

Utskottet vård och omsorg

Paragraf 52

Dnr KS/2026:737

Riktlinje för användning av skyddsåtgärder inom vård och omsorg, funktionsstöd/LSS och HSL

Utskottet vård och omsorgs förslag till kommunstyrelsen

1. Länsgemensam riktlinje för användning av skyddsåtgärder inom vård och omsorg, funktionsstöd/LSS och HSL antas.
2. Riktlinjen trädde i kraft 2026-05-21 och gäller tills vidare.

Sammanfattning av ärendet

Region Värmland och Värmlands kommuner har gemensamt beslutat att ha gemensamma utgångspunkter för samverkan. Utgångspunkterna fungerar som ett gemensamt förhållningssätt i samverkan och kan användas både som kompass och arbetsverktyg. Arbetsgruppen för skyddsåtgärder har utarbetat riktlinjen och gäller för Värmlands kommuner, därför behöver Arvika kommun besluta om att anta riktlinjen.

Beslutsunderlag

Förvaltningens tjänsteskrivelse den 20 augusti 2026

Riktlinje för användning av skyddsåtgärder inom vård och omsorg, funktionsstöd/LSS och HSL

Yrkanden

Mona Smedman (C) yrkar att utskottet ska föreslå kommunstyrelsen att:

1. Länsgemensam riktlinje för användning av skyddsåtgärder inom vård och omsorg, funktionsstöd/LSS och HSL antas.
2. Riktlinjen trädde i kraft 2026-05-21 och gäller tills vidare.

Riktlinje för användning av skyddsåtgärder inom vård och omsorg, funktionsstöd/LSS och HSL

Förvaltningens förslag till beslut

1. Länsgemensam riktlinje för användning av skyddsåtgärder inom vård och omsorg, funktionsstöd/LSS och HSL antas.
2. Riktlinjen träder i kraft 2026-05-21 och gäller tills vidare.

Sammanfattning av ärendet

Region Värmland och Värmlands kommuner har gemensamt beslutat att ha gemensamma utgångspunkter för samverkan. Utgångspunkterna fungerar som ett gemensamt förhållningssätt i samverkan och kan användas både som kompass och arbetsverktyg. Arbetsgruppen för skyddsåtgärder har utarbetat riktlinjen och gäller för Värmlands kommuner, därför behöver Arvika kommun besluta om att anta riktlinjen.

Beslutsunderlag

Förvaltningens tjänsteskrivelse den 20 augusti 2026
Riktlinje för användning av skyddsåtgärder inom vård och omsorg, funktionsstöd/LSS och HSL

Utredning

En arbetsgrupp av medicinskt ansvariga sjuksköterskor, medicinskt ansvariga för rehabilitering och socialt ansvarig samordnare har tagit fram en revidering av riktlinjen för hur skyddsåtgärder får användas inom Värmlands kommuners vård och omsorgsverksamheter. Riktlinjen redogör för vilka skyddsåtgärder som får användas inom lagrummen Hälso- och sjukvårdslagen (HSL), socialtjänstlagen (SoL), lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och hur de ska hanteras, exempelvis att samtycke krävs. Revideringarna består i justeringar i text och att

kapitel har tillkommit för samtycke barn vid skyddsåtgärder, trygghetsskapande teknik och sensorlarm samt förtydligande för metodarbetet om uppföljning av skyddsåtgärder.

Syftet med revidering av användning skyddsåtgärder inom vård och omsorg, funktionsstöd/LSS och HSL är att säkerställa att arbetet utförs på ett säkert och korrekt sätt, genom att i möjligaste mån undvika onödiga åtgärder samt aktivt motverka användandet av tvångs- och begränsningsåtgärder.

All vård och omsorg ska präglas av respekt för den enskildes självbestämmande och integritet. HSL, SoL, LSS och Patientlagen utgår från frivillighet och respekt för den enskildes självbestämmande. Åtgärder får därför inte genomföras mot den enskildes vilja.

Skyddsåtgärd är en åtgärd som ska skydda, stödja, hjälpa eller aktivera den enskilde om personen samtycker till åtgärden.

Skyddsåtgärder får inte kompensera för brister i verksamheten, som till exempel brister i bemanning, personalens kompetens eller att verksamheten bedrivs i lokaler som inte är ändamålsenliga.

I första hand ska den enskildes samtycke ligga till grund för alla insatser. Den enskildes delaktighet är av största vikt där önskemål och individuella förutsättningar ska beaktas.

För att säkerställa att tvångs- och begränsningsåtgärder inte används ska verksamheten arbeta systematiskt och förebyggande med dessa frågor.

Varje skyddsåtgärd ska föregås av en individuell riskbedömning där hela situationen beaktas. Bedömningen ska göras i samverkan med berörda kring den enskilde, vid behov även närstående, och dokumenteras i aktuell journal.

När en åtgärd har införts av chef eller legitimerad personal ska den följas upp initialt för att säkerställa att den fungerar som avsett. Därefter ska ansvarig följa upp skyddsåtgärden minst var sjätte månad och vid behov oftare utifrån risker och den enskildes hälsotillstånd.

Vid skyddsåtgärder för barn ska barnets bästa alltid beaktas. Barnet har rätt till åldersanpassad information och möjlighet att uttrycka sina åsikter vilket ska vägas in utifrån mognad. All dokumentation ska tydligt redovisa hur barnets perspektiv och samtycke hanterats.

Riktlinjen innehåller sedan tidigare en översikt över de olika skyddsåtgärderna för de olika lagrummen samt en checklista som utgör utredningshjälp vid frågor om skyddsåtgärder.

Bedömning om barns rättigheter

Ärendet bedöms inte påverka barns rättigheter.

Bedömning utifrån hållbarhetsperspektiv

Ärendet bedöms inte påverka den ekologiska, sociala eller ekonomiska hållbarheten i kommunen.

Finansiering och ekonomiska konsekvenser

Ärendet bedöms inte få några ekonomiska konsekvenser.

Cecilia Fenelius
Vård- och omsorgschef

Beslutet skickas till

Dokumenttyp Riktlinje	Utarbetat av Arbetsgrupp skyddsåtgärder	Organisation	Version 2
Dokumentägare MAR/MAS/SAS Värmland	Fastställare MAR/MAS/SAS Värmland	Giltig fr.o.m. 2026-05-21	Giltig t.o.m. Tills vidare



Riktlinje användning av skyddsåtgärder inom vård och omsorg, funktionsstöd/LSS och HSL

Gäller för Värmlands kommuner

Värmlands kommuner

Innehållsförteckning

Bakgrund	4
Definition	4
Målgrupp och omfattning.....	4
Syfte	4
Mål	4
Samtycke	4
Uttryckligt samtycke	5
Samtycke vid nedsatt beslutsförmåga.....	5
Samtycke barn	5
Nödrätt.....	6
Arbeta förebyggande	7
Metod	7
Riskbedömning	7
Dokumentation	7
Uppföljning.....	7
Ansvarsfördelning kring skyddsåtgärder	8
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och/eller medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) och/eller socialt ansvarig samordnare (SAS).....	8
Verksamhetschef	8
Enhetschef SOL och LSS.....	8
Enhetschef HSL.....	8
Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal	8
Vård- och omsorgspersonal	9
Byte av huvudansvarig	9
Skyddsåtgärder inom socialtjänstens område/LSS	9
Skyddsåtgärd låst ytterdörr i särskild boendeform	9
Skyddsåtgärder kring mat, pengar, alkohol, cigaretter med mera	10
Skyddsåtgärder inom hälso- och sjukvårdens område.....	10
Skyddsåtgärd personligt förskrivna hjälpmedel.....	10
Skyddsåtgärd sänggrind	11

Värmlands kommuner

Skyddsåtgärd epilepsilarm	11
Skyddsåtgärder inom hälso- och sjukvårdens- och socialtjänstens område/LSS ..	12
Skyddsåtgärd Trygghetsskapande teknik	12
Skyddsåtgärd sensorlarm	12
Skyddsåtgärd GPS-larm.....	13
Skyddsåtgärd digital tillsyn	13
Översikt Skyddsåtgärder	14
Styrdokument	16
Bra länkar:	17
Checklista som utredningshjälp vid frågeställning kring skyddsåtgärder	18
Arbetsgång vid riskbedömning på individnivå	21

Värmlands kommuner

Bakgrund

All vård och omsorg ska präglas av respekt för den enskildes självbestämmande och integritet. Hälso- och sjukvårdslagen (HSL), socialtjänstlagen (SoL), lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och Patientlagen bygger på frivillighet och innebär att man inte får vidta åtgärder mot den enskildes vilja.

Definition

Skyddsåtgärd:

En åtgärd som ska skydda, stödja, hjälpa eller aktivera den enskilde om personen samtycker till åtgärden.

Skyddsåtgärder får inte kompensera för brister i verksamheten, som till exempel brister i bemanning, personalens kompetens eller att verksamheten bedrivs i lokaler som inte är ändamålsenliga.

I första hand ska den enskildes samtycke ligga till grund för alla insatser. Den enskildes delaktighet är av största vikt där önskemål och individuella förutsättningar ska beaktas.

Tvångs- och begränsningsåtgärder är inte tillåtna. Exempel på sådana åtgärder är:

- Att genomföra insatser mot den enskildes vilja.
- Att frihetsberöva och begränsa den enskildes rörelsefrihet.

Målgrupp och omfattning

Denna riktlinje omfattar alla personer som har insatser från Värmlands kommuner utifrån SoL, LSS och HSL.

Syfte

Syftet med riktlinjen är att:

- arbeta säkert och korrekt vid användandet av skyddsåtgärder.
- så långt som möjligt undvika skyddsåtgärder som inte är nödvändiga
- motverka användandet av tvångs- och begränsningsåtgärder.

Mål

Målet med skyddsåtgärder är att skydda en person från att skada sig själv eller andra, samtidigt som man försöker bevara personens värdighet, självbestämmande och trygghet.

Samtycke

För att det ska vara tillåtet att använda en skyddsåtgärd måste den enskilde samtycka till åtgärden. Samtycke till skyddsåtgärd ska alltid dokumenteras och ett lämnat samtycke kan när

Värmlands kommuner

som helst återkallas. Det är viktigt att alla skyddsåtgärder planeras och utförs i samråd med den det gäller.

Samtycke kan ges på följande sätt:

Uttryckligt samtycke

Uttryckligt samtycke innebär att den enskilde aktivt ger sitt godkännande till en åtgärd, exempelvis skriftligen, muntligen eller genom tydliga bekräftande handlingar, såsom en jakande nick. Den som är huvudansvarig för en åtgärd ansvarar för att göra en individuell bedömning om den enskilde kan ta ställning till samtycke eller inte.

Samtycke vid nedsatt beslutsförmåga

När en person har nedsatt beslutsförmåga ska det bedömas om personen skulle ha samtyckt till åtgärden eller inte.

Bedömningen kan baseras på:

- tidigare uttryckta önskemål eller värderingar
- kännedom om personens vilja och levnadssätt
- uppgifter från närstående eller andra personer som känner den enskilde väl.

Om det saknas personer att tillfråga och den enskildes inställning inte kan klarläggas, kan en menprövning göras, det vill säga en bedömning av om åtgärden kan antas vara av betydelse för den enskildes hälsa och fortsatta vård.

Vid menprövning av samtycke ska följande beaktas:

- Individuellt anpassade försök har genomförts för att klarlägga den enskildes inställning, inklusive att ge nödvändigt stöd och hjälp för att personen ska kunna uttrycka sin vilja.
- Den enskilda visar inte något missnöje eller motstånd, vare sig verbalt, kroppsligt eller genom beteende i samband med åtgärden.
- Det finns inga uppgifter som talar för att åtgärden strider mot den enskildes förmodade vilja, baserat på kännedom om personens tidigare uttryckta önskemål, värdering eller levnadshistoria.

Närstående, god man eller förvaltare kan inte samtycka till eller kräva att socialtjänsten eller hälso- och sjukvården ska använda skyddsåtgärder.

Samtycke barn

Vid skyddsåtgärder för barn ska gällande lag om barnperspektivet beaktas.

Vid alla åtgärder som rör barn ska i första hand beaktas vad som bedöms vara barnets bästa.

Barnet ska få relevant information vid en åtgärd som rör barnet. Informationen ska vara anpassad till barnets individuella behov och situation i fråga om ålder, mognad och individuella förutsättningar. Den som lämnar informationen ska så långt det är möjligt försäkra sig om att barnet har förstått informationen.

Barnet ska ges möjlighet att framföra sina åsikter i frågor som rör hen. Åsikterna ska tillmätas betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad.

Vårdnadshavare har enligt föräldrabalken rätt och skyldighet att besluta i frågor som rör barnets personliga angelägenheter och därmed kan föräldrar ge samtycke till skyddsåtgärder utifrån SoL, LSS och HSL. Vid skyddsåtgärder för barn under 18 år krävs alltid föräldrarnas samtycke

Värmlands kommuner

men barnets egen vilja ska alltid respekteras utifrån mognad och ålder. Om barnet har två vårdnadshavare krävs samtycke från båda parter.

Vårdnadshavaren ska i takt med barnets stigande ålder och utveckling ta allt större hänsyn till barnets synpunkter och önskemål.

För barn under 15 år görs en så kallad mognadsbedömning av enhetschef tillsammans med berörda professioner runt barnet. Om barnet är moget nog att förstå åtgärden gäller barnets egna beslut och samtycke från barnet krävs för att få vidta en planerad åtgärd.

Observera att det vid placerade barn kan finnas andra än vårdnadshavarna som behöver konsulteras gällande barnets vård, till exempel socialsekreterare, IFO. Vid placering av barn enligt LVU har socialnämnden under vårdtiden samma ansvar som vårdnadshavaren för att den unges grundläggande rättigheter enligt 6 kap. 1 § föräldrabalken tillgodoses. (LVU 11 §). När barnet är placerat enligt SoL har socialnämnden ansvar för vården som ges.

Dokumentation av samtycke

Av dokumentationen som rör barn och unga ska det framgå;

- Vilken information har lämnats till barnet/den unge?
- När och på vilket sätt gavs informationen?
- Vem (namn och titel) gav informationen?
- Vilka åsikter framförde barnet/den unge?
- Hur har hänsyn tagits till barnets/den unges åsikter i förhållande till hans eller hennes ålder och mognad?
- Hur har barnets bästa beaktats?

Om barnet/den unge **inte framfört** sina åsikter i frågan;

- Dokumentera varför inte barnet fört fram sina åsikter.
- Dokumentera hur ni gått till väga för att så långt som möjligt klarlägga barnets/den unges inställning på annat sätt

Nödrätt

Det kan i undantagsfall vara aktuellt att använda nödrätt om det är en akut fara för den enskildes liv och hälsa. I 24 kap brottsbalken finns bestämmelser om ansvarsfrihet när nödrätt är aktuellt att använda.

Exempel på situationer där nödrätt används är att med våld eller tvång förhindra att en person:

- kastar sig ut från ett fönster
- går ut i en trafikerad gata
- går ut i tunna kläder och riskerar att frysa ihjäl
- allvarligt skadar sig själv eller andra.

Om en tvångsåtgärd utförts utifrån nödrätten är det viktigt att omständigheterna dokumenteras.

Nödrätten kan inte användas för rutinmässiga eller planerade åtgärder. Det är därmed inte möjligt att vidta åtgärder under en längre tid med motiveringen att det är en pågående nödsituation.

Värmlands kommuner

Arbeta förebyggande

För att säkerställa att tvångs- och begränsningsåtgärder inte används ska verksamheten arbeta systematiskt och förebyggande med dessa frågor. Chef ansvarar för att medarbetarna har tillräcklig kunskap om vad som utgör tvångs- och begränsningsåtgärder samt vilka regelverk som gäller.

Utöver utbildning är det viktigt att frågorna regelbundet lyfts och diskuteras i arbetsgruppen. Genom kontinuerlig reflektion och dialog i teamet kan personalen identifiera situationer i det dagliga arbetet där alternativa arbetssätt kan minska behovet av begränsningar och samtidigt stärka den enskildes självbestämmande och vilja. Se bilaga 1

Metod

Riskbedömning

En skyddsåtgärd kan upplevas olika beroende på situation. För vissa kan den kännas som ett stöd som skapar trygghet, medan den för andra kan upplevas som obehaglig och som ett otillåtet tvång.

Varje beslut om skyddsåtgärd ska föregås av en individuell riskbedömning. I riskbedömningen behöver man tänka brett och ta hänsyn till alla delar av situationen. Kartläggningen av situationen och bedömningen ska ske i samverkan med de som är berörda runt den enskilde. Utöver teamet kan även närstående vara delaktiga. Riskbedömningen ska dokumenteras i aktuell journal.

Dokumentation

Av dokumentationen ska framgå:

- Problembeskrivning
- andra åtgärder som redan provats
- resultatet av den individuella kartläggningen av risker
- orsak/syfte med aktuell åtgärd, samt hur/när/var den ska användas
- ställningstagande till att inte vidta någon åtgärd
- vilken information som lämnats till den enskilde och anhörig
- att den enskilde lämnat samtycke till åtgärden
- hur ofta uppföljning ska ske av den aktuella skyddsåtgärden
- resultat av uppföljning och eventuella nya ställningstaganden.

Respektive yrkeskategori ansvarar för att dokumentation sker enligt lokal rutin.

Uppföljning

När en åtgärd satts in av chef eller legitimerad personal är det viktigt att initialt följa upp för att säkerställa att allt fungerar som tänkt.

Därefter ska skyddsåtgärden följas upp minst var sjätte månad av ansvarig. Den ansvariga gör även en bedömning av om det finns behov av tätare uppföljning, utifrån identifierade risker och den enskildes hälsotillstånd. Avsteg från uppföljning var sjätte månad får endast göras om den ansvariga bedömer att det är uppenbart obehövligt. En sådan bedömning ska dokumenteras noggrant.

Värmlands kommuner

Utöver den planerade uppföljningen ansvarar all personal som deltar i den enskildes vård och omsorg för att kontinuerligt uppmärksamma hur skyddsåtgärden fungerar i praktiken.

- Förändringar i hälsotillståndet ska uppmärksammas och kommuniceras till chef och legitimerad personal. Ett förändrat hälsotillstånd kan påverka risken för missförhållande eller vårdskada kopplad till skyddsåtgärden och kan innebära behov av en ny riskbedömning.
- Om den enskilde uttrycker eller visar att den inte vill ha skyddsåtgärden får personal inte använda den och kontakt ska tas med ansvarig.
- Om problemet eller risken som ligger till grund för skyddsåtgärden inte längre bedöms finnas, har minskat eller har ökat, ska ansvarig kontaktas för ny bedömning.

Ansvarsfördelning kring skyddsåtgärder

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och/eller medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) och/eller socialt ansvarig samordnare (SAS)

Ansvarar för att det finns en aktuell riktlinje för skyddsåtgärder samt för att följsamheten till denna riktlinje följs upp kontinuerligt.

Verksamhetschef

Verksamhetschef har det övergripande ansvaret för att all vård- och omsorgspersonal inklusive legitimerade är väl förtrodda med vad som gäller vid skyddsåtgärder och nödrätt samt att riktlinjer, direktiv och rutiner följs.

Enhetschef SOL och LSS

Då skyddsåtgärden faller inom socialtjänstens område ansvarar enhetschef för att göra en riskbedömning, inhämtande av samtycke, dokumentation och uppföljning med berörda. De ska också samråda och informera närstående, god man eller förvaltare. Enhetschefen ska skapa förutsättningar för teamarbete för att åtgärderna ska bli värdeskapande för den enskilde. Enhetschef ansvarar för att följa upp att åtgärderna förs in i den enskildes genomförandeplan, Vidare ska enhetschef och personal fortlöpande diskutera de etiska frågor som kan uppstå kring den enskilde.

Enhetschefen ansvarar för att vård och omsorgspersonalen har kännedom om vad som gäller vid skyddsåtgärder och nödrätt samt att riktlinjer, direktiv och rutiner följs.

Enhetschef HSL

Ansvarar för att legitimerad personal har kännedom om de åtgärder som används, gällande riktlinjer, utredning och avvikelser.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal

Då skyddsåtgärden faller inom hälso- och sjukvårdens område ansvarar legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal för att upprätta en vårdplan. Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för riskbedömning, val av lämplig skyddsåtgärd, inhämtande av samtycke samt uppföljning under den tid som skyddsåtgärden är aktuell. I uppföljningsansvaret ingår att kontrollera att samtycke fortfarande gäller. Planering för genomförande och utvärdering sker i

Värmlands kommuner

samverkan med enhetschef och övriga berörda. Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal ska skapa förutsättningar för teamarbete för att åtgärderna ska bli värdeskapande för den enskilde.

Vård- och omsorgspersonal

Vård- och omsorgspersonal ansvarar för att följa riktlinjer, direktiv, rutiner, vårdplaner och genomförandeplaner för den enskilde. De ska också rapportera och dokumentera iakttagna förändringar till enhetschef eller legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samt bidra med förslag på alternativ till skyddsåtgärden. Vård- och omsorgspersonal ansvarar för att åtgärderna förs in i den enskildes genomförandeplan.

I de fall vård- och omsorgspersonal uppfattar att vald åtgärd upplevs som begränsande för den enskilde ska detta informeras till ansvarig för skyddsåtgärden, samt dokumenteras i journal så att lämpliga åtgärder kan vidtas.

Byte av huvudansvarig

När den enskilde exempelvis flyttar från ordinärt till särskilt boende, skrivs ut från slutenvård till hemmet, eller att ansvaret för vården och omsorgen övergår till annan enhet, överlämnar huvudansvarig ansvaret för skyddsåtgärden genom en överrapportering.

I dessa fall ansvarar huvudansvarig i den mottagande enheten för att bedöma:

- om det fortfarande finns ett behov av nuvarande skyddsåtgärd utifrån syftet med åtgärden
- om tidigare samtycke kvarstår
- risker med skyddsåtgärden och vidta åtgärder för dessa.

Mottagande enhet kan alltså inte ta över befintlig skyddsåtgärd utan att själv bedöma och ta ställning till om åtgärden är lämplig och möjlig att fortsätta med.

Skyddsåtgärder inom socialtjänstens område/LSS

Skyddsåtgärd låst ytterdörr i särskild boendeform

Ytterdörren till en särskild boendeform kan vara låst då det är brukligt att låsa dörren i de flesta människors hem. Detsamma gäller dörrar till avdelningar och enheter. Låset ska vara konstruerat så att den enskilde kan låsa upp låset. Att använda alltför komplicerade lås t.ex. kodlås som förhindrar den enskilde att öppna dörren är att betrakta som inlåsning. Om koden finns i närheten av dörren saknar det betydelse om den enskilde inte förstår att använda sig av koden för att öppna dörren. Däremot kan dörren ha ett lås som det tar en viss tid att öppna. Det som är avgörande för om det är ett godkänt lås eller inte är om den enskilde själv klarar att öppna låset eller utan dröjsmål kan få hjälp med att öppna låset. Det är däremot tillåtet att låsa om den enskilde så att andra boenden inte kan ta sig in under förutsättning att samtycke finns och att den enskilde själv kan öppna dörren inifrån.

Larm på ytterdörren kan användas för att informera vård- och omsorgspersonalen om att den enskilde är på väg att lämna boendet. När den enskilde vill passera dörren och det inte går att avleda med några medel, måste den enskilde tillåtas att få gå ut. Om ytterdörren är låst måste det finnas planering för hur en utrymning vid till exempel en brand eller annan liknande fara ska genomföras.

Skyddsåtgärder kring mat, pengar, alkohol, cigaretter med mera

Att begränsa tillgången till exempelvis mat, pengar, alkohol eller cigaretter i särskilda boendeformer kan i vissa situationer bedömas som nödvändigt. Sådana åtgärder ska alltid föregås av en individuell riskbedömning.

Vid bedömningen ska hänsyn tas både till den enskildes behov och till andra boendes trygghet och säkerhet, eftersom åtgärder kan påverka flera personer i verksamheten. Åtgärder som innebär att den enskilde begränsas i tillgång till vatten, mat eller möjlighet att laga mat får enligt Socialstyrelsen inte genomföras mot den enskildes vilja. Verksamheten ska därför arbeta förebyggande och ha rutiner som främjar delaktighet, självbestämmande och motivationsskapande insatser. Det är viktigt att personalen har förståelse för att den enskilde kan ha andra värderingar och önskemål än personalen själva. Personalens uppgift är att arbeta pedagogiskt, använda flexibla arbetssätt och reflektera över hur egna och omgivningens värderingar kan påverka bemötande och bedömningar.

Exempel på målgrupp och behov

- Personer som behöver och önskar ha stöd med att begränsa matintag.
- Personer som behöver och önskar stöd på grund av svårigheter att hantera till exempel pengar, alkohol eller cigaretter och som riskerar att hamna i oönskade eller problematiska situationer till följd av detta.

Kriterier för användning

Då olika arbetssätt och bemötande samt justering av bemanning inte i tillräcklig utsträckning hjälpt och den enskilde uttrycker önskemål om stöd. Detta ska finnas dokumenterat i journal och genomförandeplan.

Mål med skyddsåtgärden

Målsättningen är att ge den enskilde stöd att hantera mat, pengar, alkohol och cigaretter med mera för att öka möjligheterna att komma fram till de strategier som denne behöver för att hantera situationen på det sätt som den enskilde önskar.

Skyddsåtgärder inom hälso- och sjukvårdens område

Skyddsåtgärd personligt förskrivna hjälpmedel

Bälten, selar, bromsar, rullstolsbord, skyddshjälm, bord till fätölj eller barriärer till hygienstol kan bara användas med den enskildes samtycke och under förutsättning att skyddsåtgärden ska vara till hjälp för den enskilde. Innan en skyddsåtgärd vidtas ska det noggrant klarläggas vilket problem som ska lösas med skyddsåtgärden. Det är viktigt att alla som deltar i vården/omvårdnaden känner till och följer skyddsåtgärden. Bälten, selar, bromsar, rullstolsbord, bord till fätölj eller barriärer till hygienstol är aldrig ett alternativ i stället för tillsyn.

Exempel på målgrupp och behov

- Personer som har stora svårigheter att bibehålla sin kroppsställning i sittande i rullstol/hygienstol/fätölj och där skyddsåtgärden kan bidra till ökad trygghet.
- Personer som använder rullstol/hygienstol/fätölj och där fall ur stol ska förhindras och där skyddsåtgärden kan bidra till ökad trygghet.

Värmlands kommuner

Kriterier

- Funktionsnedsättning som medför stora svårigheter att bibehålla kroppsställning sittande i rullstol/hygienstol/fåtölj.
- Personer som använder rullstol/hygienstol/fåtölj och har behov att förhindra fall ur rullstol/hygienstol vid förflyttning.
- Otrygghet hos den enskilda vid användning av hjälpmedlet.

Mål med skyddsåtgärden

- Möjliggöra en bibehållen kroppsställning i sittande
- Möjliggöra aktivitet
- Förhindra glidning eller fall ur rullstol/hygienstol/fåtölj
- Förebygga fall och fallskada
- Öka trygghet

Skyddsåtgärd sänggrind

Uppfälld sänggrind kan bara användas som åtgärd med den enskildes samtycke och under förutsättning att skyddsåtgärden ska vara till stöd för individen. Uppfällda sänggrindar ska aldrig användas slentrianmässigt även om de redan sitter på sängen.

Vårdplan där sänggrind är en åtgärd ska regelbundet utvärderas och omprövas så ofta som det vid insatsens start bedöms vara aktuellt. Sänggrindar ska inte ersätta bemanning eller tillsyn. En extra låg säng i kombination med en mjuk dyna nedanför sängen, fallskyddsmattor kan för vissa personer vara ett bra alternativ. När en bedömning av skyddsåtgärd sänggrind inte är genomförd ska grindlås/låsband eller buntband användas i syfte att förhindra oavsiktlig användning av grinden.

Exempel på målgrupp gällande sänggrind

- Personer med funktionsnedsättning som ibland innebär desorientering till rum och person, nedsatt minnesfunktion, nedsatt emotionell funktion, motorisk oro där grindarna ökar möjligheten att komma till ro.
- Personer med funktionsnedsättning som medför risk att falla ur sängen, stiga ur sängen och falla eller känsla av otrygghet hos personen.

Mål med skyddsåtgärden

- Möjliggöra en bibehållen liggande ställning i säng och minska risken att personen faller ur/stiger ur sängen och faller. Ge trygghet och ökad säkerhet.

Skyddsåtgärd epilepsilarm

Anfallslarm för personer med epilepsi förskrivs efter samråd med behandlande läkare. Det gäller den typ av epilepsilarm där det finns behov av att påkalla uppmärksamhet från annan person eller personal i bostaden.

Exempel på målgrupp

- Personer med diagnostiserad epilepsi, där anfall medför risk för skada för den enskilde och där behov av medicinsk insats eller stöd från annan person finns.

Kriterier för användning

Anfall som medför skada eller risk för skada för den enskilde och där behov av medicinsk insats eller stöd från annan person finns.

Mål med skyddsåtgärden

Värmlands kommuner

- Ökad självständighet, trygghet och säkerhet.

Skyddsåtgärder inom hälso- och sjukvårdens- och socialtjänstens område/LSS

Vissa skyddsåtgärder hör till olika lagrum beroende på boendeform. Det som inom ordinärt boende faller på hälso- och sjukvårdens ansvar kan i särskilt boende falla på socialtjänstens ansvar.

Skyddsåtgärd Trygghetsskapande teknik

Det finns fler och fler tekniska lösningar att erbjuda som insatser och åtgärder inom den kommunala primärvården och omsorgen, så kallad välfärdsteknik. Flera av dessa är att betrakta som skyddsåtgärder, till exempel rörelselarm, dörrlarm, GPS-larm, trygghetskamera, olika sensorer och så vidare.

Välfärdsteknik kan utifrån individens perspektiv innebära möjligheter i form av ett ökat oberoende och ökad känsla av trygghet och självständighet, men även risker i form av integritetsintrång och övervakning. Lagstiftningarna HSL, SoL och LSS innehåller inga särskilda regler avseende tillämpningen av tekniska lösningar. Det är samma regelverk att förhålla sig till oavsett om det handlar om en teknisk eller traditionell insats/åtgärd. Därför gäller också kraven på frivillighet, självbestämmande och delaktighet i samband med att den enskilde ansöker om eller erbjuds en teknisk lösning. Särskild hänsyn behöver tas till att tekniska lösningar kan vara svårare för den enskilde att förstå och ta ställning till än fysiska åtgärder.

Vid införandet av välfärdsteknik ansvarar kommunen för att säkerställa att såväl lagstiftning som riktlinjen för användande av skyddsåtgärder efterföljs. SKR har tagit fram vägledande material inom området välfärdsteknik som kommunerna kan använda som stöd. (Se källa)

Om en person har en varaktigt nedsatt kognitiv förmåga och inte självständigt kan samtycka till trygghetsskapande teknik kan god man, förvaltare, framtidsfullmaktshavare eller anhörigbehörig samtycka till detta i stället. Detta gäller under förutsättning att den enskilde inte motsätter sig åtgärden, vilket kan uttryckas muntligen eller genom kroppsspråk.

Skyddsåtgärd sensorlarm

Ett sensorlarm syftar till att påkalla uppmärksamhet när den enskilde är i rörelse. Exempel på sensorlarm är dörrlarm, rörelselarm och larmmatta.

Exempel på målgrupp för skyddsåtgärden rörelselarm

- Personer med funktionsnedsättningar som innebär risk att falla och skada sig och där skyddsåtgärden ger ökad trygghet.
- Personer där aktivitetsbegränsningar medfört tillbud avseende fall, försvinnande som inneburit skada eller risk för skada för den enskilde eller dess omgivning.

Kriterier för användning

Aktivitetsbegränsningar som vid upprepade tillfällen har lett till tillbud, till exempel fall, försvinnande eller andra oönskade händelser, där det finns risk för skada för den enskilde eller omgivningen och när den enskilde inte har förmågan att larma.

Mål med skyddsåtgärden

- Ökad självständighet, trygghet och säkerhet i vardagliga situationer.

Värmlands kommuner

Skyddsåtgärd GPS-larm

Exempel på målgrupp för GPS-larm

- Personer med kognitiva funktionsnedsättningar som innebär svårigheter att ta ställning till och fatta egna beslut. Personer som saknar förmåga att orientera sig.
- Personer som vill vistas utomhus och som vanligen hittar hem till sin bostad och klarar de miljömässiga kraven på exempelvis att uppmärksamma och hantera biltrafik.

Mål med skyddsåtgärden GPS-larm

- Personen ska få en förbättrad livssituation, genom att bevara självständighet och självbestämmande.

Skyddsåtgärd digital tillsyn

Exempel på målgrupp för digital tillsyn

- Personer med kognitiva funktionsnedsättningar som har svårigheter att larma om de har ramlat.
- Personer med funktionsnedsättningar som uttrycker oro och ängslan kan det finnas behov av att trygga upp digitalt.
- Personer som kan bli väckta av fysiska tillsynsbesök som kan leda till att de inte förstår att det är natt och går upp.

Mål med skyddsåtgärden digitaltillsyn

- Personen ska få en bättre livssituation genom ökad självständighet och trygghet i sitt boende.

Översikt Skyddsåtgärder

Lokal anpassning av tabellerna för Arvika kommun är utförd

Skyddsåtgärder inom Socialtjänstens område/LSS	Riskbedömning och ansvar	Funktion/syfte/mål	Uppföljnings-ansvar	Teknisk service	Kostnadsställe/inköp
Dörrlarm och lås till enheten.	Enhetschef Krav: Riskbedömning	- Påkalla vård- och omsorgspersonalens uppmärksamhet att en person är på väg att lämna boendet.	Enhetschef Uppföljning i egenkontroll.	Larm och välfärdsteknik (LVT)	Vård och omsorg centralt
Hantering av lås på gemensamma kök, kylskåp eller skafferier.	Enhetschef Krav: Riskbedömning för den enskilde och övriga boende Riskbedömning till Kvalitetsstab (KVS)	-Stödja den enskilde att hantera gemensam mat för att undvika oönskade situationer.	Enhetschef Uppföljning i egenkontroll.	Respektive enhet	Respektive enhet
Hantering av inlåsningsföremål, t.ex. tändstickor, mat, cigaretter och alkohol.	Enhetschef Krav: Riskbedömning	-Stödja den enskilde att hantera mat, pengar, alkohol och cigaretter med mera för att undvika oönskade situationer.	Enhetschef Uppföljning planeras med bokade tider så länge som skyddsåtgärden är aktuell.	Respektive enhet	Respektive enhet

Värmlands kommuner

Skyddsåtgärder inom hälso- och sjukvårdens område	Riskbedömning och ansvar	Exempel på funktion/syfte/mål	Uppföljnings-ansvar	Teknisk service	Kostnadss tälle/inköp
Bälte, sele, broms, rullstolsbord, bord till fåtölj samt barriär till hygienstol	Arbetsterapeut Fysioterapeut Krav: Riskbedömning. Samverkan i teamet inför åtgärd.	-Möjliggöra och bibehålla kroppsställning. -Möjliggöra aktivitet -Förhindra glidning eller fall ur rullstol/hygienstol/fåtölj. Förhindra fallskada. -Trygghet	Arbetsterapeut Fysioterapeut Uppföljning planeras med bokade tider enligt vårdplan så länge som skyddsåtgärden är aktuell.	Hjälpmedels- tekniker, Rehabenheten	Rehab- enheten, gäller inte bord till fåtölj
Sänggrind	Arbetsterapeut Fysioterapeut Sjuksköterska Krav: Riskbedömning. Samverkan i teamet inför åtgärd.	-Minska risk att patienten faller ur sängen -Trygghet	Arbetsterapeut Fysioterapeut Sjuksköterska Uppföljning planeras med bokade tider enligt vårdplan så länge som skyddsåtgärden är aktuell.	Hjälpmedels- tekniker, Rehabenheten	Rehab- enheten
Epilepsilarm	Sjuksköterska i samråd med läkare. Krav: Riskbedömning	Påkalla uppmärksamhet där anfall medför risk för skada för patienten och där behov av medicinsk insats eller annat stöd från annan person behövs. -Ökad självständighet -Trygghet och säkerhet	Sjuksköterska	Leverantör för aktuell produkt	Sjuksköter ske- enheten

Värmlands kommuner

Skyddsåtgärder inom hälso- och sjukvårdens- och socialtjänstens område/LSS	Riskbedömning och ansvar	Funktion/syfte/mål	Uppföljningsansvar	Teknisk service	Kostnadsställe/ inköp
Sensorlarm	Sjuksköterska/enhetschef Krav: Riskbedömning. Fallprevention	- Påkalla uppmärksamhet att en person är på väg att lämna bostaden. -Ökad självständighet i vardagsaktiviteter. -Personer som har en ökad risk att falla och skada sig och där skyddsåtgärden ger ökad trygghet. -Personer där försvinnande från den egna miljön medför risk för skada.	Sjuksköterska/Enhetschef Uppföljning planeras med bokade tider så länge som skydds-åtgärden är aktuell.	Larm och välfärdsteknik	Vård och omsorg centralt
GPS larm/pejlingslarm	Enhetschef	-Personen ska få mervärde i tillvaron till exempel självbestämmande och privatliv stärks.	Enhetschef	Larm och välfärdsteknik	Vård och omsorg centralt
Digital tillsyn	Enhetschef	Ge trygghet så att personen vet att någon ser dem ifall behov uppstår.	Enhetschef	Larm och välfärdsteknik	Vård och omsorg centralt

Styrdokument

- Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30)

Värmlands kommuner

- Patientlagen (SFS 2014:821)
- Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659)
- Socialstyrelsens meddelandeblad 12/2013, Tvångs och skyddsåtgärder för vuxna
- Socialtjänstlagen (SFS 2025:400)
- Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS 1993:387)

Bra länkar:

[Frågor och svar - Tvångs- och skyddsåtgärder \(kunskapsguiden.se\)](#)

[Vägledning för digitala lås i kommunal verksamhet](#)

[Juridisk vägledning för välfärdsteknik](#)

Värmlands kommuner

Titel	Dokumentidentitet	Version	Giltig t.o.m.	Sida
Riktlinje användning skyddsåtgärder inom Vård och omsorg, funktionsstöd/LSS och HSL		2		17 (21)

Checklista som utredningshjälp vid frågeställning kring skyddsåtgärder

Analysera alltid den enskildes situation innan ställning tas till vilken åtgärd som kan vara lämplig. Samtycke från den enskilde är en förutsättning, liksom att åtgärden har som syfte att skydda, stödja, hjälpa eller underlätta för den enskilde att vara aktiv/delaktig.

Hur har riskerna hanterats tidigare?

Är utredning av BPSD-symtom eller av utmanande beteende enligt FUNCA gjord?

Är utredning enligt Senior Alert gjord?

När mår personen bättre? (se även bilaga II - Dygnsschema)

- ☐ I vilka situationer mår personen bättre?
- ☐ Hur kan man utöka antalet sådana situationer?
- ☐ Finns förklaringar i levnadsberättelsen? Yrkesliv, intressen, dygnsrytm?

Aktivitet

- ☐ Balans mellan aktivitet och vila?
- ☐ Kan man erbjuda någon meningsfull sysselsättning?
- ☐ Får personen tillräcklig uppmärksamhet?
- ☐ Har personen tråkigt?
- ☐ Får personen tillräcklig stimulans?
- ☐ Är dygnsrytmen bra? Vilken dygnsrytm har personen haft tidigare?

Varför reser sig personen?

- ☐ Har personen fått för liten möjlighet att röra på sig?
- ☐ Är personen på väg någonstans (till ett mål av något slag)? Vart? Kan man uppfylla deras önskan?
- ☐ Går personen att avleda? Promenad, fika, fotbad, samtal

Omgivning

- ☐ Trivs personen i sällskapet?
- ☐ Vill personen ha sällskap?
- ☐ Är platsen där personen vistas trevlig?
- ☐ Är det lagom temperatur?
- ☐ Hur är ljudnivån? Kan buller och oljud undvikas/minskas?
- ☐ Kan lugnande musik provas? Har personen tyckt om musik? Vilken typ av musik?
- ☐ Kan taktil massage provas?

Värmlands kommuner

- ☐ Kan tyngdtäcke eller liknande produkter användas? (grundutrustning, egenansvar)
- ☐ Är det för ljust/mörkt/störande ljus (blinkande lysrör/lampor som bländar etc.)?
- ☐ Är TV:n på där personen vistas? Vad visas på TV:n? Radio?
- ☐ Kan oro bero på någon nyligen gjord förändring i omgivningen?

Smärta

- ☐ Har orörlighetssmärta beaktats?
- ☐ Får personen värk i kroppen av för långvarigt sittande/liggande, exempelvis rygg eller knän?
- ☐ Är personen stel?
- ☐ Är personen trött?
- ☐ Annan smärta?
- ☐ Har personen tillräcklig smärtlindring?

Sitta/vila

- ☐ Upplevs sittandet bekvämt/obekvämt?
- ☐ När personen ner till golvet, alternativt annat stöd för fötterna?
- ☐ Behöver personen stöd för huvudet? Kan det i så fall erbjudas?
- ☐ Har personen stöd för armarna?
- Hur ofta får personen variera sittställning? Variera mellan att sitta/stå? Hur ofta? Vad är rimligt? Byte av miljö? Byte av sittmöbel?
- ☐ Hur länge sitter personen? Vad är rimligt? Trött? Behöver personen vila i sängen?

Liggande

- ☐ Upplevs liggandet bekvämt/obekvämt?
- ☐ Är madrassen för hård/mjuk?
- ☐ Ifall personen har en växeltryckmadrass: upplever personen madrassens rörelser som obehagliga?
- ☐ Får personen variera liggställning? Hur ofta? Vad är rimligt?
- ☐ Hur länge ligger personen? Vad är rimligt?
- ☐ Uppstår tryck någonstans på kroppen i liggande? Hälar, svanskota, höft etc.?
- ☐ Har personen somatiska symtom som gör liggande obehagligt? Hjärta, andning etc.?
- ☐ Vill personen ha mörkt eller ljust vid vila?

Stå/gå

- ☐ Hur är personen gångförmåga? Gånghjälpmedel? Balans? Med/utan tillsyn? Olika tider på dygnet? Mediciner som påverkar förmåga?
- ☐ Tas personens förmåga tillvara, får hen gå det den kan i vardagliga situationer?

Nutritions - eliminationsanalys

- ☐ Behöver personen gå på toaletten?

Värmlands kommuner

- ☐ Har personen obehag/krav från mage/tarm/urinblåsa?
- ☐ Är personen hungrig/törstig?

Social och psykisk analys

- ☐ Är personen orolig/har ångest? Tänk på att oro/ångest kan dämpas av att få röra på sig.
- ☐ Har personen en motorisk oro? Hur yttrar den sig?
- ☐ Har personen hallucinationer? Vilka?

Läkemedel

- ☐ Har läkemedelsgenomgång gjorts?
- ☐ Finns mediciner som kan påverka muskelstyrka, balans, koordination, trängningar, kognition, rastlöshet, vakenhet, blodtrycksfall, hallucinationer etc.

Anhöriga

- ☐ Är anhöriga informerade/med i utredningen?



Värmlands kommuner

Arbetsgång vid riskbedömning på individnivå

- Inhämta samtycke, hur och vem/vilka som bedömt
- Beskrivning av den enskildes behov, problem och förmåga att uttrycka sig
- Mål, vad vill den enskilde uppnå
- Bakomliggande orsaker, olika utredningar eller annan dokumentation och information som ligger till grund
- Tidigare provade insatser och utvärderingar, hänvisa till eventuella tidigare vårdplaner/genomförandeplaner eller annan dokumentation och information
- Möjliga åtgärder, beskriv grundat på evidens, undersökning, bedömning och individens mål. Vilka risker medför den möjliga åtgärden samt vilka risker medför det att inte vidta den möjliga åtgärden.
- Planerad skyddsåtgärd
- Plan för hur berörda får vetskap om åtgärden
- Utvärdering, hur den ska gå till, hur ofta utvärderingen ska ske samt möjliga alternativ till skyddsåtgärden
- Om riskbedömningen avslutas med att ingen skyddsåtgärd sätts in ska även det dokumenteras.

Utskottet vård och omsorg

Paragraf 51

Dnr KS/2026:738

Riktlinje för delegering och ordination av hälso- och sjukvårdsåtgärder

Utskottet vård och omsorgs förslag till kommunstyrelsen

1. Länsgemensam riktlinje för delegering och ordination av hälso- och sjukvårdsåtgärder antas.
2. Riktlinjen trädde i kraft 2026-05-28 och gäller tills vidare.

Sammanfattning av ärendet

Region Värmland och Värmlands kommuner har gemensamt beslutat att ha gemensamma utgångspunkter för samverkan. Utgångspunkterna fungerar som ett gemensamt förhållningssätt i samverkan och kan användas både som kompass och arbetsverktyg. Arbetsgruppen för riktlinje för delegering har utarbetat riktlinjen och gäller för Värmlands kommuner, därför behöver Arvika kommun besluta om att anta riktlinjen.

Beslutsunderlag

Förvaltningens tjänsteskrivelse den 18 augusti 2026

Riktlinje för delegering och ordination av hälso- och sjukvårdsåtgärder

Yrkanden

Mona Smedman (C) yrkar att utskottet ska föreslå kommunstyrelsen att:

1. Länsgemensam riktlinje för delegering och ordination av hälso- och sjukvårdsåtgärder antas.
2. Riktlinjen trädde i kraft 2026-05-28 och gäller tills vidare.

Riktlinje för delegering och ordination av hälso- och sjukvårdsåtgärder

Förvaltningens förslag till beslut

1. Länsgemensam riktlinje för delegering och ordination av hälso- och sjukvårdsåtgärder antas.
2. Riktlinjen träder i kraft 2026-05-28 och gäller tills vidare.

Sammanfattning av ärendet

Region Värmland och Värmlands kommuner har gemensamt beslutat att ha gemensamma utgångspunkter för samverkan. Utgångspunkterna fungerar som ett gemensamt förhållningssätt i samverkan och kan användas både som kompass och arbetsverktyg. Arbetsgruppen för riktlinje för delegering har utarbetat riktlinjen och gäller för Värmlands kommuner, därför behöver Arvika kommun besluta om att anta riktlinjen.

Beslutsunderlag

Förvaltningens tjänsteskrivelse den 18 augusti 2026
Riktlinje för delegering och ordination av hälso- och sjukvårdsåtgärder

Utredning

En arbetsgrupp av medicinskt ansvariga sjuksköterskor och medicinskt ansvariga för rehabilitering har tagit fram en ny riktlinje för hur hälso- och sjukvårdsåtgärder får delegeras eller ordineras inom Värmlands kommuners vård och omsorgsverksamheter. Detta är till följd av Socialstyrelsens val att upphöra den tidigare föreskriften och allmänna råd som reglerade delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård SOFS 1997:14.

Syftet med ny delegeringsriktlinje för hälso- och sjukvårdsåtgärder är att ersätta den nuvarande riktlinjen då den saknar sin grund till följd av Socialstyrelsens beslut att upphöra SOFS 1997:14.

Läkemedelsdelegering påverkas inte av denna riktlinje då Socialstyrelsen har flyttat rekommendationer om läkemedelsdelegering till HSLF-FS 2017:37 (Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården).

Riktlinjen redogör för vilka hälso- och sjukvårdsåtgärder som får delegeras från legitimerad personal för utförande av delegerad personal. Delegering från legitimerad personal till utförande personal kräver utbildning och kunskapsprov. Ett kunskapsprov kan vara skriftligen eller praktiskt, den är alltid personlig och får inte delegeras vidare av personal.

Riktlinjen inkluderar reglering hur legitimerad personal kan ordinera utförandet av hälso- och sjukvårdsåtgärder. Detta innebär att den personal som innehar formell kompetens för utförande av en hälso- och sjukvårdsåtgärd ska kunna utföra denna. Utan en skriftlig process med delegering. En undersköterska med skyddad yrkestitel ska efter denna riktlinjes implementation kunna nyttja och vidhålla sin kompetens inom vård och omsorg.

Vidare beskriver riktlinjen att enhetschefer ska inneha god kännedom om sin personals kompetenser och att meddela legitimerad personal om kompetensutveckling behövs planeras in. Således ska inte verksamheter med rekryteringssvårigheter av undersköterskor fortsatt kunna kompetensutvecklas och säkerställa god och säker vård.

Med upphörandet av SOFS 1997:14 upphör delegeringens tidsbegränsning av ett år. Riktlinjen säkerställer att en delegeringsprocess måste återupprepas minst var tredje år. En delegering ska dock kontinuerligt följas upp via avvikelshantering och personlig uppföljning minst en gång per år. Vid brister ska en delegering återkallas, detta likt tidigare riktlinje.

Bedömning om barns rättigheter

Ärendet bedöms inte påverka barns rättigheter.

Bedömning utifrån hållbarhetsperspektiv

Ärendet bedöms inte påverka den ekologiska, sociala eller ekonomiska hållbarheten i kommunen.

Finansiering och ekonomiska konsekvenser

Ärendet bedöms inte få några ekonomiska konsekvenser.

Cecilia Fenelius

Vård- och omsorgschef

Beslutet skickas till

Dokumenttyp Riktlinje	Utarbetat av MAS/MAR nätverket	Organisation Värmlands kommuner	Version 2
Dokumentägare MAS/MAR nätverket	Fastställare MAS/MAR nätverket	Giltig fr.o.m. 2026-05-28	Giltig t.o.m. Tillsvidare

Riktlinje för delegering och ordination av hälso- och sjukvårdsåtgärder

Gäller för: Gäller för Värmlands kommuner

Gäller för: Arbetsgruppen för riktlinje för delegering

Värmlands kommuner

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Riktlinje för delegering och ordination av hälso- och sjukvårdsåtgärder.....	1
Kommungemensamma dokument	4
Utgångspunkter för samverkan.....	4
Bakgrund.....	5
Syfte	5
Mål	5
Metod	5
Delegering.....	5
Krav på den som utför en delegerad åtgärd	5
Delegeringsbeslut	6
Uppföljning av delegeringsbeslut	6
Förnyelse av delegeringsbeslut	6
Delegering mellan olika vårdgivare	6
Akuta situationer	7
Avsteg från delegeringsriktlinjen/utökad delegering	7
Återkallande av delegeringsbeslut	7
Personal med större arbetsområden	7
Signaturförttydligande.....	7
Utbildningsmaterial.....	7
Hälso- och sjukvårdsuppgifter som kan delegeras	7
Matris: Hälso- och sjukvårdsåtgärder som kan delegeras.....	8
Matris: Hälso- och sjukvårdsåtgärder som kan delegeras.....	9
Checklista vid delegering	9
Ordination.....	12
Krav på den som utför en ordinerad åtgärd	12
Utbildning.....	12
Uppföljning av ordination	12
Matris: Hälso- och sjukvårdsåtgärder som kan ordineras	13
Ansvar	14
Vårdgivaren	14
Medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig för rehabilitering	14
Verksamhetschef HSL och enhetschef för legitimerad personal.....	14

Värmlands kommuner

Enhetschef för personal som utför delegerade och ordinerade åtgärder.....	14
Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal	14
Delegerad personal	15
Regelverk	16
Definitioner.....	16
Delegering.....	16
Läkemedelshantering.....	16
Ordnation	16
Mall för riskbedömning vid utökad delegering	17
Bakgrund	17
Riskbedömning	17
Administrativ hantering av utökad delegering.....	17

Kommungemensamma dokument

Detta dokument ska ses som ett stöd i gemensamt arbete. Varje situation är unik, och därför behöver vi alltid lyfta blicken, tänka helhet och utgå från vad som blir bäst för invånaren.

Genom att samarbeta över organisatoriska gränser, bygga tillit och ta gemensamt ansvar skapar vi ett sammanhang där invånaren står i centrum. Vi tar ansvar för vårt eget arbete, återkopplar bakåt och underlättar för nästa steg – så att kedjan håller ihop. Våra gemensamma utgångspunkter hjälper oss att rikta våra insatser, agera tillsammans och stärka värdet i varje möte.

Utgångspunkter för samverkan

Region Värmland och Värmlands kommuner har gemensamt beslutat att ha gemensamma utgångspunkter för samverkan. Utgångspunkterna fungerar som ett gemensamt förhållningssätt i samverkan och kan användas både som kompass och arbetsverktyg. De hjälper till att hålla fokus på det som är viktigast – invånaren – samtidigt som de skapar en gemensam kultur där tillit, ansvar och lärande står i centrum. Genom att återkoppla till utgångspunkterna i dialoger, ställningstagande och planering kan samsyn stärkas, roller tydliggöras och samarbete främjas.

De gemensamma utgångspunkterna är:



Bakgrund

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården och tandvården (1997:14) upphörde den 1 januari 2026. Reglering av delegering av läkemedelshantering beskrivs nu i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2017:37). Reglering av delegering av andra hälso- och sjukvårdsåtgärder än läkemedelshantering inom hälso- och sjukvården saknas nu. MAS-/MAR-nätverket i Värmland har i samråd med länets socialchefer beslutat att fortsätta delegera även andra hälso- och sjukvårdsåtgärder än läkemedelshantering med hänsyn till patientsäkerheten. Vissa hälso- och sjukvårdsåtgärder som tidigare delegerats övergår till ordinationer som utförs av personal med kompetens för åtgärden. Denna riktlinje har tagits fram utifrån den nya regleringen och är gemensam för Värmlands 16 kommuner.

Delegering och ordination av hälso- och sjukvårdsåtgärder får göras när det är förenligt med en god och säker vård. Behovet och lämpligheten av delegering och ordination i det enskilda fallet kräver alltid en bedömning av legitimerad personal. Vad som gäller vid delegering och ordination av hälso- och sjukvårdsåtgärder presenteras i två olika kapitel nedan. Riktlinjen har även en bilaga, *Riskbedömning vid utökad delegering* som stöd.

Syfte

Syftet med riktlinjen är att säkerställa en hög patientsäkerhet vid delegering och ordination av hälso- och sjukvårdsåtgärder.

Mål

Verksamheten ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god och säker vård och behandling. Beslut att delegera och ordinera ansvar för hälso- och sjukvårdsåtgärder ska vara patientsäkra.

Metod

Delegering

Krav på den som utför en delegerad åtgärd

Den som erhåller en delegering ska ha rätt kompetens för åtgärden. För mer specifik information om vilken kompetens som krävs vid respektive delegerad eller ordinerad åtgärd se under rubrikerna *Matris: Hälso- och sjukvårdsåtgärder som kan delegeras*, *checklistadelegering* samt *Matris: Hälso- och sjukvårdsåtgärder som kan ordineras*.

Delegeringsmottagaren ska ha:

- anställning hos vårdgivaren
- fyllt 18 år
- god språkförståelse för svenska språket
- fullgjort introduktion på enheten
- genomgått lokal delegeringsutbildning enligt fastställt utbildningsmaterial
- fått individuell utbildning av legitimerad personal på enheten
- genomfört kunskapstest
- god kännedom om enheten och vilka patienter delegeringen gäller

Studenter under verksamhetsförlagd utbildning kan inte ta emot en delegering

Delegeringsbeslut

Ett delegeringsbeslut är alltid personligt. Delegeringsbeslutet ska bevaras i minst 3 år från den tid delegeringsbeslutet upphör att gälla. Ett delegeringsbeslut fortsätter att gälla även om den som utfärdat beslutet avslutar sin anställning.

I det skriftliga delegeringsbeslutet ska det framgå:

- vilken åtgärd som delegeringen avser
- i vilken verksamhet delegeringen gäller
- vem som delegerat åtgärden
- till vem åtgärden delegerats
- delegeringens giltighetstid
- när delegeringen ska följas upp
- datum för beslut

Personalkategori	Giltighetstid delegeringsbeslut*
Ordinarie personal	Tre år
Regelbundna timvikarier och personal med långtidsvikariat	Ett år
Korttidsvikarier, t.ex. sommartid	Vikariatets längd.
*MAS och MAR i respektive kommun kan besluta om annan giltighetstid, dock max tre år.	

Uppföljning av delegeringsbeslut

Vårdgivaren ska säkerställa att uppföljning av delegeringsbeslutet sker. Löpande uppföljning av delegeringar sker genom kontroll av signeringslistor och avvikelser.

Individuell uppföljning ska ske minst en gång per år, tidigare vid osäkerhet om de delegerade åtgärderna utförs patientsäkert. Det behöver inte vara den som har delegerat som följer upp delegeringen. Uppföljningen ska ske genom praktisk uppföljning och/eller kunskapstester. Vad uppföljningen har innehållit samt när den ägt rum ska dokumenteras. Dokumentation ska förvaras där delegeringsbeslutet förvaras.

Förnyelse av delegeringsbeslut

Ett delegeringsbeslut är tidsbegränsat och ska förnyas när det löper ut. Om förnyelse inte sker upphör delegeringen att gälla. Förnyelse ska ske genom personlig kontakt med delegeringsmottagaren. Vid förnyelse ligger också ansvaret att kontrollera att åtgärden har skötts på ett säkert sätt t.ex. genom kontroll av signeringslistor och avvikelser.

- Förnyelse av delegering ska föregås av en kompetenshöjande insats som t.ex. genomgång av delegeringsutbildning och/eller genomgång av rutiner för de åtgärder som delegeringen gäller.
- Vid förnyelse av delegering ska delegeringsmottagaren genomgå ett kunskapstest.

Delegering mellan olika vårdgivare

Delegeringar av hälso- och sjukvårdsåtgärder kan ske oberoende av om den som delegerar och den som mottar delegering tillhör samma organisatoriska verksamhet eller inte. Förutsättningarna för sådan typ av delegering är att MAS/MAR och verksamhetschef hos annan vårdgivare samverkar i dessa frågor. Delegeringsrutiner gäller även under dessa förhållanden.

Värmlands kommuner

Akuta situationer

I en akut nödsituation kan det bli nödvändigt för legitimerad personal att beordra utförandet av en viss hälso- och sjukvårdsåtgärd. Detta avser åtgärder som en person utan formell kompetens får i uppdrag att utföra vid ett enstaka tillfälle. Muntliga delegeringar får inte förekomma. Vid beordrande är det den legitimerade personals fulla ansvar att utförandet sker på ett säkert sätt. Om beordrande behöver ske ska en avvikelse upprättas.

Avsteg från delegeringsriktlinjen/utökad delegering

Om avsteg från delegeringsriktlinjen ska göras krävs det en riskbedömning och godkännande av MAS/MAR. Riskbedömningen syftar till att identifiera, analysera och bedöma risker som kan äventyra kvaliteten och säkerhet i utförandet av hälso- och sjukvårdsåtgärden. Utökad delegering kan ske i vissa fall om resultatet av riskbedömningen inte påverkar patientsäkerheten. Efter riskbedömningen ska en tydlig anvisning till den delegerade personalen utarbetas och dokumenteras. Se bilaga 1 "Mall för riskbedömning vid utökad delegering" för stöd vid riskbedömning.

Återkallande av delegeringsbeslut

Ett delegeringsbeslut ska omedelbart återkallas om det inte längre är förenligt med god och säker vård. Chefer har inte mandat att återkalla en delegering men kan besluta att medarbetaren inte får utföra den delegerade hälso- och sjukvårdsåtgärden på arbetsplatsen.

Återkallande av delegeringsbeslut ska göras skriftligt och kan göras av följande personer:

- Den som fattat delegeringsbeslutet.
- Annan legitimerad personal inom yrkesgruppen som har uppmärksammat att hälso- och sjukvårdsåtgärden inte utförs på ett säkert sätt.
- Medicinskt ansvarig sjuksköterska eller medicinskt ansvarig för rehabilitering.
- Mottagare av delegering kan begära återkallande av delegering.
- Beslut om återkallelse av delegering ska dokumenteras på beslutet.

Personal med större arbetsområden

Hur delegering ska ske till personal som har ett större arbetsområde, t.ex. timanställda, resurspool och nattpatrull ska klargöras i lokala rutiner för respektive verksamhet där detta kan bli aktuellt.

Signaturförttydligande

Signaturförttydligande vid delegering ska ske utifrån respektive kommuns lokala rutin.

Utbildningsmaterial

Fastställt utbildningsmaterial utifrån respektive kommuns lokala rutin ska användas i samband med utbildning och delegering.

Hälso- och sjukvårdsuppgifter som kan delegeras

Hälso- och sjukvårdsuppgifter kan efter bedömning i det enskilda fallet, delegeras till befattningshavare med reell kompetens enligt matris nedan. Delegering får inte ske om patientens hälsotillstånd är så skiftande att kontinuerlig bedömning krävs av legitimerad personal vid varje tillfälle arbetsuppgiften utförs. Observera att vissa uppgifter endast kan delegeras till namngiven patient. Vissa uppgifter ställer också särskilda krav på tidigare erfarenhet.

Matris: Hälso- och sjukvårdsåtgärder som kan delegeras

	Hälso- och sjukvårdsåtgärder som kan delegeras	Delegeras av	Delegeras till	Gäller för
Läkemedel	Administrera och överlämna läkemedel från dospåse eller dosett	Sjuksköterska	Omvårdnadspersonal	Grupp av patienter*
	Administrera och överlämna vid behovs-läkemedel från originalförpackning	Sjuksköterska	Omvårdnadspersonal	Grupp av patienter*
	Iordningställa och administrera flytande läkemedel, orala lösningar, droppar som inte bedöms vara särskilt riskfyllda	Sjuksköterska	Omvårdnadspersonal	Grupp av patienter*
	Iordningsställa och administrera särskilt riskfyllda flytande läkemedel**	Sjuksköterska	Omvårdnadspersonal**	Namngiven patient
	Administrera brustabletter, pulver och granulat, suppositorier, vagitorier, rektallösningar, öron- och ögondroppar/salvor, näsdroppar/spray, kräm, salva, gel och kutan lösning, munsönderfallande läkemedel, tuggummi, tuggtabletter, buktabletter, resoribletter/spray	Sjuksköterska	Omvårdnadspersonal	Grupp av patienter*
	Administrera depotplåster**	Sjuksköterska	Omvårdnadspersonal**	Grupp av patienter*
	Adm. inhalationsläkemedel med inhalator och nebulisator	Sjuksköterska	Omvårdnadspersonal	Grupp av patienter*
	Iordningsställa och administrera subkutan injektion insulin med insulinpenna till patient med stabilt blodsocker**	Sjuksköterska	Omvårdnadspersonal**	Grupp av patienter*
	Iordningsställa och administrera subkutan injektion insulin med insulinpenna till patient med ostabilt blodsocker**	Sjuksköterska	Omvårdnadspersonal**	Namngiven patient eller grupp av patienter***
	Administrera subkutan injektion av blodsockersänkande eller viktreglerande läkemedel med penna (ej insulin)	Sjuksköterska	Omvårdnadspersonal**	Gäller för enheten
	Adm. subkutan injektion av antikoagulantia i förfylld spruta	Sjuksköterska	Omvårdnadspersonal	Grupp av patienter*
	Syrgasbehandling med syrgaskoncentrator.	Sjuksköterska	Omvårdnadspersonal	Grupp av patienter*

* MAS/MAR i kommunen beslutar i vilka verksamheter delegeringen gäller

** För dessa delegeringar rekommenderas tidigare erfarenhet av att utföra delegerad läkemedelshantering, samt att sjuksköterska bedömer att den som mottar delegeringen har utfört detta på ett patientsäkert sätt. Om mottagaren inte har tidigare erfarenhet krävs särskild noggrannhet i utbildning och uppföljning

*** Sjuksköterska beslutar i samråd med MAS om delegeringen gäller för namngiven patient eller för en grupp av patienter

Värmlands kommuner

Matris: Hälso- och sjukvårdsåtgärder som kan delegeras

	Hälso- och sjukvårdsåtgärder som kan delegeras	Delegeras av	Delegeras till	Gäller för
Urinvägar	Spolning av KAD	Sjuksköterska	Omvårdnadspersonal	Grupp av patienter*
	Blåsinstitution med citronsyrelösning	Sjuksköterska	Omvårdnadspersonal	Grupp av patienter*
	RIK (ren intermittent kateterisering)	Sjuksköterska	Omvårdnadspersonal	Grupp av patienter*
Nutrition	Sondmatning via PEG och Mic-Key	Sjuksköterska	Omvårdnadspersonal	Grupp av patienter*
	Omkuffning av PEG och Mic-Key	Sjuksköterska	Omvårdnadspersonal	Grupp av patienter*
Sårvård	Kompressionsbandagering	Sjuksköterska	Omvårdnadspersonal	Grupp av patienter*
	Omläggning av komplicerade sår: sår som uppstått som komplikation till underliggande sjukdom, t.ex. arteriell eller venös insufficiens, diabetessår. Trycksår kategori 3-4 och infekterade sår. <i>Sårbehandling som kräver mekanisk debridering, eller där risken för infektion är stor som vid t.ex. blottad sena eller ben delegeras normalt inte.</i>	Sjuksköterska	Omvårdnadspersonal**	Namngiven patient eller grupp av patienter***
Andning	Sugning av övre luftvägar	Sjuksköterska	Omvårdnadspersonal	Namngiven patient
	Skötsel av trachealkanyl, omläggning	Sjuksköterska	Omvårdnadspersonal	Namngiven patient
Rehabilitering	Behandling med tippbräda	Fysioterapeut	Omvårdnadspersonal	Namngiven patient
	Särskilt riskfylld behandling eller träning	Arbetssterapeut/ Fysioterapeut	Omvårdnadspersonal	Namngiven patient
Dialys	Påsdialys (ej omläggning)	Sjuksköterska	Omvårdnadspersonal	Namngiven patient
Övrigt	Övriga uppgifter efter riskbedömning och godkännande av MAS/MAR			

* MAS/MAR i kommunen beslutar i vilka verksamheter delegeringen gäller

** För dessa delegeringar rekommenderas tidigare erfarenhet av att utföra såromläggningar, samt att sjuksköterska bedömer att den som mottar delegeringen har utfört detta på ett patientsäkert sätt. Om mottagaren inte har tidigare erfarenhet krävs särskild noggrannhet i utbildning och uppföljning.

*** Sjuksköterska beslutar i samråd med MAS om delegeringen gäller för namngiven patient eller för en grupp av patienter

Checklista vid delegering

Värmlands kommuner

Vid all delegering ska följande gås igenom:

- delegeringsmottagarens ansvar vid delegering
- risker om behandlingen uteblir eller blir felaktigt utförd
- vårdplaner
- signeringslistor
- patientbundna rekommendationer vid delegering till namngiven patient
- kontakt med legitimerad personal om fel i utförande av en delegerad hälso- och sjukvårdsuppgift uppstår.
- Avvikelserapportering

Vid läkemedelsdelegering tillkommer genomgång av:

- digital läkemedelsutbildning eller annat fastställt utbildningsmaterial enligt lokal rutin
- lokal arbetsordning för läkemedelshantering
- läkemedelsformer enligt matris: "Hälso- och sjukvårdsuppgifter som kan delegeras"
- hur man läser läkemedelslistan – Cosmic läkemedelslista, Pascal dosrecept, doseringsschema antikoagulantia.
- olika dispenseringsystem - dos, påse, mugg, dosett
- doseringshjälpmedel som t.ex. uppdragningspruta till orala lösningar samt doskoppar
- kontroller vid administrering och överlämnande av läkemedel. Identitetskontroll, kontroll av signeringslista, rimlighetsbedömning gentemot läkemedelslista, rätt dag, tid, dos och administrationssätt, signering efter att kontroll av att patienten fått i sig läkemedlet
- vid behovs-medicinering, endast efter kontakt med sjuksköterska eller enligt vårdplan, bedömning av behov, kontroll av signeringslista, kontroll av läkemedelslista, dos, maxdos, administreringssätt, signering, uppföljning av effekt samt dokumentation
- hantering av narkotikaklassade läkemedel samt dokumentation i förbrukningsjournal
- hantering av Waran som delas i separat dosett, kontroll av doseringsschema, risker vid feldosering, provtagning
- andra blodförtunnande läkemedel och risker med dessa
- tilläggsmedicinering ur originalförpackning
- teoretiskt kunskapstest

Delegering av iordningsställande av särskilt riskfyllda flytande läkemedel

Vissa flytande läkemedel kan orsaka allvarliga konsekvenser vid överdosering, t.ex. narkotikaklassade läkemedel och kalium. Sjuksköterska ska säkerställa att personal har tillräcklig kunskap om både läkemedlet och aktuellt doseringshjälpmedel för att utföra ett säkert iordningsställande innan delegering får ske.

Vid insulindelegering samt injektion med andra blodsockersänkande läkemedel tillkommer genomgång av följande:

Observera att för personer med ostabilt blodsocker ska en genomgång av patientens individuella vårdplan och läkemedelsordination ske.

- Digital diabetesutbildning eller annat fastställt utbildningsmaterial enligt lokal rutin
- sjukdomarna diabetes mellitus, diabetes typ 1 och typ 2.
- hypo- respektive hyperglykemi
- omvårdnadsåtgärder vid högt/lågt blodsocker
- typer av insulin, korttidsverkande och långtidsverkande
- dosering
- förvaring, hållbarhet

Värmlands kommuner

- insulinpennor, pennor med blodsockersänkande läkemedel (ej insulin), insulinnålar/sticksäkra nålar
- blodsockermätare och stickor, eventuellt urinstickor, dokumentation
- injektionsställen för subkutan injektion
- injektionsteknik med sticksäker nål
- komplikationer vid injektionsgivning
- handhavande av material efter injektion, riskhantering
- teoretiskt kunskapstest
- praktisk injektionsgivning under sjuksköterskans överinseende

Vid delegering av behandling med tippbräda tillkommer genomgång av följande:

- genomgång av patientens status
- genomgång av säkerhet för patienten
- skriftlig information gällande behandlingsintervall, eventuella restriktioner, funktion, skötsel och säkerhet ges till delegeringsmottagaren
- praktisk genomgång på den enskilde under överinseende av fysioterapeut/sjukgymnast

Vid delegering av behandling och träning av funktioner och förmågor som i det enskilda fallet bedöms som riskfyllda, tillkommer genomgång av följande:

Det kan till exempel vara specifik rörelseträning, handträning eller påtagning av ortoser där det finns risk för felanvändning.

- genomgång av patientens status
- genomgång av säkerhet för patienten
- skriftlig information gällande behandlingsintervall, eventuella restriktioner, funktion, skötsel och säkerhet ges till delegeringsmottagaren.
- praktiskt utförande av behandlingen under överinseende av arbetsterapeut eller fysioterapeut/sjukgymnast

Vid delegering av övriga hälso- och sjukvårdsåtgärder tillkommer följande:

- orsak/sjukdom som föranleder åtgärden
- aktuellt stycke i Vårdhandboken, www.vardhandboken.se samt eventuell lokal rutin
- hygienrutiner
- material och eventuella medicintekniska produkter
- vårdplaner, dokumentation av genomförd åtgärd, kontakt med legitimerad personal vid problem
- risker om behandlingen uteblir eller blir felaktigt utförd
- praktisk genomgång samt utförande på patient under överinseende av legitimerad personal
- eventuell riskbedömning vid utökad delegering
- vid delegering för namngiven patient ska individuell vårdplan och ordination gås igenom

Vid delegering av **sondmatning** ingår genomgång av hur läkemedel tillförs. Om mer än ett läkemedel tillförs är vanligtvis rekommendationen att varje läkemedel ska ges var för sig och att spolning ska ske mellan varje läkemedelstillförsel. Läkemedel ska inte blandas i sondnäringen.

Ordination

Legitimerad personal ordinerar inom sitt professionella ansvarsområde de åtgärder som ska utföras. Ordination kan inte ske av åtgärder som bedöms riskfyllda för den enskilda patienten. Om en åtgärd bedöms som riskfylld ska den delegeras eller utföras av legitimerad personal.

En ordination överlämnas som ett uppdrag till utföraren. Vårdplaner/processer och signeringslistor ska upprättas vid ordination av hälso- och sjukvårdsåtgärder. Undantag kan ske för enstaka åtgärder som t.ex. tillfällig provtagning. Legitimerad personal ska vid behov vara behjälplig med kompetenshöjande insatser till personal som ska utföra ordinerade åtgärder.

Krav på den som utför en ordinerad åtgärd

- Grundprofession kan variera beroende på verksamhetsområde men generellt rekommenderas undersköterskeutbildning eller motsvarande kompetens vid utförande av ordinerade hälso- och sjukvårdsåtgärder.
- anställning hos vårdgivaren
- fyllt 18 år
- god språkförståelse för svenska språket
- fullgjort introduktion på enheten
- god kunskap om den ordinerade åtgärden som ska utföras
- nyanställd personal kan under sin introduktion utföra en ordinerad åtgärd tillsammans med sin handledare under förutsättning att handledaren har kunskap om åtgärden
- studenter under verksamhetsförlagd utbildning kan utföra en ordinerad åtgärd tillsammans med sin handledare under förutsättning att handledare har kunskap om åtgärden.

Utbildning

En personal kan ha fått kompetens för en ordinerad åtgärd genom t.ex. undersköterskeutbildning eller tidigare arbetslivserfarenhet. Det är enhetschefens ansvar att följa upp vilken kompetens personalen har innan hälso- och sjukvårdsåtgärden fördelas. Om kompetens saknas för att utföra en ordinerad åtgärd ska utbildning ske. Hur utbildning ska genomföras ska ske i dialog med legitimerad personal. Om legitimerad personal utbildar personal i en ordinerad åtgärd behöver ett delegeringsbeslut inte upprättas.

Uppföljning av ordination

Löpande uppföljning av ordinationer sker genom kontroll av att uppgiften utförts på signeringslistor samt eventuellt rapporterade avvikelser. Regelbunden dialog om hur uppgifter hanteras på enheten behöver också ske mellan legitimerad personal, enhetschef samt personal som utför ordinerade uppgifter.

Matris: Hälso- och sjukvårdsåtgärder som kan ordineras

Fler hälso- och sjukvårdsåtgärder kan vara aktuella för ordination. Matrisen visar åtgärder som tidigare har delegerats.

	Åtgärder som kan ordineras	Ordineras av	Ordineras till	Gäller för
Provtagning	Venprovtagning	Sjuksköterska	Undersköterska eller motsvarande kompetens	Grupp av patienter*
	Kapillär provtagning	Sjuksköterska	Undersköterska eller motsvarande kompetens	Grupp av patienter*
	Urinprov	Sjuksköterska	Undersköterska eller motsvarande kompetens	Grupp av patienter*
	Feacesodlinng	Sjuksköterska	Undersköterska eller motsvarande kompetens	Grupp av patienter*
	sårödling	Sjuksköterska	Undersköterska eller motsvarande kompetens	Grupp av patienter*
Sårvård	Sårömläggning i okomplicerade fall: mindre traumatiska sår, trycksår grad 1-2, sår utan infektionstecken	Sjuksköterska	Undersköterska eller motsvarande kompetens	Grupp av patienter*
Stomivård <i>Gäller endast kolostomi, ileostomi och urostomi.</i>	Hygien, hudvård, ömläggning, byte av platta/påse	Sjuksköterska	Undersköterska eller motsvarande kompetens	Grupp av patienter*
Kateterskötsel	Hygien, tömning och byte av påse	Sjuksköterska	Omvårdnadspersonal	Grupp av patienter*
PEP	PEP-mask	Fysioterapeut	Omvårdnadspersonal	Grupp av patienter*

* MAS/MAR i kommunen beslutar i vilka verksamheter ordinationen gäller

Ansvar

Vårdgivaren

Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig för rehabilitering

Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS och medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR har enligt Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) det yttersta ansvaret för att delegeringar tillgodoser patientsäkerheten och ansvarar för att:

- rutiner upprättas och revideras gällande delegering och ordination av kommunala hälso- och sjukvårdsåtgärder
- återta ett delegeringsbeslut då detta anses vara en risk för patientsäkerheten.

Verksamhetschef HSL och enhetschef för legitimerad personal

Ansvarar för att:

- det ska finnas resurser och kompetent personal för att bedriva en god och säker vård
- ha kunskap om och följa gällande riktlinje för delegering och ordination av hälso- och sjukvårdsåtgärder
- riktlinjen och rutiner är kända och tillämpas
- tillse att det finns tid och tillräckligt med legitimerad personal för utförande av en säker delegering med god utbildning, kompetenskontroll, uppföljning och efter behov kompetenshöjande insatser

Enhetschef för personal som utför delegerade och ordinerade åtgärder

Ansvarar för att:

- ha kunskap om och följa gällande riktlinje för delegering och ordination av hälso- och sjukvårdsåtgärder
- tillse och avsätta tid för utbildning och bredvidgång inför delegering
- ha kännedom om vilken personal som har delegering
- ha kännedom om vilken personal som har kompetens för utförande av ordinerade åtgärder
- planera semester, ledigheter, utbildningar med mera på ett sådant sätt att delegerad personal samt personal med kompetens för att utföra ordinerade hälso- och sjukvårdsåtgärder finns
- sträva efter kontinuitet så att man kan begränsa antal personer som utför delegerade eller ordinerade hälso- och sjukvårdsåtgärder
- vid behov samordna utbildningsinsatser för medarbetare som saknar kompetens för ordinerade hälso- och sjukvårdsåtgärder
- tillsammans med legitimerad personal följa upp att delegerade och ordinerade hälso- och sjukvårdsåtgärder utförs på ett patientsäkert sätt.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal

Värmlands kommuner

Ansvarar för att:

- ha kunskap om och följa gällande riktlinje för delegering och ordination av hälso- och sjukvårdsåtgärder
- bedöma om delegeringen är förenlig med en god och säker vård
- bedöma om ordination är förenlig med en god och säker vård
- använda fastställt utbildningsmaterial
- följa upp och ompröva delegeringsbeslut
- vid behov återta en delegering
- informera enhetschef om delegeringsbeslut och återkallade delegeringsbeslut bland enhetens medarbetare
- skriftligen rapportera avvikelser
- samarbeta med enhetschef i utredning och bedömning och vidtagande av åtgärder i avvikelser avseende delegerade eller ordinerade hälso- och sjukvårdsåtgärder

Delegerad personal

Ansvarar för att:

- ha kunskap om och följa gällande riktlinje för delegering och ordination av hälso- och sjukvårdsåtgärder
- genomgå fastställd utbildning
- följa vårdplan
- kontakta legitimerad personal om osäkerhet råder vid utförandet av delegerade och/eller ordinerade hälso- och sjukvårdsåtgärder
- meddela ansvarig enhetschef om han/hon anser sig behöva kompetenshöjning för en ordinerad hälso- och sjukvårdsåtgärd
- senast en månad innan en delegering blir ogiltig meddela legitimerad personal att förnyelse behövs
- vid avvikelse ta kontakt med legitimerad personal
- skriftligen rapportera avvikelser

Regelverk

- Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30)
- Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659)
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2017:37)
- Socialstyrelsens föreskrifter om ändring i föreskrifterna och allmänna råden (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2025:61)
- Socialstyrelsens föreskrifter om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2021:52)

Definitioner

Delegering

Med delegering avses att någon som tillhör hälso- och sjukvårdspersonal och som är formellt kompetent för en medicinsk åtgärd överläter denna till en annan person som saknar formell kompetens för åtgärden. Att utföra en delegerad åtgärd kräver ett individuellt skriftligt

delegeringsbeslut.

- Med formell kompetens avses att man har legitimation för yrket.
- Reell kompetens innebär att en person genom erfarenhet i sin praktiska yrkesverksamhet eller genom fortbildning visat sig ha blivit reellt kompetent för den åtgärd som man avser att delegera.

Läkemedelshantering

Läkemedelshanteringen är ett samlingsbegrepp som omfattar alla moment som rör ett läkemedels väg genom hälso- och sjukvården.

- Med iordningsställande av läkemedel avses att göra ett läkemedel klart för administrering/överlämnande till patienten.
- Med administrering avses att den som ger läkemedlet säkerställer att patienten fått i sig läkemedlet. Vid orala läkemedel innebär det kontroll av att patienten svalt läkemedlet.
- Med överlämnande av läkemedel avses att ett läkemedel lämnas över till patienten som själv ansvarar för att ta det.

Ordination

En ordination är ett beslut av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som är avsedd att påverka en patients hälsotillstånd genom en hälso- och sjukvårdsåtgärd. Att utföra en ordinerad hälso- och sjukvårdsåtgärd kräver kunskap men inte ett skriftligt delegeringsbeslut.

Mall för riskbedömning vid utökad delegering

Bakgrund

Beskriv kortfattat skälet till den utökade delegeringen t.ex. hur det kan ske på ett säkert sätt och hur det eventuellt kan vara till fördel för patienten

Riskbedömning

- Beskriv detaljerat vilka arbetsuppgifter riskbedömningen gäller.
- Finns det några risker med uppgiften och att den delegeras?
- Behövs en dokumenterad handlingsplan vid eventuell komplikation?
- Behövs kompetenshöjande insats för den delegerade uppgiften ska kunna ske på ett säkert sätt? Hur ska detta ske?
- Kommer uppgiften delegeras till en enskild medarbetare eller till en större grupp av medarbetare?
- Är den delegerade personalen införstådd med eventuella risker och hur de ska hanteras?
- Beskriv hur uppföljning av den delegerade uppgiften ska ske.

Administrativ hantering av utökad delegering

Riskbedömningen skickas till MAS/MAR för godkännande.

Efter godkännande av MAS/MAR sparas riskbedömningen tillsammans med delegeringsbeslutet hos legitimerad personal eller i digitalt delegeringssystem. Kopia på delegeringsbeslut och godkänd riskbedömning ska skickas till MAS/MAR.

Utskottet vård och omsorg

Paragraf 50

Dnr KS/2026:761

Delrapport kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse perioden 1 januari - 30 juni 2026, Vård och omsorg

Utskottet vård och omsorgs förslag till kommunstyrelsen

Delrapport för kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen för perioden 1 januari - 30 juni 2026 godkänns.

Sammanfattning av ärendet

Vård- och omsorgs kvalitetsstab redovisar i delrapporten resultatet av kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet för första halvåret 2026. Verksamheten bedriver ett kontinuerligt och systematiskt arbete för att utveckla kvaliteten inom verksamheterna. Arbetet utgår från nationella riktlinjer, lokala mål samt brukarnas behov. Delrapporten syftar till att ge en nulägesbild av det pågående kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet, identifiera områden där ytterligare förbättringsinsatser behövs samt följa upp tidigare insatser. Enligt SOSFS 2011:9 ska kvalitetsarbetet dokumenteras.

Beslutsunderlag

Förvaltningens tjänsteskrivelse den 21 augusti 2026

Delrapporten för kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen för perioden 1 januari - 30 juni 2026

Yrkanden

Mona Smedman (C) yrkar att utskottet ska föreslå kommunstyrelsen att delrapport för kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen för perioden 1 januari - 30 juni 2026 godkänns.

Delrapport kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse perioden 1 januari–30 juni 2026, Vård och omsorg

Förvaltningens förslag till beslut

Delrapport för kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen för perioden 1 januari–30 juni 2026 godkänns.

Sammanfattning av ärendet

Vård- och omsorgs kvalitetsstab redovisar i delrapporten resultatet av kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet för första halvåret 2026. Verksamheten bedriver ett kontinuerligt och systematiskt arbete för att utveckla kvaliteten inom verksamheterna. Arbetet utgår från nationella riktlinjer, lokala mål samt brukarnas behov. Delrapporten syftar till att ge en nulägesbild av det pågående kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet, identifiera områden där ytterligare förbättringsinsatser behövs samt följa upp tidigare insatser. Enligt SOSFS 2011:9 ska kvalitetsarbetet dokumenteras.

Beslutsunderlag

Förvaltningens tjänsteskrivelse den 21 augusti 2026
Delrapporten för Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen för perioden 1 januari–30 juni 2026

Utredning

Under perioden januari-juni rapporterades totalt 1 533 avvikelser i avvikelshanteringssystemet DF Respons, varav 263 avsåg läkemedelsavvikelser.

Antalet rapporterade fallhändelser uppgick till 990, vilket är cirka 60 fler än under motsvarande period 2025. Tio fallhändelser resulterade i höftfraktur.

Avvikelser kopplade till samverkan med Region Värmland omfattade 15 ärenden. De vanligaste bristerna rörde utskrivningsprocesser, ofullständiga läkemedelslistor, kvarstående infarter efter sjukhusvistelse samt begränsad tillgång till patientjournaler för jourläkare.

Inom området utförande av insats har antalet avvikelser ökat med cirka 30 jämfört med samma period föregående år, där en särskild representation ses inom LSS-verksamheten.

Under perioden har en anmälan enligt Lex Maria och en anmälan enligt Lex Sarah genomförts.

Bedömning om barns rättigheter

Ärendet bedöms inte påverka barns rättigheter.

Bedömning utifrån hållbarhetsperspektiv

Ärendet bedöms inte påverka den ekologiska, sociala eller ekonomiska hållbarheten i kommunen.

Finansiering och ekonomiska konsekvenser

Ett systematiskt och välfungerande kvalitetsarbete bidrar till en mer kostnadseffektiv verksamhet. Genom att förebygga avvikelser, exempelvis fall och läkemedelsfel, minskar behovet av akuta insatser, sjukhusvистер och rehabilitering, vilket i sin tur reducerar kostnader för både kommunen och andra vårdgivare.

Cecilia Fenelius
Vård- och omsorgschef

Beslutet skickas till

Delrapport

Verksamhet Vård och omsorg

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse

1 januari – 30 juni 2026

Version	Datum	Revision/Beskrivning	Författare
1	2026-08-25	Delrapport Verksamhet Vård och omsorg Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 1 januari – 30 juni 2026	Kvalitetsstaben

Diarienummer:	KS 2026/xxx
Handläggare:	Cecilia Fenelius
Dokumentägare:	Vård och omsorg
Beslutad av:	Utskott vård och omsorg
Datum för beslut:	2026-09-17
Giltighetsperiod:	2026

Innehåll

Inledning.....	3
Resultat	4
Kommentarer fall	5
Kommentarer läkemedel.....	6
Kommentarer utförande av insats	7
Kommentarer grupp/organisation	7
Kommentarer medicinteknisk/digital teknik.....	7
Kommentarer dokumentation	7
Kommentarer samverkan.....	7
Kommentarer hot och våld	8
Kommentarer bemötande.....	8
Kommentarer suicidtankar/suicidförsök.....	8
Kommentarer övergrepp.....	8
Kommentarer dödsfall	8
Kommentarer lex Maria	8
Kommentarer lex Sarah.....	9
Avvikelser Region/kommun.....	10
Synpunkter och klagomål	10
Analys och reflektioner.....	10
Övrigt	11
Internkontrollplan	11
Dokumentationsgranskningar	12
Granskning av IVO avseende verksamhetens arbete med missförhållande (SoL, LSS).....	12
Yttrande IVO	12
Uppföljningar.....	12
Samverkan för att förebygga missförhållande eller vårdskada	13

Inledning

Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete framgår bestämmelser om systematiskt förbättringsarbete.

Vid avvikelshantering inom Vård och omsorg är det enhetschefen som har huvudansvar för att delge annan utredningsansvarig samt avsluta avvikelserna när klarmarkering skett från till exempel sjuksköterska. Om en avvikelse inte påbörjats eller avslutats inom en viss tid skickas påminnelser via mejl.

Avvikelserna klassificeras som:

- Mindre – Mindre obehag, eller obetydlig skada
- Måttlig – Övergående funktionsnedsättning. Tillfälliga/mindre allvarliga brister, försummelser i omsorgen. Viss rättsosäkerhet.
- Betydande – Bestående, måttlig funktionsnedsättning. Upprepade övergrepp, kränkande behandling, allvarlig försummelse. Betydande rättsosäkerhet. Kirurgiskt ingrepp krävs.
- Katastrofal – Dödsfall, självmord, bestående stor funktionsnedsättning. Fysiska, sexuella övergrepp.

Delrapporten belyser även verksamhetens kvalitetsarbete.

I rapporten benämns brukare, omsorgstagare och patient som individ för att använda gemensam nämnare oavsett lagrum.

Sökning för statistik i denna delrapport har i år gjorts på "inträffade datum", tidigare har sökning utförts på "registrerade datum" och det har visat sig att antal träffar kan skilja något.

Resultat

Sammanlagt har 1533 händelser rapporterats i avvikelshanteringssystemen i DF Respons januari-juni 2026. Det är något färre rapporter än föregående delår.

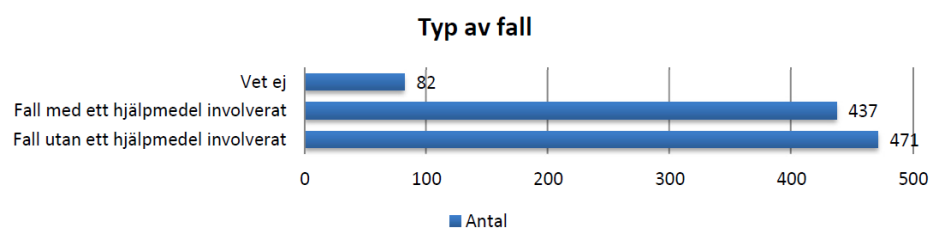
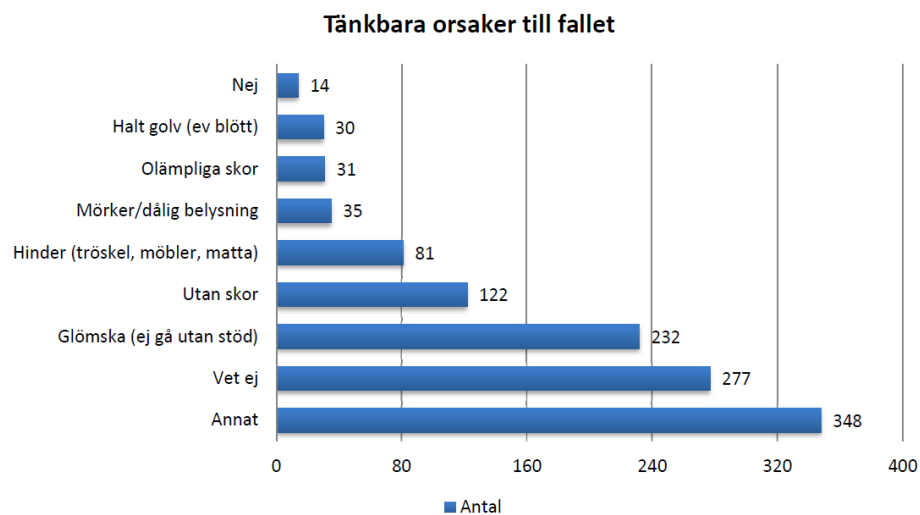
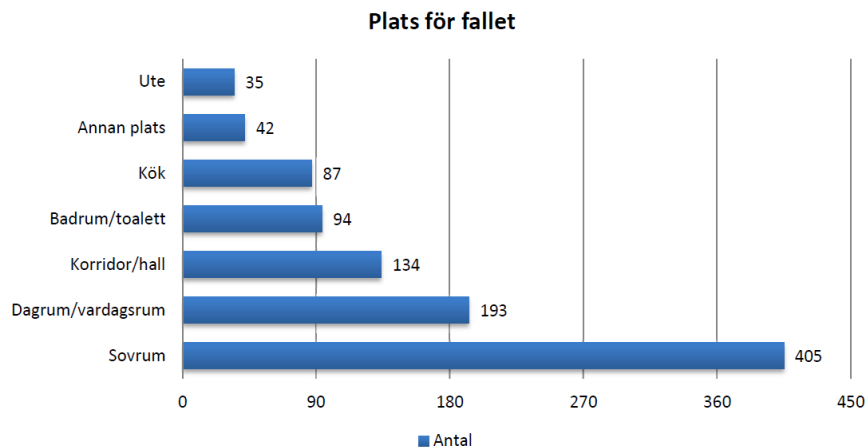
Av dessa händelser är det 11 stycken som inte är kommunens ansvar att utreda. Exempelvis har händelser sänts vidare till extern utförare i om lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och Regionen för vidare utredning.

Typ	Antal	Fördelning
Fall	990	64,6%
Läkemedel	263	17,2%
Utförande av insats/åtgärd	108	7,0%
Grupp eller Organisation	36	2,3%
Medicinteknisk/digital produkt	24	1,6%
Dokumentation	23	1,5%
Samverkan	21	1,4%
Hot och våld	21	1,4%
Bemötande	13	0,8%
Skyddsåtgärd	9	0,6%
Handläggning (myndighet)	7	0,5%
Trycksår/tryckskada	7	0,5%
Suicidtankar/suicidförsök	6	0,4%
Övergrepp	3	0,2%
Stöld	1	0,1%
Dödsfall	1	0,1%
Totalt	1533	100,0%

Förtydligande resultat gällande avvikelser fall och läkemedel

Fall och läkemedel har högst representation i den totala sammanställningen, därför presenteras en mer fördjupad inblick i avvikelshanteringssystemet DF Respons från dessa händelsetyper.

Fallhändelser



Ovanstående bild visar om ett hjälpmedel var inblandat eller ej vid fallet.

Kommentarer fall

Antalet, 990 st är ca 60 fler fall än motsvarande period förra året.

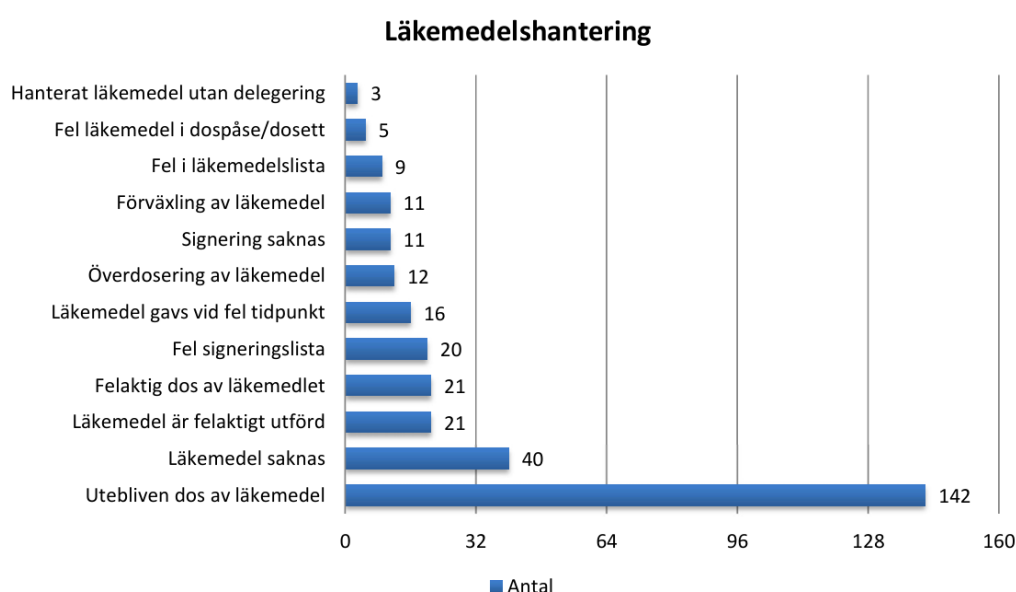
Antal rapporterade fall på särskilt boende (SÄBO) inklusive korttidsenheten AKKVA är ca 100 fler, och inom hemtjänst ca 40 färre. LSS har en liten ökning.

Antal unika individer med ett eller flera fall rapporterat är 385 stycken, en mindre än motsvarande period förra året.

Antal rapporterade höftfrakturer är 10 i antal, samma antal också sammanlagt för övriga fraktur. Dessa siffror för frakturer är lägre än jämförande period föregående år. Gällande sökning på antal frakturer har det tidigare skett på antal som är klassificerat som betydande men det har visat sig att rapportering av denna konsekvens inte alltid har rapporterats med rätt klassificering, därav har annat söksätt skett i år.

Ingen fallavvikelse är rapporterad som katastrofal.

Fortsatt sker de flesta fall i sovrum och i samband med förflyttning. Glömska är en av de största orsakerna samt att det också är okänt vid rapportering varför individen faller, "annat" anges som en av de största orsakerna. "Annat" anges när inte övriga alternativval av orsaker kan användas.



Kommentarer läkemedel

Under aktuell tidsperiod rapporterades 263 läkemedelsavvikelser, vilket är en ökning med cirka 20 jämfört med föregående delrapport. De vanligaste avvikelserna avsåg uteblivna doser, felaktigt utförda läkemedelsinsatser samt saknade läkemedel. Orsakerna utgjordes främst av att individer inte varit hemma, sena beställningar eller leveranser samt brister i ordinationer och signeringsunderlag.

Tre läkemedelsavvikelser klassificerades som betydande. Ingen avvikelse bedömdes som katastrofal.

En avvikelse avsåg att en individ nekades ordinerad vid behovsmedicinering mot smärta. Personalens delegering drogs in och anställningen avslutades efter utredning.

En annan avvikelse gällde en anhöriganställd som administrerat läkemedel utan delegering trots upprepade tillsägelser. Åtgärd var installation av ett låst behörighetsstyrt läkemedelsskåp.

Den tredje avvikelserna avsåg saknade narkotikaklassade läkemedel vid kontrollräkning, där nio lugnande tabletter saknades. Händelsen polisanmälades och åtgärderna omfattade tätare kontrollräkningar samt information till berörd personal.

Kommentarer utförande av insats

Antalet rapporter inom händelsetypen utförande av insats har ökat med ca 30 fler sedan föregående år. Fördelat på lagrum har LSS 45, Socialtjänstlagen (SOL) 35 och inom Hälso- och sjukvård (HSL) 28. Inom LSS är det daglig verksamhet som har flest rapporterade händelser.

Kommentarer grupp/organisation

Minskning av rapporter inom denna händelsetyp från 39 till 36.

Några händelser berör enskild individ och som i stället skulle registreras under utförande av insatser. Individ som vid upprepade tillfällen går från boendet och där det varit svårt att ge individen stöd, haft en påverkan för andra boenden samt för personalens arbetsmiljö.

En samverkanshändelse utreddes utifrån en orosanmälan som inkom till kommunen, ärendet bollades mellan socialförvaltning och äldreomsorg. Detta bidrog till felaktigt beslut om åtgärd för individen. Ärendet utreddes tillsammans med IFO och en framkommen brist var att personal inom VoO nekat att vara behjälplig för åtgärd hos individ. Personal har avslutats och samverkansåtgärder har vidtagits inom berörd avdelning.

Kommentarer medicinteknisk/digital teknik

Sammanlagt är det 24 avvikelser rapporterade inom denna händelsetyp, fyra fler än föregående delår. En av händelserna är ett tillbud och därmed inte hanterad i avvikelshanteringssystemet.

Sex av händelserna berör hjälpmedel. Övriga är fördelat på GPS, läkemedelsskåp, läkemedelsrobot, trygghetslarm, rörelselarm/sensorlarm, nyckelfria lås, medicinteknisk utrustning och annat.

Händelser som rapporterats är bland annat:

- Hjälpmedel som hanterats på fel sätt, exempelvis:
 - ✓ Lyftselar som torktumlat och därmed förstörts.
 - ✓ Lyftselar som förväxlats mellan individer.
 - ✓ Glidlakan som bäddats in på fel sätt.
 - ✓ Felaktig luftmängd i tryckavlastande madrass eller sittdyna.
 - ✓ Personlyft som hanterats av en personal trots att förskrivaren bedömt att förflyttningen ska utföras av två personal.
- GPS-enhet som förväxlats med en annan individs GPS.
- Incidenter där rörelsesensorer inte utlöst larm som avsett.
- Läkemedelsskåp som lämnats öppet.
- Nyckelfritt lås som inte kunnat öppnas.
- Upprivna eller skadade läkemedelspåsar i läkemedelsrobot.
- Avstängt ljud på larmtelefon, vilket medfört att larm inte uppmärksammats.

Kommentarer dokumentation

Från föregående år har det skett en ökning från 14 till 23 avvikelserapporter avseende dokumentation. 12 avser lagrum hälso-sjukvård därefter SOL och ett par inom LSS. Flertalet handlar om att det saknats eller varit otillräcklig dokumentation och där berörda professioner inte fått information om individen.

Kommentarer samverkan

Från föregående år har det skett en ökning från nio till 21 avvikelserapporter avseende samverkan. Både intern och extern samverkan. Majoritet berör otydlig informationsöverföring mellan verksamheter. Framkommer två avvikelser där verksamheter har olika prioriteringar vid en

brådskande ohälsa hos individ. Några händelser har handlat om att uppdrag från bistånd har kommit sent till berörd enhet vilket har försvårat planeringen för utförandet.

Kommentarer hot och våld

En minskning av rapporterade händelser avseende hot och våld jämfört med förra året. Även detta år kan flera rapporter avskrivas då de har rapporterats felaktigt då de handlat om tillbud för arbetsmiljö och ska istället rapporteras in i Stella.

Kommentarer bemötande

Fem fler bemötandehändelser än föregående år. Några ärenden berör vårdbehov som har aktualiserats med kort varsel, vilket i vissa situationer har medfört utmaningar i samverkan och kommunikation inom kommunens verksamheter. Detta har resulterat i ett mindre antal händelser där kvaliteten i samverkan och informationsöverföring inte varit fullt tillfredsställande. Ingen individ har till följd av detta kommit till skada. Däremot bedöms vissa individer fått en förlängd väntetid innan adekvata hälso- och sjukvårdsåtgärder kunde initieras och genomföras.

Kommentarer suicidtankar/suicidförsök

En ökning från två till sex avvikelserapporter varav fyra av dem inom LSS. Tre avvikelser är fortsatt ohanterade eller oavslutade. Inom LSS-verksamheterna ses en ökad medvetenhet kring suicidprevention, vilket även framgår av de rapporterade avvikelserna. Avvikelse beskriver ändamålsenliga och adekvata åtgärder som vidtagits i samband med identifierade suicidtankar eller suicidförsök.

En av de rapporterade avvikelserna avser en individs uttryckta dödsönskan, där förebyggande insatser kunde initieras i ett tidigt skede. Ytterligare en avvikelse rör en skyddsåtgärd som vidtagits med anledning av tidigare intoxikationsförsök, i syfte att minska risken för självskadande handlingar.

Kommentarer övergrepp

Tre rapporterade händelser gällande övergrepp, en mindre jämfört med föregående år. Två av dessa avsåg situation där integritetskränkande foto tagit på individer. Dessa utreddes vidare enligt lex Sarah.

Kommentarer dödsfall

En inkommen avvikelse gällande personals upplevelse av att en individs sista tid i livet varit av bristande vårdkvalité. Detta bedömdes inte som en avvikelse då det följde vårdplan som kartlagts innan individen palliativa vård. Det görs en bedömning att vårdplanen inte kommunicerats ut till utförande personal på ett ändamålsenligt sätt.

Kommentarer lex Maria

Under årets första halvår har en anmälan enligt lex Maria genomförts. Anmälan föregicks av en utredning enligt både lex Maria och lex Sarah med anledning av att två individer utvecklade trycksår. Utredningarna identifierade bakomliggande orsaker relaterade till brister i det systematiska patientsäkerhetsarbetet, samverkan, bemötande, kommunikation samt den hälso- och sjukvårdsledda omvårdnaden. Dessa brister bedömdes ha bidragit till uppkomsten av trycksåren. När trycksåren uppmärksammades genomfördes riskbedömningar och adekvata förebyggande samt behandlande åtgärder vidtogs. Hos en av individerna läkte trycksåren inom en månad efter att åtgärderna implementerats, vilket indikerar att trycksåren sannolikt hade kunnat förebyggas om rätt stöd och insatser hade satts in tidigare. Vid utredningens start hade en av individerna avlidit av

annan akut ohälsa. Åtgärder inkluderade bland annat regelbundna samverkansmöten, personalförstärkning samt riskbedömningar av alla individer på särskilt boende inom äldreomsorgen.

Mot bakgrund av de identifierade bristerna och den vårdskada som uppkommit bedömdes händelsen vara anmälningspliktig enligt lex Maria. Beslut har kommit från inspektionen för vård och omsorg (IVO) om att ärendet har avslutats och inga ytterligare åtgärder kommer vidtas.

Kommentarer lex Sarah

Det har sammantaget rapporterats 22 händelser med val missförhållande varav 11 som har rapporterats i felaktigt lagrum, hälso-och sjukvård. Det har tagits nio beslut om att det förelägg ett missförhållande varav en allvarlig och som anmäldes till IVO. Det har inte gjorts någon bedömning om missförhållande inom LSS.

Bedömda missförhållande

- Två bedömda missförhållande, en inom bistånd och en inom utförare. En individs beslut om nattinsats hade inte följts upp av bistånd men där insatsen hade fortsatt. När utförare uppmärksammades att insatsen inte hade något beslut togs pågående nattbesök bort av enheten utan att meddela individen. Framkomna orsaker som brister i kommunikation, utebliven bedömning och dokumentation kring åtgärden att avsluta insatsen. Det framkom ingen konsekvens för individen som inte fick besök under en natt. Inom bistånd ska lista på uppföljningar tas ut regelbundet som en åtgärd i att inte missa beslut som gått ut.
- Två bedömda missförhållande inom en boendeenhet där kränkande kort tagits på två individer med arbetsmobiler, vid två olika tillfällen. Syfte med att fotografera var att påvisa att nattpersonal inte utfört insats. Kvalitetsbristerna bestod av felaktigt arbetssätt och bristande kommunikation inom enheten samt avsaknad av teamsamverkan.
- Personal som frångått rutin kring hantering av individs ägodel och som inte kontaktat enhetschef för råd. Händelsen polisanmäldes av anhöriga. Enhetschef lyft händelsen på enheten så att en liknande situation inte sker igen. Personal har avslutat sin anställning.
- Personal kunde inte komma in till individs lägenhet då de inte kunde öppna dörren på grund av tekniskt fel i dörrens lås. Avsaknad av rutin och otydligheter kring kontaktvägar medförde konsekvens av att personal inte kunde komma in till berörd på två timmar. Individen befann sig i säng och bedömdes att inte tagit skada. Åtgärder har vidtagits med rutin för kontaktvägar till fastighetsansvarig.
- Två ärenden har bedömts som ett missförhållande inom bistånd varav en avsåg missad uppföljning av ett tidsbegränsat beslut. Det andra ärendet bedömdes som ett missförhållande utifrån handläggning, samverkan utifrån brister i informationsöverföring och dokumentation. Anhörigperspektivet hade inte hanterats eller gjorts någon bedömning kring utifrån att situation inför hemgång och kommun ändrades. Åtgärder för dokumentation och samverkanskontakter genomfördes under pågående utredning.

Allvarligt missförhållande som anmälts till IVO

Utifrån avvikelser gällande trycksår utreddes de vidare och bedömdes som ett allvarligt missförhållande vilket anmäldes till IVO i slutet av januari. De bakomliggande orsakerna till kvalitetsbrister fanns i samverkan, bemötande, kommunikation, kompetens avseende strukturer och

arbetssätt, omvårdnad vilket föranledde konsekvenser av trycksår hos ett par individer. Flera åtgärder vidtogs direkt som exempelvis regelbundna samverkansmöten, personalförstärkning och struktur för stöd i dokumentation. Pågående åtgärder kommer följas upp i september.

Ovanstående utreddes och bedömdes även som lex Maria. I juni efterfrågade IVO kompletteringar utifrån förtydligande av att koppla på bakomliggande orsaker till varje åtgärd. Efter inskickad komplettering kom beslut från IVO att ärendet har avslutats och inga behov av ytterligare åtgärder.

Avvikelser Region/kommun

Vård och omsorg har mottagit en avvikelse från Region Värmland där händelserna berör bristande användning av skyddsutrustning.

Vård och omsorg har skickat 15 avvikelser till Regionen beträffande incidenter som:

- Ofullständigt/inte uppdaterat omvårdnadsstatus för individ inför utskrivning
- Ofullständig skriftlig information vid utskrivning
- Läkemedel inte medskickat/recept inte skrivet
- Felaktiga läkemedelslistor
- Bemötande
- Kvarstående infarter efter sjukhusbesök
- Läkare som i jour inte kan nås eller inte kan svara på frågor om individ på grund av avsaknad av dator och därmed inte tillgång till journal.

Synpunkter och klagomål

Inlämnat klagomål till IVO från en anhörig som där uppmanades att ta kontakt med verksamheten. Klagomålsärendet hanterades av kvalitetsstab med frågeställningar kring hur enheten hanterade fallhändelse samt varför ett sensorlarm inte fungerade. Anhörig var delaktig i utredning och återkoppling. Bedömningen var att sensorn inte var aktiv på grund av att den var täckt av en gardin. Detta hade kunnat uppmärksammas tidigare om larmrutin hade följts på enheten. Åtgärder som bland annat vidtogs var att inom avdelning SÄBO följa upp följsamheten gällande arbetssätt och rutiner för sensorlarm. Annan övergripande åtgärd var att uppmärksamma placering av sensorlarm i pågående renovering av nytt boende.

Inkommit klagomål på palliativa vården inom kommunen från medarbetare via sin privata mejl. Där hen efterfråga ombud i verksamheten. Något som redan var planerat och åtgärdades veckan efter. Ombud finns nu hos majoriteten av enheterna.

Ärende på ett boende där individers behov utmanar kvalitet och arbetsmiljö på boendet och med stort behov av samverkan och stöd av psykiatri/ Regionen.

Analys och reflektioner

Sammantaget har det rapporterats ungefär lika många avvikelser som första halvåret 2025.

Kvalitetsstaben uppmanar fortsatt att avvikelser ska skrivas även om aktuell situation kan lösas snabbt. Detta för att minimera risken för upprepning.

Att antalet rapporterade fall är något fler samma period i år jämfört med i fjol beror delvis på att blanketten för upprepade fall är borttagen och alla fall ska rapporteras i avvikelshanteringssystemet

DF Respons. I statistiken ses att det kan skifta mycket mellan antal rapporterade fall per boende från år till år. Ett boendes fallstatistik kan öka markant om verksamheten under en period har en individ som är en så kallad mångfallare. Det innebär att personen fortsätter att falla trots att alla förebyggande åtgärder har vidtagits, ofta relaterat till bristande sjukdomsinsikt. Att antalet fallskador har minskat relateras till det fallförebyggande arbete som gjorts inom SÄBO och hemtjänst. Inom vård och omsorg kommer arbetet som arbetsgrupp för fallprevention SÄBO och hemtjänst gjort tidigare år att följas upp i höst.

Ökning av avvikelser för händelsetyp "Utförande av insatser" bör ligga i linje med att det är stort antal insatser som utförs inom samtliga lagrum i verksamheten samt att personalen har en ökad kunskap om vad som ska rapporteras.

Det finns fortsatt ett förbättringsområde avseende kunskap hos personal för när ett missförhållande ska rapporteras och inom vilket lagrum, då hälften av rapporterna är kopplat till hälso- och sjukvårdshändelser.

Under halvåret har det varit en markant ökning av rapporterade händelser med beslut om att det föreläggat ett missförhållande. Några händelser visar på behovet av att stärka samverkan och kommunikationen mellan myndighetsutövning och utförare för att säkerställa att individens förändrade behov framkommer och att uppföljningar sker.

För att underlätta administration av avvikelser som innehåller samma händelse och där redan åtgärder är vidtagna är en funktion i avvikelssystemet aktiverad som gör att händelser kan kopplas samman med tidigare utredningar.

Läkemedelsreflektion

I det digitala signeringsystemet MCSS har totalt 638 375 HSL-insatser genomförts där 91,2% av dem är i tid. Detta är en förbättring på 0,9% från föregående 2025 års delrapport. Även fast antal insatser har ökat med ca 46 000 stycken. Verksamheten har även genomfört 15 643 HSL-insatser vid behov.

Verksamhetens tolkning av tillväxten är att demografin med individer som behöver HSL-stöd växer i Arvika Kommun.

Övrigt

Internkontrollplan

Loggkontroller inom respektive enhet utförs av närmaste chef. Loggkontroller för individärenden utförs av Kvalitetsstaben. Utförda loggkontroller har inte påvisat otillbörliga åtkomster.

Under första halvåret 2026 öppnades behörighet för hälso- och sjukvårdspersonal att ta del av dokumentation enligt socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, i de fall detta bedömdes nödvändigt för att fullgöra hälso- och sjukvårdens arbetsuppgifter. Mot bakgrund av den utökade behörigheten rekommenderas månatliga loggkontroller. Detta har inte kunnat genomföras fullt ut eftersom verksamhetssystemet saknar stöd för den aktuella behörighetsstrukturen. Uttag av loggar och genomförande av loggkontroller kräver därför manuella arbetsinsatser. De loggkontroller som har genomförts under perioden har inte påvisat några obehöriga åtkomster eller andra avvikelser

Anhörig begärde ut loggar för två chefer utifrån misstanke om information som de inte skulle ha tillgång till. Utförd loggkontroll påvisade ingen otillbörlighet och loggar lämnades ut till anhörig.

Dokumentationsgranskningar

I samband med internkontroll av aktuella genomförandeplaner och delaktighet genomfördes stickprov för de enheter med genomförandeplaner som inte var daterade 2026. Resultatet påvisar förbättringsbehov och att verksamhetsplanens mål inte är uppnådd till 100%. Respektive avdelning har delgetts rapport på utförd granskning för vidare analys och åtgärder.

Intyg för bostadsanpassning har granskats genom kollegial granskning av legitimerad personal på Rehabenheten och MAR. Genomgång har därefter skett med nämnda personalgrupper tillsammans med bostadsanpassningshandläggare i syfte att skriva relevanta intyg inför bedömning av ansökningar bostadsanpassningar.

HSL-verksamheten övergick i april till verksamhetssystemets nya patientjournal, vilket har skapat bättre förutsättningar för en mer strukturerad och enhetlig dokumentation för legitimerad personal. Genom kvalitetsstabens kontinuerliga journalgranskningar i samband med avvikelseutredningar har det uppmärksammats att övergången från det tidigare journalsystemet inte varit helt problemfri ur ett dokumentationskvalitetsperspektiv.

I samband med överföring av patientjournal har vissa verksamhetsspecifika sökord, som tidigare skapats lokalt, inte kunnat överföras till den nya journalstrukturen. Dokumentation kopplad till dessa sökord har därför i vissa fall placerats under mindre ändamålsenliga eller ologiska rubriker. Detta kan försvåra överblicken och läsbarheten i patientjournalen, särskilt vid utlämnande och genomgång av historiska journaluppgifter.

Problematiken bedöms successivt minska i takt med att äldre journalhistorik får minskad betydelse och ny dokumentation upprättas enligt den nya journalstrukturen. Fortsatt uppföljning och journalgranskning genomförs för att säkerställa en god dokumentationskvalitet.

Granskning av IVO avseende verksamhetens arbete med missförhållande (SoL, LSS)

Nationell kartläggning/granskning av IVO gällande socialtjänstens arbete med missförhållande och med fokus på äldreomsorg. I april månad besvarades enkät från IVO. För vård och omsorg innebär det insatser inom äldreomsorg (SoL) och funktionshinderområdet (LSS). IVO har till hösten kallat till intervjuer där chefer och utskott ska medverka.

Yttrande IVO

Under halvåret har sex yttranden besvarats utifrån begäran från IVO gällande ej verkställda beslut, SÄBO. Yttrandena avsåg servicehus och inget särskilt boende.

Uppföljningar

Utifrån kvalitetsgranskning på en boendeenhet i höstas genomfördes en uppföljning i april av kvarstående åtgärder. Förändringar i arbetsgruppen, utbildningsinsatser i omvårdnad och dokumentation har medfört ökad kunskap och kompetens hos personal. Införande av planeringsmodul har tydliggjort vilka uppgifter som ska genomföras under arbetspassen samt har förstärkt kommunikation och samverkan inom arbetsgruppen samt mellan dag och nattpersonal. Möjligheten att undersöka boendes uppfattningar har inte kunnat genomföras då det tillkommit nya individer på aktuell enhet.

Uppföljning av anmälda lexutredningar har genomförts av avdelningschef tillsammans med enhetschefer och kvalitetsstaben. Utifrån omfattning av åtgärder kommer fortsatt uppföljning ske under hösten.

Samverkan för att förebygga missförhållande eller vårdskada

Kvalitetsstaben bjöds in till ett samverkansmöte i ett ärende där individ med stora behov motsatte sig stöd och hjälp. God samverkan fanns inom enheten och där enhetschef tillsammans med sjuksköterska genomförde hembesök vilket genererade till en stödjande åtgärd för individen.

Apotekspersonal initierade ärende till verksamheten gällande misstanke om våld. Hembesök genomfördes samma dag och kunde konstatera att det inte förelåg misstanke om våld utan behov av vårdkontakt.

Personlig assistans meddelade om försummelse av individ där anhörig utnyttjat individen för att tillgå narkotika. Ärendet polisanmälades, vårdcentral och apoteksverksamhet informerades och slutligen har verksamheten stöttat individens önskemål att lämna boendesituationen och flytta till särskilt boende.

Utskottet lärande och stöd

Paragraf 89

Dnr KS/2026:784

Svar till Länsstyrelsen i Värmland avseende kommun-, fördelnings- och andelstal 2027

Utskottet lärande och stöds förslag till kommunstyrelsen

1. Länsstyrelsens förslag till kommunal för mottagande av nyanlända, fördelningstal för skyddsbehövande från Ukraina samt andelstal för ensamkommande barn 2026 för Arvika kommun godkänns.
2. Upprättat svar på frågor om andelstal för mottagande av ensamkommande barn, fördelningstal för skyddsbehövande från Ukraina samt kommunal för mottagande av anvisade nyanlända för år 2027 godkänns.

Sammanfattning av ärendet

Migrationsverket lämnade den 4 augusti 2026 förslag till regeringen avseende det antal nyanlända som ska omfattas av anvisningar till kommuner för 2027, preliminära andelar för mottagande av asylsökande ensamkommande barn 2027 samt fördelningstal för skyddsbehövande från Ukraina för 2027. Länsstyrelserna har uppdraget att föra dialog med kommunerna om de föreslagna kommunalen. Från och med 1 januari 2027 träder ny bosättningslag i kraft vilket ger kommunerna en möjlighet att lämna önskemål om förändrat kommunal. Möjligheten att tillgodose ett högre eller lägre mottagande är beroende av vilka önskemål som lämnas av övriga kommuner.

Beslutsunderlag

Förvaltningens tjänsteskrivelse den 7 september 2026

Svar till Länsstyrelsen på ställda frågor till kommunen den 31 augusti 2026

Följebrev – Information om den nya bosättningslagen samt förslag till kommun-, fördelnings- och andelstal 2027 den 1 september 2026

Information om förslag till kommunal för mottagandet av nyanlända, fördelningstal för skyddsbehövande från Ukraina samt andelstal för ensamkommande barn 2027 den 1 september 2026

Migrationsverkets redovisning av anvisning av nyanlända personer till kommuner 2027 den 1 september 2026

Migrationsverkets redovisning av anvisning av personer med tillfälligt skydd till kommuner 2027 den 1 september 2026

Utskottet lärande och stöd

Yrkanden

Henrik Axelsson (S) yrkar att utskottet ska föreslå kommunstyrelsen att:

1. Länsstyrelsens förslag till kommunal för mottagande av nyanlända, fördelningstal för skyddsbehövande från Ukraina samt andelstal för ensamkommande barn 2026 för Arvika kommun godkänns.
2. Upprättat svar på frågor om andelstal för mottagande av ensamkommande barn, fördelningstal för skyddsbehövande från Ukraina samt kommunal för mottagande av anvisade nyanlända för år 2027 godkänns.

Svar till Länsstyrelsen i Värmland avseende kommun-, fördelnings- och andelstal 2027

Förvaltningens förslag till beslut

1. Länsstyrelsens förslag till kommunal för mottagande av nyanlända, fördelningstal för skyddsbehövande från Ukraina samt andelstal för ensamkommande barn 2026 för Arvika kommun godkänns.
2. Upprättat svar på frågor om andelstal för mottagande av ensamkommande barn, fördelningstal för skyddsbehövande från Ukraina samt kommunal för mottagande av anvisade nyanlända för år 2027 godkänns.

Sammanfattning av ärendet

Migrationsverket lämnade den 4 augusti 2026 förslag till regeringen avseende det antal nyanlända som ska omfattas av anvisningar till kommuner för 2027, preliminära andelar för mottagande av asylsökande ensamkommande barn 2027 samt fördelningstal för skyddsbehövande från Ukraina för 2027. Länsstyrelserna har uppdraget att föra dialog med kommunerna om de föreslagna kommunalen. Från och med 1 januari 2027 träder ny bosättningslag i kraft vilket ger kommunerna en möjlighet att lämna önskemål om förändrat kommunal. Möjligheten att tillgodose ett högre eller lägre mottagande är beroende av vilka önskemål som lämnas av övriga kommuner.

Beslutsunderlag

Förvaltningens tjänsteskrivelse den 7 september 2026

Svar till Länsstyrelsen på ställda frågor till kommunen den 31 augusti 2026

Följebrev – Information om den nya bosättningslagen samt förslag till kommun-, fördelnings- och andelstal 2027 den 1 september 2026

Information om förslag till kommunal för mottagandet av nyanlända, fördelningstal för skyddsbehövande från Ukraina samt andelstal för ensamkommande barn 2027 den 1 september 2026

Migrationsverkets redovisning av anvisning av nyanlända personer till kommuner 2027 den 1 september 2026

Migrationsverkets redovisning av anvisning av personer med tillfälligt skydd till kommuner 2027 den 1 september 2026

Utredning

Länsstyrelsen Värmland har gett kommunen tillfälle att lämna yttrande och svara på frågor avseende förslag till kommunal för mottagandet av nyanlända, fördelningstal för skyddsbehövande från Ukraina samt andelstal för ensamkommande barn 2027. Av Länsstyrelsens information framkommer följande förslag för Arvika kommun:

Förslag till kommunal för nyanlända är 8 personer. Ett övre riktmärke vid eventuellt önskemål om högre mottag är satt till 36.

Förslag till fördelningstal avseende skyddsbehövande från Ukraina är 10 personer.

Förslag till andelstal för ensamkommande barn är 2,25 promille. Ensamkommande barn som anvisas på anknytning till en kommun anvisas utöver detta system, men tillgodoräknas kommunens måluppfyllelse för mottagande.

Länsstyrelsens frågor besvaras i separat dokument (Länsstyrelsens svarsmall).

Bedömning om barns rättigheter

Följande artiklar i barnkonventionen är direkt tillämpliga i aktuell fråga om flyktmottagande:

Vid alla beslut som rör barn ska i första hand beaktas det som bedöms vara barnets bästa.

Alla barn är lika mycket värda och har samma rättigheter. Ingen får diskrimineras.

Barn har rätt till liv, utveckling och överlevnad.

Barn på flykt har rätt till skydd.

Ett flyktmottagande enligt Länsstyrelsens förslag bedöms tillvarata barns rättigheter enligt barnkonventionen.

Bedömning utifrån hållbarhetsperspektiv

Ärendet bedöms inte påverka den ekologiska, sociala eller ekonomiska hållbarheten i kommunen.

Finansiering och ekonomiska konsekvenser

Migrationsverket är den myndighet som anvisar kommuner att ta emot nyanlända personer för bosättning. Hur bosättningen ska gå till beskrivs i bosättningslagen och bosättningsförordningen. Länsstyrelserna beslutar varje år om fördelningen inom länet. Kommunen får ersättning med ett schablonbelopp som fastställs varje år. Schablonbeloppet ska täcka kostnader för etableringsinsatser för nyanlända personer, till exempel mottagande och praktisk hjälp vid bosättning, särskilda introduktionsinsatser eller merkostnader i skola, förskola, fritidshem och barnomsorg med mera. Vidare ska beloppet täcka kostnader för utbildning i svenska för invandrare, anpassad kommunal vuxenutbildning för nyanlända som omfattas av förordningen om etableringsinsatser, samhällsorientering, tolk, andra kommunala insatser för att underlätta etablering i samhället samt vissa kostnader för ekonomiskt bistånd och administration.

Johan Hellström
Enhetschef

Beslutet skickas till

Länsstyrelsen



Arvika kommuns svar på frågor om andelstal för mottagande av ensamkommande barn, fördelningstal för skyddsbehövande från Ukraina samt kommunal för mottagande av anvisade nyanlända för år 2027

Sista svarsdatum är **20 oktober**. Svar som inkommer efter utsatt datum kommer inte att beaktas.

Mottagande av ensamkommande barn

Länsstyrelsen önskar svar på följande frågor avseende kommunens mottagande av **ensamkommande barn** för år 2027:

1a) Önskar kommunen överlåta hela eller delar av sin andel för mottagande av ensamkommande barn?

Ja, vi önskar överlåta hela vår andel.

1b) Önskar kommunen ta över andel för mottagande av ensamkommande barn från en eller flera kommuner?

Nej.

OBS! Förslag till andelstal framgår av informationsbrevet.

Mottagande av skyddsbehövande från Ukraina

Länsstyrelsen önskar svar på följande fråga avseende mottagande av **anvisade skyddsbehövande från Ukraina** för år 2027:

2) Hur bedömer ni kommunens mottagningskapacitet för anvisade skyddsbehövande från Ukraina, utifrån exempelvis befolkningsstorlek, arbetsmarknadsförutsättningar, tidigare mottagande och tillgång till bostäder?

Vår bedömning är att vi har kapacitet för att ta emot enligt föreslaget kommunal

OBS! Förslag till fördelningstal framgår av informationsbrevet.

Mottagande av anvisade nyanlända

Länsstyrelsen önskar svar på följande fråga avseende mottagande av **anvisade nyanlända** för år 2027:

3) Hur bedömer ni kommunens mottagningskapacitet för anvisade nyanlända, utifrån exempelvis befolkningsstorlek, arbetsmarknadsförutsättningar, tidigare mottagande och tillgång till bostäder?

Vår bedömning är att vi har kapacitet att ta emot enligt förslaget kommunal.

Kommuntal för 2027

Vänligen fyll i tabellen nedan och skicka tillbaka den till Länsstyrelsen.

Förslaget till kommuntal avser vissa nyanlända som förväntas ha behov av anvisning till en kommun under 2027 enligt den nya bosättningslagen. Tabellen ska fyllas i av samtliga kommuner i Värmlands län och skickas tillbaka till Länsstyrelsen **senast den 20 oktober**.

Observera att kommuntalen är preliminära fram till dess att regeringen fattar beslut om det totala anvisningsbehovet för 2027, vilket förväntas ske i september/oktober.

Instruktion för önskemål:

- En kommun kan önska 0 i kommuntal
- En kommun kan önska ett högre kommuntal än förslaget men om önskemålet överstiger det övre riktmärket behöver kommunen motivera sitt önskemål. Formen för motivering och hur underlaget ska se ut har Migrationsverket inte kommunicerat än.
- En kommun som förklarar sig nöjd med sitt kommuntal kommer få det kommuntalet för 2027, förutsatt att regeringen beslutar om det totala anvisningsbehovet utifrån Migrationsverkets förslag. Regeringens beslut om det nationella talet väntas i september/oktober.
- En kommun som önskar ett högre eller lägre kommuntal är inte garanterad att få sitt önskemål tillgodosett. Migrationsverket kommer, via länsstyrelserna, ta in önskemål från samtliga 290 kommuner och en förutsättning för att kommuners önskemål ska tillgodoses är att det totala anvisningsbehovet på nationell nivå uppnås. Migrationsverket kommer också inför beslut att göra en bedömning av de kommuner som har önskat ett högre kommuntal om önskemålen kan anses vara i linje med förutsättningarna för integration i den enskilde kommunen. När Migrationsverket har gjort den bedömningen kommer en eventuell omfördelning kunna ske på nationell nivå. Därefter kommer Migrationsverket gå till beslut om

kommuntal, preliminärt sker det i december 2026. Det innebär att kommuner som önskar ett högre eller lägre kommunal kommer få sitt besked om slutligt kommunal för 2027 i december 2026.

Kommun	Förslag kommunal	Övre riktmärke(vid önskemål om högre kommunal)	Önskar förändring av förslag (JA/NEJ)	Önskat kommunal efter förändring
Arvika	8	36		
Eda	3	13		
Filipstad	2	13		
Forshaga	4	17		
Grums	1	9		
Hagfors	3	16		
Hammarö	6	27		
Karlstad	23	114		
Kil	3	15		
Kristinehamn	6	31		
Munkfors	1	5		
Storfors	1	6		
Sunne	4	19		
Säffle	2	14		
Torsby	4	21		
Årjäng	4	17		
Total Värmlands län	75	373		

Ämne: VB: Information om den nya bosättningslagen samt förslag till kommun-, fördelnings- och andelstal 2027

Från: Arvika kommun

Till: Kommunstyrelsen Arvika

Mottaget: 2026-09-01 09:54:19

Med vänlig hälsning,

Kommunvägledare

Arvika kommun

Postadress: 9. Kontaktcenter, 671 81 Arvika

Besöksadress: Östra Esplanaden 5, Arvika

Webbplats: www.arvika.se

Telefon: 0570-816 00

Från: S-RB-Integration <integration.varmland@lansstyrelsen.se>

Skickat: den 1 september 2026 09:40

Till: Arvika kommun <arvika.kommun@arvika.se>; kommun@eda.se <kommun@eda.se>; kommun@filipstad.se <kommun@filipstad.se>; kommun@forshaga.se <kommun@forshaga.se>; kommunstyrelse@grums.se <kommunstyrelse@grums.se>; kommun@hagfors.se <kommun@hagfors.se>; kommun@hammaro.se <kommun@hammaro.se>; karlstadskommun@karlstad.se <karlstadskommun@karlstad.se>; arbetsmarknadochsocialforvaltningen@karlstad.se <arbetsmarknadochsocialforvaltningen@karlstad.se>; kommun@kil.se <kommun@kil.se>; kommunen@kristinehamn.se <kommunen@kristinehamn.se>; kommun@munkfors.se <kommun@munkfors.se>; storfors.kommun@storfors.se <storfors.kommun@storfors.se>; kommun@sunne.se <kommun@sunne.se>; kommun@saffle.se <kommun@saffle.se>; torsby.kommun@torsby.se <torsby.kommun@torsby.se>; kommun@arjang.se <kommun@arjang.se>

Ämne: Information om den nya bosättningslagen samt förslag till kommun-, fördelnings- och andelstal 2027

Varning: Detta är ett externt mail. Klicka inte på länkar eller öppna bifogade dokument om avsikten med delningen inte är känd.

Till: Kommunledningarna för länets kommuner, kommundirektörer samt för kännedom till verksamhetschefer, socialchefer, IFO-chefer samt enhetschefer/samordnare med ansvar för mottagande av ensamkommande barn och nyanlända

Härmed ger Länsstyrelsen länets kommuner tillfälle att föra dialog och lämna önskemål om föreslagna kommuntal för mottagande av anvisade nyanlända, samt yttra sig gällande andelstal för mottagande av ensamkommande barn och fördelningstal för skyddsbehövande från Ukraina år 2027. I informationsbrevet presenteras även den nya bosättningslagen och de förändringar

som lagen medför för processen gällande hantering av talen. Mer information finns att läsa i bifogade dokument.

Senast **den 20 oktober** ska önskemålen lämnas skriftligt via bifogad svarsmall, även om kommunen är nöjd med Migrationsverkets förslag till kommuntal.

Svaret skickas till integration.varmland@lansstyrelsen.se. Ange kommun och diarienummer 851-8170-2026 i ämnesraden på e-postmeddelandet. Instruktioner för hur kommunen lämnar sitt önskemål finns i bifogad svarsmall.

Migrationsverket lämnade den 4 augusti 2026 förslag till regeringen avseende det antal nyanlända som ska omfattas av anvisningar till kommuner för 2027, preliminära andelar för mottagande av asylsökande ensamkommande barn 2027 samt fördelningstal för skyddsbehövande från Ukraina för 2027.

I bifogat informationsbrev finns tabeller med föreslagna kommuntal, andelstal samt fördelningstal per kommun. Observera att talen endast är förslag och att besluten kommer att fattas av Migrationsverket.

Med detta brev bifogar vi följande information:

- Information om den nya bosättningslagen, Migrationsverkets förslag om kommuntal för mottagandet av nyanlända, fördelningstal för skyddsbehövande samt andelstal för ensamkommande barn 2027.
- Svarsmall gällande kommuners yttranden.
- Migrationsverkets redovisning av anvisning av nyanlända personer till kommuner.
- Migrationsverkets redovisning av anvisning av personer med tillfälligt skydd till kommuner.

Med vänlig hälsning

Nour Aghy

Integrationsutvecklare
Social hållbarhet
Länsstyrelsen Värmland
010-224 73 48

Kontaktuppgifter Länsstyrelsen Värmland

Växel: 010-224 70 00

[Central e-post](#)

[Webbplats och sociala medier](#)

[Så hanterar vi dina personuppgifter](#)



Information om förslag till kommunal för mottagandet av nyanlända, fördelningstal för skyddsbehövande från Ukraina samt andelstal för ensamkommande barn 2027

I detta brev presenteras den nya bosättningslagen, Migrationsverkets förslag till kommunal för kommunernas mottagande av nyanlända, fördelningstal för skyddsbehövande samt andelstal för ensamkommande barn 2027, samt processen för hantering av talen.

Ny bosättningslag träder i kraft den 1 januari 2027

Den 1 januari 2027 träder en ny bosättningslag i kraft. Lagen innebär förändringar i kommunernas ansvar och arbete med mottagandet av nyanlända. Syftet med det nya regelverket är bland annat att öka kommunernas inflytande över mottagandet och att ge nyanlända mer likvärdiga förutsättningar när det gäller boende.

För att den nya lagen ska kunna träda i kraft den 1 januari 2027 kommer vissa delar av lagen att kunna tillämpas redan innan ikraftträdandet. En sådan del är förslag till preliminär fördelning av antalet nyanlända som ska anvisas 2027 samt möjlighet för kommuner att lämna önskemål om hur många nyanlända de vill ta emot 2027.

Länsstyrelsen ansvarar för kommunalsprocessen och kommer att samla in kommunernas önskemål. En förändring jämfört med nuvarande regelverk är att ansvaret för att besluta om kommunalen övergår från länsstyrelserna till Migrationsverket.

En kommun kommer även fortsättningsvis att vara skyldig att ta emot nyanlända efter anvisning från Migrationsverket. Kommunen ansvarar därmed för att ordna boende. Enligt den nya lagen ska kommunen erbjuda ett villkorat boende i 36 månader samt

2026-08-31

informera den nyanlände om villkoren för rätten till boende och erbjuda stöd i att söka bostad.

Fördelning av kommunalt

Fördelningen av nyanlända mellan kommunerna ska avspegla kommunernas förutsättningar för integration. Migrationsverket har därför tagit fram en beräkningsmodell för fördelningen av kommunalt. Utöver tidigare variabler, såsom arbetsmarknad och tidigare mottagande, ska modellen även ta hänsyn till utanförskapsområden och bostadsmarknad. Modellen tar även hänsyn till befolkningsmängd och självbosättning.

Migrationsverket ska utifrån samma beräkningsmodell även ta fram ett övre riktmärke. Riktmärket ska användas för att bedöma om kommunernas önskemål om mottagande ligger i linje med förutsättningarna för integration i den enskilda kommunen.

Kommunerna kommer att få statlig ersättning för de uppgifter som tillkommer genom det nya bosättningssystemet. Den nuvarande initiala schablonersättningen höjs för att även täcka kostnader för information och stöd till den nyanlände.

Kommunerna får lämna önskemål om kommunalt

Migrationsverket har tagit fram ett förslag till kommunalt för samtliga kommuner. Förslaget till fördelning i Värmlands län finns på sidan 4 i detta dokument. Varje kommun får möjlighet att lämna önskemål om ett förändrat kommunalt. Möjligheten att tillgodose ett önskemål om ett högre eller lägre mottagande är beroende av vilka önskemål som lämnas av övriga kommuner. Migrationsverket kommer att hantera kommunernas önskemål genom en systematiserad process. De önskemål som kan tillgodoses, helt eller delvis, kommer att ligga till grund för ett nytt utfall av kommunalt för 2027

Andra delar av kommunernas mottagande

Oavsett om kommunen väljer att lämna önskemål om kommunalt behöver kommunen även fortsättningsvis ha beredskap för boende för den målgrupp som omfattas av massflyktsdirektivet. Det gäller personer som redan har anvisats till kommunen enligt fördelningstal och som folkbokförs och därmed automatiskt (utan anvisning) omfattas av rätten till boende enligt den nya lagstiftningen. Kommunens mottagande omfattar även, liksom tidigare, nyanlända

2026-08-31

personer som självbosätter sig, exempelvis personer som har ordnat eget boende eller som har anlänt som anhöriga. Uppskattat mottagande för denna målgrupp framgår av kolumnen på sidan 4.

Det totala kommunmottagandet av nyanlända 2027

Planerat kommunal för mottagandet av nyanlända 2027 grundas på Migrationsverkets förslag till regeringen från den 4 augusti 2026. Totalt beräknas behovet av platser för anvisning 2027 vara 1 600. Utifrån detta antagande och beräkningsmodellen har Migrationsverket tagit fram ett förslag på kommunal enligt tabell på sida 4. Utöver de personer som behöver anvisas till en kommun förväntas cirka 3 400 personer självbosätta sig i landets kommuner under 2027. Dessa personer ingår inte i kommuntalet, men redovisas separat i tabellen. I tabellen redovisas även ett övre riktmärke för varje kommun. Riktmärket används av Migrationsverket vid bedömningen av kommunernas önskemål om ett högre kommunal. Målgruppen för anvisning omfattar kvotflyktingar, nyanlända före detta asylsökande som bor i Migrationsverkets boenden samt personer med tillfälligt skydd som i dag bor i Migrationsverkets boenden, inklusive institutionsboenden, och som behöver anvisas till en kommun för bosättning. Personer med tillfälligt skydd enligt massflyktsdirektivet som redan anvisats en kommun för boende enligt fördelningstal kommer från och med 2027 inte omfattas av anvisning enligt ny bosättningslag vid folkbokföring. Därför ingår den målgruppen inte längre i redovisat kommunal, men omfattas likväl av rätten till boende i 36 månader enligt ny bosättningslag. Regeringen väntas, baserat på Migrationsverkets underlag, fatta beslut om det totala behovet av anvisningsbara platser för 2027 i månadsskiftet september/oktober 2026.

Värmlands län mottagandet av nyanlända 2027

Förslag till kommunal 2027

Migrationsverkets har utifrån ovan nämnda beräkningsmodell tagit fram ett förslag till kommunal för 2027. Föreslaget kommunal och riktmärke redovisas i tabellen nedan¹.

¹ Kommuntalen är preliminära fram till dess att regeringen beslutar om det totala anvisningsbehovet för 2027 som väntas ske i september/oktober.

2026-08-31

Tabell 1. Förslag till kommunal nyanlända 2027

Kommun	Förslag kommunal	Prognos självbosatta	Prognos total anta mottagna	Övre riktmärke(vid önskemål om högre kommunal)
Arvika	8	2	10	36
Eda	3	1	4	13
Filipstad	2	3	5	13
Forshaga	4	1	4	17
Grums	1	4	5	9
Hagfors	3	2	5	16
Hammarö	6	1	7	27
Karlstad	23	13	46	114
Kil	3	1	4	15
Kristinehamn	6	4	10	31
Munkfors	1	1	2	5
Storfors	1	1	2	6
Sunne	4	4	8	19
Säffle	2	4	6	14
Torsby	4	2	6	21
Årjäng	4	0	4	17
Total Värmlands län	75	44	119	373

Instruktioner för hur kommunen lämnar sitt önskemål finns i bifogad svarsmall.

2026-08-31

Information om förslag till fördelningstal avseende skyddsbehövande från Ukraina 2027

EU-kommissionen har beslutat att förlänga massflyktsdirektivet till den 4 mars 2028. Det är Migrationsverket som beslutar om fördelningstalen, medan länsstyrelserna har i uppdrag att föra dialog med kommunerna och möjliggöra en omfördelning av det föreslagna fördelningstalet inom länet.

För att ta fram fördelningstalen används en fördelningsmodell som beräknar antalet personer som ska anvisas till kommuner och som omfattas av massflyktsdirektivet, så kallade skyddsbehövande.

Migrationsverket har presenterat ett förslag på länsnivå, och länsstyrelsen har fått ta del av ett förslag till fördelning på kommunnivå.

Migrationsverket föreslår att 3 200 personer behöver anvisas till kommuner för att ordna boende under 2027. Förslaget grundas på Migrationsverkets prognos från juli 2026 och på EU-kommissionens beslut den 26 juni 2026 om att förlänga massflyktsdirektivet till den 4 mars 2028.

Det föreslagna fördelningstalet för Värmlands län är 122 individer. Fördelningstalet gäller endast nya skyddsbehövande som inte har rätt till folkbokföring under 2027.

Fördelningstal 2027

Se nedanstående tabell gällande Migrationsverkets förslag till fördelningstal per kommun i Värmlands län.

Tabell 2. Förslag till fördelningstal 2027

Kommun	Beräknad fördelning av anvisningsbara platser 2027	Prognos för självbosättning skyddsbehövande	Prognos av det totala mottagandet
Kil	3	9	12
Eda	4	4	8
Torsby	7	0	7
Storfors	1	2	3
Hammarö	8	7	15
Munkfors	0	7	7
Forshaga	6	0	6

2026-08-31

Grums	1	11	12
Årjäng	6	0	6
Sunne	5	7	12
Karlstad	45	15	60
Kristinehamn	11	9	20
Filipstad	5	4	9
Hagfors	4	9	13
Arvika	10	7	17
Säffle	6	2	8
Fördelningstal Värmland	122	93	215

Information om andelar avseende mottagandet av asylsökande ensamkommande barn år 2027

Kommunmottagande av ensamkommande barn sker via andelstal utifrån det faktiska antalet barn som söker asyl i Sverige. Även andelstalen är möjliga att omfördela inom länet innan fastställande av Migrationsverket. Kommuner ges möjlighet att inkomma med önskemål om omfördelning till Länsstyrelsen innan Migrationsverket fattar beslut men länets totala andel kan inte höjas eller sänkas.

Observera att ensamkommande barn som anvisas på anknytning till en kommun anvisas utöver detta system, men tillgodoräknas kommunens måluppfyllelse för mottagande. Ensamkommande barn som kommer som kvotflyktingar inkluderas inte i denna fördelningsmodell, utan inräknas i kommuntalen. Utifrån Migrationsverkets beräkningsmodell är det föreslagna andelstalet 30,55 promille i Värmlands län.

Andelstal 2027

Se nedanstående tabell gällande Migrationsverkets förslag till andelstal per kommun i Värmlands län.

2026-08-31

Tabell 3. Förslag till andelstal 2027

Kommun	Beslutade andelar 2026 (efter omfördelning)	Beräknad andel i promille 2027(kommun)
Kil	0,00	1,00
Eda	1,00	1,00
Torsby	1,77	1,02
Storfors	1,00	1,00
Hammarö	1,76	1,45
Munkfors	1,00	1,00
Forshaga	1,31	1,01
Grums	1,00	1,00
Årjäng	1,04	1,00
Sunne	1,18	1,83
Karlstad	14,18	9,52
Kristinehamn	2,57	2,77
Filipstad	0,00	1,05
Hagfors	1,04	1,45
Arvika	0,00	2,25
Säffle	2,47	2,20
Andelstal Värmlands län	31,32	30.55

2026-08-31

Dialog kring talen innan de fastställs

Kommunerna ges möjlighet att föra en dialog och inkomma med synpunkter samt lämna sina önskemål om 2027 års föreslagna kommuntal. Länsstyrelsen sammanställer och förmedlar önskemålen till Migrationsverket inför beslut.

Gällande fördelningstal skyddsbehövande från Ukraina och andelstal för ensamkommandebarn så har Länsstyrelsen i uppdrag att efter dialog ge förslag på eventuell omfördelning inom länet till Migrationsverket som beslutar om talen.

Senast **den 20 oktober** ska önskemålen lämnas skriftligt via bifogad svarsform, även om kommunen är nöjd med Migrationsverkets förslag till kommuntal.

Svaret skickas till integration.varmland@lansstyrelsen.se Ange kommun och diarienummer 851-8170-2026 i ämnesraden på e-postmeddelandet.

Instruktioner för hur kommunen lämnar sitt önskemål finns i bifogad svarsform.

Frågor och synpunkter

Länsstyrelsen är gärna behjälplig under processen och ni är välkomna att kontakta oss vid ev. frågor eller synpunkter.

Kontaktuppgifter

Länsstyrelsen i Värmlands län e-post:
integration.varmland@lansstyrelsen.se

Nour Aghy, integrationsutvecklare, 010-224 7348

Regeringskansliet
Arbetsmarknadsdepartementet
arbetsmarknadsdepartementet.registrator@regeringskansliet.se

Ny redovisning av beräkning av hur många nyanlända som bedöms ha behov av att omfattas av anvisningar till kommuner under det nästkommande kalenderåret

Migrationsverket redovisade till Regeringskansliet (Arbetsmarknadsdepartementet), i enlighet med regeringsuppdrag A2026/00166, den 28 april 2026 en beräkning av hur många nyanlända som har behov av att omfattas av en anvisning till en kommun under 2027. Migrationsverket till föreslog att 2 400 nyanlända behöver anvisas till en kommun under 2027. I redovisningen framgick att förslaget baserades på Migrationsverkets prognos från april 2026 och att det bland annat utgick ifrån att det tillfälliga skyddet enligt massflyktsdirektivet upphör i mars 2027, att ett beslut fattas om ett återvändandeprogram och att personer som tidigare haft uppehållstillstånd med tillfälligt skydd får ett uppehållstillstånd efter tillfälligt skydd.

Sedan redovisningen den 28 april har ny information tillkommit. EU-kommissionen föreslog den 26 juni 2026 att det tillfälliga skyddet för människor som flyr från Ukraina ska förlängas med ytterligare ett år.

I enlighet med 2 § Förordning (2026:1330) om bosättning för vissa nyanlända invandrare ska Migrationsverket ta fram en beräkning på hur många nyanlända som har behov av att omfattas av en anvisning till en kommun under det nästkommande kalenderåret och årligen redovisa beräkningen senast den 10 augusti till regeringen. Det framgår även att beräkningen ska revideras och ny redovisning lämnas in när det finns skäl för det.

Mot bakgrund av ovan har Migrationsverket, i samband med juliprognosen, tagit fram ett nytt beräkningsunderlag som har utgått ifrån att massflyktsdirektivet förlängs till 4 mars 2028. Myndighetens bedömning är nu att 1 600 nyanlända behöver anvisas till en kommun under 2027. De 1 600 platserna omfattar behovet för anvisningar av kvotflyktingar, nyanlända f.d. asylsökande i Migrationsverkets boenden samt de personer med tillfälligt skydd som idag bor inom Migrationsverkets boenden (inklusive institutionsboende) och behöver anvisas till en kommun för bosättning.

Förslaget om 1 600 nyanlända som ska anvisas under 2027 utgår från att det tillfälliga skyddet enligt massflyktsdirektivet förlängs till 2028 liksom ett antagande om att antalet vidarebosatta som överförs till Sverige är oförändrat från föregående år. Massflyktsdirektivets förlängning påverkar hur många och vid vilket tillfälle personer med tillfälligt skydd folkbokförs, vilket ger ett stort utslag på behovet av anvisade nyanlända till kommuner under 2027 jämfört med tidigare beräkning grundad på aprilprognosen.

Det nya beräkningsunderlaget har delats med Länsstyrelserna, Arbetsförmedlingen, Boverket och SKR i samband med samråd den 15 juni 2026.

Länsstyrelserna, Arbetsförmedlingen och Boverket har deltagit i genomförandet av uppdraget. Migrationsverket har därutöver inhämtat och beaktat synpunkter från Sveriges Kommuner och Regioner.

Redovisningen har beslutats av generaldirektören efter föredragning av expert Jens Carlander. I den slutliga handläggningen har även ställföreträdande direktören vid nationella operativa avdelningen Oskar Ekblad deltagit.

Anna Lindblad
tjänsteförrättande generaldirektör

Regeringskansliet
Justitiedepartementet
ju.registrator@regeringskansliet.se

Redovisning av uppdrag 12 i regleringsbrevet för 2026 – Anvisning av personer med tillfälligt skydd till kommuner

I enlighet med uppdrag i regleringsbrevet för 2026 överlämnas härmed Migrationsverkets förslag på antalet som under 2027 behöver anvisas en kommun enligt förordningen (2022:1008) om anvisning av en kommun som ska ordna boende för vissa utlänningar.

Migrationsverket föreslår att 3 200 personer behöver anvisas under 2027 till en kommun som ska ordna boende. Förslaget grundas på Migrationsverkets prognos från juli 2026 och utifrån att EU-kommissionen den 26 juni 2026 kommunicerat att massflyktsdirektivet förlängs till 4 mars 2028.

Förslaget utgår därmed från antagandet om att 10 000 skyddssökande kommer till Sverige 2027 och att anvisningar fortsätter att genomföras under hela 2027. Myndigheten har även beaktat antagandet om hur många personer som lämnar Sverige 2026, antalet inskrivna vid årets slut och andelen av dessa som bedöms behöva boende under 2027. Avslutningsvis har bedömning av rörelser mellan kommunens anordnade boenden, Migrationsverkets anläggningsboenden och eget boende samt avbrutna anvisningar beaktats.

Länsstyrelserna och Arbetsförmedlingen har deltagit i genomförandet av uppdraget. Migrationsverket har inhämtat och beaktat synpunkter från Sveriges Kommuner och Regioner.

Migrationsverket kommer efter detta, i enlighet med 4 § förordningen (2008:1008) om anvisning av en kommun som ska ordna boende för vissa utlänningar, ta fram en beräkning av antalet anvisningar per kommun (fördelningstal) som utgår från regeringens beslut om antalet personer som behöver anvisas till en kommun 2027 i enlighet med 3 § ovan förordning.

Redovisningen har beslutats av generaldirektören efter föredragning av expert Jens Carlander. I den slutliga handläggningen har även ställföreträdande direktören vid nationella operativa avdelningen Oskar Ekblad deltagit.

Anna Lindblad
Tjänsteförrättande generaldirektör