsen om hur rutinen fungerar.	Former för kommunikationsaktiviteter är påbörjad med enhetschefer/ledningen. Fortsätter under första delen av 2026.
Kontroll avseende oegentligheter, mutor och jäv	6. Om nämnden/förvaltningen inte tillräckligt väl arbetar med att skapa och bibehålla en miljö som uppmuntrar till rapportering av avvikelser så kan det leda till ekonomisk skada, förtroendeskada och att viktiga inspel från medarbetare och kommuninvånare går förlorade.	Definiera och synliggöra visselblåsarfunktionen	Samtliga ledningsgrupper inom omsorgskontoret har fått besök och information om visselblåsarfunktionen.
		Tillse att avvikelser är en punkt under arbetsmiljö på APT-agendan.	Information har gått ut till kontorets chefer att avvikelser ska vara en del av punkten arbetsmiljö på APT-träffar.

3 (3)

Kontroll- område	Riskbeskrivning	Kontrollmetod	Utfall
Ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet	9. Om nämnden/förvaltningen inte tillräckligt väl arbetar med att nå uppsatta mål så kan det leda till tjänstemannastyre och urholkad lokaldemokrati.	Systematiken i hur styrelsens / nämndens mål (ekonomiska såväl som verksamhetsmässiga) stäms av ska utvecklas genom månatliga avstämningar mellan kommundirektör och chefer under styrelsen.	Mål- och uppdragsuppföljning har genomförts under hela året genom enkäter till berörda chefer. Uppföljningsmodellen kommer att fortsätta även under kommande år.
Ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet	10. Om nämnden/förvaltningen inte tillräckligt väl arbetar med att bedriva en kostnadseffektiv verksamhet av god kvalitet så kan det leda till att kommunen inte når de politiska målen, försämrad ekonomisk hållbarhet, missnöjda brukare, juridiska processer etc.	Kommunens riktlinjer för god ekonomisk hushållning uppdateras	Kommunfullmäktige antog nya riktlinjer för god ekonomisk hushållning den 16 december.
		De uppdaterade riktlinjerna presenteras för och diskuteras i styrelsen.	Ekonomikontoret besöker nämnden under första kvartalet 2026 för att informera om de nya riktlinjerna.

Årsredovisning 2025

Vård- och omsorgsnämnden

Postadress	Besöksadress/Reg.office	Telefon	Telefax	Organisationsnummer	Bankgiro
Box 66	Stångörsgatan 10	Nat 0173-860 00	Nat 0173-175 37	212000-0290	233-1361
S-742 21 Östhammar	Östhammar	Int +46 173 860 00	Int +46 173 175 37	V.A.T. No	PlusGiro
	www.osthammar.se	kommunen@osthammar.se		SE212000029001	1 31 70-6

2 (22)

Innehållsförteckning

1	Nämndens sammanfattning	3
2	Väsentliga personalförhållanden	4
3	Nämndens mål och uppdrag	6
3.1	Nämndmål	6
3.2	Nämndens uppdrag	12
4	Ekonomiskt utfall per 2025-12-31 (tkr)	14
5	Investeringsutfall (tkr)	15
6	Fördjupad information från enheter och/eller verksamheter (tkr)	16
7	Nyckeltal	18
7.1	Särskilt boende	18
7.2	Hemtjänst	18
7.3	Produktion Närvårdsenheten	19
7.4	Myndighet Barn och unga	20
7.5	Myndighet Vuxen	21
7.6	Myndighet Äldre	21
7.7	Myndighet LSS	22

3 (22)

1 Nämndens sammanfattning

Personalförhållanden

Sjukfrånvaron för perioden december 2024 till november 2025 var 9,1 %, vilket är en ökning jämfört med utfallet för 2024 på 8,7 %. Den totala sjukfrånvaron följer säsongskurvan under året i likhet med kurvan för hela kommunen.

Nämndens mål

Mål som är uppnådda:

- Upplevelsen av trygghet
- Nöjda kommuninvånare
- Öka andelen undersköterskor
- Effektiv och rättssäker handläggning
- Ökad personalkontinuitet
- Budgetföljsamhet

Mål som inte är uppnådda:

- Trivas och må bra på jobbet

Nämndens uppdrag

- Utveckla demensstödet inom ordinärt boende – *genomfört*
- Genomföra utbildningsinsats i yrkessvenska – *genomfört*
- Identifiera behov av stöd för individer utan sysselsättning – *genomfört*
- Utöka och synliggöra fältverksamheten – *genomfört*

Ekonomiskt utfall och årsprognos

Målet uppnås för perioden.

Vård- och omsorgsnämnden uppvisar ett överskott om 14,7 mnkr för räkenskapsår 2025. Det motsvarar en positiv avvikelse på + 2,38 % mot årsbudgeten. Den procentuella avvikelsen för Produktion och Myndighet uppgår till – 6,96 % respektive + 5,43 %.

4 (22)

2 Väsentliga personalförhållanden

Sjukfrånvaron för helåret 2025 inom Vård- och omsorgsnämndens verksamhetsområden var i genomsnitt under 12-månadersperioden (dec 2024 till nov 2025) 9,1 % vilket är en ökning gentemot utfallet för 2024 på 8,7 %. Den totala sjukfrånvaron följer säsongskurvan under året i likhet med kurvan för hela kommunen.

Förutom planerade uppföljningsmöten för att sänka sjukfrånvaron under 2025 har kartläggning påbörjats på särskilt utsatta enheter inom äldreomsorgen. Detta är en del av vår strävan att vara en god arbetsgivare och skapa en hållbar arbetsmiljö för våra medarbetare.

Rekrytering av verksamhetschef till äldreomsorgen har påbörjats under hösten 2025.

Sommaren 2025 testades återigen tre semesterperioder vilket utvärderades efter sommaren. Resultatet blev att återinföra två semesterperioder till sommaren 2026 då man inte såg de positiva effekter som önskats. Semesterperioderna planeras att återigen utvärderas efter sommaren 2026.

Inom området kompetensförsörjning har ett arbete inletts inom LSS/HSL för att se över kravprofiler i samband med rekrytering. Under 2025 har beslut fattats att valideringsutbildning ska omfatta även medarbetare inom LSS i kompetenshöjande syfte.

Sjuktal

Nämnd	2023	2024	Dec 2024 - Nov 2025
Barn- och utbildning	6,6	6,5	6,2
- kvinna	6,8	6,8	6,4
- man	5,9	5,0	5,3
Bygg och miljö	6,0	8,1	6,4
- kvinna	8,2	11,6	11,2
- man	4,4	5,1	2,6
Kommunstyrelsen	5,7	5,5	5,4
- kvinna	6,5	6,7	6,3
- man	3,8	2,2	2,9
Kultur- och fritid	7,1	10,0	10,0
- kvinna	7,0	10,3	11,8
- man	7,2	9,5	7,4
Vård- och omsorg	8,5	8,7	9,1
- kvinna	9,2	9,4	9,8
- man	5,6	6,1	6,3
Östhammars kommun	7,5	7,8	7,8
- kvinna	8,0	8,4	8,3
- man	5,6	5,6	5,6

6 (22)

3 Nämndens mål och uppdrag

3.1 Nämndmål

3.1.1 Verksamhetsmål med betydelse för god ekonomisk hushållning

3.1.1.1 Budgetföljsamhet

Målet är uppnått.

Med en budgetavvikelse på + 2,38 % bedöms målet uppnått, då budgetföljsamhet uppnås vid en maximal budgetavvikelse om - 1 %.

Resultatet behandlas närmare under rubriken 4. Ekonomiskt utfall och årsprognos.

3.1.1.2 Trivas och må bra på jobbet

Målet är inte uppnått.

Måluppfyllelse baseras på delmålsutfall, genomförda aktiviteter, resultat från OSA-undersökningen samt övriga kvalitativa bedömningar.

Arbetsmiljöarbetet pågår kontinuerligt under året, bland annat genom årlig uppföljning av det systematiska arbetsmiljöarbetet (SAM), löpande och förändringsrelaterade riskbedömningar samt arbetsplatsträffar (APT) där arbetsmiljöfrågor diskuteras.

Under hösten 2025 genomfördes årets OSA-undersökning, som mäter den organisatoriska och sociala arbetsmiljön. På kontorsnivå ligger årets resultat på 69, vilket är i stort sett samma nivå som 2024 (70). Variationerna mellan enheterna har dock ökat. Resultaten visar stora skillnader, med både starka verksamheter och flera som har tydliga utmaningar, framför allt inom återhämtning, arbetsbelastning och ledarskap. Flera hemtjänstområden och SÄBO-enheter har lägre resultat än 2024, vilket speglar det ansträngda läget under året. Samtidigt finns enheter som fortsatt presterar mycket högt och visar att goda arbetssätt och strukturer finns att bygga vidare på.

Äldreomsorg

Det genomsnittliga resultatet i OSA-enkäten för verksamhetsområdet Äldreomsorg 2025 var 65,5 (Vård- och omsorgsnämnden totalt 69).

Under 2025 har verksamheten haft stora utmaningar med höga sjuktal, där nästan hälften av frånvaron vid årets slut utgjordes av långtidssjukfrånvaro. Orsakerna varierar. För att minska sjukfrånvaron krävs ett systematiskt och långsiktigt arbetsmiljöarbete anpassat efter varje enhets behov. HR har under hösten påbörjat ett fördjupat arbete inom två hemtjänstenheter för att identifiera orsaker. En rapport färdigställs under första delen av 2026 och kommer att ligga till grund för kommande åtgärder.

Arbetet omfattar analys av sjukfrånvarostatistik, dialoger med medarbetare, APT och skyddsronder samt kartläggning av återkommande belastningsmoment. Fokus framåt är ett aktivt och förebyggande arbetsmiljöarbete inom ramen för rehabilitering, med omtankesamtal, hänsyn till vårdtyngd, tydlig introduktion, kompetensutveckling, handledning och kontinuerlig uppföljning.

7 (22)

LSS/HSL

Det genomsnittliga resultatet i OSA-enkäten för verksamhetsområdet LSS/HSL 2025 var 71,5 (Vård- och omsorgsnämnden totalt 69).

Resultatet har presenterats för arbetshandledarna vid årets sista APT och kommer även att följas upp individuellt. Årets resultat visar att verksamheten bibehållit ett gott utfall. Åtgärdsplaner tas fram vid planeringsdagen i februari.

Under 2025 har arbetet utgått från resultatet av OSA-enkäten 2024. Medarbetarna har varit delaktiga genom handlingsplaner som tagits fram och följts upp på APT, samt genom aktiviteter som reflektionstid, teamutveckling och planeringsdagar med fokus på bland annat konflikthantering, säkerhet och hälsa. Under hösten har ytterligare OSA-aktiviteter genomförts med stöd av material från Sunt arbetsliv som en del av uppföljningen av 2024 års resultat. Inför årets enkät genomfördes även ett motivationsarbete för att öka svarsfrekvensen.

Myndighet

Det genomsnittliga resultatet i OSA-enkäten för verksamhetsområdet Myndighet 2025 var 73 (Vård- och omsorgsnämnden totalt 69).

Uppföljning av OSA har genomförts inom myndigheten. Två enheter har gjort kartläggningar och enskilda samtal för att tidigt identifiera arbetsmiljöproblem. Åtgärdsplaner har tagits fram och följs upp för att stärka trivsel och engagemang.

Sedan januari 2025 har ett mötes forum med kontinuerliga träffar, med fokus på arbetsmiljö, genomförts tillsammans med Vision, SSR och Kommunal. Träffarna hålls varannan månad och fokuserar på förebyggande arbetsmiljöarbete med deltagande av skyddsombud och enhetschefer.

Organisatoriska förändringar under året väckte initial oro, men genom dialog i olika forum och samverkan med fackliga organisationer minskade oron och delaktigheten ökade.

Verksamhetsmöten med chefer, fackliga företrädare och medarbetare har bidragit till ökad förståelse för kommande förändringar. Tydliga utvecklingsvägar, inflytande över arbetsuppgifter och delaktighet i beslutsprocesser har varit centrala, med värdegrunden som vägledning.

Kompetensutveckling har genomförts genom webbaserade utbildningar och kurser inom bland annat LVU, LVM, familjerådgivning, nya SoL, föräldrastöd, barnsamtal och MI (samtalsmetod som används i rådgivning och behandling). Nya chefer har deltagit i ledarskapsutbildningar och mentorsprogram. Kollegialt lärande har stärkts genom veckovisa ärendegenomgångar med handledningsinslag.

8 (22)

3.1.2 Övriga nämndmål

3.1.2.1 Upplevelsen av trygghet

Målet är uppnått.

Måluppfyllelse baseras på delmålsutfall, genomförda aktiviteter, resultat av brukarundersökningar samt övrig kvalitativ bedömning.

Vård och omsorgsnämnden har arbetat i riktning mot målet via verksamheternas delmål kring brukarnas upplevda trygghet, inom nämndens samtliga verksamhetsområden (Äldreomsorg, HSL/LSS, Myndighet).

Trots försämrade resultat i vissa mätningar bedöms målet som uppnått utifrån genomförda åtgärder och långsiktig utveckling.

Äldreomsorg

Äldreomsorgsverksamheterna, både SÄBO och ordinärt boende, arbetar på olika sätt med trygghetsskapande insatser. Flera aktiviteter har genomförts medan andra kräver fortsatt utveckling. Brukarundersökningen visar en viss nedgång i trygghet och förtroende jämfört med föregående år. Inom hemtjänsten uppger 83 % att de är mycket eller ganska trygga (2024: 87 %) och 84 % har förtroende för personalen (2024: 86 %). Motsvarande siffror för SÄBO är 75 % för trygghet (2024: 81 %) och 79 % för förtroende (2024: 89 %).

Utifrån föregående års brukarundersökning har enheterna satt mål för att tydliggöra omsorgskontakt, förbättra kontaktvägar, informera om planeringsändringar och öka delaktigheten i genomförandeplaner. Hemtjänsten har även arbetat vidare med införandet av brandchecklista i samverkan med räddningstjänsten. Under hösten har all omsorgspersonal utbildats och samtliga brukare har erbjudits genomgång av brandsäkerheten i hemmet.

Enheterna arbetar aktivt med aktuella och individuellt utformade genomförandeplaner, och de flesta enheter har fast omsorgskontakt. Ärendeträffar mellan enhetschef, SoL och HSL fungerar väl, och arbetet med Senior Alert och avvikelshantering har stärkts.

LSS/HSL

Arbetet med att stärka den upplevda tryggheten har pågått under hela året och omfattat samtliga verksamheter inom HSL, LSS och personlig assistans. Rutiner för inskrivningssamtal, årliga uppföljningar samt hantering av synpunkter och klagomål har setts över och implementerats, vilket skapat en mer enhetlig och trygg vård- och omsorgsprocess.

Inom hemsjukvården har trygg hemgång från slutenvården prioriterats. Utsedda utskrivningskoordinatorer har stärkt helhetssynen och förbättrat övergången mellan vårdnivåer. Hemgångsprocessen har utvecklats och hemtagningsteamens arbetssätt tydliggjorts. Förebyggande hembesök har breddats till att även omfatta riskbedömning. Patienter och anhöriga ger genomgående positiv återkoppling.

Samverkan med vårdcentraler och satsningar på anhörigstöd har förstärkts. Bemanningen av sjuksköterskor kvälls- och nattetid har utökats. Inom rehab har rollatortält genomförts med 49 besökare.

9 (22)

Inom LSS har genomförandeplaner uppdaterats i samband med införandet av nytt journalsystem. Brukarnas stöd anpassas löpande med handledning och hjälpmedel för att stärka trygghet, motivation och utveckling. Anhörigträffar har genomförts och synpunktsblanketter finns tillgängliga.

Inom personlig assistans har trygghetsarbetet integrerats i APT, där personalen gemensamt ser över rutiner och behov. Genomförandeplaner och registreringar i Senior Alert har kommit igång, och planerade aktiviteter bidrar till trygghet och trivsel.

Veckovisa ärendeträffar med fokus på avvikelser, risker och åtgärder har stärkt det systematiska förbättringsarbetet i alla verksamheter.

Sammantaget har året präglats av förstärkta rutiner, förbättrad samverkan och utvecklade arbetssätt som bedöms ha stärkt tryggheten för patienter och brukare.

Myndighet

Under året har enheterna arbetat trygghetsskapande genom att stärka rättssäkerheten, bland annat genom fokus på klarspråk för att göra myndighetsbeslut mer begripliga för invånarna.

Arbetet med avvikelser och synpunktshantering har fortsatt utvecklas. Vissa avvikelser ledde till Lex Sarah-utredningar, vilket resulterade i kompetenshöjande insatser och reviderade rutiner. IVO genomförde en digital tillsyn i november 2024 och april 2025, där identifierade brister åtgärdades och ärendet avslutades.

Under årets första hälft genomfördes förberedelser inför den nya socialtjänstlagen som trädde i kraft 1 juli 2025, bland annat genom fyra workshops med medarbetare från samtliga enheter.

Nya riktlinjer för socialpsykiatriinsatser fastställdes i juni och trädde i kraft samtidigt som den nya lagen. Kompetenshöjande insatser genomfördes löpande, där rättspraxis och styrdokument användes för att kvalitetssäkra myndighetsarbetet i olika mötesforum.

3.1.2.2 Nöjda kommuninvånare

Målet är uppnått.

Måluppfyllelse baseras på delmålsutfall, genomförda aktiviteter, resultat av brukarundersökningar samt övrig kvalitativ bedömning.

Trots försämrade resultat i vissa mätningar bedöms målet som uppnått utifrån genomförda åtgärder och långsiktig utveckling.

Verksamheten har under året arbetat i riktning mot detta breda mål genom ett flertal delmål. Bland dessa finns mål kopplade till förebyggande insatser, utvecklad samverkan, kompetensutveckling, stärkt patientsäkerhet och ökad brukarnöjdhet. Utifrån delmålen har verksamheter och enheter genomfört ett stort antal aktiviteter.

Helhetsbedömningen i brukarundersökningen för äldreområdet 2025 var 82 för hemtjänst och 71 för särskilt boende. Jämfört med föregående år innebär detta en försämring, där hemtjänsten minskat från 85 till 82 och särskilt boende från 83 till 71.

Brukarundersökning inom LSS-området genomfördes under hösten 2025 och arbete utifrån resultatet har påbörjats.

10 (22)

Äldreomsorg

Arbetet med Senior Alert har stärkts under 2025 och resultaten är bättre än 2024, särskilt inom ordinärt boende, även om målnivån på 80 % ännu inte har nåtts. Arbetet i BPSD-registret har fortsatt med genomförda grundutbildningar, och ytterligare utbildningar planeras under 2026. Hygienkompetensen har stärkts genom utbildning och stöd från hygiensjuksköterska vid hantering av smittsamma sjukdomar.

Verksamheterna inom SÄBO och hemtjänst har arbetat systematiskt med kvalitet, delaktighet och bemötande. Lokala utmaningar har hanterats genom kompetenshöjande insatser, förbättrad planering, ökad kontinuitet och anpassning av arbetssätt efter individuella behov.

Under året har fler brukare svarat i brukarenkäten, utevistelser och aktiviteter har genomförts regelbundet, genomförandeplaner har uppdaterats med ökad delaktighet och dialogen med brukare och närstående har stärkts. Personalen har fått kompetensutveckling inom bemötande, personcentrerad omsorg och förflyttningsteknik.

Resultaten visar förbättrat bemötande, ökad delaktighet och stärkt samarbete inom och mellan enheter. Arbetet fortsätter 2026 med fokus på uppföljning av brukarnöjdhet, kompetensutveckling, kontinuitet, analys av resultat, stärkt introduktion och genomförande av HLR-utbildningar.

LSS/HSL

Kompetensen har stärkts genom riktade utbildningar inom palliativ vård, hygien, sårvård och BPSD. Inom LSS har personal genomgått palliativvårdsutbildning anpassad för LSS, och instruktörer har utbildats inför Stjärnmärkt-certifiering 2026. Validering av personal planeras för att öka andelen undersköterskor. Inom HSL har en utbildningssatsning kring omläggningar och sår höjt kunskapen och minskat kostnaderna. Introduktionen för nyanställda ses över i alla verksamheter.

Närvården har nått målen i Senior Alert, medan hemsjukvården förbättrat sina resultat men ännu inte når målvärdena. De palliativa indikatorerna har stärkts, även om hemsjukvården fortsatt ligger under nationella nivåer. Palliativa ombud följer upp resultaten kvartalsvis.

Sjuksköterskebemanning kvälls- och nattetid har förstärkts. Avvikelsehanteringen är aktiv med 45 rapporterade avvikelser, främst fall, och förebyggande åtgärder har införts. Inom LSS utvecklas brukarscheman och stödinsatser anpassas med handledning och hjälpmedel.

Kompetensförsörjningen är ett pågående arbete i samverkan med Bruksgymnasiet och vuxenutbildningen, som anpassar utbildningar efter verksamhetens behov.

Sammantaget har kvalitet och trygghet stärkts genom förbättrade resultat, riktade utbildningsinsatser och ett systematiskt förbättringsarbete, även om hemsjukvårdens registreringar och palliativa indikatorer fortsatt behöver utvecklas.

Myndighet

Under året har enheterna arbetat med att stärka rättssäkerheten, bland annat genom klarspråk i myndighetsbeslut. Arbetet med avvikelser och synpunktshantering har utvecklats, och vissa avvikelser ledde till Lex Sarah-utredningar med efterföljande kompetenshöjande insatser och reviderade rutiner. IVO genomförde digital tillsyn i

11 (22)

november 2024 och april 2025, där identifierade brister åtgärdades.

Förberedelser inför den nya socialtjänstlagen, som trädde i kraft 1 juli 2025, genomfördes genom workshops och kompetenshöjande insatser. Nya riktlinjer för socialpsykiatrins insatser fastställdes i juni och trädde i kraft samtidigt som lagen.

Det förebyggande arbetet har stärkts genom nära samarbete med skola och polis för att tidigt uppmärksamma barns och ungas behov. Hemmaplanslösningar har prioriterats, samarbetssamtal inom familjerätten har ökat och skolbesök har genomförts för att stärka kunskap om orosanmälningar. Samverkan inom öppenvården har varit omfattande, särskilt efter att flera förebyggande insatser organisatoriskt flyttats dit.

Samverkansärenden har främst rört samsjuklighet, våldsutsatthet och målgrupper med behov som sträcker sig över flera verksamhetsområden. Extern samverkan har skett med regionen, polisen, kriminalvården och frivården, liksom genom deltagande i SUF-kunskapscentrum.

Arbetet med våldsärenden och samsjuklighet har fortsatt, delvis i samarbete med Barnahus. Flera gemensamma forum har genomförts, såsom workshops, Tillsammans-dagar och utbildningar inom våld i nära relation och SIP. Samarbete har även skett med frivilligorganisationer.

3.1.2.3 Öka andelen undersköterskor

Målet är uppnått

Måluppfyllelse baseras på styrtalet "Öka andelen undersköterskor".

Undersköterskor fyller en viktig funktion för en patientsäker omvårdnad och för brukarnas välbefinnande. En högre andel undersköterskeutbildad omvårdnadspersonal bidrar till förbättrad vård- och omsorgskvalitet, avlastar sjuksköterskorna genom att utföra delegerade arbetsuppgifter samt fyller rollen som fast omsorgskontakt inom hemtjänsten.

Efter valideringen som genomfördes under 2024 fick 23 personer sin skyddade yrkestitel som undersköterska under första delen av 2025. Under året har ytterligare 14 personer genomgått validering. Andelen undersköterskor i gruppen omvårdnadspersonal har därmed ökat från 64 % till 66 %, motsvarande en ökning från 266 undersköterskor 2024 till 312 år 2025.

3.1.2.4 Ökad personalkontinuitet

Målet är uppnått.

Måluppfyllelse baseras på antalet medarbetare en brukare möter under en 14-dagarsperiod.

Målet för personalkontinuitet är att brukarna ska möta färre olika medarbetare under en 14-dagarsperiod. Införandet av det nya systemet Intraphone har under perioden inneburit utmaningar i att få fram tillförlitlig statistik för faktisk, och inte enbart planerad, personalkontinuitet. Det tillgängliga resultatet har varierat mellan hemtjänstens enheter, men flera har nått målet med ett genomsnitt på 12–14 medarbetare.

12 (22)

Kontinuiteten påverkas främst av sjukfrånvaro, schemaändringar och oplanerad frånvaro, ett stort antal vikarier samt brukare med omfattande och varierande behov. För att stärka kontinuiteten krävs ett långsiktigt arbete med stabila personalgrupper, aktiv bemanningsplanering, fokus på friskfaktorer, god introduktion av nyanställda samt regelbunden uppföljning av kontinuitetsmått.

Verksamheterna fortsätter att arbeta med både kortsiktiga och långsiktiga åtgärder för att öka kontinuiteten, bland annat genom tydligare planering, ökad förutsägbarhet och ett mer personcentrerat arbetssätt.

3.1.2.5 Effektiv och rättssäker handläggning

Målet är uppnått.

Måluppfyllelsen för perioden baseras på planerat och genomfört arbete utifrån verksamhetens delmål, enheternas aktiviteter samt övrig kvalitativ bedömning.

Arbetet har under perioden haft tydligt fokus på ett gemensamt mål för myndighetens samtliga enheter: en effektiv och rättssäker handläggning. Myndighetsutövningen ska ske i enlighet med gällande lagar och författningar.

Nämnden följer upp rättssäkerheten genom ärendestatistik, ej verkställda beslut, avvikelser, synpunkter och Lex Sarah-utredningar. Ett närvarande ledarskap och en strukturerad introduktion vid nyanställningar bidrar till att upprätthålla kvalitet och rättssäkerhet. Stödet förstärks genom biträdande enhetschefer eller specialisthandläggare beroende på enheternas organisation.

Tekniska lösningar är en viktig del av kvalitetsarbetet. Ett nytt verksamhetssystem har införts med målsättningen att skapa bättre kompatibilitet och användarvänlighet. Identifierade utmaningar hanteras löpande i dialog med systemspecialister.

3.2 Nämndens uppdrag

3.2.1 Utveckla demensstödet inom ordinärt boende

Uppdraget är genomfört.

Ett demensteam har etablerats och har under hösten/vintern 2025 genomfört utbildningar i grundläggande kunskaper om demens och bemötande. Utbildningen har bidragit till ökad förståelse för hur personal kan bemöta brukare med kognitiv nedsättning.

I december genomfördes en workshop med chefer och Silviasysstrar från äldreomsorg, dagverksamhet, anhörigcentrum, HSL och myndighet. Syftet var att lägga grunden för fortsatt utvecklingsarbete under 2026. Under workshopen lyftes behov av kontinuerlig grundutbildning, utbildning av biståndshandläggare samt ett utökat arbete med BPSD inom hemtjänsten. Det uttrycktes också önskemål om handledning vid mer komplexa ärenden, ett team som snabbt kan ge stöd inom 48 timmar samt ett mer gemensamt arbetssätt mellan enheterna. Ett ökat förebyggande arbete kan göras, där stöd erbjuds tidigt när en brukare får en demensdiagnos.

13 (22)

3.2.2 *Genomföra utbildningsinsats i yrkessvenska genom interna resurser*

Uppdraget är genomfört.

Under året har en utbildningsinsats i yrkessvenska genomförts med fokus på att stärka språk- och yrkeskompetensen inom vård och omsorg. Insatsen har bestått av samtalsträffar med temat ”Prata om jobbet” och har letts av en vårdlärare från Bruksgymnasiet. Det pedagogiska materialet har tagits fram i samarbete med Vård- och omsorgscollege.

Utbildningen omfattar totalt 14 träffar. Fyra av dessa genomfördes under november–december 2025 och resterande tio är planerade till perioden januari–april 2026.

Utbildningen har erbjudit tio platser och åtta deltagare har medverkat, med varierande grad av närvaro under perioden. Upplägget har varit arbetsnära och utgått från deltagarnas yrkesroll inom vård och omsorg. Följande ämnesområden har behandlats:

- Bemötande av brukare
- Muntlig kommunikation
- Envägs- och tvåvägskommunikation
- Kulturförståelse
- Sekretess och tystnadsplikt
- Telefonsamtal i yrkesrollen
- Muntlig rapportering mellan kollegor
- Bedömning av hälsotillstånd
- SBAR – strukturerad rapportering
- Skriftlig dokumentation
- Vård i livets slutskede

3.2.3 *Identifiera behov av stöd för individer som saknar sysselsättning samt upprätta plan för att gå från bidrag till arbete*

Uppdraget är genomfört.

Under 2025 överlämnades uppdrag genom biståndsbeslut enligt SoL 4 kap. 4 § från enheten Vuxen (försörjningsstöd) till EIA, enheten för Integration och Arbete, för verkställighet. I genomsnitt fanns omkring 25 aktuella uppdrag hos utföraren, främst sysselsättning och praktik.

För att minska antalet personer med försörjningsstöd och bättre tillgodose individuella behov genomfördes ett pilotfall med arbetsförmågebedömning i juli 2025. I november 2025 infördes därefter ett nytt arbetssätt där arbetscoacher inom EIA utförde arbetsförmågebedömningar.

En organisatorisk förändring, *En väg in*, genomfördes i syfte att bättre identifiera stödbehov hos personer utan sysselsättning och skapa tydligare vägar från bidrag till arbete. Förändringen innebar en sammanslagning av EIA och delar av enheten Vuxen (försörjningsstöd, budget- och skuldrådgivning samt dödsboärenden). Missbruk och

14 (22)

VINR (våld i nära relation) flyttades till enheten Funktionsnedsättning.

Den nya enheten FIA (Försörjning, Integration och Arbete) träder i kraft den 1 mars 2026 och kommer att bestå av en enhetschef och två biträdande enhetschefer. Genom sammanslagningen förväntas en ökad samsyn och förbättrade möjligheter att stärka vägarna från bidrag till arbete.

Planerade åtgärder för kvartal 1–3 2026 omfattar arbete med gruppdynamik, samsyn, grundstrukturer, resursfördelning och utveckling av effektiva arbetssätt.

3.2.4 Utöka och synliggöra fältverksamheten

Uppdraget är genomfört.

Uppdraget om utökad och synliggjord fältverksamhet genomfördes genom en organisatorisk förändring inom öppenvårdens team för ungdomspedagoger. Fältarbetet har anpassats efter verksamhetens och individernas behov samt i linje med den nya socialtjänstlagens inriktning mot en mer tillgänglig socialtjänst. Fältpersonalens schema omfattar nu arbete dagtid, kvällar och helger. Förändringen genomfördes inom ramen för ordinarie budget genom omfördelning av arbetsuppgifter och resurser, tydligare strukturer samt ett närvarande ledarskap med fokus på stöd och vägledning.

4 Ekonomiskt utfall per 2025-12-31 (tkr)

Vård- och omsorgsnämnden uppvisar ett överskott om 14,7 mnkr för räkenskapsår 2025. Nämndens överskott motsvarar en positiv avvikelse på + 2,38 % mot årsbudgeten. Den procentuella avvikelsen för Produktion och Myndighet uppgår till – 6,96 % respektive + 5,43 %.

Den positiva avvikelsen för 2025 förklaras främst av överskott hos Enheten för Äldre och Bistånd, de särskilda boendena, flera enheter inom Myndighet, överskott från årets driftbidrag från kommunstyrelsen samt mer inkomna riktade statsbidrag än budgeterat.

Fördjupad information finns under avsnitt 6.

Nämnd	Funktion/enhet	Budget 2025	Utfall 2025	Avvikelse
Vård- och omsorgsnämnden	Produktion	- 152 288	- 162 885	- 10 597
	Myndighet	- 465 870	- 440 585	+ 25 285
Summa		- 618 158	- 603 470	+ 14 688

15 (22)

5 Investeringsutfall (tkr)

Vård- och omsorgsnämnden tilldelades en investeringsbudget om 2 300 tkr för räkenskapsår 2025. Under året har 2 050 tkr av tilldelad budget förbrukats.

Årets investeringar består till störst del, 864 tkr, av inventarier och möbler i samband med flytt av korttidsenheten till Vårdcentrum i Östhammar. Även implementeringskostnader för det nya verksamhetssystemet Viva har tagit stor del av tilldelad investeringsbudget i anspråk, totalt 521 tkr. Utöver detta har även investeringsbudgeten nyttjats till möbler, hjälpmedel och inventarier till flera av de särskilda boendena och Närvårdsenheten.

Projekt	Tilldelad budget 2025	Överflyttad budget fr. 2024	Total budget 2025	Utfall 2025	Avvikelse
Ofördelat VON	- 2 300	0	- 2 300	0	+ 2 300
Möbler och inventarier	0	0	0	- 120	- 120
Olandsgården	0	0	0	- 112	- 112
Parkvägen	0	0	0	- 44	- 44
Edsvägen	0	0	0	- 82	- 82
Lärkbacken	0	0	0	- 40	- 40
Närvården	0	0	0	- 177	- 177
Korttidsenheten	0	0	0	- 864	- 864
Verksamhetssystem Viva	0	0	0	- 521	- 521
Arbetsmaskiner	0	0	0	- 89	- 89
Summa	- 2 300	0	- 2 300	- 2 050	+ 250

16 (22)

6 Fördjupad information från enheter och/eller verksamheter (tkr)

Vård- och omsorgsnämndens överskott om cirka + 14,7 mnkr består dels av ett överskott hos Myndighet men även ett underskott hos Produktionen. Produktionens underskott om - 10,6 mnkr består till störst del av underskott i den egna regins hemtjänst, vilket vägs upp av överskott i flera andra av Produktionens verksamheter. Myndighets större överskott om + 25,3 mnkr består främst av överskott hos enheten för Äldre och Bistånd men även av överskott hos enheterna Öppenvård, Barn- och Ungdom, Vuxen samt Integration och Arbete.

Omsorg Stab har för 2025 ett underskott om - 1,8 mnkr. Staben har under året haft 2,8 mnkr högre kostnader för lokalhyror än budgeterat samt osäkra kundfordringar som har kostnadsförts och försämrat utfallet med cirka 1,2 mnkr. Omsorg Stab har även haft lägre kostnader för personal än budgeterat, fått in mer bostadshyror från brukare än uppskattat samt fått en återbetalning från omställningsfonden, vilket bidragit till att underskottet netto blir något lägre på totalen.

Överskottet inom Produktion Stab på cirka + 2,6 tkr består i sin helhet av oförbrukade medel från den del av årets tillfälliga driftbidrag från Kommunstyrelsen som tilldelades Äldreomsorgen (3 mnkr).

De särskilda boendenas överskott om + 7,8 mnkr har uppstått på grund av att personalkostnaderna inte har ökat i samma takt som de särskildas boendens ökade intäkter i form av fler verkställda beslut (med- och parboende) samt extraersättningar för vårdtunga ärenden.

Ordinärt boendes underskott om - 18,8 mnkr består uteslutande av underskott inom den egna regins hemtjänst (dag och kväll) vilket vägs upp av överskott inom natthemtjänsten, Korttidsenheten och Larmenheten. Hemtjänstens (dag/kväll) underskott om cirka - 24,8 mnkr består av lägre utförda timmar och högre personalkostnader än budgeterat. Natthemtjänsten fick på helår ett överskott främst som resultat av den nerdragning av antal nattpersonal som skedde under året i områdena Östhammar Norra och Österbybruk. Överskotten hos Korttidsenheten och larmenheten består av oförbrukat driftbidrag från kommunstyrelsen på 1 mnkr per enhet.

Överskotten hos enheterna Vuxen, Öppenvård samt Barn och Ungdom har byggts upp av överskott från lägre personalkostnader samt mer inkomna riktade statsbidrag än budgeterat. Även enheten Integration och Arbete har ett större överskott på grund av lägre personalkostnader än budgeterat.

Enheten för Äldre och Bistånd har nämndens största överskott för 2025 på + 17 mnkr. Överskottet består främst av lägre utbetald ersättning, på grund av lägre antal utförda timmar, än budgeterat till den egna regins hemtjänstgrupper.

Enheten för Funktionsnedsättning har för 2025 ett underskott på cirka - 2,1 mnkr till följd av att befintligt avtal för färdtjänst har förlängts och som ett resultat av det blivit dyrare än budgeterat

17 (22)

Funktion	Enhet	Budget 2025	Utfall 2025	Avvikelse
Produktion	Omsorg Stab	- 47 237	- 49 033	- 1 796
	Produktion Stab	- 3 587	- 1 235	+ 2 352
	Särskilt boende	0	+ 7 839	+ 7 839
	Ordinärt boende	- 31 928	- 50 706	- 18 778
	Hemsjukvården	- 35 137	- 34 753	+ 384
	Enheten för hjälpmedel och förebyggande insatser	- 23 481	- 23 325	+ 156
	Funktionshinder	- 10 918	- 11 671	- 753
Summa Produktion		- 152 288	- 162 885	- 10 597
Myndighet	Myndighet Stab	- 3 287	- 3 324	- 37
	Enheten Öppenvård	- 17 064	- 13 330	+ 3 734
	Enheten Barn och ungdom	- 39 670	- 36 794	+ 2 876
	Enheten Vuxen	- 17 871	- 15 679	+ 2 192
	Enheten för Äldre och Bistånd	- 263 202	- 246 149	+ 17 053
	Enheten för Funktionsnedsättning	- 116 684	- 118 741	- 2 057
	Enheten för Integration och Arbete	- 8 092	- 6 569	+ 1 523
Summa Myndighet		- 465 870	- 440 585	+ 25 285
Summa Vård- och omsorgsnämnden		- 618 158	- 603 470	+ 14 688

18 (22)

7 Nyckeltal

Data i kolumnen **Utfall 2025** avser antingen en ögonblicksbild av förhållandet per 2025-12-31, ett ackumulerat värde för tidsperioden 2025-01-01 - 2025-12-31 eller ett medelvärde för motsvarande period.

7.1 Särskilt boende

Nyckeltal	Utfall delår 2025	Utfall helår 2025
Antal personer med särskilt boende	222	216
Beläggningsgrad SÄBO, tertialets slut (%)	96 %	94 %
Väntetid SÄBO, dagar	38	28
Medelvårdtid i särskilt boende äldreomsorg, antal dagar	263	153
Ålder vid inflyttning till särskilt boende, median	83	83
Medelålder för äldre i särskilt boende, år	85	84

7.2 Hemtjänst

Nyckeltal	Utfall delår 2025	Utfall helår 2025
Beviljad tid hemtjänst, tot.	85 207	78 513
-VoO Alunda	12 257	12 753
-VoO Gimo	11 540	10 748
-VoO Öregrund	15 049	14 643
-VoO Österbybruk	18 551	15 902
-VoO Östhammar	27 810	24 467
Utförd tid hemtjänst totalt, timmar	80 708	77 730
Utförd tid hemtjänst, varav SOL, timmar	63 446	61 193
Utförd tid hemtjänst, varav del. HSL, timmar	17 262	15 625
- VoO Alunda totalt, timmar	11 745	5 740
- varav SOL, timmar (Alunda)	9 652	4 683

19 (22)

Nyckeltal	Utfall delår 2025	Utfall helår 2025
- varav del. HSL, timmar (Alunda)	2 093	1 057
- VoO Gimo totalt, timmar	10 823	17 258
- varav SOL, timmar (Gimo)	8 571	13 825
- varav del. HSL, timmar (Gimo)	2 252	3 433
- VoO Öregrund totalt, timmar	14 001	13 222
- varav SOL, timmar (Öregrund)	10 489	10 228
- varav del. HSL, timmar (Öregrund)	3 512	2 994
- VoO Österbybruk totalt, timmar	17 296	15 803
- varav SOL, timmar (Österbybruk)	13 683	12 690
- varav del. HSL, timmar (Österbybruk)	3 613	3 113
- VoO Östhammar totalt, timmar	26 843	25 707
- varav SOL, timmar (Östhammar)	21 051	19 767
- varav del. HSL, timmar (Östhammar)	5 792	5 028

7.3 Produktion Närvårdsenheten

Nyckeltal	Utfall delår 2025	Utfall helår 2025
Bruttokostnad, tkr	13 814	30 630
Personalkostnad, tkr	10 389	22 429
Beläggning, procent	93 %	84 %
Totalt antal personer	241	248
Totalt antal vårddagar	2 446	2 281
Kostnad per vårddag	5 648	6 480
Medelvärde vårddag	10,5	9
Antal inskrivningar	241	261
Via fasta vårdkontakter	64	89
Via husläkare	128	70

20 (22)

Nyckeltal	Utfall delår 2025	Utfall helår 2025
via sjukhuset	86	98
via SAH	0	2
Från SÄBO	18	13
Via mobila teamet	8	7
Antal utskrivna	211	195
till eget boende	146	134
till sjukhus	19	21
till SÄBO	12	12
till kommunens korttidsenhet	21	17
Avliden	13	11

7.4 Myndighet Barn och unga

7.4.1 Utredningstid >4 månader

Nyckeltal	Utfall delår 2025	Utfall helår 2025
Utredningstid >4 mån	100	31

7.4.2 Antal placeringar vid tertialets slut

Nyckeltal	Utfall delår 2025	Utfall helår 2025
Familjehemsplaceringar	18	14
Konsulentstödda familjehemsplaceringar	9	13
HVB-placeringar	6	5
Stödboendepaceringar	5	7

7.4.3 Snittkostnad per vård dygn

Nyckeltal	Utfall delår 2025	Utfall helår 2025
Familjehemskostnad	565	617
Konsulentstödda familjehemskostnad	2 426	2 477
HVB-kostnad	5 331	5 838
Stödboendekostnad	2 036	1 986

21 (22)

7.5 Myndighet Vuxen

7.5.1 Antal placeringar

Nyckeltal	Utfall delår 2025	Utfall helår 2025
Institutionsvård/Missbruk	5	5
-Snittkostnad per dygn, missbruk	2 167	2 552
Institutionsvård/Psykiatri	3	3
-Snittkostnad per dygn, psykiatri	2 303	2 303
Familjehem (vuxen)	0	0
-Snittkostnad per dygn, familjehem	0	0

7.5.2 Övriga nyckeltal

Nyckeltal	Utfall delår 2025	Utfall helår 2025
Antal hushåll med ekonomiskt bistånd	71	79
-Snitt utbetalt per hushåll under tertialet	7 939	7 373
Antal personer med Boendestöd	91	86

7.6 Myndighet Äldre

7.6.1 Nyckeltal äldre

Nyckeltal	Utfall delår 2025	Utfall helår 2025
Antal personer i ordinärt boende med hemtjänstbeslut	552	562
Beviljad tid hemtjänst, tot.	85 207	78 513
Utförd tid hemtjänst totalt, timmar	80 708	77 730
Beläggningsgrad SÄBO, tertialets slut (%)	96 %	94 %
Väntetid SÄBO, dagar	38	28

22 (22)

7.7 Myndighet LSS**7.7.1 Nyckeltal LSS**

Nyckeltal	Utfall delår 2025	Utfall helår 2025
Beläggningsgrad i procent, LSS-boende, vid tertialets slut	105	100
Daglig verksamhet, antal brukare	91	108
-Egen regi	93	98
-Lagen om valfrihetssystem (LOV)	10	10

7.7.2 Personlig assistans LSS

Nyckeltal	Utfall delår 2025	Utfall helår 2025
-personer	7	6
-timmar	29 688	25 104

7.7.3 Personlig assistans Socialförsäkringsbalken

Nyckeltal	Utfall delår 2025	Utfall helår 2025
Antal ärenden vid tertialets slut	18	18
-varav utförs av egen regi	5	5

Riktlinje God Ekonomisk Hushållning



ÖSTHAMMARS
KOMMUN
– EN DEL AV ROSLAGEN

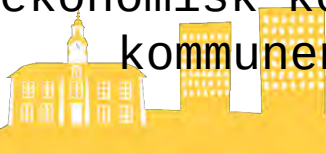
Inledning

- Kommunallagen anger att kommuner ska ha en god ekonomisk hushållning i sin verksamhet
- Fullmäktige ska därför besluta om riktlinjer för god ekonomisk hushållning
- Kommunen får över tid inte bedriva en verksamhet där kostnaderna överstiger intäkterna.
För att säkerställa detta behövs:
 - Verksamhetsperspektiv
 - Finansiellt perspektiv (generationsperspektivet)
- Under 2023 genomfördes förändringar i kommunallagen, vilket gör att nya riktlinjer behöver beslutas.
 - Möjligheten att reservera medel till **RUR (Resultatutjämningsreserv)** upphörde.
 - Möjligheten att reservera medel till **RER (Resultatreserv)** infördes.
- Denna riktlinje ersätter den tidigare riktlinjen för god ekonomisk hushållning.



Verksamhetsperspektivet

- Kommunal verksamhet omfattar den verksamhet som är lagstadgad och politiskt beslutat.
- Mål och riktlinjer för verksamheten behövs för att visa hur mycket av de olika verksamheterna som ryms inom de finansiella målen.
- Fullmäktiges fastställdas mål tydliggör ambitionsnivån inom varje verksamhet.
- Syftet med den kommunala verksamheten är att få största möjliga nytta för skattebetalarnas pengar utifrån politiska prioriteringar.
- Alla förändringar av verksamheten som kräver ett politiskt beslut ska:
 - kostnadsberäknas och resursavstämmas innan genomförande,
 - innehålla en ekonomisk konsekvensbeskrivning som tydliggör hur förändringen påverkar kommunens ekonomi.



ÖSTHAMMARS
KOMMUN
– EN DEL AV ROSLAGEN

Finansiellt perspektiv

- Utöver verksamhetsmål behövs finansiella mål. Ekonomin är en restriktion för verksamhetens omfattning och kvalitet.
- Finansiella mål är en politisk bedömning och ska anges i varje års budget.
- De finansiella målen ska bidra till att kommunen uppnår en stark och hållbar finansiell ställning.
- Finansiella mål som ska anges i budgeten för Östhammars kommun är
 - **Överskottsmål** i procent av skatter och bidrag,
Ett positivt resultat skapar handlingsutrymme och möjliggör att kommunen kan möta framtida ekonomiska utmaningar utan att behöva vidta kortsiktiga åtgärder.
 - **Kommunens självfinansieringsgrad av investeringar**
En hög självfinansieringsgrad minskar behovet av extern upplåning och bidrar till en stabil skuldsättning över tid
 - **Kommunkoncernens soliditet.**
En god soliditet visar på ekonomisk styrka och förmåga att klara oförutsedda händelser eller perioder av ekonomisk påfrestning.



Riktlinjen tar också upp

- Synnerliga skäl
- Stark finansiell ställning
- God ekonomisk hushållning för kommunkoncernen
- RER (resultatreserv)



Resultatreserv

- Syftet är att skapa en ekonomisk buffert för att kunna hantera variationer i resultat mellan år.
- Avsättning av medel till RER kan göras vid ett positivt resultat som överstiger balanskravet.
- Avsättning får inte medföra att balanskravet inte uppfylls.
- Beslut om avsättning beslutas av fullmäktige i samband med årsredovisningen.
- Medel ur resultatreserven får användas för att:
 - Finansiera planerade tillfälliga satsningar eller projekt ett enskilt år.
 - Minska effekterna av konjunktursvängningar, oförutsedda kostnadsökningar eller inkomstbortfall
 - Täckna underskott som inte är strukturella.
 - RER får inte användas för att finansiera löpande verksamhet.

Användning ska motiveras och redovisas öppet samt beslutas av kommunfullmäktige. Detta gäller både vid budgetens upprättande och

Ändringar till KS, förslag

- justerat eget kapital (eget kapital - pensionsförpliktelse och löneskatt på denna) som andel av skatter och bidrag som lägst uppgå till minst 40 %. Alla belopp enligt senaste fastställda årsredovisning.
- kommunens likvida medel ska motsvara minst 2 månaders nettolöner. Beräkning ska ske på senaste månadens utbetalda nettolön.
- Finansiera planerade tillfälliga satsningar eller projekt ett enskilt år. Dessa ska avse att stärka kommunens ekonomi och för att en god ekonomisk hushållning ska uppnås, vara tidsbegränsade och inte avse permanent verksamhet



Budgetförutsättningar 2027

Skatter och Bidrag prognos



ÖSTHAMMARS
KOMMUN
- EN DEL AV ROSLAGEN

SKRs bedömningar

- Skattunderlagets för budgetåret 2027 och planperioden bedöms ligga kring 4,3 %.
- Det reala skatteunderlaget (just för prisutveckling) blir dock lägre 2027 än 2026.
- Befolkningsprognos, Sverige
- Pensionskostnader minskar ytterligare något 2026 och 2027 och väntas öka svagt framemot 2028
- Genomsnittlig prisförändring bedöms ligga kring 3 % för 2027 och 3,9 % 2028
- Sammanfattningsvis ser utsikterna just nu bättre ut för 2027 än 2028

Förutsättningar Östhammar

- Underhållskostnader.
- Försäljning av fastigheter
- Befolkning, Östhammar
- Exploateringar
- IT kostnader



Prognos skatter och bidrag

Antal invånare	Prognos	22 184	22 204	22 224
		Prognos	Prognos	Prognos
ÅR		2027	2028	2029
Eget skatteunderlag, tkr		6 293 558	6 560 231	6 843 776
Garanterat skatteunderlag, tkr		7 784 201	8 109 763	8 453 560
Underlag för inkomstutjämning, tkr		1 490 644	1 549 533	1 609 784
		mnkr	mnkr	mnkr
Skatteinkomst före utjämning		1 355,6	1 409,8	1 467,3
Inkomstutjämning		285,3	296,6	308,1
Kostnadsutjämning		22,3	22,4	22,4
Strukturbidrag		0,0	0,0	0,0
Regleringsbidrag/avgift		57,2	52,6	43,4
Eftersläpningseffekt				
Införandebidrag		0,0	0,0	0,0
Fastighetsavgift		91,1	91,1	91,1
LSS utjämning		-16,1	-16,1	-16,2
SKATTER, BIDRAG OCH UTJÄMNING		1 795,4	1 856,2	1 916,1
Budget/plan KF	2025-06-17	1 791,9	1 850,0	1 909,6
	DIFFERENS	3,5	6,2	6,5



Budgetfördelning 2027, Utkast 2

	Budget 2026	Växling m förv				Demo- grafisk förändr	Skatte- o bidr förändr 251003	Uppräkn 2,7%	Priori- tering enl RFM	Förslag skatte- sänkning	Budget 2027
Kommunfullmäktige	-60 912					0		-1 652	730		-61 834
Kommunstyrelse	-229 400					0		-6 221	-2 659		-238 280
Bygg- och miljönämnd	-6 548					0		-178			-6 726
Kultur- och fritidsnämnd	-56 979					0		-1 545	0		-58 524
Barn- och Utbildningsnämnd	-652 024					0		-17 683	0		-669 707
Vård- och omsorgsnämnd	-650 633	0				0		-17 645	0		-668 278
Uppräkning ofördelad	0					-14 102					-14 102
Delsumma vht nettokostnad	-1 656 496	0	0	0	0	0	0	-44 924	-1 929		-1 717 451
Centrala poster	-12 777	0	0	0	0	0	0	-347	0		-13 124
varav reformutrymme	0							0			0
varav Centrala pensionskostnader	-38 293							-1 039			-39 332
varav Driftbidrag ÖV	0							0			0
varav Intern finansiering (intern rta)	25 516							692			26 208
Summa vht nettokostnad	-1 669 273	0	0	0	0	0	0	-45 271	-1 929		-1 730 575
Skatter och bidrag	1 731 828						63 626				1 795 454
Räntor, netto	-11 000								0		-11 000
ÅRETS RESULTAT	51 555	0	0	0	0	0	63 626	0	0		53 879

Finansiellt resultatmål som uppnås

3,0%



Program

Funktionshinderprogram 2026–2029

Antagen av	
Antaget	Klicka eller tryck här för att ange text.
Ersätter tidigare version	Klicka eller tryck här för att ange text.
Gäller för	Barn- och utbildningsnämnd, Vård- och omsorgsnämnd, Kultur- och fritidsnämnd, Bygg- och miljönämnd, Valnämnd, Krisledningsnämnd och Kommunstyrelsen.
Dokumentansvarig	Lennart Jonasson



Innehållsförteckning

Sammanfattande utgångspunkter	3
Mål för programperioden	4
<i>Mål 1A Rätten till individuellt stöd och att få tillgång till ny teknik</i>	<i>4</i>
<i>Mål 1B I Östhammars kommun skapas delaktighet och självständighet på jämlika villkor för alla med hjälp av digitala och tekniska lösningar.....</i>	<i>5</i>
<i>Mål 2 I Östhammars kommun är den fysiska miljön tillgänglig för alla</i>	<i>5</i>
<i>Mål 3 I Östhammars kommun ges alla förutsättningar att delta i och tillgodogöra sig kulturliv, fritidsaktiviteter och andra hälsofrämjande aktiviteter</i>	<i>6</i>
Genomförande	6
Externa faktorer	
<i>Demografiska förändringar.....</i>	<i>6</i>
<i>Digitalisering</i>	<i>6</i>
<i>Ekonomiska förutsättningar</i>	<i>7</i>
<i>Politiska beslut och lagändringar.....</i>	<i>7</i>
<i>Tillsyn och krav från myndigheter</i>	<i>7</i>
<i>Förväntningar från medborgare och intresseorganisationer</i>	<i>7</i>
<i>Kompetensförsörjning och arbetsmarknad.....</i>	<i>7</i>
Förutsättningar och Insatser	
<i>Boendeformer och tillgänglighet.....</i>	<i>8</i>
<i>Social samvaro och livskvalitet</i>	<i>8</i>
<i>Kompetens och bemötande.....</i>	<i>8</i>
<i>Delaktighet och inflytande.....</i>	<i>9</i>
Beroenden	
<i>Beroenden</i>	<i>9</i>

Sammanfattande utgångspunkter

Alla människor, oavsett funktionsförmåga, har rätt att vara en del av samhället på lika villkor. Trots detta möter personer med funktionsnedsättning fortfarande betydande hinder i vardagen. Det är inte förenligt med ett jämlikt och demokratiskt samhälle.

Funktionshinderprogrammet syftar till att åstadkomma förändring, genom att stärka tillgängligheten, förbättra stödet och skapa förutsättningar för ökad delaktighet i hela samhället.

Genom programmet kan verksamhetsutveckling beakta funktionsrättsliga perspektiv som underlättar verksamhetsutveckling.

- Samhällsutvecklingen medför både utmaningar och möjligheter för kommuner inom funktionshinderområdet. Digitaliseringen och utvecklingen av artificiell intelligens innebär att utbudet av nya verktyg ökar, men det kan även leda till digitalt utanförskap.
- Arbetet med "God och effektiv vård" ("God och nära vård" nationell term) innebär att kommunerna måste ta ett större ansvar för integrerade insatser, vilket påverkar ekonomin och organisationen.
- Demografiska förändringar, såsom ökad livslängd, en prognostiserad ökning av antalet elever i anpassad grundskola och utbildning samt ett ökat tillflöde av brukare i vuxen ålder inom daglig verksamhet, påverkar behoven inom funktionshinderområdet.
- Ett gott liv grundar sig i faktorer som bra boende, stimulerande aktiviteter, social samvaro och god vård, vilket ställer krav på likvärdig fritid samt fysisk tillgänglighet till miljöer inne och ute.
- Resursbehovet inom funktionshinderområdet kommer framåt öka som en följd av synliggörandet av rättigheter för personer med funktionsnedsättningar och arbetet mot otillåtna begränsningsåtgärder. Resursbehovet påverkas av den ökade diagnostiseringen och andelen elever inom anpassad grund- och gymnasieskola.
- Behovet av anpassning och kompetensutveckling hos personalen och förmåga att kunna förutse kommande behov i kommunen ökar.

Dessa faktorer understryker behovet av ett flexibelt och strategiskt funktionshinderprogram.

Mål för programperioden

Den övergripande målsättningen med funktionshinderprogrammet är att förbättra stödet och omsorgen inom funktionshinderområdet. Målsättningen är att genom funktionshinderprogrammet ge förtroendevalda och medarbetare verktyg att beakta det funktionsrättsliga perspektivet när de planerar och bedriver kommunal verksamhet på alla nivåer. Programmet ska även utgöra en god grund för samverkan.

Funktionshinderprogrammet sätter den strategiska inriktningen för att skapa god livskvalitet för Östhammars kommuns invånare med funktionsnedsättning enligt Lag(1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Ett mål med dokumentet är att främja och underlätta verksamhetsutveckling inom funktionshinderområdet och ange prioriterade områden under programperioden.

Målsättningen är också att bidra till en funktionshinderomsorg som är flexibel, omvärldsorienterad och som följer kunskapsutveckling inom området.

Funktionshinderprogrammet antas av kommunfullmäktige och tydliggör kommunens ambitionsmål avseende funktionshinderpolitiken. Nämndernas och bolagsstyrelsernas arbete med programmet ska finansieras inom ramen för respektive nämnds eller bolagsstyrelses budget.

Övergripande principer, lagstiftningen samt omvärldsbevakning har utgjort grund för utredningsarbetet.

Mål 1 Rätten till individuellt stöd och att få tillgång till ny teknik

Mål 1A

I Östhammars kommun får personer med funktionsnedsättning det individuella stöd de behöver för att få jämlika möjligheter till trygghet, självständighet och delaktighet i sin dagliga livsföring och i samhällslivet.

Socialtjänstens verksamheter ska vara fysiskt och digitalt lätt tillgängliga. Detta innebär att personer med funktionsnedsättning ska kunna komma till socialtjänstens verksamheter och kunna ta och ha kontakt med socialtjänsten. Information om verksamheterna är anpassad och kommunikation sker utifrån den enskildes förutsättningar.

Den som ansöker om insatser ska så långt som möjligt och utifrån sina förmågor få vara delaktig i sin utredning, i valet av utförare samt i hur beviljade insatser utformas. Stödet ska kompensera funktionsnedsättning och brister i tillgänglighet i omgivningen. Verksamhet inom socialtjänsten ska bedrivas i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Insatser ska följas upp och utvärderas för att säkerställa att de ger rätt effekt utifrån individens aktuella behov och målsättning.

Personer med funktionsnedsättning och deras närstående ska ges det stöd som behövs för att kunna ha ett välfungerande vardags- och familjeliv på jämlika villkor som andra. Stöd till barn och unga med funktionsnedsättning ska ges med respekt för deras utveckling och deras rätt att bevara sin identitet.

Digitalt stöd och tillgång till läromiljöer är viktiga för personer med funktionshinder oavsett ålder inklusive förskolor och fritidshem.

Tillgången till skydd och stöd för personer med funktionsnedsättning som utsätts för våld ska säkerställas och även uppmärksammas ur ett jämställdhets- och barnrättsperspektiv.

Mål 1B

I Östhammars kommun skapas delaktighet och självständighet på jämlika villkor för alla med hjälp av digitala och tekniska lösningar

Genom ett funktionsrätts- och förebyggande perspektiv ska alla ges möjlighet att vara delaktiga digitalt. Arbetet med digitalisering ska drivas utifrån ett antal grundläggande principer såsom tillgänglighet, jämlikhet och digital delaktighet.

Införande och användande av digitala och tekniska lösningar, däribland välfärdsteknik, ska öka delaktighet, självständighet, aktivitet och trygghet för personer med funktionsnedsättning och på sikt minska behov av individuella lösningar. Daglig verksamhet kan vara en plats där deltagarna får möjlighet att höja sin digitala kompetens samt för att överbrygga det digitala utanförskapet.

Mål 2 Fysisk tillgänglighet i både inne- och utemiljöer

I Östhammars kommun är den fysiska miljön tillgänglig för alla

Personer med funktionsnedsättning ska kunna förflytta sig i, få tillgång till och kunna använda Östhammar kommuns olika miljöer, inomhus och utomhus, på jämlika villkor som alla andra. LSS-verksamheter har tillgång till en närmiljö som är säker, tillgänglig och stimulerande.

Trygghet och inkludering ska känneteckna tillgänglighetsarbetet och välfungerande helhetslösningar eftersträvas. Förbättring ska ske av möjligheterna att kunna orientera sig och ta del av informationen om tillgänglighet.

Alla enkelt avhjälpa hinder i lokaler dit allmänheten har tillträde och på allmänna platser ska åtgärdas enligt Boverkets föreskrifter. Kommunen ska verka för att tillgängligheten förbättras exempelvis genom krav vid upphandlingar.

Vid nyproduktion ska tillgänglighet samt användarbarhet uppfyllas redan från början.

Möjligheten att kunna genomföra resor utan hinder är en förutsättning för självständighet och jämlika levnadsvillkor. Arbetet med resor ska genomsyras av hela resan- perspektiv, vilket kräver samverkan med andra aktörer inom området.

I planeringen av utrymning, säkerhet och krisberedskap ska Östhammars kommun verka för att alla människor oavsett ålder och funktionsförmåga kan sättas i säkerhet. Utrymningsvägarnas tillgänglighet i bostads- och fastighetsbeståndet ska successivt förbättras, exempelvis i samband med renovering och ombyggnation.

Mål 3 Möjligheter till likvärdig fritid och god hälsa

I Östhammars kommun ges alla förutsättningar att delta i och tillgodogöra sig kulturliv, fritidsaktiviteter och andra hälsofrämjande aktiviteter.

I Östhammars kommun ges alla förutsättningar att delta i och tillgodogöra sig kulturliv, fritidsaktiviteter och andra hälsofrämjande aktiviteter.

Den fysiska tillgängligheten i Östhammars kulturbud ska öka.

Utbudet och tillgängligheten till olika hälsofrämjande aktiviteter för personer med funktionsnedsättning ska öka. Föreningar och andra aktörer ska erbjuda stöd och utbildning om de erbjuder anpassade idrott- motions- eller kulturaktiviteter.

Genomförande

Genomförande och uppföljning av funktionshinderprogrammet sker i enlighet med kommunens riktlinje för styrande dokument. Programmet gäller för perioden 2026-01-01-2029-12-31.

Externa faktorer

Demografiska förändringar

Livslängden ökar i hela befolkningen beroende på bättre livsförhållanden och medicinska framsteg. För gruppen personer med LSS, som har kortare livslängd än befolkningen i övrigt, har livslängden ökat än mer markant och fortsätter öka. Det är positivt men kräver att kommunen har kunskap och beredskap att erbjuda gott stöd för målgruppen även som äldre.

- Ökad efterfrågan på LSS-insatser i takt med att befolkningen växer och fler diagnostiseras med funktionsnedsättningar (t.ex. neuropsykiatriska tillstånd)
- Åldrande befolkning påverkar resurserna eftersom äldreomsorgen också kräver mycket personal och budget, vilket kan skapa konkurrens om resurser

Digitalisering

Digitalisering bidrar till att fler kan vara digitalt inkluderande och delaktiga i samhället. Tillgången till digital teknik samt digital kompetens är två grundläggande saker som påverkar möjligheten till delaktighet.

För att dra nytta av nya tekniska lösningar behöver kommunen hantera:

- Teknisk utveckling och erbjuda nya digitala lösningar till stöd
- Brukares och anhörigas kunskap och acceptans
- Resursomställning, både ekonomiskt och personellt
- Medarbetares kompetens och inställning

Ekonomiska förutsättningar

- Östhammars kommun har ansträngd ekonomi, vilket påverkar förmågan att erbjuda god kvalitet på LSS-insatser
- Stigande kostnader för personlig assistans och bostad med särskild service
- Statsbidrag och ersättningsnivåer kan förändras, vilket påverkar kommunernas finansieringsmöjligheter

Politiska beslut och lagändringar

- Förändringar i nationell lagstiftning, vägledningar eller rättspraxis (t.ex. domar från Högsta förvaltningsdomstolen) kan kräva nya arbetssätt eller förändrade bedömningar
- Statliga utredningar och reformförslag, såsom översynen av LSS och personlig assistans, kan skapa osäkerhet eller leda till krav på omställning

Tillsyn och krav från myndigheter

Skärpta krav från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och andra tillsynsmyndigheter ökar behovet av dokumentation, kvalitetssäkring och uppföljning.

- Kommunerna måste anpassa sig till ökade krav på rättssäkerhet och likvärdighet i beslutsfattandet

Förväntningar från medborgare och intresseorganisationer

Ökade krav på delaktighet, valfrihet och kvalitet från brukare och deras anhöriga.

- Stärkt brukarmakt och rättighetsperspektiv, som ställer högre krav på individanpassning och inflytande

Kompetensförsörjning och arbetsmarknad

- Brist på utbildad personal inom vård och omsorg, särskilt inom LSS-verksamheter
- Konkurrens om arbetskraft från andra aktörer

Förutsättningar och insatser

Utöver externa förändringar behöver kommunen förhålla sig till fler faktorer för att skapa god livskvalitet för våra invånare med funktionsnedsättning.

Boendeformer och tillgänglighet

Tillgång till bostäder med särskild service; servicebostäder, gruppboendestäder, träningslägenheter och korttidsboenden ställer krav på kommunens bostadsförsörjning samt bostadsanpassningar och även att säkerställa god tillgänglighet för de som bor kvar i sina hem. Kommunens Bostadsförsörjningsprogram avser 2024-2027.

Kommunen kan bidra genom att:

- Fortsatt utveckling av bostäder med särskild service
- Genomföra återkommande inventeringar och utarbetade prognoser gällande behov av bostäder med särskild service

Tillgänglighet handlar också om hur samhället utformas. Bristande tillgänglighet i bostaden och till samhällsservice kan påverka individer med funktionsnedsättnings möjligheter att:

- Delta i samhällslivet
- Behålla sin självständighet

Social samvaro och livskvalitet

Social gemenskap är avgörande för att minska ensamhet och isolering. Förutom kommunala mötesplatser spelar civilsamhället en viktig roll.

Kommunen kan bidra genom att:

- Samverka med brukarråd, föreningar och civilsamhället
- Säkerställa insatsen kontaktperson och ledsagning
- Hembesök

Kompetens och bemötande

För att säkerställa hög kvalitet i bemötandet av personer med funktionsnedsättning ska kommunen säkerställa sin kompetens.

Kommunen kan bidra genom att:

- Kompetensutveckling
- Personalkontinuitet
- Rekrytering
- Brukarundersökningar
- Kvalitetsuppföljningar

Delaktighet och inflytande

Att säkerställa delaktighet och inflytande är viktigt och genomförandeplaner utgör ett viktigt verktyg. Kommunen kan bidra genom att:

- Skapa och upprätthålla goda relationer med anhöriga och företrädare
- Stärka samverkan med intresseorganisationer
- Genomföra och följa upp brukarenkäter

Fortsätta med brukarmöten på boenden och genomföra arbetsplatsbesök

Beroenden

Beroenden

Genomförandet av programmet är beroende av andra aktörer, vilket kan påverka måluppfyllelsen.

- Enligt LSS ska samordning av verksamheten ske med Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan (6§)
- Lokala näringslivet, föreningar och studieförbund särskilt avseende Daglig Verksamhet
- Hälso- och sjukvården (Region Uppsala) är en viktig samarbetspartner
- Reseplanering enligt modell ”Hela resan” kräver samverkan med privata och offentliga researrangörer för att säkerställa god tillgänglighet såsom regionen (UL), taxibolag och färdtjänstleverantörer
- Beredskapsplanering, Försvarmakten, Länsstyrelsen, Räddningstjänsten och andra myndigheter är viktiga samarbetspartners för att säkerställa en effektiv krisberedskap

VON 2024-184

Remisshantering av yttranden över Funktionshinderprogram 2026–2029

Instanser för yttranden över kommunövergripande Funktionshinderprogram:

- Barn- och utbildningsnämnden
- Bygg- och miljönämnden
- Kultur- och fritidsnämnden
- Rådet för Pensionärer och Funktionsnedsatta, KPF Östhammars kommun
- Anhörigföreningen
- Kommunstyrelsen

1. Barn- och utbildningsnämnden, BUN-2025-141

Sammanfattning

-Externa faktorer av stor betydelse för genomförande belyses i programmet till stöd för planering. Ingen ändring föreslås.

Förutsättningarna för att lyckas med målsättningen att om att stärka förutsättningarna för delaktighet, självständighet och jämlikhet för personer med funktionsnedsättning i Östhammars kommun beror på både kommunens egna insatser men påverkas i hög grad av externa faktorer.

Externa faktorerna föreslås oförändrat kvarstå i programmet till stöd för planering och genomförande av Programmet under programperioden 2026–2029.

I Barn- och utbildningsnämnden yttrande förordades att externa faktorer skulle utgå med hänvisning till att de inte tas med i motsvarande program i andra kommuner. Bilden är dock delad av hur dessa faktorer hanteras inom kommunsverige och det är vanligt att de tas med hänsyn dess stora betydelse. Inom Östhammars kommun är det även angeläget att styrdokument är har en likformighet. Även i Östhammars kommuns äldreprogram för perioden 2026–2029 ingår externa faktorer.

-Förutsättningar för lärande. Ingen ändring föreslås.

Barn- och utbildningsnämnden framhåller betydelsen av tillgång till utbildning och närmiljön för barn och ungdomar med funktionsnedsättning. Särskilt i mål 1A - Rätten till individuellt stöd och att få tillgång till ny teknik har programmet beaktat Barn- och Utbildningsnämndens synpunkter. Förslagen ändring ryms inom programförslaget.

Funktionshinderprogrammet innehåller medvetet ett konsekvent bruk av termen personer med funktionshinder vilket inkluderar såväl barn, ungdomar, medelålders som äldre. Skäl saknas i det kommunensamman övergripande styrdokumentet frångå denna princip-

-Digital delaktighet och stöd. Ändring föreslås.



Lennart Jonasson, Kommunledningskontoret

Barn och Utbildningsnämnden önskar en korrigering där skolor och fritidshems roll betonas för att stärka barns och ungas digitala kompetens samt ge stöd till elever med särskilda behov genom digitala lösningar.

I Mål 1B framhålls att arbetet med digitalisering ska drivas av ett antal grundläggande principer såsom tillgänglighet, jämlikhet och digital delaktighet. Här ryms även digital delaktighet och stöd inom Barn- och Utbildningsnämndens ansvarsområden.

Det är viktigt att betona digitalt stöd för alla grupper av med funktionsnedsättning i Östhammars kommun.

En korrigering i form av komplettering kan ske för ökad betoning enligt önskemål. Föreslagen korrigering bör genomföras så att övergripande strategisk inriktning bibehålls d.v.s. inte en uppräkning av alla läromiljöer.

Under rubrik: Rätten till individuellt stöd och att få ny teknik

Tillägg nytt stycke:

”Digital stöd och tillgång till läromiljöer är viktiga för personer med funktionshinder oavsett ålder inklusive förskolor och fritidshem”

-Samverkan mellan verksamheter. Ingen ändring föreslås.

Behovet av samverkan och samarbete bedöms vara grundläggande framgångsfaktorer och samverkan tillämpas. När det gäller extern samverkan så är den därför lagreglerad. 6§ LSS §: Verksamheten enligt denna lag ska vara av god kvalitet och bedrivas i samarbete med andra berörda samhällsorgan och myndigheter.

Ett aktuellt exempel av betydelsen av samverkan är att Socialstyrelsen betonar att samarbete utgör ett ledord när de under år 2025 inrättar ett nationellt kompetenscentrum för intellektuell funktionsnedsättning och autism.

Mål för programperioden är att förbättra stöd och ge verktyg. Ett viktigt verktyg är just samarbete. Under rubrik Mål för perioden förta stycket sista meningen står därför ”Programmet ska även utgöra en god grund för samverkan” En korrigering där vikten av samarbete inom Östhammars kommun betonas är därför överflödig.

Barn- och utbildningsnämnden framhåller behovet av att samverka mellan olika verksamheter för att säkerställa tidiga insatser samt ett sammanhållet stöd till barn och elever med funktionsnedsättning.

2. Bygg- och Miljönämnden

Bygg- och Miljönämnden har beslutat att avstå från att lämna yttrande

3. Kultur- och Fritidsnämnden

Sammanfattning

- Ekonomiska konsekvenser. Ingen ändring föreslås.



Lennart Jonasson, Kommunledningskontoret

Att genomförandet av Funktionshinderprogrammet medför ekonomiska konsekvenser framhålls i avsnitt Externa förändringstryck p 1.3; Ekonomiska förutsättningar.

Kultur- och fritidsnämnden framhåller i sitt yttrande att då finansieringen av funktionshinderprogrammet ska ske inom nämndens egna budgetramar så föreligger risk för nedsärning av annan verksamhet.

-Uppdelning av mål 3 för att skapa ökad tillgänglighet samt tillägg av mål med idrott. Ändring enligt förslagen formulering från Kultur och Fritidsnämnden föreslås.

Kultur och Fritidsnämndens är positiv till förslaget till nytt Funktionshinderprogram samt har utformat ett förslag KFN- 2025-167 som medför uppdelning av mål 3 samt tillägg idrott. Förändringen medför ökad tydlighet utan att målsättning ändras.

4. Rådet för Pensionärer och Funktionsnedsatta, KPF Östhammars kommun/ Anhörigföreningen

Sammanfattning

I yttrandet framhålls att förslaget till Funktionshinderprogram är väl genomarbetat med ett gott syfte. I arbetet med genomförande framhålls behov ta tillvara den kompetens som finns hos anhöriga, kontaktpersoner och ledsagare då behov föreligger av individuella lösningar. Rådet för Pensionärer och Funktionsnedsatta har genom sina medlemmar en bred kompetens att tillgå för Östhammars kommun.

5. Kommunstyrelsen

Sammanfattning

Kommunstyrelsen anser att de mål som Funktionshinderprogrammet anger är tydligt formulerade samt även innehåller beskrivningar till varför just de målen är viktiga och motiverar att är dessa mål som ska prioriterats. Kommunstyrelsen ställer sig bakom de mål som framkommer i programmet.

Termen Funktionshinderprogram skall konsekvent användas så som framförts i remissvaret vilket föranlett justering.

6. Gemensam sammanfattning

Yttranden har inkommit med relevanta med sarspecifika synpunkter för den egna verksamheten hos remissinstanserna. Flertalet synpunkter har bedöms vara tillgodosedda inom förslaget till Funktionshinderprogrammet vilket då inte medfört korrigering. Att upprätthålla den övergripande målsättningen för Funktionshinderprogrammet med dess strategiska inriktning har varit vägledande i arbetet. Vissa korrigeringar och förtydliganden har skett. Den största korrigeringen är bejakande av Kultur och Fritidsnämndens förslag på uppdelning och omformulering av mål 3

I den del synpunkter inte föranleder korrigeringar i det strategiska Funktionshinderprogrammet med kommunövergripande målsättning förordas att dessa beaktas i planer för verkställighet av Funktionshinderprogrammet inom respektive kontor under programperioden.

Staben
Andreas Järvenpää

Utredning inför upphandling av servicetjänster inom hemtjänsten

Inledning

Östhammars kommun har sedan ett antal år tillbaka upphandlat serviceinsatser inom hemtjänsten. Det nuvarande avtalet innefattar tvätt och inköp, tidigare har även städ ingått i avtalet. Parallellt till den upphandlade leverantören har det funnits ett LOV-system för hemtjänst med flera olika leverantörer varav endast en är aktiv i dagsläget.

Genomförande och avgränsning

Tiden för utredningen har varit begränsad varpå fokus i utredning landar på differentiering av arbetsuppgifter, eller snarare uppdelning mellan personligomvårdnad/HSL och serviceinsatser. Det är i förlängningen vad upphandling av serviceinsatser handlar om. I utredningen redovisas fördelar och nackdelar med de alternativ för differentiering som ryms inom uppdraget. I de delar där möjliga förbättringar eller förenklingar finns görs endast en ytlig utredning men tar höjd för upplägg för vidare arbete med dessa.

Servicetjänster

Hemtjänst definieras i Socialstyrelsens termbank som ”bistånd i form av service och personlig omvårdnad i den enskildes bostad eller motsvarande” (Socialstyrelsen 2022a). Mer specifikt handlar det om stöd som ges i mottagarens privata hem snarare än i särskilda boenden enligt socialtjänstlagen (2025:400, SoL).

Kvalitativt nuläge

I jämförelse, KOLADA, med övriga kommuner hamnar Östhammar långt ner i både kvalitet utifrån brukarperspektiv och ekonomiskt. Ekonomiskt framförallt beräknat per person över 80 år. Röd innebär botten 25 % av kommunerna.

Nyckeltal	2022	2023	2024	2025
Kvalitet				
✓ Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)	85	82	85	82
Kostnad				
Kostnad hemtjänst äldreomsorg, kr/inv 80+	120 027	120 950	121 935	
Kostnad hemtjänst äldreomsorg, kr/hemtjänsttagare	431 670	439 656	460 729	

Staben
Andreas Järvenpää

(Mängden serviceinsatstimmar, totalt och genom avtalet. Mängden serviceinsatstimmar jämfört med totala hemtjänststimmar.)

Differentiering som modell

Differentiering är ett sätt att skilja på service- och omvårdnadsinsatser. Enligt Myndigheten för Vård- och omsorgsanalys finns fyra centrala organisationsmodeller för differentiering som används i praktiken (de två kursiva är inte vad som avses med differentiering).

- *Traditionell uppdelning; alla i personalen är anställda för att utföra i princip alla insatser inom hemtjänsten, men att insatser inom hälso- och sjukvård kräver instruktion eller delegering efter kompetens.*
- *Målgruppsspecialisering; en organisation skiljer på vilka hemtjänstmottagare som olika personer i personalen utför insatser hos, i stället för vilka uppgifter de utför.*
- Differentiering av hälso- och sjukvård; bara personal med viss utbildning (oftast usk) får utföra hälso- och sjukvårdsinsatser.
- Intern integrerad differentiering; differentiering sker inom samma arbetslag eller enhet. Personalen är i samma arbetslag men utför olika uppgifter.
- Intern separerad differentiering; personalgrupperna som tillhör samma verksamhet utför olika typer av insatser men är organisatoriskt separerade.
- Extern separerad differentiering; olika verksamheter utför olika typer av insatser.

Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2011:12 stödjer inte en differentiering då rekommendationen är att alla ska ha omsorgskunskap motsvarande undersköterska. Det har argumenterats för att ses över och uppdatera råden utifrån kompetensförsörjning, SOU 2021:52 s. 176.

IBIC i förhållande till serviceinsatser

Biståndshandläggningen utgår från IBIC vilket står för individens behov i centrum. Det innebär att man i praktiken ska utgå från brukarens förmåga vid bedömning av insatsens utformning. Så kallade kompensatoriska insatser, i.e helt utan brukarens inblandning, används endast om brukaren helt saknar förmåga att utföra någon del på egen hand. Serviceinsatser har karaktären av att vara kompensatoriska men beroende på hur man formar en insats så behöver det inte vara det. Nuvarande upphandling medför att de avtalade insatserna blir

Staben
Andreas Järvenpää

kompensatoriska, för att kunna välja annat behöver insatsen eventuellt utföras i egen regi. Framtida upphandlingar kommer att behöva ta ställning till hur insatsen ska utföras och om behovet är stödjande insatser ska insatsen då läggas på ordinarie hemtjänst i egen regi.

Fler serviceinsatser i avtalet

Det avtal som finns idag angående servicetjänsterna tvätt och inköp innehöll tidigare även städ. Anledningen till att städ inte längre omfattas av avtalet tycks vara oklart och beroende på vem som tillfrågas varpå utredningen inte kan se någon anledning till att inte lägga till städ i kommande avtal. Andra serviceinsatser kan komma att bli aktuella också, utredningstiden tillåter inte att gå in på detta särskilt utan fokus får hamna på städ som tillägg. Dock bör ett arbete göras för att kanske minska antalet serviceinsatser framåt och om möjligt kostnadsföra insatsen snarare än tiden för utförandet

Digitala inköp

Inköp fungerar idag så att hemtjänstpersonal sitter med brukaren och skapar en handlingslista som sedan en personal (från den upphandlade leverantören) åker till butik för att plocka ihop och betala med brukarens betalkort för att sedan leverera hem till brukaren och packa upp varorna. Digitala inköp skulle kunna använda butikens egna digitala lösningar via e-handel. Många butiker erbjuder idag möjligheten att beställa varor som butikens personal plockar ihop i en kasse som sedan avhämtas av kund. Betalning sker via internet. Tre problem som behöver lösas, antingen via upphandlingen i sig, eller genom utförande i egen regi; avhämtning av varorna med leverans till brukaren, uppackning i brukarens hem samt själva den digitala beställningen. Vissa brukare kan hantera en digital beställning och uppackning av varor på egen hand, men inte alla. Genom upphandling skulle detta alternativ kunna bli billigare för både brukare och kommun beroende på hur upphandlingen utformas. Här finns en möjlighet att tillsammans med livsmedelsleverantörerna i kommunen arbeta fram en lösning som alla kan tjäna på. I förlängningen så skulle även matlådeleveranser kunna omfattas av digitala inköp (Jönköpings kommun påbörjade detta 260101). Stor potential till förenkling av serviceinsatsen inköp och bör vara inriktningen framåt för kommunen. Ett upplägg tillsammans med kommunens livsmedelsleverantörer behöver tas fram, genom upphandling eller koncession t ex.

Staben
Andreas Järvenpää

Serviceinsatser som RUT

Ingen kommun har i dagsläget helt lämnat serviceinsatser till den öppna marknaden. Några har dock börjat att erbjuda serviceinsatser som köpta tjänster (med RUT-avdrag). Det innebär att man inte måste ha en biståndsbedömning för att kunna använda servicetjänster. Halmstads kommun är kanske den kommun som tagit detta längst där de erbjuder RUT-tjänster via upphandlade leverantörer till alla som fyllt 69 år och uppåt. För brukaren har detta blivit billigare än om motsvarande tjänster utfördes inom hemtjänsten. Modellen genomfördes genom någon form av upphandling (LOU eller LUK). Att enbart hänvisa till den öppna marknaden är i dagsläget inte ett alternativ då mängden överprövningar förmodligen kommer att vara för stor för att hantera. Modellen är intressant att utreda djupare för att kunna implementera framledes då alla parter ser ut att ekonomiskt tjäna på den.

Fördelar

- Lägre kostnad för hemtjänsten
- Förenklad biståndshandläggning
- Frigör knappa resurser, usk, som kan användas till omvårdnadstjänster
- Kan ställa tydliga krav på kvalitet på de upphandlade leverantörerna
- Lägre kostnad för servicetjänsterna
- Garanterad kvalitet
- Ökat utbud ger ökad valfrihet

Nackdelar

- Behöver upphandla några leverantörer
- Behöver se över avgiftsmodellen
- Ökat krav på eget initiativ
- Ev fler personer som har kontakt med brukaren
- Ev sämre språkkunskaper hos personalen

Alternativ LOV

Delar upp förfrågningsunderlag på insats och geografi med tydliga kvalitetskrav. Alla som passerar de krav som ställs får erbjuda sina tjänster på LOV-marknaden. Vi har detta idag

Staben
Andreas Järvenpää

redan, kan differentieras för att fylla fler syften. Det går att göra om nuvarande förfrågningsunderlag till att omfatta olika insatser där leverantör får ansluta sig till specifika insatser och geografiska områden för att på så sätt vidga antalet leverantörer. En nackdel är en ökad administrativ börda med fler leverantörer, både avseende fakturering och uppföljning, detsamma gäller även upphandlade leverantörer även om det genom LOU går att hålla antalet mer begränsat.

Fördelar

- Konkurrensutsatta leverantörer kan ge lägre kostnad
- Effektivare användning av begränsade resurser, usk
- Kan underlätta rekrytering
- Konkurrens kan ge lägre pris och högre kvalitet
- Olika leverantörer ger ökad valfrihet
- Ger flexibilitet att anpassa tjänsterna efter lokala behov

Nackdelar

- Ökad administration för en ständigt pågående process
- Ökad risk för välfärdsbrott
- Svårt att säkerställa kvalitet och enhetlighet om många små leverantörer
- Fragmentering, kan försvåra styrning och samordningen av vård och omsorg
- Risk för lägre kompetens och sämre språkkunskaper hos personalen
- Ev oseriösa leverantörer
- Hur fånga brukarens ev behov av personlig omvårdnad, vems ansvar?

Upphandling LOU

Egentligen på samma sätt som LOV. Uppdelat på de insatser som vi vill erbjuda leverantörer. Enkelt att differentiera. Öppnar upp för leverantörer som kanske inte har hemtjänst som fokusområde, t ex städföretag. Svårt att genomföra en upphandling i dagsläget med så många olika typer av serviceinsatser. Här skulle ett arbete med att försöka slå ihop serviceinsatser till få större behöva göras framförallt för att förenkla arbetet med insatserna. För att kunna differentiera och/eller upphandla serviceinsatser behöver även geografiska förutsättningar

Staben
Andreas Järvenpää

omhändertas, med alltför långa avstånd kan det vara svårt att differentiera t ex. Med tydliga geografiska avgränsningar och tydlig insatsindelning kan det möjligen gå att få små företag att ta delar av insatser i olika områden. Med färre insatser och tydlig uppdelning går det även att ställa tydliga kvalitetskrav i upphandlingsprocessen.

Fördelar

- Direkt kontroll över kvaliteten på tjänsterna och leverantörerna
- Tydliga regler för upphandling, minskad risk för felaktig behandling av leverantörer
- Konkurrensutsatta leverantörer kan ge lägre kostnad
- Effektivare användning av begränsade resurser, usk
- Kan underlätta rekrytering
- Konkurrens kan ge lägre pris och högre kvalitet
- Att välja mellan olika leverantörer ger ökad valfrihet
- Ger flexibilitet att anpassa tjänsterna efter lokala behov

Nackdelar

- Upphandlingsprocessen kan vara lång och byråkratisk, ökad administration
- Upphandlande leverantörer måste följa reglerna om upphandling, begränsad flexibilitet och förmåga att anpassa sig efter förändrade behov
- Överprövning; upphandlingsbeslut kan överklagas, ger långa processer och ökad osäkerhet
- Fler personer som har kontakt med brukaren, sämre kontinuitet
- Risk för lägre kompetens och sämre språkkunskaper hos personalen
- Hur fånga brukarens ev behov av personlig omvårdnad, vems ansvar?

Sammanfattning och slutsatser

Även om vi idag i delar använder differentiering som modell i och med det avtal som finns för servicetjänster så innefattar det endast delar av kommunens servicetjänster, inte alla. Det finns alltså ytterligare servicetjänster att differentiera och då även framåt kunna avtala om dessa insatser också. Verksamheten tjänar inledningsvis på att tydligare göra en differentiering inom verksamheten innan någon form av upphandling av tjänster sker. Att ha

Staben
Andreas Järvenpää

ett färdigt arbetssätt underlättar upphandling och gör det lättare att räkna på konsekvenserna av det. Därutöver så kan man redan innan hitta de geografiska områden där det inte är möjligt att göra en sådan differentiering, p g a för långa avstånd eller andra hinder. Kommunen är även i slutänden ansvarig för att insatserna utförs vilket gör att det åtminstone bör finnas en kunskap om hur kommunen själv arbetar i en tydlig differentiering för det fall en leverantör av någon anledning i slutänden inte kan leverera samtidigt som en bibehållen hög kontinuitet kan läras in och föras över till eventuell leverantör. En tydligare differentiering kan även ge expertis inom både PO/HSL och serviceinsatser, kompetenshöjande insatser blir mer spetsiga. Vilken form av differentiering har mindre betydelse så länge den är tydlig, vilket förmodligen är någon av formerna för intern integrerad eller internt separerad. Serviceinsatser kan med fördel utföras under kontorstid vilket kan göra den delen mer intressant för vissa medarbetare medan PO/HSL behöver finnas i princip dygnet runt och kräver högre kompetens att utföra. Det kan finnas anledning att även se över serviceinsatserna överlag, utifrån att allt tidsätts så blir uppdelningen av de olika serviceinsatserna stor. Om möjligt så skulle det vara intressant att efter att egna försök till differentiering genomförts och upphandling kan bli aktuell om det går att istället för tid betala per insats avseende service i en upphandlad tjänst. Båda alternativen LOV och LOU kräver en kraftigt utökad administrering av avtal och uppföljningar. Ju fler avtal desto mer administration och kanske svårt att följa upp utan att ha den erfarenheten genom att ha genomfört en tydlig differentiering i egen regi först.

Halmstadsmodellen är väldigt intressant ur perspektivet ekonomi och möjligheter för brukarna. Här föreslås en fördjupande utredning om det är möjligt att genomföra motsvarande upplägg i Östhammar. Det kommer att behövas diskussioner med möjliga leverantörer om upplägg och upphandlingsexpertis för att genomföra.

Samtidigt så är det klokt att fortsätta upphandla på samma sätt som gjorts, men förslagsvis även lägga till städ i det avtalet då det inte funnits något konkret anledning till att plocka ur städ ur upphandlingen så som gjordes tidigare, men i dagsläget inte utöka omfattningen av upphandling av leverantörer och tjänster innan konsekvenser av differentiering i egen regi studerats i tillräcklig omfattning.

Staben
Andreas Järvenpää

Mycket av det som gått igenom ovan är beroende av kloka och genomtänkta upphandlingar. Ett projekt tillsammans med upphandlingsenheten för att se vilka typer av upphandlingar som är möjliga att göra och om eventuellt LUK kan vara något att särskilt titta på avseende RUT-tjänster skulle kunna vara en väg framåt t ex.

Ekonomiska konsekvenser och finansiering

Inga direkta ekonomiska konsekvenser genom utredningens förslag.

Juridiska konsekvenser

De juridiska konsekvenser som fortsatt kommer att vara intressant att titta vidare på är upphandlingsregler. Förslaget är att tillsammans med upphandlingsverksamheten se vad som går att göra inom ramen för LOU, LUK och SoL. Resultatet av detta uppdrag medför dock inga juridiska konsekvenser.

Prövning av barnets bästa

Barn berörs inte av utredningen på något sätt.

Patientsäkerhetsberättelse 2025

Omsorgskontoret



Innehållsförteckning

1 SAMMANFATTNING	3
2 GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD.....	4
2.1 Engagerad ledning och tydlig styrning	4
2.2 En god säkerhetskultur.....	8
2.3 Adekvat kunskap och kompetens	8
2.4 Patienten som medskapare.....	11
3 AGERA FÖR SÄKER VÅRD	11
3.1 1. Identifiering	12
3.2 Öka kunskap om inträffade vårdskador	22
3.3 Tillförlitliga och säkra system och processer.....	23
3.4 Säker vård här och nu	24
3.5 Stärka analys, lärande och utveckling	25
3.6 Öka riskmedvetenhet och beredskap	28
4 MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	29

1 SAMMANFATTNING

Under 2025 arbetades det till stor del med införandet av det nya journalsystemet Viva och verksamhetssystemet för individuellt förskrivna hjälpmedel Myloc. Införandet av båda systemen samtidigt blev resurskrävande och påverkade övrigt kvalitetsarbete.

Under året har utbildningstillfällen hållits på våra enheter inom bland annat det vårdhygieniska området, trycksår, demens och förflytningsutbildning. Antalet deltagare har dock varierat p.g.a. bristande planering och samordning vilket behöver förbättras inför kommande år.

Det har arbetats med de nationella kvalitetsregistren i olika utsträckning. Palliativa registret och BPSD är väl implementerade och används i det dagliga arbetet utifrån Senior alert, men det behöver göras ett omtag och ligger därför som ett mål för 2026.

Det finns behov av att förbättra uppföljningar inom samtliga områden t.ex. uppföljning av vårdplaner, ordinerade insatser, riskbedömningar och hjälpmedel.

Under våren har kvalitetsutvecklande åtgärder vidtagits kring utskrivningsprocessen. Enheten för rehab, hjälpmedel och förebyggande utökade med 2 hemtagningsteam som också ansvarar för trygg och säker utskrivning de två första veckorna vid behov, vilket är ett förändrat arbetssätt från det att det bara fanns ett hemtagningsteam. Under året har kommunen inte haft några kostnader för utskrivningsklara och sannolikt är det ett resultat av ett väl fungerande arbetssätt med multiprofessionella hemtagningsteam och utökade korttidsplatser.

Inom det vårdhygieniska området har målet inte uppnåtts kring BHK-mätningar och vårdhygieniska egenkontroller vilket blir ett uppdrag för 2026.

Antalet avvikelser och lex Maria-ärenden var jämförbara med föregående år och arbete är påbörjats med kvalitetshöjande åtgärder utifrån de brister som identifierats vilket fortsätter under 2026.

2 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.

2.1 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.

2.1.1 Övergripande mål och strategier

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

En av de primära förutsättningarna för att säkerställa en god och säker vård är att vårdgivaren har ett ändamålsenligt ledningssystem som innehåller de aktuella riktlinjerna, rutinerna och instruktionerna som behövs för ett systematiskt

kvalitetsarbete där man förebygger vårdskador, avvikelser och felbehandlingar samt att i de fall felaktigheter uppstår kunna identifiera och åtgärda det som inträffat. Under hösten påbörjades ett utvecklingsarbete för översyn av ledningssystemets rutiner och riktlinjer för att säkerställa att vi har aktuella och relevanta rutiner som ligger på rätt plats så att de är lätta att hitta.

En hälso- och sjukvård med hög säkerhet utmärks också av multiprofessionella team, hög omvårdnadskompetens, säker läkemedelsanvändning, riskförebyggande arbete, säkra och individanpassade hjälpmedel samt gränsöverskridande informationsöverföring. Detta medför att det behövs rätt kompetens i tillräcklig omfattning och med god kontinuitet för att kunna arbeta på ett patientsäkert sätt och bibehålla en god arbetsmiljö.

Under året har man genomfört vissa justeringar inom organisationen för legitimerade för att uppnå en så optimal resursfördelning som möjligt. Bl.a. utökades sjuksköterskornas nattorganisation till två sjuksköterskor nattetid på vardagar. Även organisationen inom rehab har utökats med två arbetsterapeutjänster och en fysioterapeutjänst varav 50 % fysioterapeutjänst är öronmärkt till den nya korttidsenheten.

Patientens medverkan är en viktig utgångspunkt i patientsäkerhetsarbetet, för att säkerställa att patientens behov och önskemål tillgodoses så långt som möjligt. Patientens delaktighet lägger grunden till en trygg och säker vård. Därav ska patienten vara delaktig i såväl utformningen som uppföljningen av den individuella vårdplanen.

Den övergripande strategin under 2025 har varit att genomföra en säker övergång till ett nytt journalsystem och att anpassa både system och arbetssätt mot en sammanhållen vård och omsorgsdokumentation. I övrigt har vi också arbetat med att förbättra teamsamarbetet kring riskbedömningar avseende fall, nutrition, trycksår och munhälsa.

Under året flyttades också korttidsenheten till vårdcentrum vilket medförde att antalet korttids- och växelvårdsplatser kunde utökas och fler platser inom särskilt boende kunde frigöras.

Detaljerade mål och måluppfyllelse kopplade till de målområden som var för 2025 redovisas under kapitlet ”Agera för säker vård”.

2.1.2 Organisation och ansvar

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

Vård och Omsorgsnämnden har som vårdgivare det yttersta ansvaret för patientsäkerheten. Nämnden ansvarar för ledningen av kommunens hälso- och sjukvård samt att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Ansvaret innebär att fastställa övergripande mål samt följa upp dessa. Uppdrag utifrån detta delegeras till ledningen för Omsorgskontoret.

Vårdgivaren ansvarar för att det utses verksamhetschef med tydliga och anvisade ansvarsområden för den hälso- och sjukvård som vårdgivaren har ansvar för enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 4 kap. 2§.

Socialchef är ytterst ansvarig inom Omsorgskontoret och har tillsammans med verksamhetschef ansvar för att följa upp och analysera verksamheten inom patientsäkerhetsområdet.

Vårdgivaren ansvarar för att det finns en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) enligt Hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80). Inom Östhammars kommun finns även en medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) har enligt 4 kap. 6 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) ansvar för nedanstående inom respektive ansvarsområde;

1. Patienter får en säker och ändamålsenlig hälso-och sjukvård av god kvalitet
2. Patienten får den hälso- och sjukvård som läkare förordat om
3. Journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (2008:355)
4. Beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten
5. Det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för; a) Läkemedelshantering (MAS), b) Rapportera enligt 6 kap. § 4 patientsäkerhetslagen, c) Kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när patientens tillstånd fordrar det (MAS)

MAS och MAR har på uppdrag av vårdgivaren ansvar för att anmäla allvarliga händelser till Inspektionen för vård och omsorg, IVO, enligt Lex Maria.

MAS och MAR ansvarar för att det i samråd med verksamhetschef, upprättas övergripande riktlinjer och rutiner för kvalitet och säkerhet i verksamheten avseende den vård och behandling som patienterna ges. Ansvaret omfattar även att utöva tillsyn och kvalitetsgranska verksamheten.

Enhetschef ansvarar för att medarbetare har rätt kompetens, förutsättningar och behörighet för att utföra sina uppdrag på ett säkert. Det ska finnas tydliga mål för patientsäkerhet i verksamheten utifrån vårdgivarens mål.

Hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att:

- Följa riktlinjer och rutiner som styr verksamheten
- Hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet
- Aktivt medverka i och bidra till utvecklingen av det systematiska kvalitetsarbetet
- Arbeta utifrån ett personcentrerat förhållningssätt, där vården så långt det är möjligt

- utföras i samråd med patienten för att främja självbestämmande och delaktighet
- Föra patientjournal för att säkra god vård- och omsorg
 - Genomföra patientsäkra delegeringar utifrån gällande rutin till omsorgspersonal.
 - Delegerad omsorgspersonal räknas som hälso- och sjukvårdspersonal vid utförandet av den delegerade arbetsuppgift som de utför, därav är även de inkluderade i ovan.

2.1.2.1 Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Samverkan mellan olika vårdgivare är viktigt för patientsäkerheten.

Samverkan internt

Medicinskt ansvariga (MAS och MAR): MAS och MAR organiserades i början av 2024 under olika verksamheter och chefer. MAS är organiserad under socialchefen och MAR under HSL/LSS verksamhetschef. MAS deltar på ledningsgruppen som socialchefen håller i samt MAS och MAR deltar i ledningsgruppen som HSL/LSS verksamhetschef ansvarar för.

MAS och MAR: Deltar kontinuerligt i möten med enhetschefer och verksamhetschefer inom vård och omsorg. MAS och MAR ansvarar för de olika forumen med legitimerade där även enhetschefer deltar (MAS-möten, Hjälpmiddels- / MAR möten, HSL forum). På dessa möten sker bland annat information och dialog inom HSL-området gällande förebyggande arbete, riktlinjer, rutiner, avvikelser/tillbud, identifierade risker och åtgärder, planerade och vidtagna åtgärder.

Verksamheter: Varje verksamhet har ärendeträffar och biståndsmöten där teamsamverkan sker mellan bistånd, HSL, SOL och LSS personal.

Samverkan externt

Hemtagningsteam: Representanter från regional och kommunal primärvård, myndigheten för bistånd samt enhetschefer samarbetar dagligen lokalt på varje tätort för trygg och säker utskrivning för patienter från slutenvården.

Avdelningen för specialiserad hemsjukvård (ASH): Drivs av Region Uppsala och utgår ifrån Tierp. ASH och kommunens sjuksköterskor har återkommande samverkansmöten för att säkerställa samverkan kring palliativa patienter som är inskrivna i ASH. Ett övergripande uppföljningsarbete gällande samverkan kring palliativa patienter där ASH är delaktiga pågår, då länets kommuner påpekat brister i samverkan.

Primärvård: Årliga samverkans möten äger rum mellan HSL Östhammars kommun och vårdcentraler där överenskommelser om samverkan skrivs.

Läkarmedverkan via vårdcentral och jourmottagning, Mobila närvårdsteamet, Äldrevårdsenheten, och NVE

Länsövergripande samverkan

Övergripande samverkansorganisationen i Uppsala län: Hälsa, stöd, vård och omsorg - HSVO, är länets övergripande forum för samverkan mellan Regionen och länets kommuner. Samverkan sker på politisk och tjänstemannanivå, där bland annat kommunernas socialchefer och region Uppsalas ledning finns representerade.

HSVO beslutar om de gemensamma dokument *Vård i samverkan - ViS* som styr samverkan mellan länets kommuner och region Uppsala.

Regionens Nära vård och hälsa samt Patientsäkerhetsgrupp: Kommunernas MAS och MAR deltar i dessa forum för samverkan.

Regionala och nationella nätverksmöten: Separata MAS och MAR möten samt gemensamma MAS/MAR möten sker kontinuerligt.

Utvecklingsgrupper: Arbetar med bland annat utveckling av det elektroniska kommunikationsverktyget Cosmic Link samt med riktlinjer och övergripande samverkansrutiner. Syftet är att patientsäkra in- och utskrivning till och från slutenvården.

Hjälpmedel Uppsala Län (HUL): Samverkansavtal för bland annat hantering av individuellt förskrivna medicintekniska produkter mellan HUL och länets sju kommuner (exklusive Älvkarleby). Hjälpmedelsansvarig / MAR deltar i länsövergripande möten samt nätverksträffar med länets hjälpmedelsansvariga.

Länsövergripande samverkan mellan kommun och region gällande individuellt förskrivna hjälpmedel inom rörelse och kognition: Samverkan sker till viss del på olika nivåer och forum i länet. Det kommer att tillsättas en arbetsgrupp för fortsatt utveckling och samverkan under 2025 utifrån uppdrag ifrån TL HSVO.

2.1.2.2 Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Informationssäkerhet handlar om att begränsa behörigheter, loggning och kontroll av samtliga system.

SITHS-kort: Används för inloggning till kvalitetssystem och kommunikationssystem med regionen. Dokumentations- och kommunikationssystem styrs av behörigheter om vad varje profession ska kunna läsa och skriva om patienten utifrån arbetsplats. Identifiering inom kommunernas hjälpmedelssystem *Myloc* i länet görs också med SITHS-kort eller Bank-ID.

Loggkontroll. Rutiner för loggkontroller ska finnas för samtliga journalsystem (Viva, MCSS, Cosmic Link och NPÖ). *Resultat:* under 2025 har loggkontrollerna i det nya journalsystemet inte blivit genomförda i den omfattning som är tänkt sannolikt för att systemet var nytt och instruktionen kommunicerades sent på året. Ett mål för 2026 är att göra en översyn av rutinerna kring loggkontrollerna för samtliga system för att kvalitetssäkra genomförandet av loggkontrollerna.

Cosmic Link: Digitalt kommunikationsverktyg mellan region och kommun för en säker informationsöverföring mellan huvudmän vid in- och utskrivning från slutenvården och inskrivning i den kommunala primärvården. Loggkontroller ska utföras regelbundet

Information till anställda: Samtliga nyanställda får information om vad sekretess innebär samt hur personuppgifter ska hanteras på ett säkert sätt inom hälso-och sjukvården.

Digitala läkemedelsskåp: Ökar spårbarheten samt säkerställer läkemedelshanteringen. Logg och behörighetsstyrning regleras inom verksamheten

Digital signering av insatser: Östhammars kommun använder sig av det digitala signeringssystemet MCSS - Medication and Care Support System. I MCSS signerings app ser användaren vilka insatser som ska utföras. Vid inloggning och signering kontrolleras behörighet samt aktuell delegering. Även insatser som inte kräver delegering kan signeras i MCSS. Den digitala signeringen säkerställer även följsamhet och att insatsen utförs i rätt tid och av rätt person. Digital signering av läkemedelsinsatser ger en spårbarhet och en säker

tilldelning.

Säker e-post samt säkra digitala möten används för att skicka personuppgifter eller samtala om känsliga uppgifter.

2.2 En god säkerhetskultur



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

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet
SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5

Säkerhetskulturen ska kännetecknas av ett aktivt arbete med att identifiera och minimera risker och skador. Det är viktigt med ett öppet arbetsklimat där personalen känner sig trygg att rapportera, diskutera och ställa frågor om säkerhet. Att

lära av både negativa och positiva händelser skapar förutsättningar för patientens möjlighet att vara delaktig och kunna arbeta förebyggande. Arbetet med att skapa en god säkerhetskultur behöver prioriteras av ledningen och vara både långsiktig och synlig.

Drabbas en patient av en vårdskada är det viktigt att patienten blir väl omhändertagen och får vara delaktig i utredningen. Vid samtycke är det även viktigt att närstående får vara delaktig. Det är även av stor vikt att den personal som var inblandad i händelsen får det stöd som den behöver.

Östhammars kommun arbetar med erfarenhetsutbyte och lär av händelser som inträffat och tar tillvara på erfarenheter för att använda detta som ett underlag för lärande utveckling och förbättringar. Vi ser att detta arbetssätt minskar risken för att liknande händelser och vårdskador ska uppstå.

2.3 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.

Delegeringsutbildning av hälso- och sjukvårds uppgifter:

En utbildningsansvarig sjuksköterska håller i delegeringsutbildningarna för läkemedelshantering. Delegerande sjuksköterska ansvarar sen för att säkerställa kunskapsnivån innan delegeringsbeslutet fastställs.

Under 2025 stod i snitt 50 sjuksköterskor för nästan 900 delegeringar. Andelen delegeringar/sjuksköterska varierar

mellan enheterna och verksamhetsområdena. En målsättning är att fördela antalet delegeringar så jämt det går mellan sjuksköterskorna på varje enhet för att uppföljningar och förnyelser ska kunna genomföras på ett säkert sätt enligt rutin.

Inom LSS har det större delen av året varit endast två sjuksköterskor vilket innebär att de har haft flest delegeringar/sjuksköterska (113 resp 115 vardera) . I övrigt hade ca 35% av

sjuusköterskorna mellan 1-10 delegeringar vardera och ca 25% av sjuusköterskorna hade mellan 31-40 delegeringar vardera. Ett fåtal (5%) av sjuusköterskorna hade mellan 41-50 eller 51-70 delegeringar vardera.

Under 2025 har två av fysioterapeuterna/sjukgymnasterna delegerat 21 omsorgspersonal i handhavande av tippbräda. Det är liknande siffror som förra året Under 2026 planeras en översyn och revidering av rutinen för delegering igen med anledning av förändrade föreskrifter.

Hygienutbildningar. Utbildningar inom det vårdhygieniska området har genomförts för omvårdnadspersonal i samverkan med Vårdhygien under året inom särskilt boende, hemtjänst och LSS. Utbildningsinsatserna fortsätter under 2026. Även cheferna inom särskilt boende och hemtjänst har fått ett utbildningstillfälle av Vårdhygien. Vi hade också en hygienombudsträff under hösten tillsammans med vårdhygien

En målsättning är att alla som arbetar inom vård och omsorg ska genomföra grundutbildningen Basala hygien och klädregler. Chefer ska också genomgå utbildning inom utbrottshantering. Enhetschef och verksamhetschef ansvarar för uppföljning och egenkontroll.

Utbildning inom Demens. Under året har Siliviasystrar utbildat hemtjänstpersonal i egen regi i grundläggande kunskaper kring bemötande av personer med demenssjukdom. Utbildningssatsningen fortsätter under 2026 inom Särskilt boende. Inom LSS har det också varit utbildningar inom demens i form av Stjärnmärkt.

En målsättning är att all omvårdnadspersonal genomför avsedd webb-utbildning Demens ABC. Enhetschef ansvarar för uppföljning och egenkontroll

Allmän palliativ vård: Webbutbildning för legitimerad personal, omvårdnadspersonal och chefer finns tillgänglig men rutin för att kvalitetssäkra genomförandet saknas vilket vi måste ta fram under 2026.

Förskrivningsutbildning för sjuusköterskor gällande inkontinensprodukter: Under 2024, har 3 sjuusköterskor gått förskrivarutbildning av inkontinensprodukter på Uppsala universitet denna utbildning är 5 heldagar. Denna utbildning är ett krav för att sjuusköterskor ska förskriva inkontinensprodukter..

SBAR-utbildning: Den planerade utbildningssatsningen för att säkerställa en säker kommunikation mellan personal, SBAR, blev inte genomförd under 2025 som var en målsättning. En bidragande orsak var sannolikt införandet av det nya journalsystemet som blev väldigt resurskrävande och omfattande så det inte fanns utrymme för ytterligare utbildningar. Vi planerar för att återuppta planeringen för genomförandet under 2026

SÄBO-dagarna är en årlig återkommande länsgemensam utbildningsdag för regional och kommunal primärvård. Den riktar sig främst till sjuusköterskor och läkare som arbetar inom särskilt boende men hemsjukvårdens sjuusköterskor och rehab-personal är också välkomna att delta. Tema för 2025 var aktuella SÄBO-frågor (bla läkaruppdraget, medicinska vårdplaneringar mm) , Urinvägar och Neurologi.

Trycksårsutbildning. Under hösten har MAS haft grundläggande utbildning kring trycksår för omvårdnadspersonal på två av våra särskilda boenden och utbildningarna fortsätter under 2026 på övriga enheter.

Förflyttningsutbildning: Det har utförts basal förflyttningsutbildning inom ett antal verksamheter och orter under 2025. Utbildningarna utgår ifrån patientperspektivet,

rehabiliterande förhållningssätt avseende funktion, aktivitet och ökad delaktighet.

Resultat: Flera utbildningstillfällen blev dock inställda på grund av bristande planering och därav fick endast ett fåtal personal utbildning under året. Vi ser ett behov av förbättrad planering så kommunens resurser används på ett kostnadseffektivt sätt när personalen utbildas för att förhindra vårdskador som sker i samband med förflyttningar. Vi ser även ett behov av att införa lyftlicensutbildningar för att förhindra allvarliga skador i samband med förflyttningar med lyft och lyftsele.

Förskrivarutbildning medicintekniska produkter inom rörelse och kognition: HUL (Hjälpmedel Uppsala Län) arrangerar kontinuerligt specifika utbildningar för förskrivare inom upphandlat hjälpmedelssortiment samt minimässor i samband med nytt sortiment. Arbetsterapeuter, fysioterapeuter, sjukgymnaster och sjuksköterskor ansvarar för att gå de utbildningar som krävs för att kunna förskriva inom aktuella produktområden.

Hjälpmedelsverksamheten har genomfört utbildning och aktiviteter i förebyggande syfte:

- *Grundläggande förskrivningsrätt* för nyanställd legitimerad personal
- Hygien genomgång i kommunens Hjälpmedelsförråd på Albrektsgatan 14C har utförts med hygienombud och Vårdhygien
- Förskrivare har fått fördjupad teoretisk och praktisk kunskap via leverantörer i hantering av hjälpmedel som till exempel mekarkurs med rullstolar, dynor, mobila hygienhjälpmedel
- Rollatortält på respektive ort i kommunen. Syftet är främst patientsäkerhet, men också för uppföljning och information till den enskilde. Det var 49 besökare under 2025 jämfört med 63 besökare år 2024. Detta görs i samarbete med tekniker inom Enheten för arbete och integration (EIA), förskrivare, rehabassistenter, förrådsansvarig och hjälpmedelsansvarig. Under 2025 var även anhörigkonsulent delaktig för att ge information om kommunens anhörigstöd

Syn- och hörselinstruktör: Alternativen att träffa syn- och hörselinstruktör har funnits genom hembesök, besök hos syn- och hörselinstruktör samt drop-in på kommunens bibliotek. Besökarna har ökat under flera års tid. 2025 var det till exempel 347 besökare på biblioteken (2024 var det 225 besökare) en ökning med 54 %. Det ökade antalet besökare antas bero på det ökade antalet äldre som använder dessa hjälpmedel.

Förebyggande hembesök: Under 2025 har 235 medborgare i kommunen fyllt 80 år och som inte haft andra insatser än färdtjänst. Annonser skickades ut i annonsnytt vid två tillfällen under året och 172 informationsmappar skickades ut enligt önskemål och 64 hembesök och hälsosamtal utfördes. 88 personer gick inte att nå av de 235 medborgarna. Samtliga personer som förebyggande gruppen har varit i kontakt med har varit positiva till att de blivit uppmärksammade och erbjudna informationsmapp och/eller hembesök precis som tidigare år.

Introduktionsutbildning. Inför sommaren för omvårdnadspersonal för att öka kunskapen generellt kring hälso- och sjukvård och olika riskfaktorer som kan uppstå under sommaren.

2.4 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 §

Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd och delaktighet med patienten och närstående. Det är viktigt att patienten har fått tydlig och

anpassad information. Detta för att aktivt kunna delta i sin vård och har möjlighet att påverka utifrån sina önskemål och förutsättningar. Relationen mellan patient och vårdpersonal genomsyras av ömsesidig respekt och förståelse. Det är viktigt att utgå ifrån patientens behov och önskemål.

Närstående får en förutsättning att vara delaktiga i patientsäkerhetsarbetet, i de fall patienten så önskar och samtycker. Information till närstående sker efter överenskommelse och i samråd med patienten. I praktiken innebär det att patienten och /eller närstående deltar i vårdplaneringar, riskbedömningar (Senior alert), SIP (Samordnad individuell vårdplan), uppföljningar av omvårdnadsinsatser och medicinska behandlingar och rehabilitering.

Vid allvarliga händelser ska alltid den som drabbats och i förekommande fall dennes närstående informeras och vara delaktiga i utredningen. Synpunkter och klagomål från patient och närstående tas emot enligt rutin. Inkomna synpunkter och klagomål hanteras av berörd enhetschef och i förekommande fall av MAS och MAR.

3 AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

Ett fortlöpande förbättringsarbete, som bygger på lärande och utveckling, till exempel en förbättringsmodell, är en viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete.

Under rubriken Agera för säker vård kan arbetsprocessen för ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete användas genom att följa nedanstående fyra steg:

3.1 1. Identifiering

Egenkontroll 2025

Egenkontroll	Omfattning	Vem
Avvikelser.	Kontinuerligt under året . Se resultat under stycke 3.6.2	Enhetschef, legitimerad personal, MAS och MAR
Läkemedelshantering	Kontrollräkning av narkotika 1 gång/månad	Sjuksköterska
	Extern kvalitetsgranskning 1 gång/år.	MAS. Apotekare. Enhetschef. Sjuksköterska
	Läkemedelsgenomgångar 1 gång/år	Sjuksköterska och läkare
Genomförda HSL-insatser	Rapport från MCSS (Appva)	MAS och MAR
Journalgranskning	Journalgranskning 1/år Kollegial journalgranskning 2-4 ggr/år	MAS och MAR Legitimerad personal
Vårdhygien	Mätning av Basala hygienrutiner och klädregler (BHK) 1 ggr/mån	Enhetschef och Hygienombud
	Vårdhygienisk egenkontroll alla verksamheter 1 gång/år	Enhetschef och MAS
	Hygienrond av Vårdhygien 1 gång/4 år	Vårdhygien, MAS, Enhetschef
	Handlingsplan smittsamma sjukdomar 1 gång/år	Enhetschef
	Vårdrelaterade infektioner (VRI) 1 gång/mån	Sjuksköterska
Kvalitetsregister	Rapport från BPSD-registret 2 ggr/år	MAS
	Rapport från Palliativ registret 2 ggr/år	MAS
	Rapport från Senior Alert 2 ggr/år	MAS
Uppföljning av medicintekniska produkter	Elrullstolar och drivaggregat 1 gång/år	Arbetssterapeut
	Tippbråda och ståstöd 1 gång/år	Fysioterapeut/Sjukgymnast
	Lyftselar 2 gånger/år.	Arbetssterapeut / fysioterapeut / sjukgymnast. Utförs av rehabassistent
	Kontroll av lyftar 1 gång/år	Enhetschef, HUL
	Uppföljning av vådsängar och basutrustning 1 gång/vartannat år	Enhetschef, HUL och Roux Health Care

Avvikelser

Avvikelser följs upp löpande under året. Allvarliga avvikelser går alltid till MAS och MAR för kännedom. Se mer information och resultat under kapitlet avvikelser

Läkemedelshantering

Kontroll av narkotiska läkemedel 1 gång/mån

Resultat: Kontrollräkning av narkotikaklassade läkemedel har utförts enligt rutin. Under året har ett vi uppmärksammat ett tillfälle med narkotikasvinn i måttlig mängd där vi inte kunde utesluta misstanken om stöld. Det finns kameror i läkemedelsrummen men rutinerna kring användningen av dessa var vid den tidpunkten oklara och kunde inte användas i utredningen. Bedömningen var också att dessa hade inte hade underlättat utredningen i det aktuella fallet.

Extern kvalitetsgranskning 1 gång/år (HSLF-FS 2017:37)

Resultat: En extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering i respektive verksamhet genomfördes av leg. Apotekare under hösten 2025. Rapport och åtgärdsplan upprättades för varje enhet och man har påbörjat arbetat med åtgärder kring de brister som påtalades.

Riktlinjen för läkemedelshantering behövde också revideras för att kvalitetssäkra ett enhetligt och säkert arbetssätt inom alla våra verksamheter vilket blir ett av målen för 2026.

Läkemedelsgenomgång minst 1 gång/år

Alla patienter som har hjälp med sin läkemedelshantering av hemsjukvården och som är ordinerade minst fem läkemedel ska oavsett ålder erbjudas en enkel läkemedelsgenomgång minst en gång per år. **Resultat:** Inom särskilt boende har mellan 85 – 100% av patienterna fått en läkemedelsgenomgång. Inom ordinärt boende är det oklart hur stor andel som fått en strukturerad läkemedelsgenomgång under året.

Genomförda HSL-insatser - rapport från MCSS (Appva)

Insats Läkemedel. Totalt 1 117 950 stående läkemedels-insatser har signerats (2024= 1 044 624). 86% har givits i tid , andel signerade insatser 97% (oförändrat jmf med 2024)

Insats Rehab (träning, kontrakturprofylax, ortos, andningsträning osv). Totalt 59 708 stående insatser för rehab har signerats (2024= 57 385). 72% har genomförts i tid. Andel signerade insatser 85% (oförändrat jmf med 2024).

Åtgärd: Uppföljningar av att ordinerade HSL-insatser sker enligt ordination är en del av egenkontrollen. Uppföljning kvartalsvis av MAS-MAR i samverkan med respektive enhet.

Journalgranskning

Under våren 2025 infördes nya journalsystemet Viva i kommunen och i samband med införandet fick alla berörda professioner utbildning i systemet.

Mål: att dokumentationen i patientjournalen blir utförd i enlighet med gällande föreskrifter. Egenkontroll via journalgranskning minst 1 gång/år. Genomförs av MAS, MAR och dokumentationsgruppen. Ett delmål för 2025 var att ta fram en mall och ny rutin för journalgranskning för det nya journalsystemet

Resultat: Mål uppnått avseende ny mall och rutin för journalgranskning. Journalgranskning genomfördes av dokumentationsgruppen under hösten som planerat enligt ny mall. De brister som identifierades var måttliga och till stor del förväntade då journalsystemet var nytt för alla och att rutinen för HSL-dokumentation inte har blivit uppdaterad mot det nya journalsystemet ännu. Resultatet från journalgranskningen kommer att användas som grund för det kvalitetsutvecklande arbetet som fortsätter under 2026. Uppbyggnaden av journalsystemets mallar hade utarbetats väl av en utsedd arbetsgrupp med legitimerade som också implementerade det nya journalsystemet vid införandet. Detta kan ha bidragit till att de brister som identifierades vid journalgranskningen var förväntade .

Åtgärd: Under 2026 fortsätter vi att kvalitetsutveckla HSL-dokumentationen med hjälp av dokumentationsgruppen. Rutinen för HSL-dokumentation ska också revideras och implementeras på nytt igen. Ett mål för 2026 är att minst 75% av vårdplanerna ska bli uppföljda enligt rutin – egenkontroll genomförs kvartalsvis av MAS/MAR.

Vårdhygien

I vår *Handlingsplan för Vårdrelaterade infektioner* framgår vilka vårdhygieniska åtgärder som ska genomföras inom vård och omsorg, för att förhindra vårdrelaterade infektioner och smittspridning. Handlingsplanen ska följas upp årligen och resultatet redovisas i patientsäkerhetsberättelsen.

Basala hygienrutiner och klädregler (BHK)

Följsamheten till basala hygien och klädregler (BHK) är en viktig del i det förebyggande arbetet mot vårdrelaterade infektioner (VRI). Mätningar av följsamhet till de basala hygienrutinerna och klädreglerna (BHK) sker med hjälp av strukturerade observationsstudier av medarbetare när de arbetar i nära vård och omsorg exempelvis vid omvårdnad, undersökning och behandling. Det är oftast hygienombuden på respektive enhet som utför dessa BHK-mätningar och ansvarar för att de registreras i avsedd e-tjänst på intranätet som sammanställer inregistrerad data till ett resultat.

Mål: 10 observationer på varje enhet 1 gång/månad. Resultatet ska användas för att arbeta med kvalitetsförbättrande åtgärder och beskrivas i enheternas verksamhetsberättelser.

Resultat: BHK-mätningarna har under året genomförts inom särskilt boende, LSS och Närvårdsenheten men endast till en viss del och i varierande grad på de olika enheterna. Ca 1/3 av det förväntade antalet observationsmätningar blev genomförda inom särskilt boende och LSS under året. Närvårdsenheten har dock helt uppnått målet då de varje månad har genomfört 10 observationer under hela året.

I de BHK-mätningar som under året blivit genomförda inom särskilt boende och LSS visar resultatet att 70 % av personalen hade en total följsamhet till hygien- och klädreglerna i genomsnitt. Inom NVE låg det resultatet på ca 65 %.

I samarbete med vår hygiensjuksköterska från Vårdhygien har vi under året haft hygienutbildningar på flera av våra särskilda boenden, vissa hemtjänstgrupper samt för enhetscheferna inom äldreomsorgen. Vi har också haft en gemensam hygienombudsträff under hösten. Det har också varit ett digitalt utbildningstillfälle för delar av LSS-personalen

Den låga andelen utförda BHK-mätningarna beror sannolikt på att det saknats förutsättningar i form av personal med rätt kompetens att utföra observationsmätningarna regelbundet på alla enheter. Antalet BHK-mätningar sker i lägre omfattning under sommaren vilket påverkar genomsnittet negativt. Sommarhalvåret med nya medarbetare som har olika erfarenhet och kompetens inom det vårdhygieniska området kan också innebära en ökad patientsäkerhetsrisk då BHK-mätningarna inte blir genomförda i samma omfattning.

Vårdhygienisk egenkontroll och hygienrond

Vårdhygienisk egenkontroll är en del i det systematiska kvalitetsarbetet, för att säkerställa god vårdhygienisk kvalitet i kommunal eller regional vård och omsorg. (SOSFS 2011:9).

Mål: Vårdhygienisk egenkontroll ska genomföras 1 gång/år på alla enheter inom kommunal vård och omsorg. Vart 4e år genomförs hygienrond med stöd av Vårdhygien på Särskilt boende för äldre inkl. Korttidsenheten[1]

Resultat: Under året har vi tillsammans med Vårdhygien genomfört planerad hygienrond inom Korttidsenheten och Närvårdsenheten samt uppföljningar av föregående års hygienrondsprotokoll på övriga enheter inom Särskilt boende. På hygienronderna deltar enhetschefer, hygienombud, MAS och hygiensjuksköterska från Vårdhygien.

Det systematiska arbetet med att genomföra vårdhygieniska egenkontroller inom alla enheter har dock inte blivit genomfört annat än på någon enstaka enhet där man uppmärksammat en risk vilket innebär att vi inte uppnår målet i det arbetet.

Arbetet med hygienronderna vart 4e år tillsammans med vårdhygien är ett väl inarbetat arbetssätt och fungerar bra då Vårdhygien är med och planerar in dem.

När det gäller de årliga vårdhygieniska egenkontrollerna som omfattar alla verksamheter inom

vård och omsorg så har de inte utförts i den omfattning som anges avsedd ViS-riktlinje sannolikt för att det har saknats en rutin för det genomförandet.

Handlingsplan smittsamma sjukdomar

Varje medarbetare inom vård och omsorg ska ha goda kunskaper inom vårdhygieniska området och aktivt arbeta enligt gällande rutiner för att förhindra VRI och smittspridning i samband med utbrott av smittsamma sjukdomar.

Mål: Alla enheter inom vård och omsorg ska enligt rutin upprätta en handlingsplan för utbrottshantering för att tidigt kunna sätta in åtgärder som motverkar risken för smittspridning av smittsamma sjukdomar. Handlingsplanen ska vara känd av alla medarbetare på enheten och skickas in till Vårdhygien varje höst.

Resultat: Alla enheter har följt rutinen att skicka in handlingsplanen till Vårdhygien och förmedlat information ut till medarbetarna. Vi hade dock ett omfattande magsjukeutbrott på en av våra särskilda boenden i början av året. Händelseanalysen påvisade dels kunskapsbrister men också brister i överrapportering och dokumentation var identifierade faktorer som påverkat förloppet. Med hjälp av Vårdhygien hade vi därav extrainsatta utbildningstillfällen för personal och enhetschefer inom särskilda boenden.

Målet är uppnått avseende inskickade handlingsplaner men vi ser att det är en stor utmaning för enhetscheferna att se till så alla medarbetare har all kunskap, information och förutsättningar för att kunna hantera ett smittutbrott rent praktiskt så det blir en säker vård. Inom vissa enheter saknas också en del förutsättningar i vårdmiljön som medför svårigheter att arbeta helt enligt de vårdhygieniska riktlinjerna. Tex avsaknaden av spoldesinfektor.

Vårdrelaterade infektioner (VRI) och förekomst av antibiotika på SÄBO

Mål: Infektionsregistreringar genomförs på SÄBO för äldre varje månad och registreras i en databas som hanteras av Vårdhygien. Resultatet sammanställs av Vårdhygien i samarbete med STRAMA (samverkan mot antibiotikaresistens). Syftet är att få ett underlag till kvalitetsförbättrande åtgärder. MAS återkopplar resultat till enhetschefer och sjuksköterskor.

Resultat: Vi har helt eller delvis uppnått målet med att skicka infektionsregistreringarna till vårdhygien under året. 4 av 5 enheter har skickat in registreringarna för hela året och 1 enhet delvis. Sammanställningen/rapporten från Vårdhygien brukar komma ut sent under våren därav redovisas endast de delar som vi tagit del av via SAS-rapporten i Cosmic Link.

Behandling med kvarliggande urinkateter (KAD) medför en ökad risk för vårdrelaterade infektioner. Inom Östhammars kommun förekommer behandling med KAD hos ca 9% av vårdtagarna vilket är något lägre än riket (ca 10%) [2] Den vanligaste indikationen för antibiotikabehandling inom SÄBO var urinvägsinfektioner hos personer utan kvarliggande urinkateter (KAD).

Åtgärd: Översyn av arbetssätt kring BHK-mätningarna. Revidera rutin/handlingsplan för Vårdrelaterade infektioner (VRI) för att ge stöd i genomförandet av vårdhygieniska egenkontroller. Analys av infektionsregistreringarnas resultat i samverkan med Vårdhygien och SÄBO-läkarna. Tillsammans med Vårdhygien fortsätta arbetet med kvalitetsförbättrande åtgärder för att minska risken för omfattade smittutbrott.

Rapport från BPSD-registret (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens)

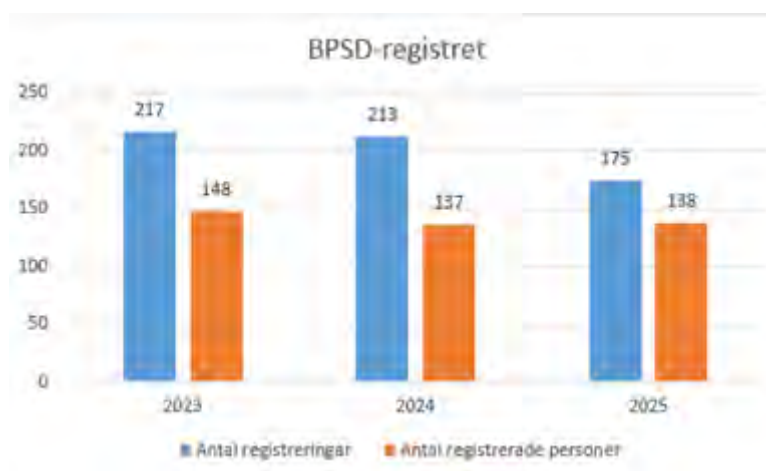
Syfte och mål med det nationella BPSD-registret är att genom multiprofessionella

vårdåtgärder minska beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD) och därigenom minska öka livskvaliteten för personen med kognitiv sjukdom/demenssjukdom. BPSD-skattningar genomförs av speciellt utbildad personal och BPSD-administratörer. Stjärnmärkt är en utbildningsmodell med syftet att ge personalen kunskap och verktyg för att kunna utveckla det personcentrerade arbetet kring demens.

Mål: BPSD-skattningar ska genomföras när en person med demenssjukdom flyttar in på särskilt boende och därefter vid behov (vid förändringar eller som uppföljning efter insatt åtgärd), men minst 1 gång/år. Vid behov används även BPSD-skattningarna inom ordinärt boende.

Ett delmål för 2025 var att utveckla demensstödet inom ordinärt boende genom att göra rehab-enhetens personal involverad tidigt vid demensdiagnos

Resultat: Under året har man registrerat 175 BPSD-bedömningar (2024: 213 st). De flesta registreringar är inom särskilt boende (172) och ett fåtal inom ordinärt boende (3st).



Kommunen har haft ett samverkansmöte kring demens om flöden och samtycken och tidig information till både sjuksköterskor och rehabpersonal när meddelanden kommer till biståndsenheten från minnesmottagningen. När en person får en demensdiagnos satt på vårdcentral saknas det samverkan mellan region och kommunen. Sammanfattningsvis är målet delvis uppfyllt för kommunintern hantering via tidig information från biståndsenheten till den kommunala primärvården

På två av våra äldreboenden har man genomfört BPSD-skattningar på nästintill samtliga personer vilket påvisar att man uppnått målet och arbetar systematiskt med att kvalitetsutveckla omvårdnaden av personer med kognitiv sjukdom/demens. Att resultatet var något lägre än föregående år kan till viss del bero på att några av administratörerna hade avslutat sin anställning och att man inte hunnit utbilda nya ännu.

Åtgärd: BPSD registreringarna fortsätter som tidigare med målet att öka antalet. Även utbildningsinsatserna fortsätter som planerat under 2026

Rapport från Palliativ registret

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister där vårdgivare registrerar hur vården av en person i livets slutskede varit genom en dödsfallsenkät som innehåller ca 30 frågor om hur den palliativa vården har planerats och hur vården blivit genomförd. Resultatet

används sedan som ett verktyg för att kvalitetsutveckla den palliativa vården i enlighet med Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer.

Ett mål för 2025 var att förbättra kvalitetsindikatorerna i Palliativregistret 2025 gentemot 2024. *Strategier* Följa upp kvalitetsindikatorerna var 3 månad på APT för sjuksköterskor. Involvera de palliativa ombuden i förbättringsområden som rör palliativ vård. Ta fram handlingsplaner utifrån varje verksamhets behov

Mål: Samtliga dödsfall där vi har ett vårdgivaransvar ska registreras i svenska palliativregistret. Utifrån resultatet i palliativa registret ska en åtgärdsplan och/eller handlingsplan upprättas i verksamheten och uppföljning sker genom analys av resultat från Svenska palliativregistret.

Resultat: Vi har inte uppnått det uppsatta målet för 2025. Av de 29 dödsfallsenkäter som registrerades under 2025 är kvalitetsindikatorerna oförändrade jämfört med föregående år. Andelen registreringar i registret var också lågt under året, vilket inte var helt oväntat med tanke på att det var en tuff period under våren där man behövde prioritera arbetet med övergången till nya journalsystemet, uppstarten av nya korttidsenheten, osv

Särskilt boende. Under året registrerades 29 dödsfallsenkäter i Palliativa registret (2024=47st). Täckningsgrad ca 50 %. Vi har nästintill uppnått målvärdena i Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer för läkemedel mot smärta/ångest, utan trycksår, och helt uppnått målet för mänsklig närvaro vid dödsögonblicket. De kvalitetsindikatorer vi är nära att uppnå målen för är Läkarneslut om palliativ vård (ca 83%), brytpunktsamtal (76%), Efterlevandesamtal (72%). Vi har inte uppnått målen för vårdplan (62%), munhälsobedömning (27%) samt symtomskattning och smärtskattning sista veckan (55 resp 58%)



Bild: Spindeldiagram för Särskilt boende. Palliativ registret.

Ordinärt boende, hemsjukvård. Under året registrerades endast två dödsfallsenkäter för ordinärt boende (2024=12st)

Närvårdsenheten: Närvårdsenheten har under året registrerat 28 dödsfallsenkäter (ca 28

avlidna) vilket innebär att de har uppnått målet med att registrera samtliga dödsfall. Resultatet ligger mycket nära de målvärden som satts upp av socialstyrelsen i de flesta kvalitetsindikatorerna. Det påbörjade arbetet med kvalitetsutveckla arbetet kring munhälsobedömningarna behöver dock fortsätta under 2026



Bild spindeldiagram för Närvårdsenheten

Åtgärd: En målsättning för 2026 är att förbättra resultatet kring såväl täckningsgrad som kvalitetsindikatorer. Utvecklingsarbete inom palliativ vård generellt, tex se över utbildningsbehoven, palliativa ombudens roll etc.

Rapport från Senior alert

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister och ett verktyg vi använder oss av i vårt vårdpreventiva arbete med riskbedömningar och förebyggande åtgärder avseende fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen.

Mål: Arbeta förebyggande med riskbedömningar enligt rutin avseende fall trycksår undernäring och ohälsa i munnen med kvalitetsregistret Senior Alert som stöd. Vårdplaner med förebyggande åtgärder ska upprättas när risk identifierats. En målsättning för 2025 var att minst 80 % av patienterna på varje särskilt boende och minst 50% för patienter inom ordinärt boende ska få en riskbedömning enligt rutin.

Resultat

Lokalitet	Unika personer	Vårdprevention				Urfall			
		Riskbedömningar med risk	Riskbedömningar utan risk	Åtgärdsplan med risk	Åtgärdsplan utan risk	Trycksår	Står i vård	Fall	Måttidigt god 2
Östhammars kommun	306	95% (288 av 302)	76% (212 av 278)	87% (210 av 241)	68% (163 av 241)	72 (47 personer)	111 (personer)	21 (8 personer)	106 (personer)
Edsvägen	45	98% (44 av 45)	71% (47 av 66)	84% (47 av 56)	35% (2 av 56)	5 (3 personer)	18 (personer)	4 (4 personer)	16 (personer)
Kortidsenheten	16	94% (15 av 16)	60% (9 av 15)	80% (12 av 15)	100% (1 av 1)	0 (0 personer)	6 (personer)	1 (1 person)	6 (personer)
Lärbacken Gimo	32	94% (30 av 32)	40% (13 av 32)	57% (18 av 31)	8% (1 av 12)	2 (2 personer)	13 (personer)	4 (3 personer)	12 (personer)
Närvårdsenheten	130	96% (126 av 130)	89% (112 av 126)	99% (142 av 143)	98% (35 av 36)	30 (26 personer)	42 (personer)	6 (6 personer)	19 (personer)
Otensgården Alunda	13	92% (12 av 13)	75% (9 av 12)	83% (10 av 12)	50% (1 av 2)	2 (2 personer)	3 (personer)	1 (1 person)	6 (personer)
Park 7-9 Östertjärn	28	97% (26 av 27)	90% (27 av 30)	90% (27 av 30)	56% (6 av 11)	12 (8 personer)	9 (personer)	3 (3 personer)	18 (personer)
Öregrund Talparksgården	22	92% (21 av 23)	78% (18 av 23)	83% (19 av 23)	18% (2 av 11)	4 (3 personer)	8 (personer)	1 (1 person)	9 (personer)
Östhammar Hemsjukvård	42	93% (40 av 43)	58% (25 av 43)	78% (31 av 40)	18% (2 av 12)	17 (11 personer)	19 (personer)	1 (1 person)	22 (personer)
Målvärden			75 - 100 % 28 - 14 %	75 - 100 % 28 - 14 %	75 - 100 % 28 - 14 %				
			0 - 24 %	0 - 24 %	0 - 24 %				

Särskilt boende. 140 personer har under året fått minst en riskbedömning enligt rutin (2024: 151 personer) och det genomfördes totalt 158 riskbedömningar. Andelen personer som fick en riskbedömning varierar mellan enheterna men i genomsnitt blev 64% av patienterna inom särskilt boende riskbedömda enligt rutin. En enhet uppnådde målet på 80 %.

Risker identifierades på nästintill alla personer och åtgärder sattes in för ca 80% av dessa, vilket är inom målvärdet. Uppföljningarna av riskbedömningar med risk har genomförts i endast ca 35% av fallen vilket påvisar ett behov av kvalitetsutveckling inom området för att uppnå målet

Ordinärt boende i hemsjukvård: 43 personer har under året fått en riskbedömning enligt rutin (år 2024, 34 personer), Andelen personer som blivit riskbedömda varierar mellan orterna men i genomsnitt har endast 13% av de inskrivna i hemsjukvården fått en riskbedömning.

I nästan 80% av riskbedömningarna skapades en åtgärdsplan med förebyggande åtgärder vilket är inom målvärdet men uppföljningar av identifierade risker och åtgärder har endast utförts i ett fåtal fall (18%).

Närvårdsenheten: Under året har 130 personer fått en riskbedömning på Närvårdsenheten (2024, 107 st). Andelen riskbedömda personer är nära 100%. Även här har man identifierat risker i 96% av de genomförda riskbedömningarna. Åtgärdsplaner har upprättats för samtliga identifierade risker och även uppföljningarna av dessa har genomförts i en mycket god omfattning (98%).

Trycksår. Inom Säbo hade ca 12 % trycksår (17 av 140) (2024: 12%). De flesta trycksåren hade uppkommit inom den egna verksamheten och var av kategori 1 (44%) men trycksår kategori 4 förekom i 24% av fallen. Inom ordinärt boende hade 26% (11 av 42) trycksår ca 50 % hade uppstått inom egna verksamheten. Inom Närvårdsenheten hade 15% (20 av 130) trycksår varav de flesta hade uppkommit hos annan vårdgivare

Undernäring. Inom särskilt boende hade 36 % (51 av 140) BMI 22. Inom ordinärt boende

hade 45% (19 av 42) BMI22 och inom NVE hade 32% (42 av 130) BMI22,

Fall. 89 % (141 av 158) har risk för fall men det är endast ca 8 % (12 av 140) där förekomst av fall har angivits. I jämförelse med antalet fallavvikelser kan detta värde verka felaktigt men sannolikt beror detta låga antal på att riskbedömningarna oftast genomförts i början av vårdperioden när personen nyligt flyttat in på boendet. NVE 5% hade nån gång fallit

Munhälsa. Inom särskilt boende hade 43% måttliga besvär med munhälsan (grad 2 av en 3-gradig skala). Inom ordinärt boende var motsvarande siffra 52% (22 av 42) och inom NVE ca 15% (19 av 130).

Antalet genomförda riskbedömningar inom särskilt boende varierar mellan enheterna. En enhet uppnådde målet på 80% men två av de andra enheterna var inte långt ifrån målet (70 – 74%). Övriga enheter har haft lite svårt att hitta förutsättningarna för ett systematiskt arbetssätt kring kvalitetsregistret av olika orsaker. Det ska dock tilläggas att identifierandet av olika hälsorisker ofta är en naturlig del av det dagliga arbetet inom omvårdnaden och förebyggande åtgärder blir oftast insatta när behov uppstår även om det inte alltid blir registrerat i kvalitetsregistret. En bidragande orsak till att vi inte har uppnått målet på alla enheter var sannolikt att vi införde ett nytt journalsystem under våren, vilket krävde mycket tid och resurser i anspråk och att man behövt tid för att anpassa sig mot det.

Det har också varit en utmaning med få en god kontinuitet av legitimerade vissa perioder vilket också är viktig för ett systematiskt arbetssätt. En strategi för 2025 var att utbilda omvårdnadspersonalen i riskbedömningar enligt Senior Alert och detta arbete har påbörjats vilket kan ha bidragit till att samarbetet i teamet kring riskbedömningar och ärendeträffarna har blivit mer regelbundna på dessa enheter.

Andelen trycksår är högre inom ordinärt boende vilket kan bero på att inskrivning i hemsjukvården sker när olika besvär redan uppkommit. Under året påbörjade vi med extra utbildningsinsatser kring trycksår för omvårdnadspersonal för att öka medvetenheten och med målet att minska antalet trycksår. Andelen trycksår inom särskilt boende har också ökat något jämfört med tidigare år vilket vi också uppmärksammat genom avvikelseutredningar.

Andelen personer med lågt BMI och nedsatt munhälsa är också ett tecken på att vi behöver fortsätta det påbörjade arbetet att utveckla det systematiska arbetssättet med riskbedömningar och planeringen av förebyggande vårdåtgärder.

Åtgärd: Vi fortsätter under 2026 att arbeta med riskbedömningar enligt Senior Alert och målet kvarstår att minst 80% av de som bor inom särskilt boende samt minst 50% av de som omfattas av hemsjukvård ska få en teambaserad riskbedömning samt att andelen uppföljningar ska uppnå målvärdet på minst 75%. Utbildningsinsatser för omvårdnadspersonalen fortsätter.

Uppföljningar av medicintekniska produkter

Mål: Säkerställa att Hjälpmedelsverksamhetens hjälpmedel, HSL/LSS och SOL enheternas basutrustning hanteras utifrån gällande förordning Medical Device Regulation (MDR) 2017/745 för att säkerställa spårbarhet och märkning.

Kontroll av lyftar ska ske 1 gång per år. Alla individuellt förskrivna elektriska rullstolar och drivaggregat samt ståstöd och tippbrädor ska också ske 1 gång per år eller oftare om behov förändras. Alla individuellt förskrivna lyftselar ska följas upp 2 gånger per år. All basutrustning ska följas upp vartannat år.

Strategin för 2025 var att implementera det nya digitalt verksamhetssystemet för individuellt förskrivna hjälpmedel MyLock under första kvartalet 2025.

Resultat:

Verksamhetssystemet Myloc för individuellt förskrivna hjälpmedel togs i bruk enligt plan under mars månad. Upphandling för nytt digitalt verksamhetssystem för basutrustning blev inte genomförd på grund av ekonomiska faktorer.

Samtliga individuellt förskrivna lyftar och lyftar som ingår i basutrustning är kontrollerade via externa serviceavtal.

Elektriska rullstolar och drivaggregat som är individuellt förskrivna har inte gått att få korrekta resultat vid sökningar i det nya verksamhetssystemet Myloc, men enligt egna listor har kommunen 57 elektriska rullstolar och drivaggregat, varav 14 är uppföljda. En anledning till fåtalet gjorda uppföljningar bedöms bero på brist på arbetsterapeutresurser under flera år.

Det finns 7 ståstöd och 5 tippbrädor förskrivna i december 2025 varav 6 ståstöd och 2 tippbrädor är förskrivna av regionens förskrivare på Habiliteringen. Uppföljning har gjorts till 50 % av sjukgymnast/fysioterapeut inom kommunen.

De ståstöd och tippbrädor som är förskrivna via regionens förskrivare är uppföljda enligt rutin.

Nytt arbetssätt för att följa upp individuellt förskrivna lyftselar var sjätte månad enligt rutin implementerades under året. Två undersköterskor med specialistkompetens inom rehabilitering som arbetar på Enheten för rehab, hjälpmedel och förebyggande planerades utföra uppföljningarna utifrån delegerat ansvar.

Det har inte utförts till fullo och en anledning är bristen i att söka efter specifika hjälpmedel i journal och införandet av nytt verksamhetssystem Myloc.

Basutrustning har till viss del genomförts genom inköp av flera nya vårdsängar men i övrigt är det bristande följsamhet till rutinen avseende spårbarhet och årliga kontroller vilket kan innebära en patientsäkerhetsrisk

Åtgärd: Nya arbetssätt planeras implementeras under 2026 för att uppföljningar av medicintekniska hjälpmedel ska utföras enligt rutin. Fortsatt utvecklingsarbete med verksamhetssystemet Myloc och journalsystemet Viva pågår kontinuerligt. Rutinen för basutrustning ska också revideras.

3.2 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.

3.2.1 Har vården varit säker

Alla avvikelser och risker rapporteras i DF respons.
Avvikelsesystemet omfattar både avvikelser och risker

oavsett lagrum. Här ingår även vårdkedjeavvikelser.

Vårdskador i samband med till exempel fallolyckor och felaktig medicinering följs upp genom granskning och uppföljning i enheternas tvärprofessionella team. Allvarliga händelser rapporteras till verksamhetschef och MAS/MAR för fortsatt utredning, risk- och händelseanalys samt anmäla allvarliga händelser till läkemedelsverket och/eller inspektionen för vård och omsorg enligt lex Maria.

Under 2025 har 6 stycken anmälan enligt vårdskada (lex Maria) rapporterats till IVO.

2 anmälningar om allvarlig vårdskada relaterat till en vårdrelaterad infektion (VRI) i samband med ett smittutbrott. IVO har avslutat dessa ärenden då de bedömt att vårdgivaren fullgjort sin skyldighet att utreda och anmäla händelser och de var nöjda med de åtgärder som vårdgivarens vidtagit

2 anmälningar om risk för allvarlig vårdskada relaterat till fördröjd vård och behandling. IVO har inkommit med besked i ett av dessa ärenden där de anger att de inte kommer att vidta några ytterligare åtgärder då de var nöjda med vårdgivarens utredning och åtgärder. I det andra ärendet har IVO inte förmedlat något beslut ännu.

2 anmälningar om trycksår. En avser anmälan om allvarlig vårdskada och den andra anmälan avser risk för allvarlig vårdskada. IVO har inkommit med besked i båda fallen där de anger att de inte kommer att vidta några ytterligare åtgärder då de var nöjda med vårdgivarens utredning och åtgärder.

3.3 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.

3.3.1 Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system

Vetenskapliga och beprövade metoder och mätinstrument används för att skapa tillförlitliga arbetsprocesser och system.

Exempel på metoder och mätinstrument som används är handlingsplan VRI, BHK- mätningar och registreringar, läkemedelsgenomgångar och infektionsregistreringar, Svenska palliativa registret, BPSD registrering och Senior alert, Bergs Balans test, 6 minuters gångtest, TUG, Diff-TUG, Ashworths, Sunnaas ADL Index, ADL Taxonomin.

Under året har det påbörjats en översyn av kvalitetsledningssystemet för legitimerad personal, eftersom det var otydligt och svårt att hitta aktuella riktlinjer, rutiner och styrdokument.

Det nya journalsystemet Viva är infört under året efter ett omfattande förberedande arbete med strukturen i systemet. Förberedelserna av tex mallar för anamnes och vårdplaner, fras texter och uppbyggnaden av organisationsträdet samt genomgång av KVÅ koder påbörjades redan under hösten 2024.

Under första kvartalet 2025 implementerades ett nytt verksamhetssystem, Myloc, för registrering /avregistrering av individuellt förskrivna hjälpmedel i samtliga kommuner i länet. Verksamhetssystemet används även för hanteringen av hjälpmedel inom hjälpmedelsverksamhetens hjälpmedelsförråd.

Det strukturerade arbetet i hemtagningsteamerna skapar goda förutsättningar till att all planering och samverkan kring utskrivningsprocessen blir genomförd på ett samordnat och patientsäkert arbetssätt. Vilket minskar riskerna för återinläggning och ger en ökad trygghet för patienten

Enheten för rehab, hjälpmedel och förebyggande har i mars 2025 utökat med 2 hemtagningsteam med 2 arbetsterapeuter (AT) och 2 fysioterapeuter/sjukgymnaster (FT/SG) som utreder och planerar tillsammans med övriga professioner som arbetar med hemtagning för samtliga patienter som skrivs in i Cosmic Link. Rehabs hemtagningsteam ansvarar för trygg och säker utskrivning de två första veckorna vid behov vilket är ett förändrat arbetssätt från det att det bara fanns ett hemtagningsteam.

Under året har inte kommunen haft några kostnader för utskrivningsklara. Hemtagningsteamerna har sannolikt varit en bidragande framgångsfaktor för detta i kombination med utökade korttidsplatser och en god samverkan med Närvårdsenheten.

3.4 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.

3.4.1 Är vården säker idag

Vårdgivaren har ett ansvar att vara medveten om risker, bedöma och hantera om det skulle uppstå någon störning som kan påverka patientsäkerheten.

Alla har ett personligt ansvar för att bidra till säker vård oavsett vilken roll man har i organisationen som chef eller medarbetare.

Omvärldsanalys: Omställningen till Effektiv vård ställer krav på kommunen att kunna bedriva vård och omsorg i patientens hemmiljö. Det ställer krav på kommunen att stärka patientens och närståendes delaktighet och medverkan för ökad patientsäkerhet.

Den kommunala vården ska kunna hantera svårt sjuka patienter vilket kräver resurser och kompetens/kompetensutveckling för bland annat omsorgspersonal, sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter och sjukgymnaster.

3.4.1.1 Riskhantering

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 sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

3.5 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.

Avvikelser

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

Sammanställning av avvikelser gällande hälso-och sjukvård för år 2023, 2024 och 2025.

Typ av avvikelse	2023	2024	2025
Fall	1293	1323	1424 (1323*)
Läkemedel	743	717	853 (708*)
Brist i/utebliven vårdåtgärd (HSL)	89	88	122 (85*)
Händelse med hjälpmedel, teknik och /fysisk miljö	36	63	59 (52*)
Brist i/utebliven rehabilitering	5	6	3 (3*)
Brist i information, kommunikation, samverkan	90	116	136 (120*)
Brist i/utebliven dokumentation	43	62	108 (66*)
Tryckskada/trycksår	9	17	32 (20*)
Bruten sekretess	1	10	10 (7*)
Övrigt	55	131	140 (127*)
Summa:	2362	2533	2887 (2511*)

*För 2025 har sökningen i avvikelssystemet genomförts utifrån registreringsdatum då sökning på händelsedatum medförde att en betydande del av vissa avvikelser från 2025 inte kom med i resultatet. Inom parentes anges sökvärdet enligt föregående års urval där man

sannolikt sökte på händelsedatum. Detta kan vara en av förklaringarna till att siffrorna är högre för 2025 än föregående år.

Typ av avvikelser

Under 2025 har 2887 avvikelser rapporterats inom hälso-och sjukvården (HSL). Motsvarande siffra för 2024 var 2533. En avvikelse kan kategoriseras under flera typer, därför är totalen högre än det faktiska antalet rapporter. Det kan noteras att genomgång med användare av systemet behöver göras kontinuerligt för att avvikelser ska hamna i rätt kategori, rätt ansvarsfördelning och utredare för att få en så korrekt statistik som möjligt som kan användas och göras jämförelser med.

Fallavvikelser

Mål: Förekomsten av fall som kunnat förhindras ska minska.

Resultat: Under 2025 registrerades 1424 fall, vilket är en viss ökning jämfört med åren 2023-2024. Vilket kan bero på olika saker. Det kan bero på ett ökat antal inskrivna men också ökad kunskap hos personal att skriva avvikelser. De flesta fallen (1086) är av mindre allvarlighetsgrad och bara 1 fall med katastrofal allvarlighetsgrad. 27 av fallen är av betydande allvarlighetsgrad och 245 är av måttlig allvarlighetsgrad.

54 % av alla fall sker på särskilt boende och mer än en tredje del av alla fall gäller upprepade fall för samma person. I de flesta av fallen anges att den enskilde överskattar sin fysiska förmåga som den bakomliggande orsaken och därefter är det att den enskilde glömde använda rekommenderat gånghjälpmedel, omgivningsfaktorer och övrigt. Endast i 89 av fallen är det skrivet att den enskilde använder läkemedel som påverkar balans och gångförmåga.

Verksamheterna arbetar med fallförebyggande åtgärder, men behöver arbeta mer analytiskt i avvikelserapporten, strukturerat och teambaserat vilket blir ett mål för 2026.

Läkemedelsavvikelser

Mål: Patientsäker läkemedelshantering som genomförs i enlighet med riktlinje och ordination

Resultat: Under året registrerades 853 avvikelser avseende läkemedelshändelser. Resultatet påvisar ett något lägre antal än föregående år (2024=909 st.) när man söker i avvikelssystemet med samma urval. 55 % av läkemedelsavvikelserna (462st) handlade om utebliven dos, 13% (110st) fel dos/dubbel dos, 1% (12st) förväxling av person. Riskanalys (allvarlighetsgrad x sannolikhet) låg risk 85% (721 st.), måttlig risk ca 5%(39st), ingen klassades som hög risk. I ca 6 % (53st) av avvikelserna anges stöld/svinn av narkotika. En händelse har polisanmälts.

Utebliven dos är den vanligaste orsaken till läkemedelsavvikelse och beror ibland på brister i planering men sannolikt även på vilka förutsättningar som finns för att arbeta strukturerat. Larmfunktionen i signeringssystemet MCSS (Appva) ger stöd för att upptäcka missade läkemedelsdoser eller icke utförda insatser. I samband med den externa läkemedelsgranskningen identifierades risker när larmen för både SoL-insatser och HSL-insatser inte hanterats regelbundet i MCSS (Appva). För många aktiva larm medförde en minskad uppmärksamhet. Alla berörda enheter har nu vidtagit åtgärder för att larmen ska hanteras regelbundet för att minska risken för uteblivna doser. Fel dos och förväxlingar är oftast en följd av att rutinen för kontroller innan administrering inte följs, Åtgärder i form av uppföljning av delegeringsbeslut och att generellt belysa detta problem på APT är vanliga åtgärder.

Händelse med hjälpmedel, teknik och fysisk miljö

Mål: Säkra och ändamålsenliga medicintekniska produkter

Resultat Under 2025 har 59 avvikelser registrerats. Vid analys bedöms de flesta av dessa handla mer om tekniska lösningar som larm som slutat fungera och avvikelser i fysiska miljön. Där ett exempel är att patienten har trampat på ett trasigt glas på golvet. Många av avvikelserna handlar också om läkemedel och brister i handhavandet. När statistik ska analyseras behövs det tydliga ställningstaganden vad som menas under varje rubrik för att få en så rättvis statistik som möjligt. Om vi ska kunna analysera om förskrivningsbara hjälpmedel används korrekt och/eller en negativ händelse har hänt behöver rubriken tydliggöras.

Brist i utebliven rehabilitering

Mål: Att alla patienter med bedömt behov ska få den rehabilitering de har rätt till

Resultat Under 2025 har bara 3 avvikelser registrerats under denna rubrik. Två av dessa gäller externa avvikelser där patienter skrivits ut från slutenvården utan överrapportering enligt Vård i Samverkan och patienterna har inte fått rehabilitering innan utskrivning. Den tredje avvikelserna bedöms vara skriven på fel rubrik då det handlar om avsaknad av bäcken på särskilt boende.

Tryckskada / trycksår

Mål: Att arbeta med förebyggande insatser mot en nollvision för trycksår

Resultat: Avvikelser om trycksår har ökat från 17 st. 2024 till 32 st. 2025. Avvikelserna handlar bland annat om brist i utförande av riskbedömningar, kommunikation mellan HSL personal och omvårdnadspersonal, brukare med nedsatt insikt och som har svårighet att ta instruktioner.

Vårdkedjeavvikelser - avser avvikelser mellan kommunen och region Uppsala.

Mål: Att bibehålla patientsäkerheten vid vårdens övergångar. Genom gemensam analys av avvikelser i samverkan kan vi förbättra processerna som skapats för att förebygga risker och negativa händelser

Resultat: Under året har totalt 50 st. vårdkedjeavvikelser rapporterats från Östhammars kommun till regionen (2024=86 st.). Avvikelserna till Akademiska (27st) handlade om brister i samverkan kring utskrivningsprocessen, kommunikation kring hjälpmedel och rehabiliteringsbehov, otydliga läkemedelsordinationer. Ett fåtal om brister i samverkan med ASH. Avvikelserna till primärvården (23st) handlade främst om bristande följsamhet till rutin för inskrivningsprocessen till Närvårdsenheten men även några avvikelser kring utebliven informationsöverföring kring förändrade ordinationer och ett fåtal om bristande samverkan vid planering palliativ vård.

Under året har 16 st. avvikelser inkommit från Region Uppsala, jämt fördelade från Akademiska och Primärvård. De handlade bland annat om synpunkter på medföljande personal, någon enstaka handlade om fördröjd utskrivningsprocess och bristande informationsöverföring.

Antalet vårdkedjeavvikelser till regionen sjönk med 42 % under 2025 jämfört med föregående år. Det positiva resultatet kan vara en effekt av regionens eget utvecklingsarbete men sannolikt även för att våra Hemtagningsteam arbetar systematiskt och har en aktiv dialog med både utskrivande avdelningar och primärvården.

Övriga avvikelser

Under rubriken övriga avvikelser finns det 127 avvikelser registrerade. Dessa rör till exempel larm som inte fungerar, läkemedel som glömts bort och, fel på hjälpmedel.

Åtgärder: Under 2026 planeras revidering och implementering av rutinen för avvikelshantering för att säkerställa att utredningar genomförs mer systematiskt för att öka patientsäkerheten. En översyn kommer också att göras av avvikelssystemet.

3.5.1 Klagomål och synpunkter

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

Medborgare kan lämna klagomål och synpunkter via kommunens hemsida, Östhammar direkt, e-post, telefon eller personligt möte. Inkomna synpunkter hanteras enligt rutin och sammanställs regelbundet till en rapport som redovisas till nämnd.

Synpunktshanteringen är en möjlighet för kommuninvånare att påverka och bli lyssnad på. Synpunktshanteringen är ett verktyg i kvalitetsarbetet och genom att utreda synpunkter kan systematiska brister påvisas och skapa möjlighet till förbättring

Under 2025 har två ärenden anmälts till patientnämnden.

1. Närstående hade synpunkter på bedömning och omvårdnad samt brister i information om behandlingsbegränsning. Önskemål om yttrande har inte förmedlats.
2. Närstående hade synpunkter på bedömning samt brister i information om behandlingsbegränsning. Närstående har fått återkoppling i ärendet av MAS.

Övriga synpunkter och klagomål redovisas tertialsvis till nämnd.

3.6 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.

3.6.1 Kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden

Under 2025 har arbetet kring kris och beredskap kopplat till hälso- och sjukvården fortlöpt och detta arbete har flätats ihop över organisation gränser.

Tillgången till hälso- och sjukvårdspersonal med adekvat kompetens kan förändras snabbt men är central, och långsiktig kompetensförsörjning är en förutsättning för en anpassningsbar och säker vård.

Det är viktigt att samverkan sker bland annat inom olika delar av organisationen som hanterar förändrade omvärldsfaktorer, identifierade risker och vilka åtgärder som behöver vidtas.

4 MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Under 2026 kommer vi fortsätta arbeta med alla påbörjade kvalitetshöjande åtgärder inom de områden som beskrivits under rubrikerna Agera för säker vård och Stärka analys lärande och utveckling.

De mål och strategier som beskrivs nedan omfattar de områden som vi lägger ökat fokus på under 2026.

Område	Mål	Planerade åtgärder/aktiviteter	Egenkontroll
Avvikelser	Arbeta systematiskt med avvikelser	Utvecklingsarbete kring utredning, analys och åtgärder kopplade till avvikelser. Översyn av avvikelssystemet.	Avvikelsesystemet
Dokumentation	Patientsäker dokumentation enligt föreskrift	Revidera och implementera rutinen för HSL-dokumentation. Översyn av rutiner för loggkontroller för samtliga journal system Öka antalet genomförda loggkontroller, minst 4 kontroller under 2026	Ledningssystem
Medicintekniska produkter	Uppföljningarna av MTP ska ske enligt rutin.	Nytt systematiskt arbetssätt införs för uppföljningar av individuellt förskrivna hjälpmedel. Rutinen för basutrustning revideras och implementeras.	Ledningssystemet
Utbildningar	Ökad kompetens för en säker vård	Ny utbildning inför lyftlicens.Rehabiliterande förhållningssättFortsättning av: FörflyttningsutbildningarBPSD, Trycksårsutbildning Grundutbildning i palliativ vård.	Sammanställning hos enhetschef
Palliativ vård	En god palliativ vård	Kvalitetsutvecklingsarbetet fortsätter med bl.a.. 2 Ombudsträffar, Öka täckningsgraden till 100% för registreringar i kvalitetsregistret	Palliativa registret
Verksamhetsuppföljning	Säker vård	Egenkontroller för att kontrollera följsamheten till gång/kvartalVerksamhetsuppföljning avseende HSL inom samtliga enheter.	MAS MAR

Utmaningar

Att utveckla teamsamarbetet när det gäller riskbedömningar och insättandet av riskförebyggande åtgärder vid förändrade hälsotillstånd är en viktig del för att uppnå en god patientsäkerhet. Detta kan dock bli en utmaning att genomföra när vi är organiserade under olika verksamhetsområden och förutsättningarna för att samarbeta med alla berörda professioner kan variera mellan olika enheter.

Resan mot en God och Nära vård är ständigt pågående och innebär stora utmaningar för den kommunala primärvården som behöver arbeta proaktivt med utbildningsinsatser och översyn av organisatoriska förutsättningar och resurser generellt .

Vi ser också en utmaning inför utvecklingsarbetet mot kris och beredskap som inom kort kommer att regleras i nya föreskrifter. Vi behöver bl.a. förbereda för att kunna ha ett större lager av medicintekniska produkter vilket medför en förutsättningar i form av en god planering och struktur.

 ÖSTHAMMARS KOMMUN - EN DEL AV ROSLAGEN Socialförvaltningens ledningssystem		Dokumenttyp:	
		Riktlinje	
		Titel:	
		Riktlinje Läkemedelshantering inom vård- och omsorgsnämnden	
Granskad av:	Fastställd av:	Fastställd datum:	Reviderad datum:
Verksamhetschef HSL	Vård- och omsorgsnämnden	2023-12-05	

Riktlinje läkemedelshantering inom vård- och omsorgsnämnden

Innehåll

SYFTE	5
OMFATTNING	5
TERMER OCH BEGREPP	5
ANSVAR	6
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)	6
Verksamhetens chef.....	6
Patientansvarig läkare.....	6
Sjuksköterska	7
Läkemedelsansvarig sjuksköterska.....	7
Narkotikaansvarig sjuksköterska.....	7
Sjuksköterska med förskrivningsrätt	7
Delegerad personal	8
Studerande	8
GENOMFÖRANDE	8
Läkemedelsordinationer	8
Ordinationshandling - Läkemedelslista.....	8
Ordination av läkemedel	9
Telefonordination.....	10
Utbyte av ordinerat läkemedel till ett generiskt läkemedel	10
Ordination enligt generella direktiv	11
Tillfälliga anteckningar	11
Iordningställande av läkemedel	11
Dosdispenserade läkemedel	12
Iordningsställande av tillfälliga läkemedelsbehandlingar	12
Dosett	12
Vid behovs läkemedel	13
Flytande läkemedel	13

Helförpackningar	13
Injektion/infusion	13
Läkemedel i sond/PEG.....	13
Waran.....	14
Insulin	14
Säkerställa beställning av patientens läkemedel	14
Leverans av läkemedel	14
Mottagande av läkemedel	14
Mottagande av dosleverans	14
Hämta läkemedel på apotek	15
Utlämnande av dosdispenserade läkemedel alternativt dosett inom särskilt alternativt ordinärt boende.....	15
Läkemedel som patienten har med sig till den särskilda boendeenheten	15
Administrering av läkemedel	16
Överlämning och administrering av läkemedel till patient	16
Krossa läkemedel	16
Syrgas/oxygen behandling	16
Vaccin	17
Naturläkemedel/ Växtbaserade läkemedel.....	17
Depotplåster	18
Cytostatika	18
Gravida och ammande.....	18
Riskbedömning	18
Behörighet och utbildning.....	19
Personlig skyddsutrustning	19
Hantering av cytostatika.....	19
Dokumentation.....	19
Avfall	19
Omhändertagande av utsöndringar.....	20
Spill av kroppsvätskor på ytor och föremål.....	20
Tvätthantering	20
Signeringslistor.....	21
Signeringslista – Överlämna eller administrera läkemedel	21
Signeringslista - insulin.....	21
Signeringslista – vid behov	21

Uppföljning av signeringslistorna	21
Arkivering av signeringslistor utanför det digitala signeringssystemet	22
Signaturförttydligande.....	22
Förbrukningsjournal för narkotika	22
Förvaring av läkemedel	22
Läkemedelsförråd.....	23
Akut förråd.....	23
Läkemedelsskåp i den egna bostaden.....	23
Läkemedelsförråd på dagverksamhet.....	23
Läkemedelskylskåp	24
Kassation av läkemedel	24
Hantering av läkemedel vid dödsfall	24
Rapportering av läkemedelsbiverkningar	25
Avvikelse rapportering.....	25
Läkemedelsgenomgång.....	25
Enkel läkemedelsgenomgång.....	25
Fördjupad läkemedelsgenomgång.....	25
Kvalitetsgranskning.....	26
REFERENSER.....	27
BILAGA 1 – LÄKEMEDELSANSVARIG SJUKSKÖTERSKA/ERSÄTTARE.....	28
BILAGA 2 – NARKOTIKAANSVARIG SJUKSKÖTERSKA/ERSÄTTARE	29
BILAGA 3 – SAMTYCKE TILL KASSATION AV LÄKEMEDEL	30
BILAGA 4 – INSTRUKTION FÖR UTREDNING VID NARKOTIKASVINN	31

Syfte

Syftet med denna riktlinje är att säkerställa korrekt och säker hantering av läkemedel inom den kommunala primärvård för personer som inte kan ansvara för sina läkemedel på egen hand. Riktlinjen ska följa tillämpliga föreskrifter och externa kvalitetsgranskningar för att garantera att läkemedelshanteringen uppfyller högsta standarder och säkerhetskrav.

Omfattning

Riktlinjen gäller både för vård- och omsorgskontorets utförare i egen regi och för utförare enligt Lag om valfrihetssystem (LOV). Omfattningen inkluderar chefer inom verksamheterna, sjuksköterskor samt delegerad personal vid följande enheter:

- Särskilda boendeenheter¹
- Ordinärt boende
- Daglig verksamhet
- Personlig assistans

Det är viktigt att notera att riktlinjen inte gäller för personer som:

- Självständigt ansvarar för sin läkemedelshantering (egenvård).
- Endast behöver hjälp med enklare uppgifter som att ta fram en tablett från en originalförpackning, dosett eller dospåse (egenvård med handräckning).

Termer och begrepp

Patientjournal – I den här rutinen är patientjournal detsamma som sjuksköterskans omvårdnadsjournal.

Ordinationshandling – Ordinationshandlingen är patientens läkemedelslista och den ska ge en samlad bild av alla ordinerade läkemedelsbehandlingar. Läkemedelslistan utgör en del av patientjournalen.

Dosdispensering – Det innebär att patienten får sina läkemedel förpackade (dispenserade) i små påsar. Det är vanligtvis en för varje doseringstillfälle, oftast för två veckor i taget.

Iordningställande av läkemedel - Färdigställande av ett ordinerat läkemedel inför administrering. Att iordningställa ett läkemedel innebär att göra det tillgängligt för administrering.

¹ Omfattar särskilt boende för äldre samt LSS-gruppbostäder

Överlämnade av läkemedel - Att ett läkemedel som ska tillföras en person lämnas över till personen själv eller till en tredje person (exempelvis delegerad personal) som administrerar läkemedlet.

Administrering av läkemedel – Tillförsel av läkemedel till kroppen

Ansvar

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

Ansvarar för att:

- Utforma och fastställa en ändamålsenlig och säker övergripande riktlinje för läkemedelshantering.
- En årlig översyn av rutinen utförs.
- säkerställa att ansvarsfördelningen för läkemedelsförråd, rekvisition av läkemedel och narkotikakontroll är dokumenterat.
- Boka samt i möjligaste mån delta vid externa kvalitetsgranskningar samt uppföljning av åtgärdsplan.

Verksamhetens chef

Ansvarar för att:

- Säkerställa att personalen har nödvändig kompetens.
- Tillsammans med läkemedelsansvarig sjuksköterska utforma en lokal rutin avseende läkemedelshanteringen enligt beslutad mall.
- läkemedel förvaras oåtkomligt för obehöriga, vilket inkluderar hanteringen av kort/taggar/nycklar och koder till läkemedelsskåp/läkemedelsförråd.
- Så långt det är möjligt säkerställa spårbarheten av läkemedel.
- informera personalen om gällande rutiner och ansvara för efterlevnad tillsammans med MAS.
- utse läkemedelsansvarig samt narkotikaansvarig sjuksköterska och ersättare samt meddela MAS. Se *Bilaga 1 - Läkemedelsansvarig sjuksköterska/ersättare* samt *Bilaga 2 - Narkotikaansvarig sjuksköterska/ersättare*. Ansvaret omfattar också årlig uppföljning av dessa funktioner i samband med revidering av den lokala läkemedelsrutinen eller vid händelse att ansvarig person avslutar sin tjänst.

Patientansvarig läkare

Ansvarar för:

- Ordination av läkemedel.
- Att samordna ordinationer från andra läkare och följa upp patientens läkemedelsbehandling, sk läkemedelsgenomgångar
- Bedömning av patientens förmåga att ansvara för sin läkemedelshantering.

-
- Utfärda egenvårdsintyg och dokumentera beslut i patientens journal samt delge ansvarig sjuksköterska.

Sjuksköterska

Ansvarar för att:

- Hålla sig uppdaterad om den övergripande och lokala rutinen för läkemedelshantering.
- Patienters läkemedelshantering efter läkarens beslut om läkemedelsövertag samt att detta finns dokumenterat i patientjournalen.
- Patienter får de läkemedel som läkaren ordinerat och kontakta läkare vid behov.
- Göra rimlighetsbedömning av ordinationer och diskussion med ordinerande läkare vid felaktigheter, interaktioner och biverkningar.
- Hålla sig välinformerad om och dokumentera patientens läkemedelsbehandling i patientjournalen samt utöva tillsyn.
- Göra bedömning om behov och administrera läkemedel enligt [Lista 1 – akutask, generellt direktiv](#) och [Lista 3 – Generella direktiv för läkemedel utan](#) att ta kontakt med läkare, med undantag om något läkemedel från Lista 3 ges mer än tre gånger till samma patient och under en behandlingsperiod. I sådana fall ska läkaren kontaktas.
- Kunna iordningsställa läkemedel som är ordinerade vid behov till en patient utan att ta kontakt med läkare.
- Tillsammans med verksamhetsansvarig chef säkerställa att läkemedel förvaras oåtkomligt för obehöriga, vilket inkluderar hantering av kort/taggar/nycklar och koder till läkemedelsskåp/läkemedelsförråd.
- Inför läkemedelsgenomgång eller vid behov utföra [phase20](#) eller [phase proxy](#).

Läkemedelsansvarig sjuksköterska

Enheter som har patienter där hemsjukvården har läkemedelsövertag ska ha en utsedd sjuksköterska som är läkemedelsansvarig samt en ersättare. Beslut om vem det är ska dokumenteras och framgå på blanketten som finns i *Bilaga 1 – Läkemedelsansvarig sjuksköterska/ersättare*, där även ansvarsbeskrivningen finns.

Narkotikaansvarig sjuksköterska

Enheter som har patienter där hemsjukvården har läkemedelsövertag ska ha en utsedd sjuksköterska som är narkotikaansvarig samt en ersättare. Beslut om vem det är ska dokumenteras och framgå på blanketten som finns i *Bilaga 2 – Narkotikaansvarig sjuksköterska/ersättare*, där även ansvarsbeskrivningen finns. Den som är narkotikaansvarig får inte vara den som är utsedd till läkemedelsansvarig.

Sjuksköterska med förskrivningsrätt

Medarbetare med fast anställning som har utbildning och en formell förskrivningskompetens kan få förskrivningsrätt i kommunen. Beslutet att tilldela förskrivningsrätt görs av medarbetarens närmaste chef, med information till MAS. Det är viktigt att sjuksköterskan med förskrivningsrätt informerar och samverkar med patientansvarig läkare om sin

befogenhet att förskriva vissa läkemedel till patienter, samtidigt som läkaren behåller sitt ansvar gentemot patienterna. Uppdraget ska också vara kopplat till den aktuella sjuksköterskans registrering i HSA-katalogen.

Delegerad personal

Ansvarar för att:

- Hålla sig uppdaterad på denna riktlinje och lokal rutin för läkemedelshantering.
- Administrera och överlämna läkemedel i enlighet med föreskrivna rutiner samt delegeringsbeslut.
- Rapportera till sjuksköterskan vid avvikelser i läkemedelshantering och när patientens hälsotillstånd kräver det. Observera att själva bedömningen av eventuella åtgärder alltid åligger sjuksköterskan.

Studerande

Sjuksköterskestuderande får iordningsställa, överlämna och administrera läkemedel under tillsyn av en legitimerad sjuksköterska. Den legitimerade sjuksköterskan har alltid tillsynsansvar för de uppgifter som studenten utför.

Genomförande

Läkemedelsordinationer

Ordinationshandling - Läkemedelslista

Patientens läkemedelsordinationer ska finnas samlade i en ordinationshandling och signeras av patientansvarig läkare. En ordinationshandling är patientens läkemedelslista. De ordinationshandlingar som ska användas är receptutskriften från Pascal eller läkemedelslistan från Cosmic.

Sjuksköterskan ska alltid skriva ut en ny ordinationshandling efter att det skett en ordinationsändring. Den aktuella ordinationshandlingen ska förvaras på sjuksköterskeexpeditionen och är sjuksköterskans original. En kopia ska finnas tillgänglig för delegerad personal i anslutning till patientens läkemedel. Ordinationshandlingen utgör en del av patientjournalen och det är sjuksköterskans original som ska arkiveras tillsammans med övrig patientjournal. Kopior sparas inte när ordinationshandlingen byts ut.

Läkemedelslista från Pascal

Pascal är ett databaserat ordinationsverktyg som tillåter förskrivning av dosdispenserade läkemedel. För de patienter som har dosdispenserade läkemedel används receptutskriften från Pascal som läkemedelslista. I de fall där en patient har sina recept samlade i Pascal är det alltid den läkemedelslistan som ska anses vara originalhandling.

Läkemedelslista från Cosmic

För de patienter som inte har sina recept samlade i Pascal ska läkemedelslistan från Cosmic anses vara originalhandling.

E-recept

E-recept innebär att recept skrivs direkt i datorn och överförs i elektronisk form till apoteket. När apoteket lagt till e-receptet på läkemedelslistan i pascal blir det en symbol framför ordinationen.

Ordination av läkemedel

Alla läkemedel ska vara individuellt ordinerade. Det innebär att läkemedlet endast får användas av den som ordinationen avser, vilket innebär att ett läkemedel som ordinerats till en patient **aldrig** får överlåtas eller lånas ut till en annan patient.

Ett läkemedel kan ordineras som stående kontinuerlig dos eller stående vid behovs dos. Förskrivaren ska dokumentera och signera sin ordination i patientens ordinationshandling. Läkemedelsordinationen ska innehålla;

- läkemedlets namn eller aktiv substans,
- läkemedelsform,
- läkemedlets styrka,
- dosering (exempelvis i antal eller volym),
- administreringsätt,
- administreringstillfällen,
- läkemedelsbehandlings längd,
- ordinationsorsak,
- när och hur läkemedelsbehandlingen ska följas upp eller avslutas,
- i förekommande fall, anledningen till att läkemedlet inte får bytas ut mot ett likvärdigt läkemedel, och
- sådana uppgifter som behövs för en säker hantering av läkemedlet,
- maxdos per dygn om det är en vid behovs ordination (undantag kan finnas för exempelvis palliativa läkemedel).

Stående kontinuerlig dos

Stående kontinuerlig dos avser individuellt ordinerade läkemedel som administreras kontinuerligt enligt förskrivarens ordination.

Stående vid behovs dos

Stående vid behovs dos är individuellt ordinerade läkemedel som inte administreras kontinuerligt utan kan ges vid behov enligt förskrivarens ordination och efter sjuksköterskans bedömning. Det innebär att om delegerad personal identifierar en förändring i hälsotillståndet hos patienten ska kontakt tas med sjuksköterska som bedömer och tar ställning till om exempelvis vid behovs läkemedel är lämpligt och ska administreras. Sjuksköterskan ska dokumentera ställningstagandet och den medicinska bedömningen i patientjournalen.

Telefonordination

Läkemedel får undantagsvis ordineras per telefon om den som ordinerar läkemedlet inte har möjlighet att utföra en skriftlig ordination eller är förhindrad att komma till patienten. Vid en telefonordination ska följande säkerställas:

- Sjuksköterskan ska informera om de läkemedel som patienten är ordinerad samt eventuell överkänslighet. Läkaren får därmed möjlighet att kontrollera generika samt ta ställning till dubbelordinationer och eventuella interaktioner.
- sjuksköterskan ska försäkra sig om att ordinationen har uppfattats rätt (motläsa) och att ordinationen dokumenteras med arkivbeständig penna på läkemedelslistan samt i patientjournalen. Ordinationen ska med fördel dokumenteras under tillfälliga anteckningar och innehålla:
 - läkemedelsnamn eller aktiv substans,
 - läkemedelsform,
 - läkemedlets styrka,
 - dosering,
 - administreringssätt,
 - administreringstillfällen,
 - ordinationsorsak
 - läkemedelsbehandlings längd,
 - när och hur läkemedelsbehandlingen ska följas upp eller avslutas,
 - i förekommande fall, anledningen till att läkemedlet inte får bytas ut mot ett likvärdigt läkemedel, och
 - sådana övriga uppgifter som behövs för en säker hantering av läkemedlet,
 - namn på den som ordinerat läkemedlet,
 - tidpunkten för ordinationen (datum och klockslag),
 - Signatur av sjuksköterskan som mottog ordinationen
- Kopiera läkemedelslistan med den muntliga ordinationen och placera kopian i patientens läkemedelsskåp. Originalet ska sedan sparas för arkivering enligt rutin.
- Sjuksköterskan ansvarar för att informera den patientansvarige läkaren om telefonordinationen.

Utbyte av ordinerat läkemedel till ett generiskt läkemedel

Enligt lagen om läkemedelsförmåner är det möjligt att byta ut ordinerade läkemedel mot den mest kostnadseffektiva generiska motsvarigheten som finns på apoteket. Det är vårdgivaren som ansvarar för att informera patienten om att ett läkemedel kan bytas ut mot ett generiskt preparat.

Läkemedlen kan ha olika namn, utseende och förpackning men innehåller samma verksamma substans och har samma effekt. Apoteket är skyldigt att informera patienterna när deras ordinerade läkemedel ersätts med ett generiskt preparat. Om ytterligare information om hur generikan ska hanteras krävs, ska sjuksköterskan säkerställa att det kommuniceras till berörd

personalgrupp.

När ett generiskt preparat ska överlämnas till patientens läkemedelsskåp ska det tydligt framgå i MCSS Appva. Detta görs genom att öppna aktuell signeringslista och avsluta den pågående ordinationen, och därefter skapa en ny där det generiska läkemedelsnamnet framgår. Ett undantag är när det generiska läkemedlet behöver iordningsställas, exempelvis i en dosett, då ska ändringen istället framgå på baksidan av dosetten. Om det endast finns några tabletter/kapslar kvar när sjuksköterskan iordningsställer dosetten och den nya förpackningen som levererats är ett generiskt preparat, ska hela dosen tas från den nya förpackningen.

Ordination enligt generella direktiv

Regionen har beslutat om personer som är inskrivna i hemsjukvården kan få tillgång till utvalda läkemedel som får ges enligt ett generellt direktiv efter att sjuksköterskan gjort en behovsbedömning. De utvalda läkemedlen får endast ges vid de tillstånd som överensstämmer med indikationen som är beskriven i [Läkemedelshantering i samverkan och läkemedelslistor 1, 2, 3](#). Sjuksköterskan ska alltid dokumentera sin bedömning och den givna dosen samt resultatet och utvärdering i patientjournalen. Ansvarig läkare ska informeras.

Tillfälliga anteckningar

På receptutskriften från pascal som hanteras som läkemedelslista finns en rubrik som heter tillfälliga anteckningar längst bak. Den är till för att sjuksköterskan ska kunna specificera ordinationer eller skriva ner exempelvis en telefonordination från en läkare. Som exempel, läkaren har ordinerat 10-30 ml Laktulos dagligen. Här ska sjuksköterskan då skriva, se tillfälliga anteckningar vid ordinationen och sedan specificera ordinationen under rubriken tillfälliga anteckningar.

Om läkemedelslistan i pascal inte används som originalhandling kan ovanstående dokumenteras på lämpligt ställe på aktuell läkemedelslista istället.

Iordningställande av läkemedel

Iordningställande av läkemedel i exempelvis en dosett/läkemedelskopp är en hälso- och sjukvårdsuppgift och ska utföras av en sjuksköterska. Ett iordningställande kan inte delegeras. Läkemedel som iordningsställs men som inte omedelbart administreras eller överlämnas till en patient ska märkas med:

- patientens identitet (namn och personnummer),
- läkemedelsnamn eller aktiv substans,
- läkemedlets styrka,
- tidpunkten för iordningställandet,
- tidpunkten för administreringen eller överlämnandet,
- Vem som har iordningställt läkemedlet, och
- Sådana övriga uppgifter som behövs för en säker hantering av läkemedlet.

Sjuksköterskan som har iordningställt läkemedel ansvarar för att de iordningställda doserna överensstämmer med patientens ordinerade läkemedel. Att iordningställande av läkemedel är utfört ska dokumenteras i patientjournalen av sjuksköterskan som utfört uppgiften.

Sjuksköterskan är även ansvarig för att vid iordningställandet utföra en rimlighetsbedömning.

Dosdispenserade läkemedel

Dosdispenserade läkemedel är förpackade i dospåsar, där varje påse innehåller de läkemedel som ska tas vid ett och samma tillfälle. Dosapoteket ansvarar för de läkemedel som dispenserats i påsen till dess att förpackningen bryts. När förpackningen öppnas övergår ansvaret för innehållet i förpackningen till den person som öppnat dospåsen. Detta innebär att administreringen av läkemedelsdosen ska ske i omedelbar anslutning till öppnandet av dospåsen. Tomma dospåsar kasseras i respektive patientens brännbara sopor.

Om fel upptäcks i en dosdispenserad påse ska detta omgående meddelas Apotekstjänst direkt via deras [avvikelseformulär](#) av tjänstgörande sjuksköterska. Kopia ska sedan skickas till MAS.

Läkemedel som inte går att dispensera i dospåsar, exempelvis flytande läkemedel, salvor och vissa tabletter/ kapslar som exempelvis är känsliga för ljus eller fukt, levereras i originalförpackningar.

Iordningsställande vid ordinationsförändringar av dosdispenserade läkemedel

Vid dosminskning, dosökning, utsättande eller insättande av nytt läkemedel ska läkaren bedöma om det är en akut insättning eller om det är möjligt att ordinationsförändringen kan genomföras i samband med nästkommande ordinarie dispenserade dosrulle. Detta är att föredra framför akuta beställningar med tanke på patientens kostnader för nya dospåsar/förpackningar, miljön samt verksamhetens leveranskostnader. Läkaren ska därför bedöma hur snabbt den nya ordinationen ska verkställas. Här finns också en möjlighet att beställa separata extradoser tills ordinationen kan göras i ordinarie dos.

Sjuksköterskan ansvarar för att läkemedlet beställs/ hämtas från apoteket. Till dess den nya ordinationen levereras från dosapoteket ska sjuksköterskan iordningsställa patientens läkemedel i en dosett.

Iordningsställande av tillfälliga läkemedelsbehandlingar

Vid iordningställandet av enstaka läkemedelsbehandlingar exempelvis antibiotika som överstiger en vecka ska alltid den sjuksköterska som tar emot ordinationen ansvara för att hela läkemedelskuren dispenserar i separat dosett/er. Längre kurer än 14 dagar kan dosdispenserar via Pascal. Vid akuta nya insättningar och dosökningar har sjuksköterskan möjlighet att ta tilläggsmedicinering från akut förrådet enligt Lista 2 och 3 i [Läkemedelshantering i samverkan och läkemedelslistor 1, 2, 3](#) för att kunna påbörja behandling innan ordinerat läkemedel kan hämtas ut på apoteket alternativt levereras från apotekstjänst. Observera dock att *kortare* antibiotikakurer alltid ska tas från akut förrådet av sjuksköterska och personbundet behöver därför inte beställas hem.

Dosett

Läkemedel ska dispenserar i dosett för en vecka i taget. Den som iordningsställer dosetten ansvarar för innehållet och att dosetten är märkt med korrekt uppgifter (se ovan under rubriken iordningställande av läkemedel).

Vid behovs läkemedel

Ska iordningställas i läkemedelspåse och märkas upp enligt rutin. Det får läggas ut vid behovs läkemedel för max 2 veckor, efter detta kan inte hållbarheten säkerställas. Narkotiska vid behovs läkemedel får läggas ut för max 3 dagar.

Flytande läkemedel

Flytande läkemedel ska iordningställas i så nära anslutning till dosens administrering som möjligt. Om administreringen av dosen inte sker omedelbart måste läkemedelskoppen märkas med korrekt uppgifter (se ovan under rubriken iordningställande av läkemedel).

Vissa läkemedel ska av olika anledningar inte iordningsställas i plastbehållare under längre tid, exempelvis Heminevrin. Vid dessa tillfällen ska iordningställandet av läkemedlet ske i så nära anslutning till administrationstillfället som möjligt för att kontakttiden med plast ska vara så kort som möjligt.

Helförpackningar

Brytdatum ska alltid skrivas på förpackningen och på andra läkemedel som ex insulinpennor, ögondroppar, krämer osv.

Injektion/infusion

Injektioner/infusioner ska iordningställas i så nära anslutning till dosens administrering som möjligt. Infusionspåsen ska märkas med:

- Patientens namn och personnummer
- Läkemedelsnamn eller aktiv substans
- Läkemedelsform
- Läkemedlets styrka
- Dosering i volym
- Eventuella läkemedel/ tillsatser med styrkor och tillsatt volym
- Administreringssätt
- Administreringstillfälle (datum, klockslag)
- Infusionstid
- Signatur

Vid antibiotikabehandling i infusion/injektionsform ska ansvarig läkare alltid genomföra en individuell riskbedömning där risker ska resultera i åtgärder för att uppgiften ska kunna utföras på ett tryggt och säkert sätt. Infusionspump/droppräknare ska användas för att säkra administreringen av läkemedlet.

Läkemedel i sond/PEG

Läkemedel som ska tillföras via sond behöver vara krossade alternativt vara i flytande form. Diskutera alltid beredningsform med ansvarig läkare. Om ett läkemedel måste krossas ska de krossas separat från varandra och även administreras separat. Efter varje läkemedel ska krossen rengöras och sonden spolats med 5-10 ml vatten. Tillförseln avslutas med att spola igenom sonden med 20-50 ml vatten. Mängden vatten behöver anpassas efter sondens storlek och längd men även hänsyn till om patienten exempelvis har restriktioner avseende

vätskeintag. Vattnet ska räknas med i den totala mängden vätska som personen ska inta per dygn.

Waran

Waran iordningsställs enligt ordinationsunderlag från Journalia i en enskild dosett. Iordningställd dosett dokumenteras sedan i patientjournalen av sjuksköterskan som utfört uppgiften.

På samverkanswebben finns ViS-dokumentet [Läkemedelshantering i samverkan och läkemedelslistor 1, 2, 3](#) som beskriver hur behandling och hanteringen/ samverkan avseende Waran i kommunal hälso- och sjukvård ska ske.

Insulin

Sjuksköterskan ansvarar för att iordningsställa insulin. Insulinpennan ska märkas med namn, personnummer, brytningsdatum och signatur. Insulin ska förvaras i kylskåp tills brytning sker pennan kan sedan förvaras 30 dagar i rumstemperatur.

Säkerställa beställning av patientens läkemedel

Den sjuksköterska som dispenserar läkemedlen ansvarar för att läkemedel beställs när patientens läkemedel håller på att ta slut. Ansvarig läkare ansvarar för att ordinationen förnyas. I de fall sjuksköterskan delegerat administrering av läkemedel är sjuksköterskan fortfarande ansvarig för att läkemedel beställs hem i tid. Hur detta säkerställs ska framgå av den lokala läkemedelsrutinen.

Leverans av läkemedel

Transporten av läkemedel ska ske på ett säkert och ändamålsenligt sätt. Tjänstgörande sjuksköterska, eller av denne utsedd person, ska alltid kvittera och kontrollera antalet kolli mot leveranssedeln och att plomberingen är obruten. Förfarandet ska finnas nedtecknat i en lokal rutin.

Mottagande av läkemedel

Mottagande av dosleverans

Sjuksköterskan, eller av denne annan utsedd person, ska ta emot och kvittera leveransen samt säkerställa förvaringen av läkemedlen. Hur mottagande av leveranserna sker ska beskrivas i den lokala läkemedelsrutinen.

Sjuksköterskan ska kontrollera att eventuella ordinationsändringar är införda på den nya läkemedelslistan och att innehållet i dospåsarna överensstämmer med ordinationen och eventuell ändring. Detta ska göras genom att alltid kontrollera dosrullens dospåsar det första dygnet och jämföra detta med den aktuella läkemedelslistan. Kontrollen ska dokumenteras i patientjournalen.

Hämta läkemedel på apotek

För att en vård- och omsorgsenhet ska kunna utföra apoteksärenden åt enskilda patienter behöver enheten registreras som fullmaktstagare i E-hälsomyndighetens register. Detta görs genom att verksamhetsansvarig chef fyller i blanketten Vård- och omsorgsenhet – Anställdas behörigheter för apoteksärenden och lämnar till närmaste apotek. På blanketten ska det framgå vilka medarbetare på enheten som har fullmakt, den är sedan som längst giltig i fyra år.

För att vårdenheten ska kunna hantera enskilda patienters apoteksärenden krävs, utöver ovanstående, att patienten fyllt i blanketten Fullmakt för apoteksärenden och lämnar den till apoteket där enheten är registrerad som fullmaktstagare.

Medarbetare som utför apoteksärenden ska säkerställa att det som lämnats ut från apoteket förvaras oåtkomligt för obehöriga, vilket också omfattar att skydda patienters personuppgifter. I fall där annan person än sjuksköterska utför apoteksärenden ska uthämtade läkemedel levereras direkt till sjuksköterska som säkerställer korrekt leverans genom att jämföra uthämtade läkemedel mot beställningen och därefter säkerställa förvaringen. Om narkotika hämtas ut ska dessa snarast signeras in i förbrukningsjournalen.

Hur fullmakter och apoteksärenden ska hanteras på respektive enhet ska framgå av den lokala rutinen.

Utlämnande av dosdispenserade läkemedel alternativt dosett inom särskilt alternativt ordinärt boende

Särskilda boendeenheter

Ansvar för att lägga ut dosdispenserade läkemedel alternativt dosetter till patienter är en hälso- och sjukvårdsuppgift och ska alltid utföras av en sjuksköterska. Det omfattar också att ansvara för att läkemedlen lämnas ut till rätt patient och att uppgiften dokumenteras i patientjournalen.

Ordinärt boende

Ansvar är densamma som vid särskilda boendeenheter, däremot kan sjuksköterskan göra en så kallad arbetsfördelning till delegerad personal i ordinärt boende. Det innebär att sjuksköterskan fortfarande har ansvaret men själva utlämnandet utförs av delegerad personal. Om arbetsfördelningen utnyttjas ska aktuella läkemedel kvitteras ut hos sjuksköterska samt kvitteras in när läkemedlen levererats till patientens bostad. Kvittenserna sker i MCSS Appva.

Läkemedel som patienten har med sig till den särskilda boendeenheten

När en patient flyttar in eller korttidsvårdas på ett särskilt boende ska de ha med sig sina läkemedel i originalförpackningar och en aktuell läkemedelslista. När patienten har med sig tidigare iordningställda dosetter ska sjuksköterskan kassera dessa läkemedel. Undantag kan finnas, exempelvis om en patient förflyttas inom organisationen. PAS har dock alltid ansvar för att säkerställa att den iordningsställda dosetten överensstämmer med läkemedelslistan. Vid tveksamhet ska alltid en ny dosett iordningsställas. Obrutna dospåsar kan dock användas.

Sjuksköterskan som iordningsställer läkemedelsdoser ansvarar för att rätt läkemedel iordningsställs i dosetten. För att detta ska kunna säkerställas ska sjuksköterskan alltid

iordningsställa läkemedel från en originalförpackning och med aktuell läkemedelslista som kontrollunderlag.

Administrering av läkemedel

Att administrera läkemedel är en hälso- och sjukvårdsuppgift och ska utföras av en sjuksköterska samt ske enligt ordinationshandlingen. Om det är förenat med god och säker vård får administrering av vissa läkemedel delegeras till reellt kompetent personal. Vad som får delegeras och hur det ska gå till beskrivs i Riktlinjen *Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter*.

Överlämning och administrering av läkemedel till patient

Den som administrerar eller överlämnar ett läkemedel till en patient ska mot den dokumenterade ordinationen kontrollera:

- patientens identitet (namn och personnummer)
- läkemedelsnamn och aktiv substans
- läkemedelsform
- läkemedlets styrka
- dosering
- administreringssätt
- administreringstillfällen

För att eliminera risken för förväxling av person ska överlämning och/eller administreringen av läkemedel i första hand ske i patientens egen bostad.

Krossa läkemedel

Läkemedel får endast krossas i undantagsfall och det är alltid en läkare i första hand som ska besluta om ett läkemedel kan krossas eller inte. Om en patient har svårt att svälja hela tabletter bör i första hand en annan beredningsform ordinerats exempelvis flytande, suppositorier eller pulver. När det inte finns annat alternativ än att krossa läkemedel ska region Skånes [Stöd vid läkemedelshanterings](#) app användas alternativt apotekare tillfrågas för att inhämta information avseende vilka läkemedel som kan krossas. Om beslutet tagits av en läkare ska detta tydligt framgå i patientjournalen.

När läkemedel måste krossas ska de krossas separat från varandra i en tablettkross och administreras separat med riklig mängd vätska. Tablettkrossaren ska rengöras efter varje läkemedel.

Ordnationen ska dokumenteras på läkemedelslistan och i patientensjournal. I journalen ska hänvisning ges till var information inhämtas om att läkemedlet kan krossas, exempelvis genom appen [Stöd vid läkemedelshantering](#) eller via apotekare alternativt läkare.

Syrgas/oxygen behandling

Syrgas klassas som läkemedel och ska ordinerats av en läkare. Vid långtidsbehandling ska läkare med specialistkompetens inom lungmedicin ordina syrgasbehandlingen.

Ordnationen skrivs på särskilt ordinationsunderlag. Ordinationen ska omfatta dos (som oftast anges i liter/minut), administrationssätt och planerad behandlingstid. Om det finns behov av

syrgas för transport av patienten ordineras det i form av tuber. Hanteringen av syrgasbehandling ska vara beskrivet i den lokala läkemedelsrutinen.

Regionen ansvarar för att ordinera och tillhandahålla syrgas. Syrgas ingår inte som läkemedel i akut- och buffertförråd som bekostas av Regionen.

När syrgasen inte används ska den vara avstängd. Rökning eller tända ljus får inte förekomma i rum där syrgas används. Ingen salva eller kräm får komma i kontakt med syrgasutrustningen.

Finns syrgasbehållare på vård- och omsorgsboendet skall detta markeras med en varningsskylt på ytterdörren till boendet samt på dörren till rummet där syrgasbehållare förvaras. Varningsskyltar behöver inte sättas upp om patienten har oxygenkoncentrator.

Oxygenkoncentrator/Syrgaskoncentrator

En oxygenkoncentrator omvandlar rumsluft till syrgas. Används oxygenkoncentrator ska tillverkarens rekommendationer gällande placering och skötsel följas. All personal måste veta vilken typ av oxygenkoncentrator som används i varje enskilt fall. Patientens eventuella behov av och möjlighet att få en alternativ oxygengkälla vid till exempel ett strömavbrott ska vara utrett och åtgärdat.

En oxygenkoncentrator är en medicinteknisk utrustning. Det betyder att den som har ansvar för utrustningen även ansvarar för förebyggande underhåll och kontroll. Lokal rutin ska finnas.

Oxygendosering med särskild försiktighet

Patienter med avancerad KOL eller med nedsatt andningsförmåga på grund av grav fetma, deformerad bröstorg till exempel grav skolios, neurologisk sjukdom eller (läkemedels)förgiftning kan ha koldioxidretention. Dessa patienter löper risk att utveckla höga koldioxidvärden vid minsta överdosering av oxygentillförseln. En medicinsks vårdplanering eller SIP ska vara gjord och ligga till grund för vården.

Vaccin

Covid, influensa- och pneumokock vaccinationer kan utföras av en formellt och reellt kompetent sjuksköterska. När sjuksköterskan enbart har reell kompetens skall uppgifter delegeras av ansvarig läkare. Allt detta under förutsättning att sjuksköterskan i övrigt bedöms lämplig av den för verksamheten ansvarige läkaren samt att det finns den utrustning som krävs för att förebygga och ha beredskap för att behandla överkänslighetsreaktioner.

Naturläkemedel/ Växtbaserade läkemedel

Naturläkemedel är läkemedel vars verksamma beståndsdelar utgörs av en djurdel, växtedel, bakteriekultur, mineral, salt eller saltlösning. Beståndsdelarna får inte vara alltför bearbetade. Hälso- och sjukvårdspersonalen får inte administrera naturläkemedel som inte är vetenskapligt beprövade. Sjuksköterskan får endast administrera naturläkemedel som är godkända som läkemedel, är ordinerade av läkare och framgår på läkemedelslistan. Naturläkemedel ska journalföras på läkemedelslistan på samma sätt som andra läkemedel och signeras av läkaren.

Depotplåster

Höga halter av läkemedlet finns kvar i plåstret även efter användning därför måste alltid föregående depotplåster tas bort innan ett nytt appliceras.

Depotplåster som delats, klippts itu eller skadats på något sätt ska inte användas.

Ett nytt depotplåster ska appliceras på en annan hudyta efter att det föregående depotplåstret tagits bort. Det måste gå flera dagar innan ett nytt depotplåster kan appliceras på samma hudyta. Depotplåster ska appliceras direkt efter att det tagits ut ur den förseglade förpackningen. Undvik att beröra depotplåstrets vidhäftande sida. Använd handskar.

Depotplåster överlämnas och appliceras efter kontroll mot läkemedelslista. Depotplåster appliceras i patientens lägenhet med kontroll av patientens identitet, rätt tidsintervall, rätt läkemedel. Använda plåster ska lämnas till ansvarig sjuksköterska för kassering och kontrollräkning.

Av miljö- och säkerhetsskäl ska använda plåster, liksom överblivna och för gamla plåster, lämnas till apotek för omhändertagande. Använda läkemedelsplåster innehåller rester av läkemedel och är därför miljöfarliga och stöldbegärliga. All avräkning av använda plåster dokumenteras av sjuksköterska i narkotikajournal. Sjuksköterska ska kontrollräkna använda plåster och samla in dessa för läkemedelskassation.

Förbrukade plåster returneras till apotek i särskild avsedd behållare av sjuksköterska.

När patienten har mer än ett depotplåster eller olika styrkor på plåstren är det inte lämpligt att sjuksköterskan delegerar uppgiften.

Cytostatika

Med anledning att det finns arbetsmiljörisker i samband med hantering av cytostatika har Arbetsmiljöverket utfärdat föreskriften AFS 2005:5 Cytostatika och andra läkemedel med bestående toxisk effekt. Föreskriften ställer krav på arbetsmiljöåtgärder för att skydda personal från att drabbas av hälsorisker i samband med hantering av läkemedel som tillhör ovanstående.

Gravida och ammande

För gravida och ammande arbetstagare finns arbetsmiljöverkets riskbedömning i föreskriften för gravida AFS 2007:5. Personal som är gravid eller ammande ska meddela detta till arbetsledningen. Rekommendationen är dock att gravida inte ska komma i kontakt med cytostatika på grund av dess potentiella risker.

Riskbedömning

För att en enhet ska få hantera och/ eller behandla patienter med cytostatika ska det först utföras en riskbedömning som ska dokumenteras och förnyas om arbetsförhållandena ändras.

Behörighet och utbildning

- Endast behörig och utbildad personal får hantera cytostatika.
- Enhetschef ska säkerställa att rätt kompetens finns och annars se till att berörd personal erhåller lämplig utbildning.

Personlig skyddsutrustning

Använd alltid personlig skyddsutrustning vid hantering av cytostatika, inklusive:

- Använd handskar av nitrilmaterial för att minimera risk för hudkontakt.
- Vid risk för skvätt och stänk mot ansiktet, använd skyddsglasögon eller visir.
- Använd ett engångsförkläde med långa ärmar vid hantering av mixturer, injektioner, infusioner och vid kontakt med utsöndringar.

Hantering av cytostatika

- Använd i första hand endos-system.
- Cytostatika godkända nitrilhandskar ska alltid användas vid kontakt med perorala cytostatika. Engångs sked kan användas vid uttag ur burk.
- Använd inte en förpackning där det finns synligt pulverdamm bland tabletterna.
- Kapslar eller tabletter får inte delas, krossas eller blandas med vätska.
- Perorala cytostatika ska förvaras i läkemedelsrummet.
- Ta reda på om cytostatika tabletten/kapseln ska tas fastande eller inte
- Tabletter och kapslar ska sväljas med riklig mängd vätska så de inte fastnar i matstruben.
- Vid intravenösa infusioner och injektioner ska läkemedlet vara iordningsställt från leverantör eller apoteket och ett slutet system ska användas.

Dokumentation

- Dokumentera noggrant alla steg i hanteringen enligt föreskrifter och rutiner.
- Vid tveksamhet eller händelser, rapportera till ansvarig personal och dokumentera händelsen.

Avfall

Det ska finnas skriftliga instruktioner för uppsamling av avfall, spill och utsöndringar från patienter.

- Vid kontakt med utsöndringar/kroppsvätskor ska alltid basala hygienrutiner tillämpas.
- Avfall som uppstår vid hantering eller vid kontakt med cytostatika behandlad patient är riskavfall.
- Omhändertagande av cytostatika kontaminerat avfall ska ske på sådant sätt, att personal och omgivning i alla hanteringsled skyddas från exponering.
- Vid all hantering av cytostatikakontaminerat avfall/riskavfall ska utrustning som snabbt innesluter riskavfallet användas.
- Allt cytostatikakontaminerat material (även skärande/stickande) som använts, kasseras i riskavfallsbehållare, som märks med etikett.
- Behållare ska hållas förslutna så att avdunstning och damm inte kommer ut i rumsluften.

Omhändertagande av utsöndringar

Cytostatika kan utsöndras flera dagar efter det att läkemedlet givits. Olika medel har olika utsöndringstid. Urin, avföring, kräkningar, blod och svett kan innehålla läkemedel i flera dagar. En del läkemedel och/eller verksamma rester av dessa kan utsöndras hos patienter mer än fem dygn efter behandlingen, därför ska utsöndringstiden av cytotatika kontrolleras genom vad som står skrivet i FASS, i cytotatika manualer eller i särskilda broschyrer från läkemedelstillverkarna. Generellt betraktas cytotatika utsöndras sju dygn efter given cytotatikabehandling.

Under utsöndringstiden gäller följande:

- Basala hygienrutiner
- Använd skyddsrock med mudd och cytotatika godkända nitrilhandskar vid omhändertagande av utsöndringar. Om vårdtagarbunden skyddsrock med mudd används ska den bytas dagligen eller om den blir våt eller synligt förorenad. Det går också bra att använda långärmad engångs plastförkläde.
- Om urin samlas i flaska eller bäcken ska lock användas. Låt urinen svalna på grund av att varm urin förångas mer. Håll därefter urinen försiktigt i spoldesinfektorn eller i toaletten och fäll ned locket vid spolning för att undvika stänk.
- Bäcknen och urinflaska bör rengöras och desinfekteras i spol- och diskdesinfektor alternativt genom manuell desinfektering.
- Urin i urinpåsar kan slängas direkt i farligt avfall utan att tömmas. Använd inte tömningsbara urinpåsar.
- Använda inkontinensskydd läggs i plastpåse som försluts. Därefter kasseras den i farligt avfall.
- Omhändertar flergångsmaterial och desinfektera i disk- eller spoldesinfektor.
- Omhändertar engångsmaterial som farligt avfall. Förslut avfallet i plastpåse och lägg i farligt avfall. Märk förpackningen med "Farligt avfall" och "Cytostatikaavfall".

Spill av kroppsvätskor på ytor och föremål

Torka genast upp eventuellt spill och rengör ytan noggrant. Torka utifrån och in för att minska ytan som kontaminerats. Använd engångsmaterial att torka upp med. Använt engångsmaterial läggs därefter i en plastpåse som försluts innan det kasseras bland hushållsavfall. Punktdesinfektion ska utföras efter rengöring.

Tvätthantering

Tvätten klassificeras som risktvätt om tvätt förorenats av större mängd utsöndring inom sju dygn efter att cytotatika givits. Om tvätten är förorenad (dvs. innehåller urin, kräkning, avföring, riklig svettning) använd skyddsrock och handskar. Textilier som förorenats byts omedelbart och tvättas omedelbart i tvättmaskin. I fall där detta inte går ska textilierna förslutas i en plastpåse fram till dess att tvätt kan ske. Tvätten som har förorenats tvättas separat.

Vid bäddning och omhändertagande av sängkläder ska arbete ske på sådant sätt att sängkläder inte skakas.

Signeringslistor

Signeringslista – Överlämna eller administrera läkemedel

Signeringslistan är en journalhandling där administrerade alternativt överlämnade läkemedel ska signeras. Om hälso- och sjukvården tagit över läkemedelshanteringen för en patient ska det finnas en signeringslista. Sjuksköterskan är ansvarig för att dokumentera samtliga uppgifter på signeringslistan som exempelvis dispenseringsystem, läkemedelsnamn vid fall det tas ur originalförpackning, administreringssätt samt tidpunkter. Observera att läkemedelsnamn ska ändras på signeringslistan om patienten erhållit ett generiskt läkemedel. Inga ordinationer ska dokumenteras på signeringslistan.

Innan läkemedlet administreras till patienten ska alltid instruktionen läsas på signeringslistan och jämföras med aktuell läkemedelslista. Ordinerade läkemedel som exempelvis dospåsar, dosett, flytande, laxantia och ögondroppar ska signeras separat på signeringslistan. Signering ska ske omedelbart efter det att läkemedlen administrerats, alternativt överlämnats. Separata signeringslistor finns för insulin och vid behovs ordinerade läkemedel.

Signeringslista - insulin

En särskild signeringslista för insulin ska upprättas i MCSS Appva. På signeringslistan ska det tydligt framgå vilket insulin som ska administreras och om det finns särskilda instruktioner som inte framgår av ordinationen på läkemedelslistan. Ordinationen ska inte framgå på signeringslistan utan ska alltid hänvisas till läkemedelslistan. Delegerad personal ska dokumentera den givna dosen samt signera i MCSS Appva.

Vid fall där MCSS Appva inte kan användas ska en signeringslista för insulin och blodsocker upprättas för varje insulinsort. Om det finns flera listor till samma patient ska listan där blodsocker ska antecknas vara tydligt markerat. På signeringslistan ska det framgå namn och personnummer, år och månad, insulinsort samt var insulinet ska ges. Delegerad personal ska sedan notera datum och tidpunkt, given dos samt en signatur.

Signeringslista – vid behov

En särskild signeringslista ska upprättas för vid behovs ordinationer i MCSS Appva. På signeringslistan ska det tydligt framgå vilka vid behovs ordinationer som kan administreras efter kontakt med sjuksköterska, samt om det finns särskilda instruktioner som inte framgår av ordinationen på läkemedelslistan. Ordinationen ska inte framgå utan ska alltid framgå av läkemedelslistan. Delegerad personal ska dokumentera den givna dosen och därefter signera. En utvärdering av den givna dosen ska dokumenteras i patientjournalen.

I fall där MCSS Appva inte kan användas ska vid behovs ordinationer signeras på en separat lista. Det ska finnas en lista per vid behovs ordination. På listan ska framgå enhet/avdelning, namn och personnummer, läkemedel, styrka, beredningsform samt insättningsdatum och indikation för läkemedlet. Delegerad personal ska dokumentera datum, tid, tillförd eller uttagen mängd samt behållning, orsak och signatur. Vidare ska en utvärdering av den givna dosen dokumenteras och signeras.

Uppföljning av signeringslistorna

Sjuksköterskan ska med regelbundenhet följa upp att patienten har fått sina ordinerade

läkemedel genom att kontrollera att signeringslistorna är korrekt ifyllda.

Arkivering av signeringslistor utanför det digitala signeringsystemet

När signeringslistor utanför det digitala signeringsystemet MCSS Appva avslutats ska de bifogas den befintliga patientjournalen och arkiveras tillsammans med denna när patienten avslutas av hemsjukvården alternativt avlider.

Signaturförttydligande

Signaturförttydligande lista ska upprättas för att kunna säkerställa spårbarheten bland signeringar som inte utförs digitalt. Listan ska innehålla datum, befattning, namn och signatur. Sjuksköterskor som exempelvis signerar i förbrukningsjournal för narkotika i akutförrådet ska göra ett signaturförttydligande på avsedd lista.

Vid fall där signeringslistor används i pappersform ska personal som signerar på dessa också göra en signaturförttydligande på avsedd lista. Det ska då finnas en lista per patient. Vid arkivering av en patientakt ska signaturförttydligandelistorna kopieras och bifogas för att kunna säkerställa spårbarheten.

Förbrukningsjournal för narkotika

Narkotika och andra beroendeframkallande läkemedel ska dokumenteras i en särskild förbrukningsjournal. Detta gäller inte narkotiska läkemedel doserade i dospåsar. Det finns både individuella patientbundna förbrukningsjournaler som upprättas i MCSS Appva och en särskild för narkotika i akut förrådet.

Tjänstgörande sjuksköterska kontrollerar och dokumenterar tillförsel, uttag och kassation av narkotikan vid varje dispensererställe samt signerar i förbrukningsjournalen. Vid kassation av narkotikan ska alltid två sjuksköterskor signera i förbrukningsjournalen. När detta utförs i MCSS Appva ska dubbelsignering utföras via separata inlogg. Kontrollera alltid att saldot stämmer.

Tillförsel och uttag av narkotika från akut förråd ska dokumenteras i anvisad förbrukningsjournal. Den ska förvaras i akut förrådet. Vid tillförsel av narkotika ska mängden kontrolleras mot följesedeln och därefter dubbelsigneras.

Förvaring av läkemedel

Patienter som själva ansvarar för sina läkemedel ansvarar också för att dessa förvaras på ett säkert sätt. När hälso- och sjukvården övertagit ansvaret för läkemedelshanteringen ansvarar sjuksköterskan för att läkemedlen förvaras oåtkomligt för obehöriga. Detta gäller även nycklar och koder till läkemedelsförråd/ skåp. Hur detta ska säkerställas ska framgå i den lokala läkemedelsrutinen som ska finnas på respektive enhet.

Förvaring av läkemedel utanför förråd/skåp ska vara tydligt beskrivet i den lokala rutinen gällande vilka läkemedel det gäller ex olika ordinerade tandkrämer eller munskölj.

I utrymmen där läkemedel förvaras ska temperaturen kontrolleras och dokumenteras regelbundet. Läkemedel som ska förvaras i rumstemperatur ska förvaras i temperaturer mellan +15°C till + 25°C. Kontroll av rumstemperatur ska utföras minst en gång/ vecka men under sommarmånaderna ska daglig tempkontroll utföras. Kontrollen ska dokumenteras på avsedd blankett.

Läkemedelsförråd

Sjuksköterska ansvarar för förvaring av patienters läkemedel i originalförpackning/ helförpackning. Särskilda läkemedelsförråd för detta ska finnas i anslutning till sjuksköterskeexpeditionen. I dessa förråd ska respektive patients läkemedel förvaras i därtill avsedd back/låda uppmärkt med patientens namn och personnummer.

I läkemedelsförrådet ska det finnas en egenberedskap för läkemedel enligt [Socialstyrelsens rekommendationer](#). Hur detta ska säkerställas ska framgå av den lokala rutinen.

Akut förråd

Akut förråd är ett särskilt förråd med läkemedel för akuta situationer som tillhandahålls av regionen. Vilka läkemedel som ska finnas i akut förrådet finns beskrivet i Lista 1-3 i ViS-riktlinjen [Läkemedelshantering i samverkan och läkemedelslistor 1, 2, 3](#). Användningen av läkemedel från akut förråd får endast göras i enlighet med riktlinjen samt efter bedömning av sjuksköterska och/ eller läkarens ordination.

Det akuta förrådet ska vara placerat i sjuksköterskans läkemedelsförråd, men tydligt avskilt från personbundna läkemedel. Endast tjänstgörande sjuksköterska får ha tillgång till och hantera läkemedel från det akuta förrådet. Kontinuerlig genomgång av förrådet ska ske minst en gång i månaden för att säkerställa korrekt innehåll och ordning.

Läkemedelsskåp i den egna bostaden

När delegerad personal ansvarar för att administrera iordningsställda läkemedel samt iordningställa läkemedel som exempelvis tarmreglerande medel ska dessa förvaras i ett separat låst skåp som sjuksköterska och delegerad personal har tillgång till.

Sjuksköterskan ansvarar för läkemedelsskåpet och dess innehåll som att läkemedlen i skåpet ska finnas med på läkemedelslistan, att iordningställda doser utan blister kasseras om de inte använts inom fyra veckor från iordningsställandet samt att iordningställda doser i blisterförpackning märks upp med namn, personnummer, utgångsdatum samt batchnummer.

Läkemedelsförråd på dagverksamhet

På dagverksamhet ska de läkemedel som patienten har med sig förvaras i ett låsbart skåp som endast delegerad personal har tillgång till. Nyckeln ska förvaras säkert. I den lokala läkemedelsrutinen ska det vara beskrivet hur läkemedel ska transporteras till och från dagverksamheten samt hur läkemedelshanteringen där ska gå till.

Läkemedelskylskåp

Läkemedel som kräver kall förvaring (+2 - +8) ska förvaras i ett läkemedelskylskåp utrustat med termometer. Temperaturen ska kontrolleras med en mini max termometer minst 1 gång/vecka men under sommarmånaderna samt vaccinationssäsongen när vaccin förvaras i kylskåpet ska daglig tempkontroll utföras. Kontrollen ska dokumenteras på avsedd blankett. Frysack i kylskåpet rekommenderas inte men om det finns ska avfrostning göras vid behov. Temperaturen varierar mellan olika platser i kylskåpet. Exempelvis är placering i kylskåpsdörren inte lämplig eftersom temperaturen oftast är för hög för känsliga preparat (till exempel vacciner).

I läkemedelskylskåpet får endast läkemedel förvaras.

Läkemedel som kräver kall förvaring kan i vissa fall förvaras i rumstemperatur men då förändras hållbarhetstiden. Ta alltid kontakt med Apoteket om ni behöver förvara dessa läkemedel i rumstemperatur för besked om lämpligheten och hur lång hållbarhetstid som blir aktuell.

Kassation av läkemedel

Vid kassation ska avfallspåsar för läkemedelsavfall, plastflaskor och boxar från avtalad leverantör användas. Tabletter och kapslar från burk töms ur behållaren och burken återvinns därefter separat beroende på om det är glas eller plast. Blisterförpackade narkotiska läkemedel ska tryckas ur blisterförpackningen och kasseras i avfallspåsen, förpackningarna ska återvinnas. Dosdispenserade påsar, hela ampuller och krämer/salvor som innehåller läkemedel ska kasseras i läkemedelsbehållaren. Använda depoplåster ska samlas in av ansvarig sjuksköterska och efter kontroll omedelbart kasseras i avsedd behållare.

Läkemedel som ska kasseras lämnas till avtalad leverantör för destruktions. I de fall där det är patientbundna läkemedel får endast läkemedel där utgångsdatumet passerat kasseras om inte samtycke inhämtas avseende en annan hantering. För att underlätta hanteringen ska samtliga patienter där hälso- och sjukvården tagit över läkemedelsansvaret tillfrågas om samtycke att hälso- och sjukvården får kassera läkemedel vid utvalda situationer. I de fall där samtycke inhämtas ska det dokumenteras på blanketten som återfinns i *Bilaga 3 - Kassation av läkemedel* och förvaras i patientens journal. Samtycket kan även vara muntligt och ska då dokumenteras i patientjournalen. Patienten ska också informeras om att hen när som helst kan dra tillbaka sitt samtycke.

Hantering av läkemedel vid dödsfall

Läkemedel som utlämnats till patienten är dennes egendom. Vid dödsfall ingår patientens läkemedel i dödsboet. Gällande lagen om kontroll av narkotika får narkotika endast innehas av den som ordinerats narkotika av läkare. Sjuksköterskan ska upplysa de närstående om detta och i patientjournalen dokumentera vem som ansvarar för att de narkotiska läkemedlen kasseras enligt anvisning. Dödsbodelägarna ska enligt lag ombesörja att medicinerna som tillhört den avlidne alltid överlämnas till Apoteket för destruktions. Detta kan i överenskommelse med dödsboet hanteras av sjuksköterskan, detta ska då dokumenteras i patientjournal.

Rapportering av läkemedelsbiverkningar

Läkarna och sjuksköterskorna ska rapportera läkemedelsbiverkningar till Läkemedelsverket, även misstanke om biverkning ska rapporteras. Rapporteringen ska göras digitalt på [Läkemedelsverket – Misstänkt biverkning hos människa](#). Om en patient har skyddad identitet ska rapporten i stället ske på en pappersblankett som återfinns på samman sida.

Avvikelse rapportering

All personal ska kontakta sjuksköterska då fel eller brister uppstår i hanteringen av läkemedel, så att sjuksköterska kan vidta de åtgärder som krävs för att förhindra att en allvarlig situation uppstår. Detta ska även dokumenteras som en avvikelse i avvikelssystemet. Brister som identifierats ska rapporteras och utredas av berörd enhet. Allvarliga avvikelser ska alltid förmedlas till MAS omgående.

Läkemedelsgenomgång

Enkel läkemedelsgenomgång

En enkel läkemedelsgenomgång ska erbjudas patienter som är 75 år eller äldre och som är ordinerade minst fem läkemedel. Detta ska erbjudas i samband med att hemsjukvård påbörjas eller vid inflytt till särskilt boende. Därefter ska patienten, så länge patienten får vård av den kommunala hälso- och sjukvården, erbjudas en enkel läkemedelsgenomgång minst en gång per år. Sjuksköterskan ska initiera och förbereda läkemedelsgenomgången enligt ViS, bilaga 5 i [Läkarmedverkan i kommunal hemsjukvård i Uppsala län](#).

Vid en enkel läkemedelsgenomgång ska det med utgångspunkt i tillgänglig dokumentation och patientens egna uppgifter så långt som möjligt kartläggas:

1. Vilka läkemedel patienten är ordinerad och varför,
2. Vilka av dessa läkemedel patienten använder, samt
3. Vilka övriga läkemedel patienten använder.

Det är läkaren som genomför läkemedelsgenomgången och beslutar om när uppföljning ska ske.

Fördjupad läkemedelsgenomgång

En fördjupad läkemedelsgenomgång ska erbjudas till patienter som har fått en enkel läkemedelsgenomgång men som efter det har kvarstående eller misstänkta läkemedelsrelaterade problem. Här kan ansvarig läkare med fördel ta hjälp av en klinisk apotekare.

Vid en fördjupad läkemedelsgenomgång ska varje ordinerat läkemedel:

1. Kontrolleras att det finns en indikation för läkemedlet,
2. Behandlingseffekten värderas,
3. Bedömas hur doseringen av läkemedlet förhåller sig till patientens fysiologiska funktioner,

-
4. Utvärderas om läkemedlets biverkningar, risken för biverkningar eller risken för interaktioner är större än nyttan med läkemedlet, och
 5. Nyttan med läkemedlet i förhållande till patientens övriga läkemedel och behandlingar värderas.

Den fördjupade läkemedelsgenomgången ska alltid följas upp. Läkaren som genomfört läkemedelsgenomgången ansvarar för att ta ställning till när en uppföljning ska göras samt vem som ska ansvara för den.

Apotekare i primärvården

Region Uppsalas har en primärvårdsapotekare som utgår från vårdcentraler, Äldrevårdsenheten och NÄVA. De är en resurs för hela länets primärvårdsläkare, i offentlig såväl som privat regi, och fungerar som stöd vid läkemedelsgenomgångar för patienter i både ordinärt och särskilt boende. Arbetet kan ske på vårdcentralen, som distanskonsultation eller genom så kallade teamronder tillsammans med ansvarig läkare och sjuksköterska.

Kvalitetsgranskning

Kvalitetsgranskning över läkemedelshanteringen ska utföras en gång per år av en extern granskare. Vid tillfället ska verksamhetens chef samt läkemedelsansvarig sjuksköterska alltid delta. Därtill ska enhetschef för hemsjukvård delta i de fall hemsjukvården har hälso- och sjukvårdsansvaret på verksamheten. Efter granskningen upprättas en åtgärdsplan som MAS går igenom med samtliga verksamheter och där beslutas också vem som ansvarar för vilken åtgärd samt en tidsplan. MAS ansvarar för att följa upp åtgärdsplanen.

Referenser

Referenser AFS 2005:5 Cytostatika och andra läkemedel med bestående toxisk effekt, föreskrifter
Avvikelseformulär på apotekstjänst

Egenberedskap för läkemedel och medicintekniska produkter – Socialstyrelsens bedömning,
rekommendationer och planerade informationsinsats

Fullmakter för vård och apotek • E-hälsomyndigheten (ehalsomyndigheten.se)

Lag (1992:860) om kontroll av narkotika

Läkemedels lämplighet för enteral administrering

Läkemedelsformers lämplighet för enteral administrering

Läkemedelsgenomgång (Samverkanswebben, Region Uppsala)

Läkemedelsverket – Misstänkt biverkning hos människa

Läkemedelshantering i samverkan och läkemedelslistor 1, 2, 3

Läkarmedverkan i kommunal hemsjukvård i Uppsala län

Olämpliga läkemedel vid enteral administrering

Ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården – Handbok vid tillämpningen av
Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering
av läkemedel i hälso- och sjukvården Ordination och hantering av läkemedel via enteral infart
eller sond

Oxygenbehandling - Vårdhandboken (vardhandboken.se)

PHASE-20

PHASE-Proxy

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering
av läkemedel i hälso- och sjukvården

Socialstyrelsen: Vem får iordningsställa, administrera och överlämna läkemedel? Stöd vid
läkemedelshantering Så här fungerar fullmakt för apoteksärenden för din vård- och omsorgsenhet
(ehalsomyndigheten.se)

Tabell IV. Praktiskt tillvägagångssätt för olika läkemedelsformer vid iordningställande av
läkemedel, enligt beprövad erfarenhet.

Vårdhandboken- Cytostatika, cytotoxiska läkemedel

Bilaga 1 – Läkemedelsansvarig sjuksköterska/ersättare

Förnamn	Efternamn
Läkemedelsansvarig vid (ange enhetens namn)	

☐ Kryssa i om beslutet avser **ersättare** för ordinarie läkemedelsansvarig sjuksköterska

☐ Kryssa i om läkemedelsansvarig sjuksköterska/ersättare har behörighet att beställa i apoex

Ansaret omfattar att;

- Tillsammans med enhetschef besluta om en namngiven ersättare som kan utföra uppdraget vid frånvaro/semester
- Den lokala rutinen för läkemedelshantering upprättas, utvärderas och revideras samt tillsammans med verksamhetens chef göra den känd
- Tillsammans med verksamhetens chef följa upp att instruktionerna implementeras
- Säkerställa att ordning upprätthålls i läkemedelsförrådet enligt rutin, inklusive kontroll av temperatur och hållbarhetsdatum, genom att se till att dessa åtgärder genomförs
- Rekvirera läkemedel till akut förrådet via apoex eller alternativt säkerställa att nödvändiga läkemedel finns där genom att beställa läkemedel genom person som har behörighet till apoex
- Kassera inaktuella läkemedel i akutförrådet samt skicka in bilaga 4 kasserade läkemedel från generella förrådet från ViS-riktlinjen Läkemedelshantering i samverkan och lista 1,2,3 till MAS halvårsvis²
- Säkerställer att lista 1-3 är aktuella, byt ut vid uppdateringar
- Delge kollegor eventuella meddelanden från pascal och apoteket
- Samarbeta med MAS i frågor avseende läkemedelshantering
- Bidra med kvalitetsförbättring inom läkemedelshantering
- Medverka vid årlig kvalitetsgranskning

Jag är medveten om mitt yrkesansvar gentemot ovanstående nämnda arbetsuppgifter samt är förtrogen med innehållet i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37 och 2022:57) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården.

Datum	Underskrift uppdragstagare	
Datum	Underskrift MAS	Namnförtydligande

Originalen sparas på respektive enhet, kopia på beslutet skickas till MAS.

Bilaga 2 – Narkotikaansvarig sjuksköterska/ersättare

Förnamn	Efternamn
Läkemedelsansvarig vid (ange enhetens namn)	

☐ Kryssa i om beslutet avser **ersättare** för ordinarie narkotikaansvarig sjuksköterska

Ansaret omfattar att;

- Tillsammans med enhetschef besluta om en namngiven ersättare som kan utföra uppdraget vid frånvaro/semester
- Tillsammans med enhetschef göra uppdraget som narkotikaansvarig sjuksköterska känd
- Kontrollräkning sker minst 1 gång/månad eller enligt direktiv från MAS
- Kontrollera hållbarhetsdatum i samband med kontrollräkning
- Beslutade förbrukningsjournaler ska användas³
- Ta emot, utreda och skriva eventuella avvikelser gällande narkotikasvinn enligt särskild instruktion
- Beskriva eventuell avvikelse i förbrukningsjournalen samt "nolla" den efter utredning
- Säkerställa att avvikelse upprättas vid händelse av narkotikasvinn samt snarast meddela enhetschef och MAS
- Göra regelbundna stickprov av narkotikaklassade läkemedel som beställts till läkemedelsförrådet genom att jämföra uppgifter på inregistrerad narkotika med beställningar och följesedlar
- Meddela enhetschef att kontrollräkning är utförd enligt direktiv
- Säkerställa att avslutad förbrukningsjournal förvaras i läkemedelsförrådet i tre år och sedan kasseras

Jag är medveten om mitt yrkesansvar gentemot ovanstående nämnda arbetsuppgifter samt är förtrogen med innehållet i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37 och 2022:57) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården.

Datum	Underskrift uppdragstagare	
Datum	Underskrift MAS	Namnförtydligande

Originalen sparas på respektive enhet, kopia på beslutet skickas MAS.

³ Gäller både förbrukningsjournal i akut förrådet och patientbunden förbrukningsjournal

Bilaga 3 – Samtycke till kassation av läkemedel

Hemsjukvården ansvarar för att säkerställa en trygg och säker hantering av dina läkemedel inom den kommunala hälso- och sjukvården. En del av den hanteringen är att säkerställa att kassation av läkemedel sker på bästa sätt. För att sjuksköterskan ska kunna kassera dina läkemedel behöver vi ditt samtycke. Nedan beskrivs de situationer då kassation av dina läkemedel kan bli aktuellt:

Utgångsdatum: Sjuksköterskan kommer att kassera dina läkemedel när de har passerat utgångsdatum. Detta görs för att säkerställa effekten av läkemedlen. Läkemedelseffekten kan ha avtagit hos läkemedel som passerat sitt utgångsdatum.

Överflödiga läkemedel: Om din husläkare bedömer att du inte längre behöver vissa läkemedel, till exempel om du har fått dospåsar och har kvar hela förpackningar som du inte kommer att använda inom en överskådlig framtid, kommer sjuksköterskan att kassera dessa. Detta görs för att säkerställa att du har läkemedel som är anpassade för dina aktuella behov och för att minimera risken att läkemedel som inte är ordinerade ges.

Avslutade behandlingar: Om du avslutar en behandling och det inte är sannolikt att läkemedlet kommer att behövas igen inom en överskådlig framtid kommer sjuksköterskan att kassera läkemedlet. Detta görs för att undvika onödig förvaring av mediciner.

Genom att underteckna nedanstående samtycker jag till ovanstående hantering av mina läkemedel vid kassation.

Även muntligt samtycke gäller och ska dokumenteras in i patientjournalen.

Datum	Underskrift	Namnförtydligande

Observera att du alltid har rätt att när som helst ta tillbaka ditt samtycke genom att meddela sjuksköterskan.

Om du har några frågor eller funderingar är du välkommen att kontakta sjuksköterskan.

JOURNALHANDLING

Bilaga 4 – Instruktion för utredning vid narkotikasvinn

Syfte

Att tydliggöra vad som ska ingå i händelsebeskrivningen/ utredningen när en narkotikabrist registreras som en avvikelse samt vilka åtgärder som är lämpliga att vidta.

Genomförande

Personen som upptäcker narkotikasvinnet ska ta kontakt med narkotikaansvarig sjuksköterska på enheten som ansvarar för att påbörja utredning snarast möjligt. Den narkotikaansvariga sjuksköterskan håller i utredningen, ser till att en avvikelse upprättas och är den person som får göra en nollning i förbrukningsjournalen för narkotika.

Händelsebeskrivning

Nedanstående frågor ska besvaras i utredningen/ framgå i avvikelserna	Exempel
Preparat och styrka på det som saknas	Tablett Morfin 10 mg
När och hur det upptäcktes, datum	Kontrollräkning 2020-09-29
Brist i antal/ ml	5 tabletter
Var upptäcktes svinnet, i gemensamt läkemedelsförråd, patientens läkemedelsskåp i lägenheten, i patientens låda i ssk-expeditionen eller i det generella basförrådet?	I det gemensamma läkemedelsförrådet som delegerad personal har tillgång till.
Saknas det ur en dispenserad dospåse, vid behovs påse, dosett eller bruk/ kartong?	Vid behovs påse
När utfördes den senaste kontrollräkningen, datum, samt behållning?	2020-09-15, 10 stycken.
Eventuella otydligheter i narkotikajournalens dokumentation?	Det finns inget beskrivet om uttag under denna period i förbrukningsjournalen.
Vad framkommer vid kontroll av loggar?	Svårt att spåra eftersom det kan ha försvunnit under en två veckorsperiod. Olika delegerad personal har administrerat läkemedel till patienten och därmed loggat in i läkemedelsskåpet under denna tidsperiod.
Vad framkommer i patientjournalen?	Ingen dokumentation om uttag till dosett eller annat. Saknas dokumentation om att behov finns eller att kontakt med sjuksköterska tagits på grund av smärta och där bedömning gjorts att patienten är i behov av morfin.

Vad är den troliga orsaken till narkotikasvinnet?	Utredning visar att det inte är troligt att patienten erhållit läkemedlet, det rör sig därför sannolikt om ett narkotikasvinn.
---	--

Åtgärder

Direkta åtgärder för att undvika mer skada/ missförhållanden	Exempel
Läkemedelsförråd	Kontaktar MAS Kontrollräkning utökas
Hos patienten	Kontaktar MAS Minimera antal tabletter i patientens skåp/ det gemensamma läkemedelsförrådet som delegerad personal har tillgång till. Endast en dygnsdos får ligga ute istället för tre. Om ingen förbättring ses endast 1 tablett åt gången. Överväg om polisanmälan ska göras (görs i samråd med verksamhetsansvarig chef och MAS)



Delegationsordning för vård- och omsorgsnämnden

Antaget av	
Dnr	
Dokumentansvarig	



1. Innehåll

1. Innehåll.....	2
Delegerad beslutanderätt	4
Inledning	4
Syfte	4
Delegation och ansvar	4
Jäv.....	5
Beslut som inte får delegeras.....	5
Beslut som endast får delegeras till arbetsutskottet	6
Beslut i brådsakande ärenden.....	6
Kompletterande beslutanderätt.....	6
Extern delegering	7
Vidaredelegering av beslut	7
Ersättare för delegat.....	7
Verkställighetsbeslut	7
Anmälan av delegationsbeslut.....	8
Anmälan av beslut av ledamöter med kompletterande beslutanderätt	8
Förkortningar.....	8
1. Nämnd- och verksamhetsövergripande ärenden av administrativ och juridisk karaktär	10
1.1 Allmänna ärenden.....	10
1.2 Utlämnande av handlingar.....	10
1.3 Överklaganden, omprövningar och ombud	11
1.4 Yttranden	13
1.5 Hyror	15
1.6 Avtal	15
1.7 Ekonomi	15
1.8 Upphandling	16
1.9 Personal	16
1.10 GDPR	16
2. Anmälningsskyldig verksamhet (t.ex. lex Maria, lex Sarah mm).....	17
3. Gemensamma ärenden socialtjänsten.....	19
3.1 Överflyttning av ärende till annan kommun.....	19
3.2 Behandling av uppgifter	19
3.3 God man, förvaltare och målsägandebiträde	20
3.4 Samtycke	20
4. Barn och unga.....	21

4.2	Handläggning, allmänt	21
4.3	Öppenvård och öppna insatser.....	21
4.4	Kontaktperson och kontaktfamilj	22
4.5	Placering.....	23
4.6	Socialförsäkringsbalk (2010:110) och förordningar som hänvisar till den	25
4.7	Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU)	26
4.8	Lag om placering av barn i skyddat boende (LBSB)	30
5.	Familjerätt	31
5.2	Faderskap och föräldraskap	31
5.3	Adoption.....	32
5.4	Vårdnad, boende och umgänge	32
6.	Vuxen	34
6.1	Handläggning, allmänt	34
6.2	Insatser för ekonomiska behov/försörjningsstöd.....	34
6.3	Lag om mottagande av asylsökande (LMA)	35
6.4	Återkrav.....	35
6.5	Öppenvårdsinsatser	36
6.6	Kontaktperson och kontaktfamilj	36
6.7	Placering och boende.....	37
6.8	Lag om vård av missbrukare i vissa fall (LVM)	37
6.9	Dödsboanmälan	38
7.	Äldre och personer med funktionsnedsättning	39
7.1	Handläggning, allmänt	39
7.2	Boendestöd	39
7.3	Kontaktperson och kontaktfamilj	39
7.4	Hemtjänst.....	40
7.5	Boende och korttidsplats	41
7.6	Placering i HVB	42
7.7	Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)	42
7.8	Avgifter	45
8.	Färdtjänst och riksfärdtjänst	45
9.	Bostadsanpassningsbidrag.....	46
10.	Parkeringstillstånd	46
11.	Ärenden som handläggs av socialjour Uppsala	47
11.1	Barn och unga.....	47
11.2	Vuxen	47

Delegerad beslutanderätt

I delegationsordningen redogörs för vilka beslut vård- och omsorgsnämnden har delegerat och till vilken befattning. Syftet med att överlåta beslutsfattandet åt delegater är att vård- och omsorgsnämnden ska avlastas från rutinärenden. Istället ska vård- och omsorgsnämnden kunna ha fokus på sitt arbete med planering, målformulering, riktlinjer och övriga frågor av strategisk karaktär.

Delegerad beslutanderätt innebär att vård- och omsorgsnämnden uppdrar åt ett politiskt tillsatt utskott, eller åt förvaltningen att fatta beslut på nämndens vägnar i vissa ärenden eller ärendetyper. Beslut som fattas enligt denna delegationsordning är juridiskt nämndens egna beslut och kan överklagas.

Beslut som inte fattas av rätt delegat eller i strid med denna delegationsordning saknar laga verkan och är inte giltiga.

Respektive nämnds ansvarsområde och behörighet återfinns i Östhammars kommuns gemensamma reglemente för styrelse och nämnder.

Inledning

Enligt kommunallagen (2017:725) kan en nämnd överlåta rätten att ta beslut i vissa frågor till någon annan. Ett delegationsbeslut kännetecknas av att beslutsfattaren måste göra vissa självständiga överväganden och bedömningar. I delegationsordningen redogörs för vilka beslut nämnden har delegerat och till vilken befattning. Delegerad beslutanderätt innebär att nämnden uppdrar åt ett politiskt tillsatt utskott eller åt anställda i förvaltningen att fatta beslut på nämndens vägnar i vissa ärenden eller ärendetyper. Beslut som fattas enligt denna delegationsordning är juridiskt nämndens egna beslut och kan överklagas. Beslut som inte fattas av rätt delegat eller i strid med denna delegationsordning saknar laga verkan och är inte giltiga. Respektive nämnds uppdrag, ansvar och behörighet definieras i Reglemente för styrelse och nämnder.

Syfte

Syftet med att överlåta beslutsfattandet åt delegater är att nämnden ska avlastas från rutinärenden. Istället ska nämnden kunna ha fokus på frågor av strategisk karaktär.

Delegation och ansvar

Huvudregeln är att delegaten avgör ärendet. Vid tveksamhet kan alltid ärendet på delegatens initiativ överlämnas till nämnden för avgörande. Delegater har rätt att avstå från att fatta beslut. Ärendets avgörande ska då utan dröjsmål hänskjutas till närmast högre beslutsnivå. Ansvaret för beslut på tjänstemannanivå vilar alltid på en tjänsteman, den som fattat beslutet. Beslut som fattas på delegation är ett slutgiltigt beslut på nämndens vägnar. Det kan inte ändras annat än genom omprövning av delegaten själv eller genom överklagande där så är möjligt. Nämnden kan dock föregripa delegatens beslut i ett enskilt ärende genom att själv ta över beslutsfattandet i aktuellt ärende. Nämnden kan också om den finner anledning till det, återta rätten att fatta beslut på delegation. Vid förhinder för ordinarie delegat, och då beslut inte utan olägenhet kan uppskjutas, har förordnad vikarie, annan tjänsteperson med samma funktion eller överordnad tjänsteperson inom verksamhetsområdet rätt att fatta beslut i stället

för ordinarie delegat.

Jäv

Delegation får inte utövas i ärenden som berör beslutsfattarens egna personliga förhållanden eller där jäv kan anses föreligga enligt förvaltningslagen eller kommunallagen.

Beslut som inte får delegeras

I enlighet med kommunallagens 6 kapitel 38 § får beslutanderätten inte delegeras i följande slag av ärenden:

1. ärenden som avser verksamhetens mål, inriktning, omfattning eller kvalitet,
2. framställningar eller yttranden till fullmäktige liksom yttranden med anledning av att beslut av nämnden i dess helhet eller av fullmäktige har överklagats,
3. ärenden som rör myndighetsutövning mot enskilda, om de är av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt,
4. ärenden som väckts genom medborgarförslag och som lämnats över till nämnden, eller
5. ärenden som enligt lag eller annan författning inte får delegeras.

Beslutanderätten får inte heller delegeras till en automatiserad beslutsfunktion när det gäller

1. ärenden där beslut överklagas enligt bestämmelserna i 13 kap.,
2. ärenden där beslut enligt lag eller annan författning inte får överklagas,
3. ärenden om upphandling, eller
4. ärenden om valfrihetssystem.

Därutöver råder det förbud att delegera beslut i enlighet med 30 kap. 10 § SoL till arbetsutskottet och tjänstepersoner. Beslut i de ärendena måste fattas av vård- och omsorgsnämnden i sin helhet.

Lagrum	Beslut
2 kap. 3 § FB	Överflyttning/mottagande av faderskapsutredning
2 kap. 7 § FB	Beslut om att lägga ned faderskapsutredning
2 kap. 9 § 2 st. FB	Beslut om att inte påbörja eller lägga ned påbörjad faderskapsutredning
6 kap. 7 § FB	Överflyttning av vårdnad till särskilt förordnad vårdnadshavare där vårdnadshavaren brister i omsorgen
6 kap. 8 § FB	Överflyttning av vårdnad till särskilt förordnad vårdnadshavare för längre tids fostran i annat enskilt hem
6 kap. 8 a § FB	Överflyttning av vårdnad till särskilt förordnad vårdnadshavare då föräldrar är förhindrade att utöva vårdnaden
6 kap. 9 § FB	Anmälan om behov av särskilt förordnad vårdnadshavare
6 kap. 10 § FB	Överflyttning av vårdnaden när barnet står under vårdnad av en eller två särskilt förordnade vårdnadshavare och någon av barnets föräldrar vill få vårdnaden överflyttad till sig
6 kap. 10 e § FB	Ansökan till tingsrätten om ändring i vårdnad eller entledigande av särskilt förordnad vårdnadshavare
6 kap. 15 a § 1 och 2 st. FB	Väcka talan om umgänge

7 kap. 7 § FB	Godkänna avtal om underhållsbidrag i form av engångsbelopp
16 kap. 18 § SFB	Framställa om ändring av betalningsmottagare för barnbidrag
18 kap. 19 § SFB	Beslut om att begära att underhållsstöd ska betalas ut till annan person eller nämnden
18 kap. 11 § SoL	Meddela förbud för en person att utan nämndens medgivande ta emot andras underåriga barn för vistelse som inte är tillfällig

Beslut som endast får delegeras till arbetsutskottet

Vård- och omsorgsnämndens möjligheter att delegera vissa beslut i ärenden som rör tvångsingripanden får inte delegeras till tjänstepersoner i vissa fall på grund av den stora integritetskänsliga karaktären. Begränsningarna i delegering anges i 30 kap. 6-9 §§ SoL som slår fast att beslutanderätt i dessa specifika ärendetyper endast får ges åt utskott. Dessa beslut återfinns under delegationsordningen och är delegerade till vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott.

Beslut i brådskande ärenden

Nämnden får enligt 6 kap. § 39 kommunallagen uppdra åt ordförande eller en annan ledamot som nämnden har utsett att besluta på nämndens vägnar i ärenden som är så brådskande, att nämndens avgörande inte kan avvaktas. Denna beslutanderätt bör användas restriktivt. Sådana beslut ska enligt 6 kap. § 40 kommunallagen, anmälas vid nämndens nästa sammanträde och innehålla en uppgift om att ärendet var brådskande.

Kompletterande beslutanderätt

För att vid behov kunna fatta snabba beslut finns även särskilt angivna regler gällande en så kallad kompletterande beslutanderätt i lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU), i lagen om placering av barn i skyddat boende samt i lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM). Den kompletterande beslutanderätten kan utövas av ordförande eller annan ledamot av nämnden som av nämnden förordnat. Syftet med den kompletterande beslutanderätten är att det alltid ska finnas någon som kan fatta beslut när nämndens eller utskottets beslut inte kan avvaktas. Beslut som fattas med stöd av kompletterande beslutanderätt ska anmälas till nästkommande nämnd.

~~Ordförande eller ledamöter förordnade av vård- och omsorgsnämnden i Östhammars kommun har kompletterande beslutanderätt. Detta innebär att det alltid ska finnas någon som kan fatta beslut när nämndens eller utskottets beslut inte kan avvaktas.~~

~~Kompletterande beslutanderätt får tillämpas i följande ärenden:~~

Lagrum	Beslut
6 § 2 st. LVU	Beslut om omedelbart omhändertagande
6 a § 2 st. LVU	Beslut om omedelbart omhändertagande av barn när svensk domstol inte är behörig att besluta om beredande av vård enligt LVU.
11 § 3 st. LVU	Beslut om hur vården ska ordnas och var den unge ska vistas under vårdtiden.
11 § 3 st. LVU	Beslut om att medge att den unge får vistas i sitt eget hem under vårdtiden.
14 § 2 st. LVU	Beslut om umgängesbegränsning.
14 § 2 st. LVU	Beslut om hemlighållande av vistelseort.

27 § 2 st. LVU	Beslut om tillfälligt flyttningsförbud.
31 § LVU	Beslut om umgängesbegränsning vid ett flyttningsförbud.
31 d § 2 st. LVU	Beslut om tillfälligt utreseförbud.
4 kap. 1 § 1 st. LSB	Beslut om omedelbar insats i form av skyddat boende.
5 kap. 1 § 2 st. LSB	Beslut om var barnet ska placeras och hur insatsen i övrigt ska genomföras.
5 kap. 5 § LSB	Beslut om hemlighållande av vistelseort.
5 kap. 5 § LSB	Beslut om umgängesbegränsning.
13 § 2 st. LVM	Beslut om omedelbart omhändertagande

Extern delegering

Vid kommunal avtalssamverkan får kommuner komma överens att uppdra åt en anställd i den andra kommunen att besluta på kommunens vägnar enligt 9 kap 37 § andra stycket kommunallagen, så kallad extern delegering. Vård- och omsorgsnämnden ger extern delegation till anställd vid socialjour i Uppsala enligt 9 kap 37 § kommunallagen. I delegationsordningen är delegaten namngiven handläggare socialjouren Uppsala. Efter ordinarie arbetstid avses tider då socialjouren finns tillgänglig i enlighet med samverkansavtal. Handläggning sker i vissa ärenden enligt socialtjänstlagen, LVU och LVM.

Vidaredelegering av beslut

Enligt 7 kap. 6 § kommunallagen får en nämnd ge förvaltningschef möjlighet att vidaredelegera. Om organisationen inte har förvaltningschefer ska det vara en (1) person inom en nämnds verksamhetsområde (kontorschef) som ges rätten att vidaredelegera. I beslut om vidaredelegation ska anges vem som beslutar vid förfall för ordinarie delegat. Beslut fattade på vidaredelegation ska anmälas till den chef som lämnat vidaredelegationen som i sin tur anmäler till nämnden.

Med kontorschef avses i denna delegationsordning kontorschef för omsorgskontoret tillika socialchef.

Ersättare för delegat

Om ordinarie delegat har förhinder p.g.a. sjukdom eller befinner sig på annan ort får utsedd ersättare fatta beslut går in i den ordning som anges i delegationsordningen. Vid längre frånvaro (semester eller sjukdom) kan en tjänsteförrättande ersättare utses. Detta ska dokumenteras. Tjänsteförrättande tjänstgör i ordinarie delegats ställe.

Verkställighetsbeslut

I kommunallagen särskiljs politiska beslut som kan innebära olika bedömningar eller tolkningar av lagstiftning med rent förberedande eller verkställande beslut av rutinkaraktär som saknar utrymme för självständiga bedömningar. Gränsen mellan delegationsbeslut och verkställighetsbeslut är inte helt klarlagd, vilket får betydelse för om beslut kan överklagas genom laglighetsprövning (kommunalbesvär) eller förvaltningsbesvär. Den större delen av

den kommunala verksamheten grundar sig på verkställighetsbeslut som i motsats till delegationsbeslut inte behöver anmälas till nämnden.

Anmälan av delegationsbeslut

Beslut inom nämndens verksamhetsområde ska anmälas/rapporteras månadsvis till vård- och omsorgsnämnden. På listorna ska det framgå datum för beslut, vilka beslut som har fattats och av vem.

Samtliga beslut rörande personal, anställning, uppsägning och avsked återfinns inom kommunstyrelsens delegationsordning i personalfrågor och ska återrapporteras till kommunstyrelsen. Återrapportering sker på blankett framtagna av HR.

Anmälan av beslut av ledamöter med kompletterande beslutanderätt

Beslut som fattats av ledamöter med kompletterande beslutanderätt ska anmälas till direkt nämndens nästa sammanträde. På listorna ska det framgå datum för beslut, vilka beslut som har fattats och av vem.

Förkortningar

AML- Arbetsmiljölagen (1977:1160)

BrB- Brottsbalken (1962:700)

FB- Föräldrabalken (1949:381)

FL- Förvaltningslag (2017:900)

GDPR – General Data Protection Regulation (dataskyddsförordningen)

HSL-Hälsa och sjukvårdslagen

KL- Kommunallagen (2017:725)

LBB- Lag (2018:222) om bostadsanpassningsbidrag

LMA- Lag (1994:137) om mottagande av asylsökande m.fl.

LOFB - Lag (1996:1620) om offentligt biträde

LBSB – Lag (2024:79) om placering av barn i skyddat boende.

LSS- Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

LUL- Lag (1964:167) med särskilda bestämmelser om unga lagöverträdare

LVM- Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall

LVU- Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga

NamnL- Namnlagen (1982:670)

OSL- Offentlighets- och sekretesslag (2009:400)

PSL - Patientsäkerhetslag (2010:659)

SFB- Socialförsäkringsbalk (2010:110)

SoF- Socialtjänstförordning (2001:937)

SoL- Socialtjänstlag (2025:400)

SpuL- Lag (1991:2041) om särskild personutredning i brottmål

TF - Tryckfrihetsförordning (1949:105)

TrF - Trafikförordning (1998:1276)

ÄB- Ärvdabalk (1958:637)

Nr	Ärende	Lagrum	Delegat	Kommentar
1. Nämnd- och verksamhetsövergripande ärenden av administrativ och juridisk karaktär				
1.1 Allmänna ärenden				
1.	Beslut på nämndens vägnar i ärenden som är så brådskande att nämndens avgörande inte kan avvaktas	6 kap. 39 § KL	Vård- och omsorgsnämndens ordförande	Ärendet ska vara så brådskande att alternativet är att kalla till extra nämndssammanträde. Se även kompletterande beslutanderätt.
2.	Rätt att skriva under delgivningskvitto ställt till vård- och omsorgsnämnden	6 kap. 36 § KL	Registrator	
3.	Utse arkivansvarig för vård- och omsorgsnämndens nämndhandlingar		Kontorschef	
4.	Utse arkivredogörare		Kontorschef	
5.	Redaktionella revideringar av styrdokument, riktlinjer etc. beslutade av vård- och omsorgsnämnden		Nämndsekreterare	Rättelse av stavfel, uppdatering av hänvisningar eller ändring av layout.
6.	Vård- och omsorgsnämndens förtroendevaldas deltagande i kurser, konferenser och dylikt a. Upp till en vecka b. En vecka eller längre		a. Vård- och omsorgsnämndens ordförande b. Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott	Då enbart ordförande ska delta på kurser eller konferenser, upp till en vecka, är delegaten 1:e vice ordförande
1.2 Utlämnande av handlingar				
1.	Myndighetsprövning av begäran i fråga om utlämnande av allmän handling a. Inom myndighet b. Inom produktion c. Inom centrala funktioner (ex. upphandlingar, handlingar diarium)	2 kap. 17 § TF 6 kap. 2-3 §§ OSL	a. Verksamhetschef myndighet b. Verksamhetschef produktion c. Kontorschef	

Nr	Ärende	Lagrum	Delegat	Kommentar
2.	Beslut om att inte lämna ut handlingar (helt eller delvis) samt uppställande av förbehåll vid utlämnande a. Inom myndighet b. Inom produktion c. Inom upphandling	TF OSL	a. Verksamhetschef myndighet b. Verksamhetschefer produktion e. Verksamhetschef ekonomi Upphandlingschef	
3.	Beslut att lämna ut uppgifter ur personregister till statliga myndigheter i forskningssyfte	15 kap. 3 § SoL	Kontorschef	Gäller separata projekt, ej löpande rapportering.
4.	Beslut om att inte lämna ut uppgift om underår till dennes vårdnadshavare	12 kap. 3 § OSL	Enhetschef barn och unga myndighet <i>Ersättare:</i> Bitr. enhetschef barn och unga	
5.	Anmälan enligt 19 kap. 1-2 §§ SoL. Beslut om att hemlighålla anmälarens identitet	26 kap. 5 § OSL	Enhetschef barn och unga myndighet <i>Ersättare:</i> Bitr. enhetschef barn och unga	

1.3 Överklaganden, omprövningar och ombud

1.	Beslut om ett överklagande inkommit i rätt tid samt att avvisa ett överklagande som kommit in för sent. a. Ärenden där arbetsutskottet/nämnden är beslutsfattare b. Färdtjänst c. Avgifter d. Övriga	45 § FL	a. Verksamhetschef inom omsorgskontoret b. Färdtjänsthandläggare c. Avgiftshandläggare d. Enhetschef	
2.	Beslut att överklaga/begära prövningstillstånd av domstols beslut		Verksamhetschef inom omsorgskontoret	I vissa fall får beslutanderätten inte delegeras. Dessa framgår av KL 6 kap. 38 §. Bland annat gäller det för yttranden när beslut som nämnden i sin helhet har fattat samt myndighetsutövning mot enskilda i ärende av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt.
3.	Beslut att begära inhibition i förvaltningsdomstol		Verksamhetschef inom omsorgskontoret	I vissa fall får beslutanderätten inte delegeras. Dessa framgår av KL 6 kap. 38 §. Bland annat gäller det för yttranden när beslut

Nr	Ärende	Lagrum	Delegat	Kommentar
				som nämnden i sin helhet har fattat samt myndighetsutövning mot enskilda i ärende av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt.
4.	Yttrande till förvaltningsrätt eller kammarrätt med anledning av enskilds överklagande a. Ärenden där arbetsutskottet/nämnden är beslutsfattare b. Färdtjänst c. Avgifter d. Övriga		a. Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott b. Färdtjänsthandläggare c. Avgiftshandläggare d. Enhetschef	I vissa fall får beslutanderätten inte delegeras. Dessa framgår av KL 6 kap. 38 §. Bland annat gäller det för yttranden när beslut som nämnden i sin helhet har fattat samt myndighetsutövning mot enskilda i ärende av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt.
5.	Beslut i fråga om att utfärda fullmakt att företräda nämnden och föra dess talan vid domstol, allmän förvaltningsdomstol och andra myndigheter i mål och ärende.	30 kap. 2 § SoL	Kontorschef	
6.	Beslut om begäran om ett ärendes avgörande	12 § FL	Verksamhetschef inom omsorgskontoret	
7.	Beslut om avvisande av ombud	14 § FL	Verksamhetschef inom omsorgskontoret	
8.	Begäran eller föreläggande om skriftlig eller muntlig fullmakt från ombud	15 § FL	Enhetschef inom enhet där ärendet handläggs	
9.	Beslut i fråga om att förelägga den enskilde att avhjälpa brister i ofullständiga framställningar	20 § FL	Enhetschef inom enhet där ärendet handläggs	I föreläggandet ska det anges att följderna av att det inte följs kan bli att framställningen inte tas upp till prövning där konsekvensen kan bli att vård- och omsorgsnämnden avvisar ärendet.
10.	Ändring av beslut	37-39 §§ FL	Delegat i ursprungsbeslutet	

Nr	Ärende	Lagrum	Delegat	Kommentar
1.4 Yttranden				
1.	Yttrande till tillsynsmyndighet	28 kap. 5 § SoL 26c § LSS 7 kap. 3 § AML	VONAU	Vissa kompletteringar och handlingar är verkställighet, vilket innebär att det kan utföras av tjänsteman.
2.	Yttranden som på grund av ärendets innehåll kan bedömas utan behandling i nämnden		Kontorschef	
3.	Yttranden över enklare remisser där sakkunskap efterfrågas, enkäter och dylikt		Sakkunnig tjänsteman	
4.	Beslut att inte yttra sig över remisser		Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott	Gäller remisser som ska behandlas i nämnd
5.	Yttrande till IVO avseende lex Sarah		Kontorschef	
6.	Yttrande till IVO avseende ej verkställda beslut		Enhetschef inom enhet där ärendet handläggs	
7.	Yttrande vid överklagan			Se rubrik överklagan
8.	Yttrande till allmän domstol i brottmål	32 kap. 1 § BrB	Enhetschef barn och unga <i>Ersättare:</i> Bitr. enhetschef barn och unga	
9.	Yttrande till allmän domstol när den som begått brottslig gärning kan bli föremål för vård enligt LVM	31 kap. 2 § 1 st. BrB	Enhetschef Barn och unga Ersättare: Bitr. enhetschef Barn och unga Enhetschef vuxen och LSS	
10.	Yttrande till rätten, åklagaren eller Kriminalvården kring upplysningar om den misstänkte	6 § 1 st. SpuL	Enhetschef barn och unga <i>Ersättare:</i> Bitr. enhetschef barn och unga Enhetschef vuxen och LSS	
11.	Yttrande till rätten, åklagaren eller Kriminalvården om utvisning	6 § 2 st. SpuL	Verksamhetschef myndighet	

Nr	Ärende	Lagrum	Delegat	Kommentar
12.	Yttrande till Migrationsverket i ärende om uppehållstillstånd för den som av allmän domstol har utvisats på grund av brott eller om upphävande av ett sådant utvisningsbeslut	9 § 2 st. SpuL	Verksamhetschef myndighet	
13.	Yttrande till Socialstyrelsen om brott har begåtts mot ett barn eller närstående och det finns anledning att anta att brottet har samband med något förhållande som har inneburit att barnet varit i behov av skydd	5 och 5a §§ Lag (2007:606) om utredning av vissa dödsfall	Verksamhetschef myndighet	
14.	Yttrande till åklagarmyndighet och polismyndighet Yttrande om åtal rörande barn som misstänks för brott	11 § LUL	Enhetschef barn och unga <i>Ersättare:</i> Bitr. enhetschef barn och unga	
15.	Yttrande till åklagare med anledning av eventuell utredning beträffande den som är under 15 år och misstänks ha begått en brottslig gärning samt underrättelse till vårdnadshavare	31 och 33 §§ LUL	Enhetschef barn och unga <i>Ersättare:</i> Bitr. enhetschef barn och unga	
16.	Yttrande över ansökan om rättshjälp genom offentligt biträde samt yttrande över kostnadsräkning	3 § LOFB 7 § Förordning om offentligt biträde (1997:405)	Enhetschef barn och unga <i>Ersättare:</i> Bitr. enhetschef barn och unga	
17.	Yttrande enligt namnlagen	45 och 46 §§ NamnL	Socialsekreterare i ärendet	
18.	Yttrande i körkortsärende	3 kap. 8 § och 5 kap. 2 § Körkortsförordningen	Socialsekreterare i ärendet	
19.	Yttrande till passmyndighet vid utfärdande av pass utan vårdnadshavares medgivande	3 § 2 st. Passförordningen	Enhetschef barn och unga <i>Ersättare:</i> Bitr. enhetschef barn och unga	
20.	Yttrande till Skatteverket i ärenden om skyddad folkbokföring och sekretessmarkering i folkbokföringen	17 a § folkbokföringslagen	Enhetschef barn och unga <i>Ersättare:</i> Bitr. enhetschef barn och unga Enhetschef vuxen och LSS Enhetschef försörjningsstöd, integration och arbete	

Nr	Ärende	Lagrum	Delegat	Kommentar
21.	Yttrande i ärenden om förordnande av god man eller förvaltare	11 kap. 16 § FB	Socialsekreterare/ biståndshandläggare i ärendet	
1.5 Hyror				
1.	Förhandla om och ingå överenskommelse med hyresgästförening om hyror och övriga boendevillkor		Kontorschef	
2.	Förhandla om och ingå överenskommelse med hyresgäst om hyror och övriga boendevillkor		Enhetschef äldre och bistånd Enhetschef vuxen och LSS	
3.	Hyra ut insatssbedömda lägenheter i särskilda boenden som ägs av eller redan hyrs av Östhammars kommun		Enhetschef äldre och bistånd	
4.	Hyra ut lägenheter i andra hand utifrån insatsbeslut om sociala kontrakt		Enhetschef vuxen, myndighet Ersättare: Bitr. enhetschef vuxen, myndighet Enhetschef försörjningsstöd, integration och arbete	
1.6 Avtal				
1.	Behörighet att teckna avtal där firmatecknare ej krävs (gäller ej individärenden)		Kontorschef	
2.	Ingå individavtal efter beslut om insats		Enhetschef barn och unga Enhetschef vuxen Enhetschef äldre och bistånd Enhetschef vuxen och LSS	
3.	Tecknande av avtal inom upphandling a) Upp till 400 000 kr b) Över 400 000 kr		a) Kontorschef b) Verksamhetschef ekonomi	
4.	Ingå personuppgiftsbiträdesavtal		Kontorschef	
1.7 Ekonomi				
1.	Fastställande av förteckning över beslutsattester och ersättare inom vård- och		Kommundirektör, med rätt att vidaredelegera	

Nr	Ärende	Lagrum	Delegat	Kommentar
	omsorgsnämndens verksamheter			
2.	Beslutsattest för arvoden avseende förtroendevalda		Kontorschef	
3.	Ansökningar statliga medel		Kontorschef <i>Ersättare:</i> Verksamhetschef inom omsorgskontoret	
1.8 Upphandling				
1.	Upphandlingsfrågor enligt kommunstyrelsens delegationsordning			Se kommunstyrelsens delegationsordning.
1.9 Personal				
2.	Personalfrågor enligt kommunstyrelsens delegationsordning			Se kommunstyrelsens delegationsordning. i personalfrågor.
1.10 GDPR				
2.	Beslut om informationsavgift	3 kap. Art. 12:5a	Kontorschef	
3.	Beslut om att vägra tillmötesgå begäran om utlämning av information	3 kap. Art. 12:5b	Kontorschef	Om begäranden från en registrerad är uppenbart ogrundade eller orimliga, särskilt på grund av deras repetitiva art, får den personuppgiftsansvarig måste ansvarig visa att begäran är uppenbart ogrundad eller orimlig.
4.	Beslut om den registrerades begäran om bekräftelse på huruvida personuppgifter som rör denne håller på att behandlas, tillgång till personuppgifterna och information om ändamål m.m. med behandlingen	3 kap. Art. 15:1	Kontorschef	
5.	Beslut om den registrerades begäran om att få felaktiga personuppgifter som rör denne rättade eller ofullständiga uppgifter kompletterade	3 kap. Art. 16	Kontorschef	
6.	Beslut om den registrerades begäran om att få sina uppgifter raderade	3 kap. Art. 17	Kontorschef	
7.	Beslut om den registrerades begäran om att begränsa personuppgiftsbehandlingen	3 kap. Art. 18	Kontorschef	

Nr	Ärende	Lagrum	Delegat	Kommentar
8.	Beslut om den registrerades begäran om att överföra uppgifterna till annan personuppgiftsansvarig (dataportabilitet)	3 kap. Art. 20	Kontorschef	Dataportabilitet möjliggör för registrerade att få ut och vidareutnyttja "sina" uppgifter för eget bruk och i olika tjänster.
9.	Anmälan av personuppgiftsincident till tillsynsmyndighet	4 kap. Art. 33	Kontorschef	Vård- och omsorgsnämnden ska informeras om anmälan.
10.	Ingå personuppgiftsbiträdesavtal			Se rubrik avtal
2. Anmälningsskyldig verksamhet (t.ex. lex Maria, lex Sarah mm)				
1.	Uppgiftslämnande till smittskyddsläkare	6 kap. 10 § Smittskyddslag (2004:168)	Medicinskt ansvarig sjuksköterska	
2.	Anmälningsskyldighet enligt smittskyddslagen	6 kap. 12 § Smittskyddslag (2004:168)	Medicinskt ansvarig sjuksköterska	
3.	Anmälan till IVO av allvarligt missförhållande eller en påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande (lex Sarah)	27 kap. 6 § SoL 24f § LSS	VONAU Kontorschef	Vård- och omsorgsnämnden ska informeras om anmälan.
4.	Anmälan till IVO om missförhållanden i enskild verksamhet	27 kap. 6 § SoL 24f § LSS	Verksamhetschef inom omsorgskontoret	Vård- och omsorgsnämnden ska informeras om anmälan.
5.	Anmälan till Socialstyrelsen av allvarliga missförhållanden i enskild tillståndsskyldig verksamhet	24b § LSS	Verksamhetschef inom omsorgskontoret	
6.	Anmäla till IVO om det finns anledning att anta att en tillståndshavares lämplighet för att bedriva verksamhet med personlig assistans kan ifrågasättas.	15 § 11 p. LSS	Enhetschefer inom produktion	
7.	Anmälan av händelser som medfört allvarlig eller hade kunnat medföra allvarlig vårdskada (lex Maria) till IVO	3 kap. 5 § PSL	a) Avseende rehabilitering: Medicinskt ansvarig för rehabilitering b) Övriga ärenden: Medicinskt ansvarig sjuksköterska	Vård- och omsorgsnämnden ska informeras om anmälan.
8.	Anmälan av händelser som medfört allvarlig eller hade kunnat medföra allvarlig vårdskada (lex Maria) till IVO avseende rehabilitering	3 kap. 5 § PSL	Medicinskt ansvarig för rehabilitering	Vård- och omsorgsnämnden ska informeras om anmälan.

Nr	Ärende	Lagrum	Delegat	Kommentar
9.	Anmälan av händelser som medfört allvarlig eller hade kunnat medföra allvarlig vårdskada (lex Maria) till IVO avseende övriga ärenden	3 kap. 5 § PSL	Medicinskt ansvarig sjuksköterska	Vård- och omsorgsnämnden ska informeras om anmälan.
10.	Anmälan om negativa händelser och tillbud med medicintekniska produkter till tillverkaren och Läkemedelsverket	5 kap. 2 § HSLF-FS 2021:52	a) Avseende rehabilitering: Medicinskt ansvarig för rehabilitering b) Övriga ärenden: Medicinskt ansvarig sjuksköterska	
11.	Anmälan om negativa händelser och tillbud med medicintekniska produkter till tillverkaren och Läkemedelsverket avseende rehabilitering	5 kap. 2 § HSLF-FS 2021:52	Medicinskt ansvarig för rehabilitering	
12.	Anmälan om negativa händelser och tillbud med medicintekniska produkter till tillverkaren och Läkemedelsverket avseende övriga ärenden	5 kap. 2 § HSLF-FS 2021:52	Medicinskt ansvarig sjuksköterska	
13.	Anmälan till IVO vid ny verksamhet och förändring av verksamhet inom hälso- och sjukvårdens område	2 kap 1 § PSL	Verksamhetschef HSL	
14.	Anmälan till IVO vid skälig anledning att befara att en person med legitimation för yrket inom hälso- och sjukvården kan utgöra en fara för patientsäkerheten	3 kap. 7 § PSL	Verksamhetschef HSL	
15.	Beslut om polisanmälan angående brott mot eller som hindrar den egna verksamheten	10 kap. 2 § OSL	Verksamhetschef inom omsorgskontoret	
16.	Lämna uppgift till kontrollmyndighet för djurskydd eller Polismyndighet om djur påträffats som 1. Tydligt utsätts för vanvård eller misshandel, eller 2. Uppenbart uppvisar symptom på sjukdom eller är allvarligt skadat	10 kap. 20 a § OSL	Enhetschef inom enhet där ärendet handläggs	
17.	Anmälan/ansökan om behov av offentligt biträde	3 § LOFB	Socialsekreterare i ärendet	
18.	Beslut om polisanmälan angående vissa brott mot underårig samt vissa grövre brott	10 kap. 2 § OSL	Enhetschef Barn och unga Ersättare: Bitr. enhetschef barn och unga	Se OSL för vilka brott det gäller.

Nr	Ärende	Lagrum	Delegat	Kommentar
19.	Begäran hos åklagare om förande av bevistalan	37 och 38 §§ Lag (1964:167) med särskilda bestämmelser om unga lagöverträdare	Enhetschef barn och unga <i>Ersättare:</i> Bitr. enhetschef barn och unga	
3. Gemensamma ärenden socialtjänsten				
3.1 Överflyttning av ärende till annan kommun				
1.	Beslut i fråga om framställning om överflyttning av ärende till annan kommun eller att ta emot ett ärende från en annan kommun	29 kap. 10, 11 och 12 §§ SoL	Verksamhetschef myndighet Enhetschef barn och unga	Överflyttning av LVU- och LVM-ärenden görs också enligt denna paragraf.
2.	Beslut i fråga om att samtycka till att ta över pågående utredning från annan kommun.	29 kap. 9 § SoL	Enhetschef barn och unga	Ska anmälas till nästa AU.
3.	Beslut i fråga om att bistå annan kommun med utredningsunderlag i pågående utredning. a. Barn och unga b. Vuxen	29 kap. 9 § SoL	a. Enhetschef barn och unga <i>Ersättare:</i> Bitr. enhetschef barn och unga b. Enhetschef vuxen Enhetschef vuxen och LSS	
4.	Beslut med anledning av ansökan om insatser från annan kommun	29 kap. 7 § SoL	Samma delegat som för sökt insats	
5.	Beslut i fråga om bistå annan kommunen med utredningsunderlag i pågående utredning avseende ansökan om insatser från annan kommun.	29 kap. 8 § SoL	Biståndshandläggare	
3.2 Behandling av uppgifter				
1.	Beslut om att lämna uppgift om enskild under 21 år till Polismyndighet	10 kap. 2 § OSL	Enhetschef inom enhet där ärendet handläggs <i>Ersättare:</i> Bitr. enhetschef inom enhet där ärendet handläggs	

Nr	Ärende	Lagrum	Delegat	Kommentar
3.3 God man, förvaltare och målsägandebiträde				
1.	Beslut om anmälan till överförmyndaren om behov av god man eller förvaltare	5 kap. 3 § SoF 11 kap 2 § SoF	Socialsekreterare/ Biståndshandläggare i ärendet eller samordnare inom enhet där ärendet handläggs	Ansökan om överflyttning av vårdnaden beslutas av VON
2.	Beslut om anmälan till överförmyndaren om att behov av god man eller förvaltare inte längre föreligger	5 kap. 3 § SoF 11 kap 2 § SoF	Socialsekreterare/ Biståndshandläggare i ärendet eller samordnare inom enhet där ärendet handläggs	
3.	Beslut om anmälan till överförmyndaren om förhållanden beträffande förvaltningen av underårigs/barns egendom	5 kap. 3 § SoF 11 kap 2 § SoF	Enhetschef barn och unga	Avser all slags egendom och inkomster inklusive tilläggspension.
4.	Framställan till domstol om behov av målsägandebiträde för underårig/barn	5 kap. 2 § SoF 11 kap 1 § SoF	Socialsekreterare i ärendet	
3.4 Samtycke				
1.	Beslut om att inleda psykiatrisk eller psykologisk utredning eller behandling som omfattas av HSL utan den ena vårdnadshavarens samtycke när barnet står under vårdnad av två vårdnadshavare	6 kap. 13 a § 1 st. 1p. FB	Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott	
2.	Beslut om att vidta öppenvårdsinsats enligt 11 kap. 1 § SoL utan den ena vårdnadshavarens samtycke när barnet står under vårdnad av två vårdnadshavare	6 kap. 13 a § 1 st. 2p. FB	Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott	
3.	Beslut om att utse en kontaktperson eller en familj som avses i 13 kap. 7 § SoL utan den ena vårdnadshavarens samtycke när barnet står under vårdnad av två vårdnadshavare	6 kap. 13 a § 1 st. 3p. FB	Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott	
4.	Beslut om att bevilja insats enligt 33 § 6 SoL , 5 eller 6 LSS utan den ena vårdnadshavarens samtycke när barnet står under vårdnad av två vårdnadshavare	6 kap. 13 a § 1 st. 4p. FB	Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott	
5.	Godkänna avtal om att underhållsbidrag ska betalas för längre perioder än tre månader	7 kap. 7 § 2 st.FB	Socialsekreterare i ärendet	Se aktuellt cirkulär från SKR.

Nr	Ärende	Lagrum	Delegat	Kommentar
4. Barn och unga				
4.2 Handläggning, allmänt				
1.	Beslut om att inleda utredning	14 kap. 2 § SoL	Socialsekreterare utredningsadministratör	Nämndens befogenheter och skyldigheter vid barnutredningar regleras i 11 kap. 2 § SoL.
2.	Beslut om att utredning inte ska inledas eller att inledd utredning ska läggas ned	14 kap. 2 § SoL	Bitr. enhetschef barn och unga	
3.	Beslut om att avsluta utredning vid bifall av insats enligt 11 kap. 1 § SoL med insats	14 kap. 2 § SoL	Delegat i ursprungsbeslut Socialsekreterare	
4.	Beslut om att utredning inte ska föranleda åtgärd Beslut om att utredning ska avslutas utan insats	14 kap. 2 § SoL	Bitr. enhetschef barn och unga	
5.	Förlängning av utredningstid i ärenden som rör barn	20 kap. 3 § SoL	Bitr. enhetschef barn och unga	
6.	Beslut att inleda eller avsluta uppföljning efter utredning	23 kap. 1 § SoL	Bitr. enhetschef barn och unga	
7.	Beslut att inleda eller avsluta uppföljning efter placering	23 kap. 2 § SoL	Bitr. enhetschef barn och unga	
8.	Beslut om att samtycka till att ta över pågående utredning från annan kommun	29 kap. 9 § SoL	Bitr. enhetschef barn och unga	Ska anmälas till nästa AU.
4.3 Öppenvård och öppna insatser				
1.	Beslut i fråga om insats i form av öppenvård: a. Utan behandlingskostnad b. Upp till en dygnskostnad som ger en månadskostnad motsvarande enhetschefs attesträtt c. Över en dygnskostnad som ger en månadskostnad motsvarande verksamhetschefs attesträtt	11 kap. 1 § SoL	a. Socialsekreterare b. Enhetschef barn och unga <i>Ersättare:</i> Bitr. enhetschef barn och unga c. Verksamhetschef myndighet	
2.	Beslut om öppna insatser utan båda vårdnadshavarnas samtycke för barn som	21 kap. 1 § SoL	Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott	Beslutet ska vara lämpligt grundat och endast när barnet

Nr	Ärende	Lagrum	Delegat	Kommentar
	begärt det och fyllt 15 år			begär eller samtycker till det.
3.	Beslut om kontaktperson utan båda vårdnadshavarnas samtycke för barn som begärt det och fyllt 15 år	21 kap. 1 § SoL	Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott	För barn som inte har fyllt 15 år får en sådan kontaktperson utses endast om barnets vårdnadshavare begär eller samtycker till det. Har barnet fyllt 15 år får en särskilt kvalificerad kontaktperson utses endast om barnet självt begär eller samtycker till det.
4.4 Kontaktperson och kontaktfamilj				
1.	Beslut om insats i form av kontaktperson	11 kap. 1 § SoL	Socialsekreterare i ärendet	
2.	Beslut om insats i form av kontaktfamilj	11 kap. 1 § SoL	Socialsekreterare i ärendet	
3.	Beslut om insats i form av särskilt kvalificerad kontaktperson	11 kap. 1 § SoL	Bitr. enhetschef barn och unga	
4.	Beslut om upphörande av kontaktperson	11 kap. 1 § SoL	Socialsekreterare i ärendet	
5.	Beslut om upphörande av kontaktfamilj	11 kap. 1 § SoL	Socialsekreterare i ärendet	
6.	Beslut om förordnande och entledigande av kontaktperson	11 kap. 1 § SoL	Socialsekreterare i ärendet	
7.	Beslut om förordnande och entledigande kontaktfamilj	11 kap. 1 § SoL	Socialsekreterare i ärendet	
8.	Beslut om arvode och omkostnadsersättning till kontaktperson eller kontaktfamilj a. Enligt norm och riktlinjer b. Utöver norm och riktlinjer	11 kap. 1 § SoL	a. Socialsekreterare/ kontaktsekreterare b. Enhetschef barn och unga	Uppdraget ska regleras genom avtal. Se aktuellt cirkulär från SKR.

Nr	Ärende	Lagrum	Delegat	Kommentar
4.5 Placering				
1.	Beslut om tillfällig vistelse för barn eller ungdom i jourhem	11 kap. 1 § SoL	Enhetschef barn och unga <i>Ersättare:</i> Bitr. enhetschef barn och unga	Hemmet ska vara utrett av en socialnämnd och utredningen ska vara aktuell. Maximal tid för placeringen är 4 månader. Vården får fortgå i högst 2 månader efter slutförd utredning om det inte finns särskilda skäl att förlänga placeringen.
2.	Beslut om insats åt barn och ungdom i form av placering i familjehem	11 kap. 1 § SoL	Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott	
3.	Beslut om insats åt barn och ungdom i form av placering i HVB a. Beslut om placeringar upp till och med 3 månader b. Beslut om placeringar längre än 3 månader	11 kap. 1 § SoL	a. Enhetschef barn och unga <i>Ersättare:</i> Bitr. enhetschef barn och unga b. Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott	Enhetschef eller bitr. enhetschef beslutar var placeringen verkställs.
4.	Beslut om insats åt barn och ungdom i form av placering i stödboende a. Beslut om placeringar upp till och med 3 månader b. Beslut om placeringar längre än 3 månader	11 kap. 1 § SoL	a. Enhetschef barn och unga <i>Ersättare:</i> Bitr. enhetschef barn och unga b. Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott	Enhetschef eller bitr. enhetschef beslutar var placeringen verkställs.
5.	Beslut om vilket HVB eller stödboende placeringen verkställs	11 kap. 1 § SoL	Enhetschef Barn och unga <i>Ersättare:</i> Bitr. enhetschef barn och unga	Gäller ovanstående beslut om insats åt barn och ungdom. Beslut om omplacering kan överklagas.
6.	Placering på skyddat boende (barn) a. Upp till 4 månader b. Utöver 4 månader	11 kap. 1 § SoL	a. Enhetschef barn och unga b. Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott	
7.	Övervägande var sjätte månad om fortsatt placering på skyddat boende (barn)	27 kap. 13 § SoL	Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott	
8.	Beslut om insats i form av placering av personer över 18 år: a. Upp till en dygnskostnad som ger en månadskostnad motsvarande enhetschefs	11 kap. 1 § SoL	a. Enhetschef barn och unga <i>Ersättare:</i> Bitr. enhetschef barn och unga b. Verksamhetschef myndighet	Placering kan ske i HVB eller familjehem eller stödboende.

Nr	Ärende	Lagrum	Delegat	Kommentar
	attesträtt b. Över en dygnskostnad som ger en månadskostnad motsvarande enhetschefs attesträtt			
9.	Akutplacering (upp till 4 månader) av barn på HVB utifrån anvisning av Migrationsverket	11 kap. 1 § SoL	Enhetschef barn och unga <i>Ersättare:</i> Bitr. enhetschef barn och unga	
10.	Tillfällig placering (upp till 4 månader) av barn i enskilt hem som inte omfattas av jourhemsbestämmelser	11 kap. 1 § SoL	Enhetschef barn och unga <i>Ersättare:</i> Bitr. enhetschef barn och unga	En bedömning ska alltid göras om hemmet är lämpligt eller inte.
11.	Beslut om upphörande av insats i form av placering i HVB, stödboende eller familjehem	11 kap. 1 § SoL	Socialsekreterare i ärendet	
12.	Beslut om ersättning till familjehem i form av arvode och omkostnadsersättning a. Enligt norm och riktlinjer b. Över norm och riktlinjer		a. Socialsekreterare b. Enhetschef barn och unga	Uppdraget ska regleras genom avtal med familjehemmet. Se aktuellt cirkulär från SKR
13.	Meddela förbud för en person att utan nämndens medgivande ta emot andras underåriga barn för vistelse som inte är tillfällig	18 kap. 11 § SoL	Vård- och omsorgsnämnden (ej delegerat)	
14.	Medgivande eller beslut att barn tas emot för stadigvarande vård och fostran i enskilt hem som inte tillhör någon av barnets föräldrar eller annan vårdnadshavare	22 kap. 2 § SoL	Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott	Detta innebär ett godkännande av familjehemmet.
15.	Övervägande om vård i annat hem än det egna fortfarande behövs	22 kap. 13 § SoL	Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott	
16.	Övervägande om det finns skäl att ansöka om överflyttning av vårdnad enligt 6 kap. 8 § Föräldrabalken	22 kap. 14 § SoL	Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott	VON är skyldig att göra ett övervägande när barnet varit placerat tre år i samma familjehem.
17.	Beslut om ersättning till särskilt förordnad vårdnadshavare som tidigare varit familjehemsförälder	22 kap. 15 § SoL	Enhetschef barn och unga <i>Ersättare:</i> bitr. enhetschef barn och unga	Särskilt avtal bör ingås med de nya vårdnadshavarna.
18.	Godkännande av att en utländsk myndighet placerar ett barn i Sverige	22 kap. 17 § SoL	Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott	
19.	Placering av ett barn i ett annat land	22 kap. 18 § SoL	Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott	

Nr	Ärende	Lagrum	Delegat	Kommentar
20.	Medgivande att ta emot ett utländskt barn för framtida adoption	24 kap. 1 § SoL	Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott	Flytta
21.	Återkallelse av medgivande att ta emot adoptivbarn	24 kap. 4 § SoL	Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott	Flytta
22.	Beslut om huruvida adoptionsförfarandet ska fortsätta. a. Att ge samtycke till fortsatt adoptionsförfarande b. Att inte ge samtycke till fortsatt adoptionsförfarande	24 kap. 5 § SoL	a. Socialsekreterare b. Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott	Flytta
4.6 Socialförsäkringsbalk (2010:110) och förordningar som hänvisar till den				
1.	Beslut om att begära att föräldrapenningen för förälder under 18 år ska betalas ut till annan person eller nämnden för att användas till förälderns och familjens nytta	11 kap. 17 § SFB	Socialsekreterare i ärendet	
2.	Framställan om ändring av betalningsmottagare för barnbidrag	16 kap. 18 § SFB	Vård- och omsorgsnämnden (ej delegerat)	
3.	Beslut om begäran att barnbidrag och studiebidrag ska betalas ut till annan person eller nämnden för att användas till barnets bästa	106 kap. 6 § SFB	Socialsekreterare i ärendet	
4.	Beslut om att begära att underhållsstöd ska betalas ut till annan person eller nämnden för att användas till barnets bästa	18 kap. 19 § SFB	Vård- och omsorgsnämnden (ej delegerat)	
5.	Beslut om att framställa om att bostadsbidrag ska betalas ut till annan person eller nämnden för att användas till hushållets bästa	98 kap. 11 § SFB	Socialsekreterare i ärendet	
6.	Beslut om att underrätta Försäkringskassan om att nämnden ska uppbära barnbidrag och barntillägg	106 kap. 7 § SFB	Socialsekreterare i ärendet	Se även 32 kap. SoL.
7.	Beslut om anmälan till Försäkringskassan om att nämnden ska uppbära del av sjukpenning för enskild som vistas i familjehem eller HVB som ger vård och behandling åt missbrukare av	106 kap. 13, 15, 20 och 21 §§ SFB	Socialsekreterare i ärendet	Se även 32 kap. SoL.

Nr	Ärende	Lagrum	Delegat	Kommentar
	alkohol eller narkotika			
8.	Egenavgifter	106 kap. 27 § SFB	Socialsekreterare i ärendet	Se även 32 kap. SoL.
9.	Beslut om att underrätta Försäkringskassan eller Pensionsmyndigheten om att nämnden ska uppbära ersättning enligt Socialförsäkringsbalken som ersättning för insatser för ekonomiska behov som givits som förskott på förmån	107 kap. 5 § SFB samt 33 kap. 2 § 1.p SoL	Socialsekreterare i ärendet	Se även 32 kap. SoL.
10.	Underrättelse till försäkringskassan när barn skrivs in eller ut på HVB eller familjehem (eller LSS)	2 § Förordning (1996:1036) om underhållsstöd	Socialsekreterare eller utredningsadministratör i ärendet	De fall då Försäkringskassan ska underrättas specificeras i Socialförsäkringsbalken 106 kap. 8 §.

4.7 Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU)

1.	Beslut om att ansöka hos förvaltningsrätt om vård enligt LVU	4 § LVU	Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott	
2.	Beslut om omedelbart omhändertagande av barn och ungdom under 20 år	6 § 1 st. LVU 6 § 2 st. LVU	Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott <i>Vid brådskande beslut:</i> Ordförande eller ledamot med kompletterande beslutanderätt enligt schema	Beslutet ska anmälas vid nämndens nästa sammanträde.
3.	Beslut om omedelbart omhändertagande av barn under 18 år som vistas i Sverige	6 a § 1 st. LVU 6 a § 2 st. LVU	Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott <i>Vid brådskande beslut:</i> Ordförande eller ledamot med kompletterande beslutanderätt enligt schema	Nämnden får omhänderta barn omedelbart även om svenska domstolar inte är behöriga att besluta om beredande av vård enligt LVU. Beslutet ska anmälas vid nämndens nästa sammanträde.
4.	Begäran om förlängd tid för ansökan om vård	8 § LVU	Enhetschef barn och unga <i>Ersättare:</i> Bitr. enhetschef barn och unga	
5.	Beslut om att omedelbart omhändertagande enligt 6 § LVU ska upphöra	9 § 3 st. LVU	VONAU Enhetschef barn och unga <i>Ersättare:</i> Bitr. enhetschef barn och unga	

Nr	Ärende	Lagrum	Delegat	Kommentar
6.	Ansökan om fortsatt omhändertagande, när svensk domstol inte är behörig att besluta om beredande av vård enligt LVU	9 a § LVU	Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott <i>Vid brådskande beslut:</i> Ordförande eller ledamot med kompletterande beslutanderätt enligt schema	
7.	Beslut om hur vården ska ordnas och vad den unge ska vistas under vårdtiden	11 § 1 st. LVU 11 § 3 st. LVU	Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott <i>Vid brådskande beslut:</i> Ordförande eller ledamot med kompletterande beslutanderätt enligt schema	Beslutet ska anmälas vid nämndens nästa sammanträde.
8.	Beslut om att den unge får vistas i sitt eget hem under vårdtiden	11 § 2 st. LVU 11 § 3 st. LVU	Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott <i>Vid brådskande beslut:</i> Ordförande eller ledamot med kompletterande beslutanderätt enligt schema	Beslutet ska anmälas vid nämndens nästa sammanträde.
9.	Beslut rörande den unges personliga förhållanden i den mån beslutet inte är att hänföra till 11 § 1 och 2 st. LVU	11 § 4 st. LVU	Socialsekreterare i ärendet	Exempel är kortare vistelse utom familjehemmet eller HVB-hem.
10.	Övervägande om vård med stöd av 2 § LVU fortfarande behövs	13 § 1 st. LVU	Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott	
11.	Omprövning av om vård med stöd av 3 § LVU ska upphöra	13 § 1 och 2 st. LVU	Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott	Prövning ska ske var sjätte månad från senaste prövning.
12.	Övervägande om det finns skäl att ansöka om överflyttning av vårdnad enligt 6 kap. 8 § FB	13 § 1 och 3 st. LVU 13c § LVU	Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott	Nämnden är skyldig att göra ett övervägande när barnet varit placerat tre år i samma familjehem.
13.	Beslut i fråga om umgänge eller hemlighållande av vistelseort.	14 § 2 st. LVU	Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott <i>Vid brådskande beslut:</i> Ordförande eller ledamot med kompletterande beslutanderätt enligt schema	
14.	Upphäva beslut om umgänge eller hemlighållande av vistelseort	14 § 2 st. LVU	Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott <i>Vid brådskande beslut:</i> Ordförande eller ledamot med kompletterande beslutanderätt enligt schema	

Nr	Ärende	Lagrum	Delegat	Kommentar
15.	Övervägande minst var tredje månad om beslut om umgänge eller hemlighållande av vistelseort enligt 14 § 2 st LVU fortfarande behövs.	14 § 3 st LVU	Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott	
16.	Beslut i fråga om att vården ska upphöra	21 § 1 st. LVU	Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott	Beträffande kvarstående ansvar för kommunen, se meddelandeblad från Socialstyrelsen.
17.	Beslut om regelbunden kontakt med särskilt utsedd kontaktperson	22 § 1 st. 1 p. LVU	Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott	
18.	Beslut om att delta i behandling i öppna former inom socialtjänsten	22 § 1 st. 2 p. LVU	Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott	
19.	Prövning av om beslut om förebyggande insats ska upphöra att gälla	22 § 3 st. LVU	Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott	Bestämmelsen innebär att VON minst en gång var sjätte månad ska pröva om insatsen fortfarande behövs.
20.	Beslut om att förebyggande insats enligt 22 § 1 st. LVU ska upphöra	22 § 3 st. LVU	Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott	
21.	Ansökan hos förvaltningsrätten om flyttningsförbud	24 § LVU	Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott	Se även 25 § LVU.
22.	Övervägande om flyttningsförbud fortfarande behövs	26 § 1 st. LVU	Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott	
23.	Beslut om flyttningsförbud ska upphöra	26 § 2 st. LVU	Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott	
24.	Beslut om tillfälligt flyttningsförbud	27 § LVU 27 § 2 st. LVU	Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott Vid brådskande beslut: Ordförande eller ledamot med kompletterande beslutanderätt enligt schema	
25.	Beslut om att ett tillfälligt flyttningsförbud enligt 27 § LVU ska upphöra	30 § 2 st. LVU	Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott	
26.	Beslut om den unges umgänge med förälder eller andra vårdnadshavare efter beslut om flyttningsförbud eller tillfälligt flyttningsförbud när överenskommelse inte kan nås	31 § LVU	VONAU	

Nr	Ärende	Lagrum	Delegat	Kommentar
27.	Beslut om umgängesbegränsning vid ett flyttningsförbud	31 § LVU	Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott	
28.	Ansökan hos förvaltningsrätten om utreseförbud	31b § LVU	Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott	Se 31b § LVU för vad ansökan ska innehålla
29.	Begära förlängd ansökningstid för ansökan om utreseförbud	31f § LVU	Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott	
30.	Beslut om tillfälligt utreseförbud	31d § 1 st. LVU 31d § 2 st. LVU	Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott Vid brådskande beslut: Ordförande eller ledamot med kompletterande beslutanderätt enligt schema	
31.	Beslut om att tillfälligt utreseförbud ska upphöra	31g § 2 st. LVU	Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott	
32.	Pröva om utreseförbud ska upphöra	31c § LVU	Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott	
33.	Besluta om tillfälligt undantag från utreseförbud	31i § LVU	Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott	
34.	Beslut om läkarundersökning	32 § 1 st. LVU	Enhetschef barn och unga Ersättare: Bitr. enhetschef barn och unga	
35.	Beslut om drogtest av vårdnadshavare eller föräldrar inför umgänge vid vård med stöd av 2 § LVU	32 a § LVU	Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott	
36.	Beslut om drogtest av vårdnadshavare inför prövning av om vård med stöd av 2 § LVU ska upphöra	32 b § LVU	Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott	
37.	Beslut att begära polishandräckning för att genomföra läkarundersökning	43 § 1 p. LVU	Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott	
38.	Beslut att begära polishandräckning för att genomföra beslut om vård eller omhändertagande med stöd av LVU	43 § 1 st. 2 p. LVU	Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott Vid brådskande beslut: Ordförande eller ledamot med kompletterande beslutanderätt enligt schema	Beslutet ska anmälas vid nämndens nästa sammanträde.
39.	Ansökan om fortsatt omhändertagande, när svensk domstol inte är	9 a § LVU	VONAU	

Nr	Ärende	Lagrum	Delegat	Kommentar
	behörig att besluta om beredande av vård enligt LVU			
4.8 Lag om placering av barn i skyddat boende (LBSB)				
1.	Beslut om att ansöka hos förvaltningsrätten om placering i skyddat boende	3 kap. 3 § LBSB	Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott	
2.	Beslut om att återkalla ansökan om placering i skyddat boende.		VONAU	
3.	Beslut om omedelbar placering i skyddat boende Beslut om omedelbar insats i form av skyddat boende	4 kap. 1 § 1 st. LBSB	Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott Vid brådskande beslut: Ordförande eller ledamot med kompletterande beslutanderätt enligt schema	
4.	Beslut om omedelbar placering insats i form av skyddat boende i de fall arbetsutskottets beslut inte kan avvaktas	4 kap. 1 § 2 st. LBSB	Ordförande eller ledamot med kompletterande beslutanderätt enligt schema	Beslutet ska anmälas vid nämndens nästa sammanträde.
5.	Ansökan om förlängd tid för ansökan	4 kap. 6 § 2 st. LBSB	Bitr. enhetschef barn och unga	
6.	Beslut om upphörande av omedelbar placering i skyddat boende	4 kap. 8 § LBSB	VONAU Enhetschef barn och unga	
7.	Beslut om placering (i specifikt skyddat boende)	5 kap. 1 § LBSB 5 kap. 1 § 2 st. LBSB	Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott <i>Vid brådskande beslut:</i> Ordförande eller ledamot med kompletterande beslutanderätt enligt schema	Beslutet ska anmälas vid nämndens nästa sammanträde.
8.	Övervägande om insatsen ska fortsätta	5 kap. 3 § LBSB	Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott	Nämnden ska minst var sjätte månad överväga om insatsen ska fortsätta.
9.	Beslut om hemlighållande av vistelseort	5 kap. 4 § 1 st. LBSB 5 kap. 5 § LBSB	Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott (ej delegerat) <i>Vid brådskande beslut:</i> Ordförande eller ledamot med kompletterande beslutanderätt enligt schema	Beslutet ska anmälas vid nämndens nästa sammanträde.
10.	Beslut om umgängesbegränsning	5 kap. 4 § 2 st. LBSB	Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott (ej delegerat)	Beslutet ska anmälas vid nämndens nästa sammanträde.

Nr	Ärende	Lagrum	Delegat	Kommentar
		5 kap. 5 § LBSB	Vid brådskande beslut: Ordförande eller ledamot med kompletterande beslutanderätt enligt schema	
11.	Övervägande om fortsatt hemlighållande av vistelseort eller umgängesbegränsning	5 kap. 6 § LBSB	Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott	Nämnden ska minst var sjätte månad överväga om ett beslut enligt 4 § fortfarande behövs.
12.	Avvisande av framställning från vårdnadshavare om att beslut om hemlighållande av vistelseort eller umgängesbegränsning ska upphöra	5 kap. 7 § LBSB	Bitr. enhetschef barn och unga	
13.	Beslut om upphörande av placering i skyddat boende	7 kap. 1 § 1 st. LBSB	Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott	
14.	Avvisande av framställning från vårdnadshavare om att insats enligt 3 kap. ska upphöra	7 kap.2 § LBSB	Bitr. enhetschef barn och unga	
15.	Polishandräckning för att genomföra beslut om skyddat boende eller om en omedelbar sådan insats	8 kap. 7 § LBSB	Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott Vid brådskande beslut: Ordförande eller ledamot med kompletterande beslutanderätt enligt schema	Beslutet ska anmälas vid nämndens nästa sammanträde.

5. Familjerätt

5.2 Faderskap och föräldraskap

1.	Godkännande av faderskapsbekräftelse a. I samboförhållanden b. Utom samboförhållande	1 kap. 4 § 1 st. FB	a. Administratör i ärendet inom enhet där ärendet handläggs b. Socialsekreterare i ärendet	Se Socialstyrelsens allmänna råd om att fastställa faderskap. Utredning ska anses inledd när SN fått födelseanmälan eller rätten förklarat en man inte vara far enligt 1 kap. 2 § FB.
2.	Godkännande av föräldraskapsbekräftelse	1 kap. 4 § och 9 § 3 st. FB	Socialsekreterare i ärendet	
3.	Beslut om att inleda utredning om fastställande av faderskap när dom eller bekräftelse finns och faderskapet kan ifrågasättas	2 kap. 1 § FB	Enhetschef barn och unga	

Nr	Ärende	Lagrum	Delegat	Kommentar
4.	Beslut om att återuppta nedlagd utredning	2 kap. 1 § FB	Enhetschef barn och unga	
5.	Överflyttning/mottagande av faderskapsutredning	2 kap. 3 § FB	Vård- och omsorgsnämnden (ej delegerat)	
6.	Beslut om att lägga ned faderskapsutredning	2 kap. 7 § FB	Vård- och omsorgsnämnden (ej delegerat)	
7.	Beslut om att inleda utredning för att avgöra om någon annan man än den som är gift med barnets moder kan vara far till barnet	2 kap. 9 § 1 st. FB	Socialsekreterare i ärendet	
8.	Beslut om att inte påbörja eller lägga ned påbörjad faderskapsutredning	2 kap. 9 § 2 st. FB	Vård- och omsorgsnämnden (ej delegerat)	
9.	Beslut om rättsgenetisk undersökning	2 kap. 6 § FB	Socialsekreterare i ärendet	Exempelvis DNA-undersökning.
10.	Beslut att föra talan i mål om faderskap	3 kap. 5 § 2 st. och 6 § 2 st. FB	Socialsekreterare i ärendet	

5.3 Adoption

1.	Utse handläggare med uppgift att till domstol genomföra adoptionsutredningar	4 kap. 14 § 1 st. FB	Enhetschef barn och unga <i>Ersättare:</i> Bitr. enhetschef barn och unga	
2.	Beslut om att inleda medgivandeutredning för adoption.	24 kap. 1 § SoL	Vård- och omsorgsnämnden (ej delegerat)	
3.	Medgivande att ta emot ett barn för adoption	22 kap. 2 § och 24 kap. 1 § SoL	Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott	

5.4 Vårdnad, boende och umgänge

1.	Beslut i fråga om att godkänna föräldrars avtal om vårdnaden av barnet	6 kap. 6 § FB	Socialsekreterare i ärendet	Se aktuellt cirkulär från SKR.
2.	Överflyttning av vårdnad till särskilt förordnad vårdnadshavare där vårdnadshavaren brister i omsorgen	6 kap. 7 § FB	Vård- och omsorgsnämnden (ej delegerat)	
3.	Överflyttning av vårdnad till särskilt förordnad vårdnadshavare för längre tids fostran i annat enskilt hem	6 kap. 8 § FB	Vård- och omsorgsnämnden (ej delegerat)	

Nr	Ärende	Lagrum	Delegat	Kommentar
4.	Överflyttning av vårdnad till särskilt förordnad vårdnadshavare då föräldrar är förhindrade att utöva vårdnaden	6 kap. 8 a § FB	Vård- och omsorgsnämnden (ej delegerat)	
5.	Anmälan om behov av särskilt förordnad vårdnadshavare	6 kap. 9 § FB	Vård- och omsorgsnämnden (ej delegerat)	
6.	Överflyttning av vårdnaden när barnet står under vårdnad av en eller två särskilt förordnade vårdnadshavare och någon av barnets föräldrar vill få vårdnaden överflyttad till sig	6 kap. 10 § FB	Vård- och omsorgsnämnden (ej delegerat)	
7.	Ansökan till tingsrätten om ändring i vårdnad eller entledigande av särskilt förordnad vårdnadshavare	6 kap. 10 c § FB	Vård- och omsorgsnämnden (ej delegerat)	
8.	Beslut i fråga om att godkänna föräldrars avtal om barnets boende	6 kap. 14a § 2 st. FB	Socialsekreterare i ärendet	
9.	Väcka talan om umgänge	6 kap. 15 a § 1 och 2 st. FB	Vård- och omsorgsnämnden (ej delegerat)	
10.	Beslut i fråga om att godkänna föräldrars avtal om barnets umgänge med en förälder som barnet inte bor tillsammans med	6 kap. 15a § 3st. FB	Socialsekreterare i ärendet	
11.	Beslut att utse viss person att medverka vid umgänge	6 kap. 15c § 3 st. FB	Socialsekreterare i ärendet	
12.	Uppföljning av umgängesstöd	6 kap. 15c § 4 st. FB	Socialsekreterare i ärendet	
13.	Genomförande av samarbetsamtal i syfte att nå enighet mellan föräldrar i frågor om vårdnad, boende och umgänge som uppdragits genom domstolsbeslut	6 kap. 18 § FB	Socialsekreterare i ärendet	
14.	Lämnande av upplysningar/att avge utredning till tingsrätt i vårdnads-, boende- och umgänges mål	6 kap. 19 § FB	Socialsekreterare i ärendet	
15.	Lämnande av upplysningar till tingsrätt beträffande vårdnad, boende eller umgänge	6 kap. 20 § FB	Socialsekreterare i ärendet	

Nr	Ärende	Lagrum	Delegat	Kommentar
16.	Godkänna avtal om underhållsbidrag i form av engångsbelopp	7 kap. 7 § FB	Vård- och omsorgsnämnden (ej delegerat)	
6. Vuxen				
6.1 Handläggning, allmänt				
1.	Beslut om att inleda utredning	14 kap. 2 § SoL	Socialsekreterare Utredningsadministratör Handläggare inom enheten funktionsnedsättning	Nämndens befogenheter och skyldigheter vid barnutredningar regleras i 20 kap. 3-5 § SoL.
2.	Beslut om att utredning inte ska inledas eller att inledd utredning ska läggas ned	14 kap. 2 § SoL	Enhetschef vuxen Enhetschef vuxen och LSS Enhetschef försörjningsstöd, integration och arbete	
3.	Beslut om att avsluta utredning vid bifall av insats enligt 11 kap. 1 § SoL	14 kap. 2 § SoL	Delegat i ursprungsbeslut	
6.2 Insatser för ekonomiska behov/försörjningsstöd				
1.	Beslut i ärenden i fråga om försörjningsstöd: a. När det är enligt kommunens riktlinjer b. När det är utöver kommunens riktlinjer	12 kap. 1 § SoL	a. Socialsekreterare/ handläggare/ utredningsadministratör i ärendet b. Enhetschef vuxen Enhetschef försörjningsstöd, integration och arbete	
2.	Beslut i ärenden i fråga om särskilt behovsprövat försörjningsstöd a. När det är enligt kommunens riktlinjer b. När det är utöver kommunens riktlinjer	12 kap. 1 § SoL	a. Socialsekreterare/ handläggare/ utredningsadministratör i ärendet b. Enhetschef vuxen Enhetschef försörjningsstöd, integration och arbete	
3.	Beslut om insatser i form av förmedling av egna medel	12 kap. 1 § SoL	Enhetschef vuxen Enhetschef försörjningsstöd, integration och arbete	
4.	Beslut i ärenden i fråga om insatser för ekonomiska behov för den sökandes livsföring i övrigt a. När det är enligt kommunens riktlinjer b. När det är utöver kommunens riktlinjer	12 kap. 1 eller 2 §§ SoL	a. Socialsekreterare/ handläggare/ utredningsadministratör i ärendet b. Enhetschef vuxen Enhetschef försörjningsstöd, integration och arbete	

Nr	Ärende	Lagrum	Delegat	Kommentar
5.	Beslut att begära att den som får försörjningsstöd under viss tid ska delta i anvisad praktik eller annan kompetenshöjande verksamhet	12 kap. 4 § SoL	Socialsekreterare/ handläggare/ utredningsadministratör i ärendet	Gäller då den enskilde inte har kunnat erbjudas någon lämplig arbetsmarknadspolitisk åtgärd.
6.	Delegation för sluttest av försörjningsstöd i verksamhetssystemet		Enhetschef vuxen Enhetschef försörjningsstöd, integration och arbete	
6.3 Lag om mottagande av asylsökande (LMA)				
1.	Beslut om insatser för ekonomiska behov i enlighet med Migrationsverkets riktlinjer (dagersättning och särskilt bidrag)	1, 3a, 17 och 18 §§ LMA	Socialsekreterare/ handläggare vuxen	
2.	Beslut om nedsättning av daysättning till asylsökande	10 § LMA	Enhetschef vuxen Enhetschef försörjningsstöd, integration och arbete <i>Ersättare: samordnare</i>	
6.4 Återkrav				
1.	Beslut om att återkräva insatser för ekonomiska behov som beviljats enligt 12 kap. 1 § SoL	33 kap. 1 § SoL	Enhetschef vuxen myndighet Enhetschef försörjningsstöd, integration och arbete	Exempelvis när enskild lämnat oriktiga uppgifter.
2.	Beslut om att återkräva insatser för ekonomiska behov som beviljats enligt 12 kap. 1 § SoL	33 kap. 2 § SoL	Socialsekreterare i ärendet	Exempelvis när insatsen var ett förskott på förmån eller ersättning.
3.	Beslut om att återkräva insatser för ekonomiska behov som beviljats enligt 12 kap. 1 § SoL	33 kap. 3 § SoL	Enhetschef vuxen myndighet Enhetschef försörjningsstöd, integration och arbete	När insatsen givits mot villkor om återbetalning.
4.	Beslut om att föra talan i förvaltningsrätt om återkrav eller ersättning enligt: a. 33 kap. 1 § SoL b. 32 kap 2-3 §§ SoL, och 33 kap. 2-3 §§ SOL	33 kap. 4 § SoL	a. Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott b. — Enhetschef vuxen Enhetschef försörjningsstöd, integration och arbete	
5.	Beslut om eftergift av ersättningsskyldighet enligt 32 kap. 2-3 §§ eller återkrav enligt 33 kap. 1-3 §§	33 kap. 6 § SoL	Enhetschef vuxen Enhetschef försörjningsstöd, integration och arbete	

Nr	Ärende	Lagrum	Delegat	Kommentar
6.5 Öppenvårdsinsatser				
1.	Beslut i fråga om insats i form av öppenvård: a. Utan behandlingskostnad b. Upp till en dygnskostnad som ger en månadskostnad motsvarande enhetschef's attesträtt c. Över en dygnskostnad som ger en månadskostnad motsvarande verksamhetschef's attesträtt	11 kap. 1 § SoL	a. Socialsekreterare eller samordnare i ärendet b. — Enhetschef vuxen Enhetschef vuxen och LSS c. Verksamhetschef myndighet	
2.	Avsluta beslut om insats i form av öppenvård		Socialsekreterare/handläggare i ärendet	
6.6 Kontaktperson och kontaktfamilj				
1.	Beslut om insats i form av kontaktperson	11 kap. 1 § SoL	Socialsekreterare Handläggare inom enheten vuxen och LSS	
2.	Beslut om insats i form av kontaktfamilj	11 kap. 1 § SoL	Socialsekreterare Handläggare inom enheten vuxen och LSS	
3.	Beslut om upphörande av kontaktperson	11 kap. 1 § SoL	Socialsekreterare Handläggare inom enheten vuxen och LSS	
4.	Beslut om upphörande av kontaktfamilj	11 kap. 1 § SoL	Socialsekreterare Handläggare inom enheten vuxen och LSS	
5.	Beslut om förordnande och entledigande av kontaktperson	11 kap. 1 § SoL	Socialsekreterare Handläggare inom enheten vuxen och LSS	
6.	Beslut om förordnande och entledigande kontaktfamilj	11 kap. 1 § SoL	Socialsekreterare Handläggare inom enheten vuxen och LSS	
7.	Beslut om arvode och omkostnadsersättning till kontaktperson eller kontaktfamilj a. Enligt norm och riktlinjer b. Utöver norm och riktlinjer	11 kap. 1 § SoL	a. Socialsekreterare/kontaktsekreterare i ärendet b. — Enhetschef vuxen Enhetschef vuxen och LSS	Uppdraget ska regleras genom avtal. Se aktuellt cirkulär från SKR.

Nr	Ärende	Lagrum	Delegat	Kommentar
6.7 Placering och boende				
1.	Beslut om insats i form av placering av personer över 18 år: a. Upp till en dygnskostnad som ger en månadskostnad motsvarande enhetschef's attesträtt b. Över en dygnskostnad som ger en månadskostnad motsvarande enhetschef's attesträtt	11 kap. 1 § SoL	a. Enhetschef vuxen Enhetschef vuxen och LSS b. Verksamhetschef myndighet	Placering kan ske i HVB eller familjehem eller stödboende.
2.	Insats i form av skyddat boende våld i nära relation, vuxna	11 kap. 1 § SoL	Enhetschef vuxen Enhetschef vuxen och LSS	
3.	Beslut om upphörande av insats i form av placering i HVB eller familjehem	11 kap. 1 § SoL	Socialsekreterare i ärendet	
4.	Beslut om insats i form av bostadssocialtkontrakt	11 kap. 1 § SoL	Enhetschef vuxen Enhetschef försörjningsstöd, integration och arbete Ersättare: samordnare	Delegation att hyra ut lägenheter i andra hand utifrån insatsbeslut om sociala kontrakt, se rubrik hyror".
6.8 Lag om vård av missbrukare i vissa fall (LVM)				
1.	Beslut om att inleda utredning om det finns skäl för tvångsvård	7 § LVM	Enhetschef vuxen Enhetschef vuxen och LSS	
2.	Beslut om att utredning inte ska inledas eller att påbörjad utredning ska läggas ned alternativt övergå i en utredning enligt 14 kap. 2 § SoL	7 § LVM	Enhetschef vuxen Enhetschef vuxen och LSS	
3.	Beslut om läkarundersökning	9 § LVM	Enhetschef vuxen Enhetschef vuxen och LSS	Beslut om läkarundersökning ska fattas om sådan inte är uppenbart obehövlig.
4.	Beslut om ansökan hos förvaltningsrätt om vård enligt LVM	11 § LVM	Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott	
5.	Beslut om omedelbart omhändertagande av missbrukare	13 § LVM	Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott Vid brådskande beslut: Ordförande eller ledamot med	Beslutet ska anmälas vid nämndens nästa sammanträde.

Nr	Ärende	Lagrum	Delegat	Kommentar
			kompletterande beslutanderätt enligt schema	
6.	Upphörande av omedelbart omhändertagande.	18 b § LVM	Enhetschef vuxen Enhetschef vuxen och LSS	
7.	Beslut om att begära polishandräckning för att föra en missbrukare till läkarundersökning	45 § 1 p. LVM	Enhetschef vuxen Enhetschef vuxen och LSS	
8.	Beslut om att begära polishandräckning för inställelse vid LVM-hem eller sjukhus	45 § 2 p. LVM	Enhetschef vuxen Enhetschef vuxen och LSS	
9.	Beslut om ersättning från den enskilde till kommunen för missbruksvård i form av plats i HVB eller i familjehem (vuxna)		Se delegat för 8 kap. 1 § SoL	
10.	Yttrande till åklagare vid åtalsprövning	46 § LVM	Enhetschef vuxen Enhetschef vuxen och LSS	
6.9 Dödsboanmälan				
1.	Inleda utredning om dödsboanmälan		Utredningsadministratör i ärendet	
2.	Dödsboanmälan	20 kap. 8 a § ÄB	Enhetschef vuxen Ersättare: samordnare Handläggare	Skatteverket ska underrättas om vem som är delegat.
3.	Beslut att ordna gravsättning	5 kap. 2 § Begravningslagen (1990:1144)	Enhetschef vuxen Ersättare: samordnare Enhetschef försörjningsstöd, integration och arbete	Kommunen har rätt till ersättning för kostnaderna av dödsboet.
4.	Beslut om provisorisk förvaltning		Enhetschef försörjningsstöd, integration och arbete	
5.	Beslut om att överlämna förvaltning och avveckling till dödsbodelägare / Allmänna arvsfonden / god man för bortavarande	18 kap. 1 § ÄB	Handläggare	
6.	Beslut om att föranstalta om bouppteckning	20 kap. 2 § ÄB	Handläggare	
7.	Beslut om att avveckla dödsbo	18 kap. 2 § ÄB	Handläggare	

Nr	Ärende	Lagrum	Delegat	Kommentar
7. Äldre och personer med funktionsnedsättning				
7.1 Handläggning, allmänt				
1.	Beslut om att inleda utredning	14 kap. 2 § SoL	Biståndshandläggare Utredningsadministratör Handläggare i ärendet	Nämndens befogenheter och skyldigheter vid barnutredningar regleras i 20 kap. 3-5 § SoL.
2.	Beslut om att utredning inte ska inledas eller att inledd utredning ska läggas ned	14 kap. 2 § SoL	Biståndshandläggare Handläggare socialpsykiatri Handläggare i ärendet	
3.	Beslut om att avsluta utredning vid bifall av insats enligt 11 kap. 1 § SoL	14 kap. 2 § SoL	Delegat i ursprungsbeslut	
4.	Beslut om att utredning inte ska föranleda åtgärd	14 kap. 2 § SoL	Enhetschef äldre och bistånd Enhetschef vuxen och LSS	
7.2 Boendestöd				
1.	Beslut om insats i form av boendestöd för psykiskt funktionshindrade	11 kap. 1 § SoL	Biståndshandläggare Handläggare socialpsykiatri Handläggare inom enheten vuxen och LSS	
7.3 Kontaktperson och kontaktfamilj				
1.	Beslut om insats i form av kontaktperson	11 kap. 1 § SoL	Biståndshandläggare	
2.	Beslut om insats i form av kontaktfamilj	11 kap. 1 § SoL	Biståndshandläggare	
3.	Beslut om upphörande av kontaktperson	11 kap. 1 § SoL	Biståndshandläggare	
4.	Beslut om upphörande av kontaktfamilj	11 kap. 1 § SoL	Biståndshandläggare	
5.	Beslut om förordnande och entledigande av kontaktperson	11 kap. 1 § SoL	Biståndshandläggare Kontaktsekreterare i ärendet	
6.	Beslut om förordnande och entledigande kontaktfamilj	11 kap. 1 § SoL	Biståndshandläggare Kontaktsekreterare i ärendet	

Nr	Ärende	Lagrum	Delegat	Kommentar
7.	Beslut om arvode och omkostnadsersättning till kontaktperson eller kontaktfamilj a. Enligt norm och riktlinjer b. Utöver norm och riktlinjer	11 kap. 1 § SoL	a. Kontaktsekreterare i ärendet b. Enhetschef äldre och bistånd Enhetschef vuxen och LSS	Uppdraget ska regleras genom avtal. Se aktuellt cirkulär från SKR.
7.4 Hemtjänst				
1.	Beslut om hemtjänst: a. Upp till 120 timmar per månad b. Utöver 120 timmar per månad c. Hemtjänst med inriktning service	11 kap. 1 § SoL	a. Biståndshandläggare Specialisthandläggare äldre och bistånd b. Enhetschef äldre och bistånd c. Biståndshandläggare Specialisthandläggare äldre och bistånd Utredningsadministratör	Omfattar alla insatser med bestämda timmar även ledsagarservice avlösarservice
2.	Beslut om trygghetslarm	11 kap. 1 § SoL	Biståndshandläggare Specialisthandläggare äldre och bistånd Utredningsadministratör	
3.	Beslut om matdistribution	11 kap. 1 § SoL	Biståndshandläggare Specialisthandläggare äldre och bistånd	
4.	Beslut om ledsagarservice: a. Upp till 12 timmar per månad b. Utöver 12 timmar per månad	11 kap. 1 § SoL	a. Biståndshandläggare eller specialisthandläggare äldre och bistånd b. Enhetschef äldre och bistånd	
5.	Beslut om avlösarservice: a. Upp till 30 timmar per månad b. Utöver 30 timmar per månad	11 kap. 1 § SoL	a. Biståndshandläggare eller specialisthandläggare äldre och bistånd b. Enhetschef äldre och bistånd	
6.	Beslut om insats i form av dagverksamhet	11 kap. 1 § SoL	Biståndshandläggare Specialisthandläggare äldre och bistånd	
7.	Köp av plats av dagverksamhet		Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott	

Nr	Ärende	Lagrum	Delegat	Kommentar
8.	Köp av hemtjänst externt		Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott	
7.5 Boende och korttidsplats				
1.	Beslut om insats i form av särskild boendeform	11 kap. 1 § SoL	Specialisthandläggare äldre och bistånd	Delegation att hyra ut insatsbedömda lägenheter i särskilda boenden som ägs av eller redan hyrs av Östhammars kommun, se under rubrik ”Ekonomi och hyror”.
2.	Beslut om insats i form av medboende i särskilt boende	11 kap. 1 § SoL	Biståndshandläggare i ärendet	
3.	Beslut om insats i form av tillgänglighetsanpassad bostad	11 kap. 1 § SoL 11 kap. 4 § SoL	Enhetschef äldre och bistånd	Insatsen ska alltid först prövas enligt 11:1 SoL. Anvisas enligt avtal med Östhammars hem.
4.	Beslut om insats i form av korttidsplats: a. som innebär en sammanhängande vistelse upp till 3 veckor b. som innebär en sammanhängande vistelse längre än 3 veckor c. Beslut om korttidsplats (palliativ plats) under jourtid	11 kap. 1 § SoL	a. Biståndshandläggare Specialisthandläggare äldre och bistånd b. Specialisthandläggare äldre och bistånd c. Sjuksköterska hemsjukvården	
5.	Beslut om korttidsplats med regelbunden vistelse upp till 2 veckor	11 kap. 1 § SoL	Biståndshandläggare Specialisthandläggare äldre och bistånd	
6.	Köp av plats externt		Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott	
7.	Beslut om trygghetsplats under jourtid med vistelse upp till 3 dagar	11 kap. 1 § SoL	Sjuksköterska, hemsjukvården	Fattas endast under jourtid när biståndshandläggare inte är i tjänst.
8.	Beslut om insats i form av boende med särskilt stöd, inriktning psykiatri	11 kap. 1 § SoL	Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott	

Nr	Ärende	Lagrum	Delegat	Kommentar
7.6 Placering i HVB				
1.	Beslut om insats i form av placering av personer över 18 år: a. Upp till en dygnskostnad som ger en månadskostnad motsvarande enhetschefs attesträtt b. Över en dygnskostnad som ger en månadskostnad motsvarande enhetschefs attesträtt	11 kap. 1 § SoL	a. Enhetschef äldre och bistånd Enhetschef vuxen och LSS b. Verksamhetschef myndighet	Placering kan ske i HVB eller familjehem eller stödboende.
2.	Beslut om upphörande av insats i form av placering i HVB eller familjehem	11 kap. 1 § SoL	Biståndshandläggare Handläggare i ärendet	
7.7 Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)				
1.	Beslut om personkretstillhörighet	1 och 7 §§ LSS	Biståndshandläggare Handläggare socialpsykiatri Specialisthandläggare funktionsnedsättning Handläggare inom enheten vuxen och LSS	Beslut om personkretstillhörighet fattas inte särskilt utan är en del av beslut om insats enligt 9 § LSS.
2.	Biträde av personlig assistent	7 § och 9 § 2 p. LSS	Enhetschef vuxen och LSS	
3.	Ekonomiskt stöd för att bekosta personlig assistent vid tillfälligt utökade behov	7 § och 9 § 2 p. LSS	Enhetschef vuxen och LSS	
4.	Ekonomiskt stöd till skäligen kostnader för personlig assistent	7 § och 9 § 2 p. LSS	Utredningsadministratör	
5.	Ledsagarservice: a. Upp till 44 timmar per månad b. Utöver 44 timmar per månad	7 § och 9 § 3 p. LSS	a. Biståndshandläggare, handläggare socialpsykiatri eller specialisthandläggare i ärendet Handläggare inom enheten vuxen och LSS b. Enhetschef vuxen och LSS	
6.	Biträde av kontaktperson	7 § och 9 § 4 p. LSS	Biståndshandläggare Handläggare socialpsykiatri Specialisthandläggare funktionsnedsättning Handläggare inom enheten vuxen och LSS	

Nr	Ärende	Lagrum	Delegat	Kommentar
7.	Avlösarservice i hemmet: a. Upp till 44 timmar per månad b. Utöver 44 timmar per månad	7 § och 9 § 5 p. LSS	a. Biståndshandläggare, handläggare socialpsykiatri eller specialisthandläggare i ärendet Handläggare inom enheten vuxen och LSS b. Enhetschef vuxen och LSS	
8.	Korttidsvistelse utanför det egna hemmet	7 § och 9 § 6 p. LSS	Biståndshandläggare Specialisthandläggare funktionsnedsättning Handläggare inom enheten vuxen och LSS	
9.	Köp av plats externt avseende korttidsvistelse utanför det egna hemmet enligt LSS		Enhetschef vuxen och LSS	
10.	Korttidstillsyn för skolutgång över 12 år utanför det egna hemmet i anslutning till skoldagen samt under lov	7 § och 9 § 7 p. LSS	Biståndshandläggare Specialisthandläggare funktionsnedsättning Handläggare inom enheten vuxen och LSS	
11.	Beslut om boende i familjehem för barn och ungdom	7 § och 9 § 8 p. LSS	Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott	Se godkännande av familjehem.
12.	Beslut om boende i bostad med särskild service för barn och ungdomar	7 § och 9 § 8 p. LSS	Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott	
13.	Beslut om boende för vuxna i bostad med särskild service	7 § och 9 § 9 p. LSS	Specialisthandläggare enheten funktionsnedsättning	
14.	Beslut om daglig verksamhet för personer i yrkesverksam ålder som saknar förvärvsarbete och inte utbildar sig	7 § och 9 § 10 p. LSS	Biståndshandläggare Handläggare socialpsykiatri Specialisthandläggare funktionsnedsättning Handläggare inom enheten vuxen och LSS	Omfattar personkrets 1 och 2.
15.	Beslut om att utbetala assistansersättning till annan person än den som är berättigad till insatsen	11 § LSS	Enhetschef vuxen och LSS	
16.	Beslut om upphörande av insats enligt LSS		Biståndshandläggare Handläggare socialpsykiatri Specialisthandläggare funktionsnedsättning Handläggare inom enheten vuxen och LSS	

Nr	Ärende	Lagrum	Delegat	Kommentar
17.	Beslut om återbetalningsskyldighet	12 § LSS	Enhetschef vuxen och LSS	
18.	Förhandsbesked om rätt till insats enligt LSS för person som inte är bosatt i kommunen	16 § 2 st. LSS	Följer delegationen för aktuell insats	
19.	Beslut om att utreda behoven för enskild på tillfälligt besök i kommunen och besluta om insatser (bistå med utredning)	16 § a 1 st. LSS	Biståndshandläggare Handläggare socialpsykiatri Specialisthandläggare funktionsnedsättning Handläggare inom enheten vuxen och LSS	
20.	Beslut om att ingå avtal med vårdgivare	17 § LSS	Enhetschef vuxen och LSS	
21.	Beslut om avgift från förälder vars barn är under 18 år och får egen omvårdnad i ett annat hem än det egna	20 § LSS, 5 § LSS-förordningen 6 kap. 2 § SoF	Enhetschef vuxen och LSS	Beslutet är inte överklagbart.
22.	Beslut om att anmäla behov av assistansersättning till försäkringskassan	15 § 8 p. LSS	Biståndshandläggare Specialisthandläggare funktionsnedsättning Handläggare inom enheten vuxen och LSS	Gäller under förutsättning att den enskilde ansökt om personlig assistent enligt LSS.
23.	Anmälan till socialstyrelsen av allvarliga missförhållanden i enskild tillståndspliktig verksamhet	24b § LSS	Verksamhetschef inom omsorgskontoret	
24.	Anmäla till Försäkringskassan om det finns anledning att anta att assistansersättning används för annat än köp av personlig assistans eller kostnader för personliga assistenter	15 § 10 p. LSS	Enhetschef vuxen och LSS	
25.	Anmäla till Inspektionen för vård och omsorg om det finns anledning att anta att en tillståndshavares lämplighet för att bedriva verksamhet med personlig assistans kan ifrågasättas.	15 § 11 p. LSS	Enhetschef vuxen och LSS	
26.	Anmälan till överförmyndaren att person som omfattas av LSS är i behov av förmyndare, förvaltare eller god man	15 § 6 p. LSS	Biståndshandläggare Handläggare socialpsykiatri Specialisthandläggare funktionsnedsättning Handläggare inom enheten vuxen och LSS	

Nr	Ärende	Lagrum	Delegat	Kommentar
27.	Anmälan till överförmyndaren att förmyndare, förvaltare eller god man inte längre behövs	15 § 6 p. LSS	Biståndshandläggare Handläggare socialpsykiatri Specialisthandläggare funktionsnedsättning Handläggare inom enheten vuxen och LSS	
28.	Köp av plats externt avseende insats enligt LSS		Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott	

7.8 Avgifter

1.	Beslut om att ta ut ersättning för uppehållet från enskilde som är beviljad plats i HVB: a. Beslut att ta ut ersättning b. Beslut att ej ta ut ersättning	32 kap. 2-3 § § SoL och 6 kap. 1 § SoF	a. Handläggare socialpsykiatri/biståndshandläggare i ärendet b. Enhetschef vuxen och LSS Enhetschef äldre och bistånd	
2.	Beslut om avgift	32 kap. 1 § SoL	Avgiftshandläggare Handläggare inom enheten vuxen och LSS	För överklagan se rubrik överklagan.
3.	Jämkningsavgift för hemtjänst, service och omvårdnad samt boende	32 kap. 1 § SoL	Avgiftshandläggare Handläggare inom enheten funktionsnedsättning	
4.	Beslut om nedskrivning av eller befrielse från skuld avseende debiterad avgift	11 kap. 4 § SoL	Verksamhetschef myndighet	

8. Färdtjänst och riksfärdtjänst

1.	Beslut om tillstånd till färdtjänst	6-9 §§ Lag (1997:736) om färdtjänst	Färdtjänsthandläggare Handläggare inom enheten vuxen och LSS	Överklagan se rubrik överklagan.
2.	Beslut om att återkalla tillstånd om: a. Förutsättningarna för tillstånd inte längre finns b. Tillståndshavaren gjort sig skyldig till allvarlig och upprepande överträdelser av de föreskrifter och villkor som gäller	12 § Lag (1997:736) om färdtjänst	Färdtjänsthandläggare Handläggare inom enheten vuxen och LSS	
3.	Beslut om tillstånd till riksfärdtjänst	4-7 §§ Lag (1997:735) om riksfärdtjänst	Färdtjänsthandläggare Handläggare inom enheten vuxen och LSS	Överklagan se rubrik överklagan.
4.	Beslut om ersättning för riksfärdtjänst	8 § Lag (1997:735) om riksfärdtjänst	Färdtjänsthandläggare Handläggare inom enheten	

Nr	Ärende	Lagrum	Delegat	Kommentar
			vuxen och LSS	
5.	Beslut om att återkalla tillstånd om: a. Förutsättningar för tillstånd inte längre finns b. Om tillståndshavaren gjort sig skyldig till allvarliga eller upprepade överträdelser av de föreskrifter som gäller	9 § Lag (1997:735) om riksfärdtjänst	Färdtjänsthandläggare Handläggare inom enheten vuxen och LSS	
9. Bostadsanpassningsbidrag				
1.	Beslut om bostadsanpassningsbidrag upp till 2 prisbasbelopp	4-16 §§ LBB	Handläggare av bostadsanpassningsbidrag	
2.	Beslut om bostadsanpassningsbidrag upp till 3 prisbasbelopp	4-16 §§ LBB	Enhetschef för rehab, hjälpmedel och förebyggande	
3.	Beslut om bostadsanpassningsbidrag upp till 10 prisbasbelopp	4-16 §§ LBB	Verksamhetschef LSS/HSL	
4.	Beslut om bostadsanpassningsbidrag upp till 100 prisbasbelopp	4-16 §§ LBB	Kontorschef	
5.	Beslut om bostadsanpassningsbidrag där beloppet överstiger 100 prisbasbelopp	4-16 §§ LBB	Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott	
6.	Beslut att avslå ansökan om bostadsanpassningsbidrag		Enhetschef för rehab, hjälpmedel och förebyggande	
7.	Beslut om omprövning av tidigare beviljat bostadsanpassningsbidrag		Delegat i ursprungsbeslutet	
8.	Beslut om återkallelse av beviljat beslut	19 § LBB	Enhetschef för rehab, hjälpmedel och förebyggande	Beslut om återkallelse får endast ske före utbetalning av kontantbidrag eller verkställighet av bidrag som beviljats.
9.	Beslut om återbetalning av erhållet bostadsanpassningsbidrag	21 § LBB	Enhetschef för rehab, hjälpmedel och förebyggande	
10.	Beslut om avskrivning		Handläggare av bostadsanpassningsbidrag	
11.	Beslut om avvisning		Handläggare av bostadsanpassningsbidrag	
10. Parkeringstillstånd				
1.	Beslut i fråga om	13 kap 8 § TrF	Handläggare av	För överklagan se

Nr	Ärende	Lagrum	Delegat	Kommentar
	parkeringsstillstånd för rörelsehindrade		parkeringsstillstånd	rubrik överklagan.
11. Ärenden som handläggs av socialjour Uppsala Delegationen gäller under socialjouren i Uppsalas öppettider då socialtjänsten i Östhammar har stängt.				
11.1 Barn och unga				
1.	Beslut om att inleda utredning	14 kap. 2 § SoL	Handläggare socialjouren Uppsala	
2.	Beslut om placering för barn och ungdom i jourhem	11 kap. § 1 SoL	Handläggare socialjouren Uppsala	
3.	Beslut om tillfällig placering i nätverket	11 kap. § 1 SoL	Handläggare socialjouren Uppsala	
4.	Beslut om placering i HVB i avvaktan på arbetsutskottets beslut om fortsatt placering	11 kap. § 1 SoL	Handläggare socialjouren Uppsala	
11.2 Vuxen				
1.	Beslut om att inleda utredning	7 § LVM	Handläggare socialjouren Uppsala	
2.	Beslut om läkarundersökning	9 § LVM	Handläggare socialjouren Uppsala	
3.	Beslut om att begära polishandräckning för att föra en missbrukare till läkarundersökning	45 § 1 p. LVM	Handläggare socialjouren Uppsala	
4.	Beslut om att begära polishandräckning för inställelse vid LVM-hem eller sjukhus	45 § 2 p. LVM	Handläggare socialjouren Uppsala	