



Vård- och äldreomsorgens ledamöter och ersättare kallas härmed till sammanträde i Ramnåsgatan 1, Sessionssal, plan 2, **tisdagen den 17 mars 2026 kl. 18:00**

Vård- och äldreomsorgens sammanträde är öppet för allmänheten (utom vid ärenden som avser myndighetsutövning eller sekretess)

Johan Wikander
Vård- och äldreomsorgens
Ordförande

Tina Isaksson
Förvaltningschef

Förhinder anmäls alltid till Simon Frånander, 033–353666 eller via e-post:
simon.franander@boras.se

Partigruppsmöte för politisk beredning inför sammanträdesdagen:

Mittsamverkan träffas den 16/3 i Designern (plan 4) klockan 17:00.

Moderaterna och Kristdemokraterna träffas den 15/3, Teams, klockan 17:00.

Sverigedemokraterna träffas den 15/3, Teams, klockan 18:00.

Vänsterpartiet träffas den 12/3, Teams, klockan 13:00.

Ärende

1. Allmänhetens frågestund
2. Upprop och val av justerande person
3. Förvaltningschefen informerar
4. Fastställande av föredragningslista
5. Beredskapsberättelse 2025
Dnr 2026-00016 1.1.3.1
6. Informationssäkerhetsberättelse 2025
Dnr 2026-00017 1.1.3.1
7. Rapportering av Vård- och äldre- och äldreomsorgens personuppgiftsbehandlingar 2025
Dnr 2026-00029 1.4.1.2
8. Möjliga framtida inriktningar för Ängsjövägens vård- och omsorgsboende
Dnr 2026-00080 3.7.0.1
9. Månadsuppföljning februari 2026
Dnr 2026-00027 1.1.3.1
10. Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse 2025
Dnr 2026-00028 1.1.3.1
11. Årlig uppföljning av det systematiska arbetsmiljöarbetet 2025
Dnr 2026-00030 2.3.4.1
12. Yttrande över remiss om riktlinjer för idéburet offentligt partnerskap
Dnr 2025-00419 1.1.6.3
13. Utnämning av Dataskyddsombud
Dnr 2026-00033 1.1.3.1
14. Revidering av delegationsordning 2026-03-17
Dnr 2026-00056 1.1.3.0
15. Arvode för deltagande vid medborgardialog den 16 april 2026
Dnr 2026-00008 1.1.3.1
16. Revidering av informationshanteringsplan för Vård- och äldre- och äldreomsorgens Dnr 2026-00009 2.1.3.0
17. Anmälningssärenden 2026-03-17
Dnr 2026-00044 1.1.3.1
18. Delegationsbeslut 2026-03-17
Dnr 2026-00045 1.1.3.1

Beredskapsberättelse 2025

Vård- och äldre nämndens beslut

Vård- och äldre- och äldreomsorgsnämnden beslutar att godkänna upprättad beredskapsberättelse för år 2025.

Ärendet i sin helhet

Borås Stad bedriver sedan 2024 ett aktivt beredskapshöjande arbete med fokus på kommunal hälso- och sjukvård samt socialtjänst (KHOSS). I Borås Stad leds arbetet av Centrum för kunskap och säkerhet (CKS) på Stadsledningskansliet och samarbetande förvaltningar är:

- Vård- och äldreomsorgen (VÄF)
- Sociala omsorgsförvaltningen (SOF)
- Individ- och familjeomsorgsförvaltningen (IFO)
- Arbetslivsförvaltningen (ALF)

Socialstyrelsen beviljade Borås Stad 3,9 miljoner kronor i statsbidrag för 2025. Av dessa tilldelades Vård- och äldre-nämnden 1,9 miljoner kronor.

Vård- och äldre-nämnden har för 2025 upprättat en beredskapsberättelse som beskriver hur bidraget har använts för att stärka nämndens krisberedskap samt förmåga att hantera samhällsstörningar.

Beslutsunderlag

- ## 1. Beredskapsberättelse 2025

Samverkan

Information lämnades den 11 mars 2026 vid förvaltningsövergripande samverkansgrupp (FSG).

Beslutet expedieras till

1. Ingen expediering

Johan Wikander
Ordförande

Tina Isaksson
Förvaltningschef



Mia Rölander Westergren, 033-35 52 09
maria.rolander.westergren@boras.se

Beredskapsberättelse 2025 - Vård- och äldre-nämnden

Innehåll

Beredskapsberättelse 2025 - Vård- och äldre- och äldreomsorgsnämnden 1

Innehåll 2

1 Inledning och bakgrund 3

2 Genomförda beredskapsåtgärder 2025 4

2.1 Krisledning 4

2.1.1 Ny krisledningsorganisation 4

2.1.2 Utbildningsinsatser 4

2.1.3 Övningar 5

2.1.4 Händelser att lära sig av 5

2.2 Kontinuitetsplanering - Krisberedskap på enhetsnivå 6

2.2.1 Krisparmar 6

2.2.2 Krisutrustning 7

2.3 Beredskapsplanering 7

2.3.1 Reservkraft 7

2.3.2 Evakuering 7

2.3.3 Bemanning 7

3 Fokusområden 2026 8

3.1 Försörjningsberedskap 8

3.2 Offentliga måltider 8

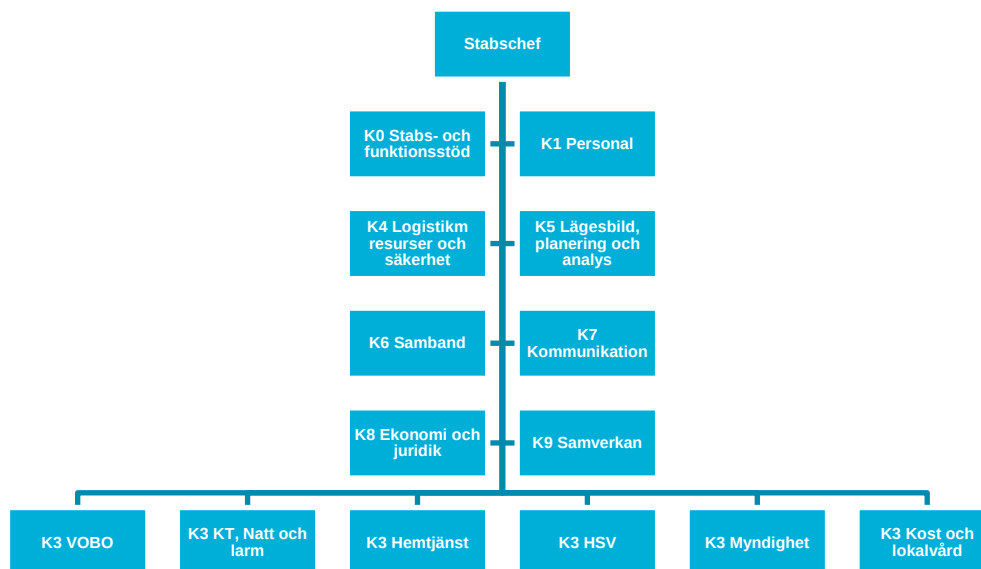
3.3 Kommunal hälso- och sjukvård 8

2 Genomförda beredskapsåtgärder 2025

2.1 Krisledning

2.1.1 Ny krisledningsorganisation

Under 2025 implementerades en ny organisation för Vård- och äldre nämndens krisledningsstab som bygger på NATO-modellen.



Vård- och äldre nämndens krisledningsstab

Krisledningsstaben har en tydlig struktur med definierade funktioner, roller och ansvar. Den nya stabsorganisationen skapar bättre förutsättningar för effektiv samordning, analys, beslutsfattande och informationshantering vid kriser.

NATO-modellen säkerställer även en enkel och effektiv samverkan med övriga bolag och nämnder inom Borås Stad samt övriga samverkansparter.

2.1.2 Utbildningsinsatser

1. Stabsarbete – en introduktion
I februari 2025 genomförde Vård- och äldre nämnden en halvdags introduktion i stabsarbete.
2. Grundläggande stabsarbete
Samtliga stabsmedlemmar har genomgått Myndigheten för samhällsskydd och beredskaps (MSB) grundläggande webbutbildning i stabsarbete.
3. Stabsmetodik
Fyra nyckelpersoner i krisledningsstaben har gått MSB:s grundkurs i stabsmetodik.
4. Nämnderna inom sociala klustret i Borås Stad har genomfört utbildningar i egen regi för medlemmarna i följande stabsfunktioner:
 - K0 Stabs- och funktionsstöd

- K4 Logistik och resurser
- K5 Lägesbild, planering och analys
- K7 Kommunikation

2.1.3 Övningar

Under 2025 har två krisledningsövningar genomförts. Scenario för övningarna har varit omfattande och långvarigt elavbrott samt ökad smittspridning.

2.1.4 Händelser att lära sig av

Under hösten 2025 inträffade flera händelser i Borås Stad som ledde till att Vård- och äldre-nämnden utvärderade händelserna för att identifiera förbättringsområden och lärande. Analyserade händelser är:

1. Vattenläcka i stadsdelarna Brämhult, Boda och Hässleholmen, 19 – 22 september.
2. Omfattande dator- och telefonstöld på Ramnåsgatan 1, 23 september.
3. Upptäckt av två handgranater på Våglängdsgatan 83, 22 oktober.

Utvärdering har även genomförts av ytterligare två händelser:

- Misstänkt farligt föremål på Distansgatan, 31 oktober
- Misstänkt farligt föremål på Skillinggatan, 11 november

Lärdomar från dessa händelser har bland annat resulterat i följande:

- Snabbare lägesorientering

Under året har ett arbete påbörjats för att snabbare genomföra lägesorienteringar vid uppkomna händelser. Det arbetet kommer att fortsätta under 2026.

- **Notisprenumerationer till mobiltelefoner**

Telefonerna som Vård- och äldrenämndens Chefer i Beredskap (CiB) är utrustade med under sin beredskap prenumererar på följande avsändare av viktiga notiser:

- VMA – Viktigt meddelande till allmänheten
- 112-meddelanden
- Borås Energi och Miljö's notiser om driftstörningar
- Nyhetsnotiser från lokala medier.

De så kallade avdelningstelefonerna som används på vård- och omsorgsboenden samt korttidsenheter har prenumerationer på driftstörningsnotiser från Borås Energi och Miljö. Syftet är att tjänstgörande personal hålls uppdaterade dygnet runt på ett snabbt och enkelt sätt om driftstörningar uppstår i vatten- och fjärrvärmeleveranser.

Vård- och äldreomsorgens chefer och nyckelpersoner har uppmanats att prenumerera på motsvarande notiser i sina tjänstetelefoner (om de inte redan gör det), för att snabbast möjligt få information när allvarliga händelser inträffar.

- **Identifierat behov av tätare och mer omfattande samarbete med**
 - Borås Energi och Miljö
 - för att säkerställa att nödvattentankar distribueras till nämndens vård- och omsorgsboenden och korttidsenheter när vattenavbrott uppstår,
 - samt mer tillförlitlig beredskapsplanering i form av tätare uppdatering av stadens nödvattenplan (idag görs den vart fjärde år).
 - Servicenämndens IT-service
 - för att minska produktionsbortfall och säkerställa att drift kan återupptas utan onödiga fördröjningar.
 - Kommunstyrelsens Centrum för kunskap och säkerhet (CKS)
 - med syfte att förstärka samverkan och kommunikation med Borås Stads Tjänsteman i Beredskap (TiB).
- **Förbättrat skalskydd**
 - Skalskyddet har förstärkts på Ramnåsgatan 1 och kommer att förstärkas ytterligare under 2026.
 - Rutiner för förvaring av datorer och telefoner utanför ordinarie arbetstid har skärpts.

2.2 Kontinuitetsplanering - Krisberedskap på enhetsnivå

I samband med Beredskapsveckan 2025 implementerade Vård- och äldreomsorgen en ny beredskapsrutin. Alla enheter med lagstadgade uppgifter inom Vård- och äldreomsorgen ska vara rustade att själva klara de första två dygnet (48 timmar) av en störning eller extraordinär händelse, utan extern hjälp. Två undantag finns: vattenförsörjning som säkerställs via stadens nödvattenplan samt reservkraft där nämnden är helt beroende av Borås Stads samlade resurser.

Samtliga enheter med operativa och lagstadgade ansvarsområden inom Vård- och äldreomsorgen har gjort en kontinuitetsplanering. Arbetet har omfattat identifiering av kritiska processer, analys av sårbarheter och framtagande av reserv-, prioriterings- och återgångsrutiner för att säkerställa fortsatt verksamhet vid störningar.

2.2.1 Krispärmar

Vård- och äldreomsorgens samlade reserv-, prioriterings- och återgångsrutiner finns i dokumenthanteringssystemet Canea. För att säkerställa tillgängligheten till dessa rutiner ska varje enhet också ha de rutiner som gäller för det aktuella verksamhetsområdet utskrivna och samlade i en krispärm.

Förutom rutiner ska pärmarna också innehålla nödvändiga kontaktuppgifter samt utskrifter av arbetsscheman, patientlistor, ruttplaner och liknande.

2.2.2 Krisutrustning

All lagstadgad verksamhet inom Vård- och äldre- och äldreomsorg har utrustats med krislådor och nödutrustning så som pannlampor, ficklampor, batterier, powerbanks, vattendunkar, nödradio och räddningsfiltar. Utrustningen stärker förmågan att hantera akuta situationer och upprätthålla grundläggande funktioner vid samhällsstörningar.

Under året har även möjligheterna till alternativ tillagning av mat förstärkts genom inköp av ett antal gasoldrivna grillar och stekhällar. Dessa används också för trivselhöjande syften på vård- och omsorgsboenden under sommarhalvåret.

2.3 Beredskapsplanering

2.3.1 Reservkraft

Under 2024 identifierades brister i Borås Stads möjligheter att säkerställa reservkraft till Vård- och äldre- och äldreomsorg samt vård- och omsorgsboenden. Under år 2025 har därför ett beslutsunderlag utarbetats för att möjliggöra finansiering av reservkraft till prioriterade fastigheter där Vård- och äldre- och äldreomsorg utarbetat ett investeringsförslag tillsammans med övriga nämnder inom det sociala klustret, Lokalförsörjningsnämnden, Servicenämnden och Kommunstyrelsen. I december beslutade Kommunfullmäktige att godkänna finansiering av reservkraft, vilket innebär att det praktiska arbetet kommer att starta under 2026 och pågå fram till och med 2030.

2.3.2 Evakuering

Tillsammans med övriga nämnder i Borås Stads sociala kluster har en gemensam rutin för oplanerad evakuering tagits fram. Den klustergemensamma rutinen tillsammans med Vård- och äldre- och äldreomsorgs egen evakueringsplanering möjliggör en trygg och ordnad evakuering även om den är oplanerad. Sedan tidigare finns evakueringsplaner för akut evakuering som initieras av räddningstjänst eller polis.

2.3.3 Bemanning

En rutin för bemanning vid samhällsstörningar och extraordinära händelser har implementerats inom Vård- och äldre- och äldreomsorg. Rutinen har utarbetats i samarbete med övriga nämnder i det sociala klustret och säkerställer bemanning av nämndernas samhällsviktiga verksamheter. Rutinen tar över där det sociala klustrets ordinarie rutiner för bemanning slutar och täcker behovet fram till dess att regeringen beslutar att aktivera landets kris- och beredskapslagstiftning som slår ut ordinarie lagar på arbetsmarknaden.

3 Fokusområden 2026

3.1 Försörjningsberedskap

Ett övergripande arbete inom Borås Stad pågår för att säkerställa livsmedelsförsörjning, lagerhållning och alternativa leverantörsvägar vid alla typer av samhällsstörningar, kris och krig. Vård- och äldrenämnden kommer omfattas av detta arbete från och med 2026.

3.2 Offentliga måltider

Tillsammans med övriga nämnder inom Borås Stads sociala kluster kommer Vård- och äldrenämnden att starta upp en större satsning på kontinuitetshantering av måltidsproduktion och måltidsdistribution. Denna kontinuitetshantering kommer vara nära knuten till stadens försörjningsberedskap, men är inte en del av den.

3.3 Kommunal hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvårdsområdet behöver anpassas för att möta ny beredskapslagstiftning och förändrade krav. Från den 1 januari 2026 gäller nya bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen som syftar till att stärka vårdens beredskap för kris och krig. Bland annat införs nya förutsättningar för beredskapsplanering, skyldighet för kommuner och regioner att hjälpa varandra och ett tydliggörande av vilken hälso- och sjukvård som behöver kunna bedrivas vid kris och krig. Vidare blir kommuner och regioner från den 1 januari 2027 skyldiga att lagerhålla sjukvårdsprodukter som läkemedel, medicintekniska produkter och personlig skyddsutrustning.

Tina Isaksson
Förvaltningschef



Vård- och äldre nämndens informationssäkerhetsberättelse 2025

Innehåll

Vård- och äldre-nämndens informationssäkerhetsberättelse

2025	1
Innehåll	2
1 Inledning	3
2 Genomförda aktiviteter	3
2.1 Klassningsarbete	3
2.2 Riskanalyser av system	4
2.3 Rutin för digital kommunikation och lagring	5
2.4 Arbete med incidentrapporteringssystem	6
2.5 Utbildning och kompetenshöjandeinsatser	6
3 Dataskydd	7
3.1 Tillsyn och uppföljning dataskydd	7
3.2 Incidenter och anmälan till Integritetsskyddsmyndigheten (IMY)	7
4 Fokusområden för 2026	8
4.1 Klassning och riskanalyser	8
4.2 Utbildning	8

1 Inledning

Informationssäkerhetsarbetet inom Vård- och äldreförvaltningen bedrivs långsiktigt och systematiskt för att säkerställa konfidentialitet, riktighet och tillgänglighet för den skyddsvärda information som hanteras i förvaltningen

Dataskyddsförordningen (GDPR) och cybersäkerhetslagen ställer höga krav på förvaltningen att systematiskt skydda känslig information mot olika typer av hot. Informationssäkerhetsarbetet syftar till att minimera risker för informationsförlust, obehörig åtkomst och andra säkerhetsincidenter. Förvaltningen säkerställer samtidigt laglig och korrekt hantering av personuppgifter.

Inför 2025 förstärkte Vård- och äldreförvaltningen organisationen genom att tillsätta en heltidsanställd informationssäkerhetssamordnare. Funktionen tillträdde tjänsten i april, i syfte att stärka och vidareutveckla det systematiska informationssäkerhetsarbetet.

Arbete med informationssäkerheten bedrivs i samverkan med övriga förvaltningar inom sociala klustret, som består av Sociala omsorgsförvaltningen, Individ- och familjeomsorgsförvaltningen och Arbetslivsförvaltningen. Arbetsgruppens uppgift är att bland annat:

- Dela erfarenheter och metoder inom arbetet med informationssäkerhet.
- Ta fram förslag på nödvändiga kluster- och förvaltningsspecifika rutiner, regler och instruktioner.
- Säkerställa att framtagna dokument utgår från och kompletterar stadsgemensamma riktlinjer.
- Utveckla ett årshjul för arbetet med informationssäkerhet och dataskydd för förvaltningarna i sociala klustret.

Informationssäkerhetsberättelsen redogör för aktiviteter och åtgärder som genomförts under 2025.

2 Genomförda aktiviteter

2.1 Klassningsarbete

Klassningsarbetet är en grundläggande förutsättning för att kunna genomföra riskanalyser. När informationen är klassad kan risker för informationsförlust, obehörig åtkomst eller annan otillåten behandling bedömas på ett korrekt sätt.

Arbetet har genomförts fortlöpande under året och omfattar:

- Kartläggning av befintliga informationsflöden
- Identifiering av nya informationsmängder som tillkommer i verksamheten

- Bedömning av sekretessnivåer samt eventuella särskilda krav på hantering och lagring.

Klassningsarbetet syftar till att bedöma informationsmängder utifrån krav på konfidentialitet, riktighet och tillgänglighet. Det är en grundläggande förutsättning för att kunna prioritera informationssäkerhetsåtgärder och bedriva ett systematiskt säkerhetsarbete. En informationsmängd avser en samling information som hanteras inom en verksamhet i ett gemensamt sammanhang, exempelvis inom en process eller ett verksamhetsområde.

Informationsmängden bedöms utifrån vikten att hålla informationen konfidentiell och korrekt samt vikten av tillgänglighet för berörda medarbetare. Det styr hur informationen ska hanteras, i vilket system informationsmängden ska lagras och behandlas samt hur systemet där informationsmängden sparas ska skyddas.

Omfattande informationsmängder har klassats inom processerna myndighet samt hälso- och sjukvård. Arbetet har genomförts i nära samverkan med processägare och processledare samt med stöd av verksamhetskunniga medarbetare, för att säkerställa korrekta och verksamhetsnära bedömningar.

Under året har även delar av processen ”Handlägga avgifter och ersättningar” klassats. Klassning har dessutom genomförts inom processen ”Leda och organisera”.

Genomförda klassningar dokumenteras i Stratsys. Resultaten av klassningsarbetet kommer att användas som underlag för riskanalyser och tekniska och organisatoriska säkerhetsåtgärder.

2.2 Riskanalyser av system

Under året har riskanalyser gjorts för specifika system och automatiserade lösningar för att identifiera och hantera hot mot informationssäkerheten:

- **Digital post för handläggning av avgifter och ersättningar**
Riskanalys har genomförts med fokus på säker överföring av information, korrekt mottagare och risk för obehörig åtkomst i samband med digital post
- **RPA-lösningen Siffersam (nu Kassanova)**
Kassanova är en Robotic Process Automation (RPA) som togs fram av Gymnasie- och vuxenutbildningsförvaltningen med hjälp av Dataservice och Digitaliseringsavdelningen. RPA är en mjukvarurobot som automatiserar arbetsuppgifter i datorer. RPA:n kommer hjälpa till med tömningar av kassornas avräkningskonton vilket är en repetitiv och tidskrävande arbetsuppgift. Riskanalys är genomförd för att identifiera potentiella säkerhetsrisker kopplade till automatiserade processer.
- **Läkemedelsautomat Dosell**

Dosell är en läkemedelsautomat som delar ut rätt läkemedel vid rätt tid och kan ge påminnelser. Riskanalys är genomförd för att säkerställa att information och åtkomst till läkemedelshantering sker på ett säkert sätt.

- **Cambio vårdlogistik**

Det är ett IT-system för hantering av grundutrustning. Klassning har genomförts av den information som kommer att hanteras i systemet.

Riskanalyser har resulterat i ett antal åtgärder. Dessa har varierat från framtagande och revidering av lokala rutiner, till exempel för användaradministration. Risker som inte kunnat åtgärdas inom förvaltningen har behövt överlämnas till systemleverantörer för vidare hantering. Genomförda riskanalyser dokumenteras i Stratsys. De genomförda riskanalyserna har bidragit till ökad kunskap om identifierade sårbarheter och ligger till grund för fortsatt arbete med att stärka informationssäkerheten inom respektive system och hanterad information.

2.3 Rutin för digital kommunikation och lagring

Under 2025 har en rutin för digital kommunikation och lagring av information tagits fram inom sociala klustret. Syftet med rutinen är att säkerställa att information, inklusive personuppgifter och annan skyddsvärd information, hanteras på ett säkert och enhetligt sätt.

Rutinen tydliggör bland annat:

- Vilka informationstyper som hanteras på Vård- och äldreförvaltningen
- Krav på säker kommunikationskanal vid överföring av information
- Riktlinjer för användning av olika kommunikationssystem i verksamheten.

Under året har arbete påbörjats med att göra rutinen känd i verksamheterna. Detta arbete har omfattat information och dialog med berörda verksamheter samt stöd i hur rutinen ska tillämpas i praktiken. Vissa verksamheter har fått utökade insatser, exempelvis hemtjänst och myndighet. Inom dessa verksamheter har extra träffar genomförts av informationssäkerhets-samordnaren, med fokus på praktisk tillämpning av rutinen och dialog kring verksamhetsspecifika utmaningar.

Inom hemtjänsten har verksamheten även delat tillgång till deras J-mappar i syfte att se över befintliga lagringsytor. Genomgången har haft fokus på att identifiera om lagrade dokument innehåller känsliga eller skyddsvärda uppgifter samt att säkerställa att lagring sker i enlighet med den fastställda rutinen. Arbetet med införande och efterlevnad av rutinen fortsätter under kommande år och utgör en viktig del av Vård- och äldreförvaltningens långsiktiga informationssäkerhetsarbete.

2.4 Arbete med incidentrapporteringssystem

Inom Borås Stad har ett centralt incidentrapporteringssystem (IRMA) tagits fram. Systemet kommer att införas gemensamt och gälla för samtliga förvaltningar. Syftet är att skapa ett enhetligt arbetssätt för rapportering, hantering och uppföljning av bland annat informationssäkerhetsincidenter.

Införande av IRMA bidrar till att stärka stadens förmåga att rapportera, hantera och följa upp incidenter i linje med kraven i NIS2-direktivet, särskilt avseende strukturerad incidentrapportering och förbättrad cybersäkerhetsstyrning.

Informationssäkerhetssamordnaren på Vård- och äldreförvaltningen har deltagit i arbetet genom att testa systemet i omgångar utifrån förvaltningens behov och i riskanalyser med fokus på informationssäkerhet.

2.5 Utbildning och kompetenshöjandeinsatser

Utbildningsinsatser inom informationssäkerhet är en central del av förvaltningens långsiktiga och systematiska informationssäkerhetsarbete.

Enligt krav i bland annat NIS2-direktivet ska utbildning och medvetandehöjande insatser omfatta alla medarbetare som har tillgång till nätverk, informationssystem eller känslig information. Syftet är att minska risken för incidenter som orsakas av bristande kunskap eller oavsiktliga fel.

Under 2025 har utbildningsinsatser inom informationssäkerhet genomförts inom Vård- och äldreförvaltningen. Utbildningarna har haft särskilt fokus på högrisk- och högt påverkade grupper, där bristande informationshantering kan få betydande konsekvenser.

Enligt krav från stadens Chief Information Security Officer (CISO) ska utbildningen omfatta samtliga medarbetare inom förvaltningen. Vård- och äldreförvaltningen har med anledning av organisationens storlek delat upp utbildningsinsatserna mellan åren 2025 och 2026 för att säkerställa att alla medarbetare får genomgå utbildningen på ett effektivt och hanterbart sätt.

Målgrupper för utbildningsinsatserna har främst varit:

- **Chefer**, med ansvar för verksamhet, personal och informationshantering
- **Administrativ personal**, som i sitt dagliga arbete hanterar stora mängder personuppgifter och annan skyddsvärd information.

Utbildningarna har omfattat grundläggande kunskap inom informationssäkerhet, till exempel att identifiera bluffmejl, surfa säkert och jobba säkert hemma.

Under året har 321 medarbetare genomfört utbildningen, och ytterligare 39 medarbetare har påbörjat utbildningen men inte slutfört samtliga moment. Resultatet har presenterats för förvaltningsledningen.

3 Dataskydd

3.1 Tillsyn och uppföljning dataskydd

Under 2025 har dataskyddsombuden genomfört tillsyn av förvaltningens arbete med dataskyddsförordningen. Tillsynen har genomförts inom Vård- och äldreförvaltningen och haft fokus på följsamhet till fastställda arbetssätt för hantering av personuppgifter.

I tillsynen har bland annat följande områden granskats:

- Efterlevnad av rutiner och arbetssätt för personuppgiftshantering
- Förvaltningens register över personuppgiftsbehandlingar
- Arbetet med konsekvensbedömningar (DPIA) för behandlingar som medför risk för den registrerades rättigheter och friheter.

Dataskyddsombuden har granskat och godkänt arbetet med behandlingsregistret och genomförda konsekvensbedömningar. Tillsyns- och uppföljningsarbetet är en viktig del av förvaltningens systematiska arbete.

Under året har även en tröskelanalys för användning av GPS i tjänstebilar genomförts tillsammans med dataskyddsombud. Analysen syftade till att bedöma om behandlingen innebär en risk för de registrerades rättigheter och friheter som kräver att en konsekvensbedömning (DPIA) görs. Resultatet visade att en DPIA inte bedöms nödvändig för användning av GPS i bilar, utifrån nuvarande syfte, omfattning och skyddsåtgärder.

3.2 Incidenter och anmälan till Integritetsskyddsmyndigheten (IMY)

Under 2025 inträffade en informationssäkerhetsincident i form av ett inbrott i förvaltningens lokaler, där ett antal datorer tillhörande verksamheten stals. Händelsen innebär inte bara förlust av IT-utrustning utan även en risk för att känslig information kan ha blivit tillgänglig för obehöriga.

Med anledning av incidenten genomfördes ett uppföljningsarbete. Information samlades in från samtliga medarbetare som berördes av inbrottet. Syftet var att kartlägga om känslig eller skyddsvärd information hade lämnats framme, exempelvis i form av pappershandlingar på skrivbord eller i öppna utrymmen.

Baserat på den samlade bedömningen och efter samråd med dataskyddsombud bedömdes incidenten utgöra en risk för att personuppgifter skulle läcka. Utifrån detta gjordes en anmälan till integritetsskyddsmyndigheten (IMY). Anmälan skickades inom lagstadgade 72 timmar.

Incidenten har tydliggjort vikten av ett helhetsperspektiv på informationssäkerhet, där skyddet inte enbart omfattar IT- och cybersäkerhet utan även fysisk säkerhet och hantering av pappersbaserad information. Händelsen tydliggör behovet av ett stärkt Clean-desk tänk i organisationen, där dokument som innehåller känslig information inte får lämnas framme utan tillsyn. Detta inkluderar även:

- Att ta ut passerkort eller SITHS-kort ur datorn utan tillsyn (Clean desk)
- Att låsa datorn eller logga ut vid frånvaro, även vid korta pauser.

Säkerhetsmedvetenheten behöver stärkas inom förvaltningen, där ansvar för informationssäkerhet omfattar både tekniska skydd, fysisk miljö och medarbetarnas agerande. Dessa erfarenheter tas med i det fortsatta arbetet med rutiner, utbildning och uppföljning.

4 Fokusområden för 2026

4.1 Klassning och riskanalyser

Under 2026 kommer informationssäkerhetsarbetet inom Vård- och äldreförvaltningen att fortsätta med fokus på långsiktiga insatser, strukturerade processer samt att succesivt öka organisationens mognad inom informationssäkerhet.

Ett prioriterat fokusområde är att fortsätta klassningen av samtliga informationsmängder som finns identifierade i förvaltningens informationshanteringsplan. Ett fullständigt klassningsarbete är en förutsättning för att kunna genomföra relevanta riskanalyser samt för att identifiera vilka risker förvaltningen har, eller kan komma att möta.

Genom fortsatt strukturerat arbete med klassning skapas bättre förutsättningar för att under 2026:

- Genomföra riskanalyser
- Identifiera och prioritera förebyggande och riskreducerande åtgärder
- Stärka skyddet av känslig och skyddsvärd information

Under kvartal ett 2026 kommer aktiviteter från stadens CISO att tillgängliggöras och utgöra ett särskilt fokus inom förvaltningen informationssäkerhetsarbete. Dessa aktiviteter kommer att integreras i det pågående arbetet och bidra till att stärka informations- och cybersäkerheten i enlighet med centrala krav och riktlinjer.

4.2 Utbildning

Ett ytterligare fokusområde under 2026 är en ökad satsning på utbildning i informationssäkerhet för samtliga medarbetare inom förvaltningen. Syftet är att höja den generella kunskapsnivån och stärka säkerhetsmedvetenheten i hela organisationen. Informationssäkerhet är ett gemensamt ansvar. Genom att säkerställa att alla har grundläggande kunskap om informationssäkerhet skapas bättre förutsättningar för ett säkert arbetssätt och minskad risk för incidenter.

Omar Toukabri
Handläggare
033-353539

Rapportering av Vård- och äldre- nämndens personuppgiftsbehandlingar 2025

Vård- och äldre nämndens beslut

Vård- och äldreomsorgen beslutar att godkänna sammanställning av Vård- och äldreomsorgens personuppgiftsbehandlingar för 2025 och lägga den till handlingarna.

Ärendet i sin helhet

Enligt artikel 30 i Dataskyddsförordningen ställs det krav på att varje organisation ska ha register över personuppgiftsbehandlingar som utförs av organisationen. Vård- och äldre-nämnden har det yttersta ansvaret för verksamheten och räknas som personuppgiftsansvarig. Nämnden får årligen en sammanställning över de personuppgiftsbehandlingar som genomförts inom nämndens ansvar.

Sammanställningen redovisar personuppgiftsbehandlingar för 2025. Totalt är 48 personuppgiftsbehandlingar registrerade, varav 16 avser känsliga personuppgifter. Av dessa har en konsekvensbedömning genomförts. Under året har en personuppgiftsincident inträffat och anmälts till Integritetsskyddsmyndigheten efter samråd med dataskyddsombud.

Beslutsunderlag

1. Sammanställning av Vård- och äldre-nämndens personuppgiftsbehandlingar 2025

Samverkan

Information lämnades den 11 mars 2026 vid Förvaltningens samverkansgrupp (FSG)

Beslutet expedieras till

1. Nämndens dataskyddsbud, dso@borasregionen.se

Johan Wikander
Ordförande

Tina Isaksson
Förvaltningschef

Sammanställning av personuppgiftsbehandlingar 2025

Vård- och äldreämnden

Inledning

Dataskyddsförordningen (General Data Protection Regulation, GDPR) började gälla den 25 maj 2018 och gäller i hela EU. GDPR har till syfte att skapa en enhetlig och likvärdig nivå av skydd vid behandling av personuppgifter. Begreppet behandling omfattar insamling, registrering, lagring, bearbetning, spridning, och utplåning. Personuppgiftsansvarig för behandlingen av personuppgifter är styrelsen eller nämnden för myndigheten. För att fullgöra och underlätta ansvaret som personuppgiftsansvarig delegerar ofta myndigheten den operativa hanteringen av personuppgifter till en tjänsteperson inom förvaltningen. En av uppgifterna för hen är att skriva en årlig rapport till styrelsen gällande behandlingar av personuppgifter inom förvaltningen.

Behandling av personuppgifter

Antal registrerade personuppgiftsbehandlingar under perioden januari till december 2025. Antalet personuppgiftsbehandlingar var tidigare 215. Efter Dataskyddsombudens tillsyn och efterföljande workshops i förvaltningen har antalet personuppgiftsbehandlingar minskats. Även antalet känsliga personuppgiftsbehandlingar minskade.

Antalet personuppgiftsbehandlingar under 2025 var 48.

Känsliga personuppgiftsbehandlingar

Känsliga personuppgifter kräver enligt dataskyddsförordningen extra starkt skydd. Känsliga personuppgifter enligt artikel 9 i dataskyddsförordningen är följande:

- Ras eller etniskt ursprung
- Politiska åsikter
- Religiös eller filosofisk övertygelse
- Medlemskap i en fackförening
- Hälsa
- En persons sexualliv eller sexuella läggning
- Genetiska uppgifter och biometriska uppgifter som entydigt identifierar en person.

Utgångspunkten är att det är förbjudet att behandla sådana personuppgifter. Det finns flera undantag från förbudet, exempelvis inom social omsorg, hälso- och sjukvård, förebyggande hälsa, och förvaltning av IT-system som rör social omsorg eller hälso- och sjukvård. Hantering av känsliga personuppgifter får endast ske av funktioner som arbetar under tystnadsplikt. Vård- och äldreomsorgens huvuduppgifter innebär per automatik hantering av känsliga personuppgifter och omfattas av de undantag där detta är tillåtet enligt GDPR.

Antalet känsliga personuppgiftsbehandlingar under 2025 var 16.

Konsekvensbedömningar av känsliga behandlingar

EU:s dataskyddsförordning ställer i artikel 35 krav på att en konsekvensbedömning genomförs av personuppgiftsansvarig innan känsliga behandlingar av personuppgifter genomförs. Detta ska göras om en personuppgiftsbehandling misstänks kunna leda till hög risk för att personers rättigheter och friheter kränks eller behandlas felaktigt. Vård- och äldreomsorgen har system och

rutiner för när och om konsekvensbedömningar ska genomföras. Bedömningar görs i samarbete med Borås Stads Dataskyddsombud.

Antalet genomförda konsekvensbedömningar under 2025 uppgick till en.

Personuppgiftsincidenter

Under 2025 inträffade en personuppgiftsincident. Incidenten rörde ett inbrott i förvaltningens lokaler där datorer och tjänstemobiler stals. Händelsen innebär en hög risk för personuppgiftsincident.

Antalet personuppgiftsincidenter under 2025 var en.

Verksamhetstillsyn

Vård- och äldre nämndens verksamhetstillsyn består i att alla enheter årligen gör en egenkontroll och rapporterar in i systemet Statsys. Detta skedde i augusti 2025.



Möjliga framtida inriktningar för Ängsjövägens vård- och omsorgsboende

Vård- och äldre nämndens beslut

Vård- och äldre nämnden beslutar att ge Vård- och äldre förvaltningen i uppdrag att utreda vidare möjligheten till ombyggnation av vård- och omsorgsboende Ängsjövägen 2 tillsammans med Lokalförsörjningsförvaltningen. I uppdraget ingår att se över möjligheten att installera sprinklersystem samtidigt.

Sammanfattning

Vård- och omsorgsboende Ängsjövägen 2 har 20 lägenheter fördelade på två våningsplan och bedrivs med inriktning mot demensvård. I dagsläget uppfyller inte boendet kraven för en ändamålsenlig boendemiljö eller arbetsmiljö, vilket huvudsakligen beror på brister i fastighetens utformning och funktion.

I juni 2025 beslutade Södra Älvsborgs Räddningstjänstförbund (SÄRF) om ett föreläggande efter tillsyn enligt lagen (2003:778) om skydd mot olyckor.

Föreläggandet ställer krav på flera åtgärder, varav en innebär att sprinklersystem, det vill säga ett automatiskt släcksystem, ska vara installerat och godkänt enligt besiktning senast den 1 december 2026. Om bristerna inte åtgärdas kan SÄRF utföra ett nytt föreläggande med krav på vite.

Att renovera fastigheten och genomföra de åtgärder som krävs för att vård- och omsorgsboendet ska uppfylla gällande krav på boendemiljö och arbetsmiljö, samt åtgärda kraven i SÄRF:s föreläggande, bedöms medföra betydande kostnader. Det finns två möjliga inriktningar för det fortsatta arbetet:

1. Utreda möjligheten till ombyggnation, inklusive installation av sprinklersystem.
2. Utreda möjligheten att annan verksamhet tar över lokalerna och att nuvarande verksamhet flyttas till andra lokaler.

Lokalförsörjningsförvaltningen har tagit fram en grov uppskattning av kostnaderna för en ombyggnation av fastigheten, inklusive möjligheten att installera ett sprinklersystem. Eftersom kostnadsbilden är preliminär krävs en förstudie för att fastställa åtgärdsomfattning, kostnadsnivåer och tidplan innan ett genomförandebeslut kan fattas.

Ärendet i sin helhet

Boendemiljö och arbetsmiljö

Socialtjänstlagen (2025:400) ställer krav på att kommunen ska erbjuda en jämlik, jämställd och likvärdig vård och omsorg. Detta framgår av lagens övergripande mål, där socialtjänsten ska främja enskildas trygghet, goda levnadsvillkor och möjligheten att leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. För att dessa krav ska kunna uppfyllas behöver de fastigheter där vård- och omsorgsverksamhet bedrivs vara ändamålsenliga och utformade så att både hyresgästernas behov och verksamhetens kvalitetskrav kan tillgodoses.

Vård- och omsorgsboende Ängsjövägen 2 har 20 lägenheter fördelade på två våningsplan och bedrivs med inriktning mot demensvård. Boendet uppfyller i dagsläget inte kraven för en ändamålsenlig boendemiljö eller en god arbetsmiljö, vilket huvudsakligen beror på brister i fastighetens utformning och funktion.

Personer med demenssjukdom har periodvis behov av avskildhet och en lugnare miljö, vilket inte kan tillgodoses på grund av lokalens utformning och begränsade ytor. Det saknas en tillräckligt stor gemensamhetsyta för samtliga hyresgäster. Korridorerna är inte tillräckligt breda för att två personer ska kunna mötas med varsin rullstol eller rullator, vilket skapar trängsel, frustration och risk för incidenter. På det övre våningsplanet finns inte tillgång till balkong då de befintliga balkonger inte håller den standard som krävs för att användas.

Medarbetarnas arbetsmiljö påverkas negativt av att ändamålsenliga personalutrymmen för ombyte, måltider och möten saknas. Avsaknaden av dessa utrymmen innebär också att personalen saknar möjlighet till nödvändig återhämtning under arbetspasset. Fastighetens hiss uppfyller inte de mått som krävs för transport av vårdsäng eller bår. Boendets tvättstuga är placerad i källarplan, vilket innebär att personal behöver lämna avdelningen för att utföra tvättarbete. Det medför att personalen inte kan säkerställa den kontinuerliga närvaro som krävs i verksamheten.

Brister i brandskyddet

I juni 2025 beslutade Södra Älvsborgs Räddningstjänstförbund (SÄRF) om ett föreläggande efter tillsyn enligt lagen (2003:778) om skydd mot olyckor. Föreläggandet innebär att sprinklersystem, det vill säga ett automatiskt släcksystem, ska vara installerat och godkänt enligt besiktning senast den 1 december 2026. Detta ska ske tillsammans med säkerställd drift av ventilationssystem vid brand. Om bristerna inte åtgärdas kan SÄRF utföra ett nytt föreläggande med krav på vite.

Vid tillsynen uppmärksammade SÄRF också att utrymningstrapphus och korridorer var belamrade med brännbara inventarier, trots att detta påtalats vid flera tidigare tillsynstillfällen. Fastigheten saknar ett ändamålsenligt inlastningsutrymme och har begränsade förvaringsmöjligheter, vilket innebär att inkommande gods och brännbart material hanteras och förvaras i utrymningsvägarna. Dessa brister innebär att möjligheten till en säker och assisterad utrymning vid brand försämras avsevärt.

Nuläge och möjliga framtida inriktningar

Vård- och omsorgsboende Ängsjövägen 2 har brister i brandskyddet och motsvarar varken kraven på en god och säker boendemiljö för hyresgästerna eller en trygg och hållbar arbetsmiljö för medarbetarna. Fastighetens utformning och nuvarande skick begränsar möjligheten att erbjuda en omsorg som är likvärdig och anpassad efter de behov som personer med demenssjukdom har, vilket innebär att verksamheten inte fullt ut kan leva upp till socialtjänstlagens krav på kvalitet, trygghet och värdighet.

Att renovera fastigheten och genomföra de åtgärder som krävs för att vård- och omsorgsboendet ska uppfylla gällande krav på arbetsmiljö och boendemiljö, samt åtgärda kraven i SÄRF:s föreläggande, bedöms medföra betydande kostnader.

Mot bakgrund av bristerna och de bedömda kostnaderna finns två möjliga inriktningar för det fortsatta arbetet. Eftersom bristerna i brandskyddet är så omfattande, och SÄRF:s föreläggande kräver åtgärder som inte kan genomföras i pågående drift, bedöms ett tillfälligt inflyttningsstopp och evakuering av verksamheten vara nödvändigt i båda inriktningarna.

1. Utredda möjligheten till ombyggnation, inklusive installation av sprinklersystem

En ombyggnation kan hantera huvuddelen av de brister som rör arbetsmiljö, boendemiljö och brandskydd. Utredningen ska omfatta hur sprinklersystem kan installeras inom ramen för en större ombyggnation.

2. Utredda möjligheten att annan verksamhet tar över lokalerna och att nuvarande verksamhet flyttas till andra lokaler

Den nuvarande verksamheten kan flyttas till lokaler som uppfyller lagkrav och verksamhetens behov. Fastigheten kan då användas av en verksamhet som inte omfattas av krav på sprinklersystem.

Lokalförsörjningsförvaltningen har tagit fram en grov uppskattning av kostnaderna för en ombyggnation av fastigheten, inklusive möjligheten att installera ett sprinklersystem. Den preliminära bedömningen visar att projektkostnaden uppgår till cirka 15–20 miljoner kronor.

Renoverings- och investeringskostnaden belastar inte Vård- och äldre nämndens budget, utan finansieras av Borås Stad genom investeringsmedel. Däremot medför åtgärderna ökade kapitalkostnader, som beräknas uppgå till cirka 1–1,3 miljoner kronor per år, vilka kommer att påföras Vård- och äldre nämnden via den kommunala hyresmodellen.

Eftersom kostnadsbilden är preliminär krävs en förstudie för att fastställa åtgärdsomfattning, kostnadsnivåer och tidplan innan ett genomförandebeslut kan fattas.

Beslutsunderlag

1. Föreläggande efter tillsyn enligt lagen (2003:778) om skydd mot olyckor, Södra Älvsborgs Räddningstjänstförbund 2025-06-04

2. Tjänsteanteckning efter tillsyn enligt lagen (2003:778) om skydd mot olyckor, Södra Älvsborgs Räddningstjänstförbund 2025-04-22

Samverkan

Information lämnades den 11 mars 2026 på förvaltningens samverkansgrupp (FSG).

Beslutet expedieras till

1. Förvaltningsledning, Vård- och äldreförvaltningen

Johan Wikander
Ordförande

Tina Isaksson
Förvaltningschef

**Sändlista**LFF Diarium (LN.diarium@boras.se)

Anette Krii

Föreläggande efter tillsyn enligt lagen (2003:778) om skydd mot olyckor

Tillsynsdatum	2025-01-29
Verksamhet	Ängsjövägen 2 Vård- och omsorgsboende
Fastighetsbeteckning	Rydboholm 1:448
Fastighetsadress	Ängsjövägen 2
Verksamhetsutövare	Borås Stad (Vård- och äldreförvaltningen), org.nr 212000-1561 Borås Stad (LFF) är mellanhand mellan fastighetsägare/hyresgäst
Fastighetsägare	Viskaforshem AB, org.nr 556517-4454

Närvarande vid tillsynen:

Namn	Funktion
Kristoffer Beiring	LFF
Magdalena Danielsson	LFF
Viktor Lidberg	Förvaltare, LFF
Fredrik Lovén	Tillsynsför rättare, Räddningstjänsten
Anette Krii	Förvaltare och anläggningsskötare brandlarm, Viskaforshem
Senad Ramic	Fastighetsskötare och anläggningsskötare brandlarm, Viskaforshem
Henrik Jörneblom	Brandskyddsombud, verksamheten

Södra Älvsborgs Räddningstjänstförbund, härnäst förkortat till räddningstjänsten, har genomfört en tillsyn av ovanstående fastighet/verksamhet med stöd av lagen (2003:778) om skydd mot olyckor 5 kap. 1 §.

Räddningstjänsten har med stöd av 5 kap. 2 § i samma lag, beslutat att åtgärderna angivna i detta föreläggande ska genomföras **senast 2026-12-01** om inget annat står. Efter detta datum kommer uppföljning att ske. Se mer under avsnittet Uppföljning.

Detta beslut kan skriftligen överklagas inom tre (3) veckor från beslutets mottagande. Överklagandet skickas till räddningstjänsten. Under avsnitt "Hur beslutet överklagas", finns instruktioner för hur överklagan görs.

Beslutande
2025-06-04

Kvalitetsgranskare

Tillsynsför rättare
Fredrik Lovén
fredrik.loven@serf.se
033-17 29 70Tillsynsför rättare
Johan Wallentheim



Bakgrund

Räddningstjänsten utförde en tillsyn på verksamheten 2025-01-29 enligt lagen (2003:778) om skydd mot olyckor. Tillsynen sammanställdes i en tjänsteanteckning som beskrev brandskyddet. Berörda parter har fått möjlighet att yttra sig över tjänsteanteckningen.

Tjänsteanteckningen kommunicerades till verksamhetsutövaren och fastighetsägaren den 2025-04-22. Inga synpunkter har inkommit under tiden för kommunikering och beslut fattas därmed i ärendet utifrån underlaget i tjänsteanteckningen.

Beslut

Detta tillsynsärende avgiftsbeläggs enligt kommunalt beslutad taxa, se <https://www.serf.se/foretag/tillsyn/>. Faktura sänds separat.

Räddningstjänstens bedömning är att brandskyddet i byggnaden inte är tillräckligt för att anses vara skäligt i enlighet med lagen om skydd mot olyckor 2 kap. 2 § och beslutar därför att förelägga om följande åtgärder.

Verksamhetsutövaren ska åtgärda följande punkter:

1. Samtliga i personalgruppen ska genomgå en praktisk brandskyddsutbildning (användning av släckredskap, första hjälpen, larmrutiner etc.). Detta ska ske regelbundet, förslagsvis minst vart 3e år.

Fastighetsägaren ska åtgärda följande punkter:

2. Byggnaden ska förses med ett automatiskt släcksystem av Boendesprinkler typ 3 enligt SBF 501:2. Även trapphus och korridorer ska ingå i sprinklertäckningen. Anläggningen ska besiktigas av en oberoende certifierad besiktningsman (personcertifiering enligt SBF 1007) och ett leveransbesiktningsprotokoll ska presenteras. Eventuella avvikelser ska skyndsamt åtgärdas. Förekomst av viss mängd brännbara inventarier inom trapphus och korridorer accepteras tack vare sprinklertäckningen.
3. Åtgärda samtliga avvikelser från senaste revisionsbesiktningen av brandlarmet. Redovisning av åtgärderna kan ske genom signering av avvikelserna i befintligt revisionsbesiktningsprotokoll.
4. Arbeta fram en Brandskyddsdokumentation inklusive brandritningar som beskriver byggnadens brandskydd. Detta ska sedan utgöra grunden för fastighetsägarens systematiska brandskyddsarbete avseende kontroll och underhåll av fasta byggnadsdelar och fasta installationer.
5. Säkerställ att lägenheternas frånluftsfläkt fortsätter att gå vid brandtillbud. Ett intyg/mail på detta ska presenteras för räddningstjänsten.
6. Installera backströmningsskydd på tilluftskanalerna till byggnadens gemensamhetsytor. Aktuellt till och frånluftsaggregat ska fortsätta att gå i normaldrift vid brandtillbud. Ett intyg/mail på detta ska presenteras för räddningstjänsten.
7. Inomhusbrandposterna ska genomgå service och provtryckning. Regelbunden service ska sedan ske årligen och provtryckning vart 5e år.



Beslutets motivering

Nedan motiveras de beslutade åtgärderna:

1. Det var 4 år sedan verksamhetens personal senast fick praktisk brandskyddsutbildning, se tjänsteanteckning sid. 7. Det bedöms ha gått oskäligt lång tid sedan senaste utbildningen. Detta bedöms speciellt allvarligt då brukarna är beroende av personalens hjälp vid utrymning. Det bedöms därför skäligt att personalen brandskyddsutbildas minst vart 3e år. Kostnaden för utbildningen bedöms motiveras av nyttan.
2. Följande särskilda skäl åberopas för att förelägga om installation av ett automatiskt släcksystem av Boendesprinkler typ 3 enligt SBF 501:2:
 - Ca 30 % av brukarna behöver hjälpmedel (rullator/rullstol) för att kunna förflytta sig (*Tjänsteanteckning sid 2*) i kombination med mental funktionsnedsättning och bedöms därför inte kunna utrymma själva. Samtliga brukare oavsett fysisk rörelseförmåga bedöms dock behöva hjälp vid utrymning.
 - Aktuell brandskyddsnivå ligger avsevärt mycket lägre jämfört med nybyggnadskraven (verksamhetsklass 5B enligt BBR).
 - Ett flertal utrymningstrapphus och korridorer är belamrade med brännbara inventarier (*Tjänsteanteckning sid 4*). Utrymningskorridoren i markplan används för inlastning av inkommande gods. En brand i någon av dessa brännbara inventarier riskerar att försvåra/omöjliggöra personalens möjlighet till assisterad utrymning. Sprinklertäckning i trapphusen och korridorerna bedöms kompensera för den brandbelastning som noterats vid räddningstjänstens senaste tillsynsbesök. Förekomst av brännbara inventarier i utrymningsvägarna har påtalats ett flertal gånger tidigare vid räddningstjänstens tillsyner, detta utan effekt.
 - Dörrarna till boenderummen är utförda utan dörrstängare (*Tjänsteanteckning sid 5*). En osprinklad brand riskerar därför att snabbt röksmitta korridoren, vilket försvårar/omöjliggör vidare assisterad utrymning av brukarna. Med vägledning från Boverkets byggregler 5:546 så accepteras dörrar utan dörrstängare i brandcellsgräns mot boenderum i verksamhetsklass 5B, detta tack vare förekomst av sprinkler.
 - Byggnadens vind ventileras via öppen takfot och takkonstruktionen består av brännbar råspont och takstolar i trä, se *Tjänsteanteckning sid 7*. En fönsterflamma från en osprinklad brand riskerar därför att spridas till vinden via takfoten. En sådan vindsbrand bedöms vara svår för Räddningstjänsten att bekämpa och riskerar att leda till stor förstörelse av byggnaden. Med sprinkler bedöms det skäligt att acceptera öppen takfot.
 - Kunskap/forskning visar att installation av sprinkler minskar sannolikheten att omkomma vid brand med 64 % inom vårdboenden (*Konsekvensutredning BBR 19 sid 134*). Utredningen visar att installation av boendesprinkler är en kostnadseffektiv åtgärd inom liknande verksamheter där brukarna/boende inte kan utrymma själva, den årliga risken att dö i brand för personer med minskad rörlighet minskar med 64 % och därmed blir det samma risknivå i aktuellt äldreboende som i vanliga bostäder för människor med normal fysisk aktivitet (utan sprinkler).

En annan utredning (*Kostnadnyttoanalyser. Sprinkler i särskilda boenden för äldre. MSB 477-12 ISBN 978-91-7383-280-9*) bedömer i en kunskapssammanställning att sprinkler inom vårdboenden minskar antalet omkomna vid brand med 72 %.

- Personal som ska assistera vid utrymning riskerar att utsättas för kritiska förhållanden i ett osprinklat brandrum, förutsatt att personal griper in vilket är en förutsättning vid utrymning av aktuellt äldreboende. När personal vid brand i ett boenderum ska ta sig in i brandrummet så riskerar personal på ett oacceptabelt sätt att utsättas för rök och brand vid assisterad utrymning av brukare som är sängliggande och därmed inte kan gå själva. Personalens utrustning, övning, bemanning m.m. uppfyller långt ifrån samhällets krav för rökdykning (*AFS 2007:7 Rök- och kemydning*). Exempel finns där personal rökskadats vid assisterad utrymning från vårdboenden (*Lomma/Staffanstorps. 2008 – sammanställning dödsbränder vårdboenden. MSB*).

Forskning (*Fullskaleförsök av brand i ett rum med boendesprinkler. Stefan Schönberg. LTH. Rapport 5061. Lund 2000*) visar att förekomst av boendesprinkler ger oskyddad personal helt andra förutsättningar att agera i ett brandrum.

- Flertal rättsfall finns där Räddningstjänstens föreläggande om boendesprinkler i vårdboenden bedömts som skäliga av domstol och därmed fått bifall (*I skälig omfattning. Ett urval av överklagade tillsynsärenden om brandskydd. MSB. 2015*). Senaste rättsfallet ligger på Kammarrättsnivå (Kammarrätten i Jönköping, Mål nr. 3117-22, daterat 2023-03-27) och bedöms av räddningstjänsten som vägledande avseende skäligheten med sprinkler inom vårdboenden.
- Kostnaden för sprinkler bedöms stå i proportion med nyttan, detta då syftet är personsäkerhet vid brand inom en verksamhet där personer är beroende av assisterad utrymning.

3. Vid senaste revisionsbesiktningen av brandlarmet så identifierades totalt 3 avvikelser såsom bristfällig dokumentation avseende anläggningsskötare, övertejpad rökdetektor, larmknapp som saknar skyddslock. Se tjänsteanteckning sid. 7. Avvikelserna bedöms oacceptabla för en så kallad krav-anläggning vars syfte är personskydd vid brand. Dokumentation kring anläggningsskötare diskuterades dock vid tillsynsbesöket och en lösning hittades. Övertejpad rökdetektor riskerar däremot att leda till kraftigt fördröjd detektion och larmknapp utan skyddslock riskerar att leda till ofrivilligt larm. Kostnaden för att åtgärda avvikelserna bedöms som små jämfört med nyttan (personsäkerhet).

4. Vid tillsynsbesöket hade inomhusbrandposterna inte genomgått provtryckning och service på många år (senast år 2014) och brandlarmet hade ett flertal avvikelser, se tjänsteanteckning sid. 7. Fastighetsägaren bedöms inte ha något helhetsgrepp avseende kontroll och underhåll av byggnadens fasta byggnadsdelar i brandcellsgräns och fasta brandtekniska installationer. Fullt ut fungerande systematiskt brandskyddsarbete (SBA) bygger på korrekt kunskap om byggnaden, via brandritningar och brandskyddsdokumentation som beskriver brandskyddet i den specifika byggnaden. Utan kunskap om exempelvis byggnadens brandcellsgränser så är det svårt att genomföra årlig kontroll av brandcellsgränserna och utan kunskap om inomhusbrandposter så är det svårt att genomföra korrekt kontroll och underhåll. Det bedöms därför skäligt att fastighetsägaren upprättar korrekta brandritningar och brandskyddsdokumentation som sedan kan utgöra grunden för regelbundna kontroller av brandskyddet. Kostnaden bedöms motiveras av nyttan, speciellt i detta fall när det berör känslig verksamhet med personer som själva inte kan utrymma vid brand.
5. Lägenheternas ventilation består av gemensam mekanisk frånluft utan brandgasspjäll eller fläkt i drift system, se tjänsteanteckning sid. 5. Oklart om fläktarna stängs av på signal från brandlarm, en vanlig lösning från byggnadens tidsepok. Om frånluftsfläktarna stängs av (exempelvis via signal från brandlarmet) så bedöms det finnas stor risk för okontrollerad brandgasspridning mellan brandceller där sovande personer befinner sig som själva inte kan utrymma. För att säkerställa ett skäligt brandskydd så bedöms det skäligt att gemensamma frånluftsfläktar fortsätter att gå i drift vid brand. Med förekomst av sprinkler som dämpar tryckuppbyggnaden vid brand och kyler brandgaserna samt via utspädning med kall luft från övriga brandceller så bedöms ventilationsbrandskyddet som skäligt, förutsatt att frånluftsfläktarna fortsätter att gå vid brand. Kostnaden bedöms vara mycket liten i förhållande till nyttan.
6. Gemensamhetsytornas ventilation består av gemensam mekanisk till- och frånluft utan brandgasspjäll eller backströmningsskydd, se tjänsteanteckning sid. 5. Vid brandtillbud så riskerar därför brandgaser att spridas okontrollerat (främst via tilluften) mellan våningsplanens gemensamhetsytor, där personer befinner sig som själva inte kan utrymma. Det bedöms därför skäligt att backströmningsskydd installeras på tilluften och att aggregatet fortsätter att gå i normaldrift vid brand. Lösningen bedöms som mycket kostnadseffektiv istället för installation av brandgasspjäll och tack vare förekomst av sprinkler som kyler brandgaserna så finns inget behov av ytterligare åtgärder såsom kanalisolering, temperaturtålig frånluftsfläkt etc. Kostnaden bedöms vara låg i förhållande till nyttan.
7. Vid tillsynsbesöket upptäcktes att byggnadens inomhusbrandposter inte kontrollerats eller provtryckts på många år (senast år 2014), se tjänsteanteckning sid. 7. Detta ses som ett tecken på bristfälliga kontroll- och underhållsrutiner från fastighetsägarens sida. Oklart vad fastighetsägaren grundar sitt brandskyddsarbete på, detta då Brandskyddsdokumentation saknas för byggnaden. För att säkerställa funktionen hos inomhusbrandposterna så bedöms det skäligt att genomföra service och provtryckning, detta med vägledning från Svebras riktlinjer (SV-RI 2015:2). Kostnaden bedöms vara låg i förhållande till nyttan. Ramavtal finns via Borås Stad.



Uppföljning

Räddningstjänstens bedömning är att bristerna är av sådan karaktär att uppföljning behöver ske genom ett återbesök.

Om bristerna inte åtgärdas kan räddningstjänsten utfärda ett nytt föreläggande med krav på vite.

Observera att räddningstjänsten endast ställer krav utefter upptäckta brister vid en stickprovskontroll. Det är ingen garanti för att fastigheten/verksamheten har ett skäligt brandskydd i sin helhet. Fastighetsägare och nyttjanderättshavare är fortfarande ansvariga för sitt brandskydd enligt lagen om skydd mot olyckor, 2 kap. 2 §.

Observera att vissa åtgärder kan vara bygglovs- eller bygganmälningsskyldiga till kommunen.

Om verksamheten/fastigheten byter ägare, ansvarar nuvarande parter för att detta meddelas till räddningstjänsten.



Lagstöd

I 2 kap. 2 § av lag (2003:778) om skydd mot olyckor (LSO) anges att ägare eller nyttjanderättshavare till byggnader eller andra anläggningar skall i skälig omfattning hålla utrustning för släckning av brand och för livräddning vid brand eller annan olycka och i övrigt vidta de åtgärder som behövs för att förebygga brand och för att hindra eller begränsa skador till följd av brand.

Med stöd av 5 kap. 2 § LSO har tillsynsmyndigheten rätt att få tillträde till byggnader, lokaler och andra anläggningar.

Tillsynsmyndigheten har också rätt att få de upplysningar och handlingar som behövs för tillsynen. Tillsynsmyndigheten får meddela de förelägganden som behövs i enskilda fall för att denna lag och föreskrifter som meddelats med stöd av lagen skall efterlevas.

Tillsynsmyndigheten får enligt LSO 10 kap. 4 § bestämma att dess beslut skall gälla även om det överklagas, om det föreligger särskilda skäl.

Beslut i detta ärende har fattats av tillsynsför rättare som har formell delegation enligt 6 kap. 33 § kommunallagen (1991:900) att utfärda föreläggande enligt 5 kap. 2 § i lag (2003:778) om skydd mot olyckor.

Hur beslutet överklagas

Beslutet får överklagas av den som det angår. Överklagan ska göras skriftligt och sändas till Södra Älvsborgs Räddningstjänstförbund, Olovsholmsgatan 12, 506 34 Borås. Överklagandet ska ha kommit in till räddningstjänsten inom tre (3) veckor från det att ni fick ta del av beslutet, annars kan överklagandet inte prövas. I överklagan ska det framgå:

- hänvisning till vilket beslut som överklagas
- ärendets diarienummer
- redogörelse om varför ni anser att räddningstjänstens beslut är felaktigt
- hur ni anser att beslutet bör ändras.

Bifoga gärna handlingar som ni anser styrker era argument.

Överklagandet ska undertecknas och namnteckningen förtydligas. Uppge också er postadress och telefonnummer dagtid. Om ni anlitar ett ombud kan ombudet underteckna skrivelsen. Sänd i så fall med en fullmakt.

Räddningstjänsten sänder överklagandet vidare till Länsstyrelsen Västra Götaland för prövning om inte räddningstjänsten själv ändrar beslutet på det sätt som ni begär.

Utförarsidan uppvisar ett underskott om 3,8 mnkr för personalkostnader. Detta beror delvis på högre kostnader för jul- och nyårshelgerna än budgeterat.

Material och tjänster visar ett överskott om 2,3 mnkr, vilket beror på inköp som inte ännu genomförts.

Den övriga verksamheten har ett utfall för perioden om 1,1 mnkr och förväntas vid årets slut ligga i balans. Den primära avvikelsen avser livsmedel, där kostverksamheten under de första två månaderna har ett överskott motsvarande det totala överskottet. Övriga verksamheter har ett resultat nära budgeterade nivåer.

Beslutsunderlag

1. Månadsrapport februari, Vård- och äldre nämnden

Samverkan

Information lämnades den 11 mars 2026 på förvaltningens samverkansgrupp (FSG).

Beslutet expedieras till

1. Ingen expediering.

Johan Wikander
Ordförande

Tina Isaksson
Förvaltningschef

Månadsrapport

Vård- och äldre nämnden

Innehållsförteckning

1 Budgetavvikelse och verksamhetsanalys	3
2 Central administration.....	3
3 Politisk verksamhet	4
4 Vård och omsorg i ordinärt boende	4
5 Vård och omsorg i särskilt boende	5
6 Hälso- och sjukvård.....	5
7 Övrig verksamhet	5
8 Buffert.....	6
9 Verksamhetsmått	6
9.1 Insatser i ordinärt boende	6
9.2 Vård- och omsorgsboende.....	6
9.3 Korttidsvård.....	7
9.4 Hälso- och sjukvård	7
9.5 Förebyggande.....	7
9.6 Egen organisation	7
10 Personalomsättning samt sjukfrånvaro	8

Analys av verksamheten

Förvaltningens stödfunktioner stöttar verksamheten i deras arbete att uppnå sina mål och är i högsta grad inblandade i förbättringsarbeten i hela organisationen.

3 Politisk verksamhet

Ekonomi

Verksamheten ligger för perioden på budgeterad nivå och förväntas vid årets slut ha förbrukat hela budgetutrymmet.

Analys av verksamheten

Nämnden har hittills haft två möten och planerar för ytterligare nio möten under året. Likt tidigare år planeras det att i anslutning till sammanträdena genomföra informations- och utbildningsinsatser för nämnden.

4 Vård och omsorg i ordinärt boende

Ekonomi

För perioden redovisas ett mindre positivt resultat på 0,2 mnkr och årets prognos uppgår till ett resultat på budgeterad nivå. På beställarsidan prognostiseras ett nollresultat. Bostadsanpassningen förväntas generera ett överskott på 1,0 mnkr.

Utförarsidan har ett underskott om 4,3 mnkr. Den största faktorn i detta underskott kommer från personalkostnader, motsvarande 6,4 mnkr. Hela avvikelserna återfinns på hemtjänsten och beror delvis på att kostnaderna för jul och nyår varit något högre än budget. En till förklaring är att den egna regin har en ökad volym på grund av att den externa regin minskat i utförande. Material och tjänster har en positiv avvikelse om 3 mnkr vilket delvis beror på att det externa utförandet inte kommit upp i budgeterade nivåer, men också att vissa inköp ännu inte gjorts.

Analys av verksamheten

Hemtjänst

Antalet brukare med behov av hemtjänst per månad har ökat med 100 personer det senaste året. Även brukare med trygghetslarm har ökat med ungefär 140 personer. Ökningen av både brukare med hemtjänst och trygghetslarm behöver hållas under uppsikt och sättas i relation till det totala antalet Boråsare över 65 år. Ökningen i antalet brukare är för närvarande högre än befolkningsprognosen.

Korttid

Beläggningen har varit hög, 87 belagda platser av 80 budgeterade. Trycket från sjukhuset är en viktig orsak till den höga beläggningen. Många brukare har omfattande behov. Platserna inom växelvården nyttjas i hög grad.

Natt- och larmorganisationen

Genom en förändrad bemanning på natten, med några enkelbemannade bilar har personalresurser kunnat användas mer effektivt och hanterar behovet av dygnet runt tillsyn. För att minska risken att larm inte konkurrerar med planerade besök har en larmbil tillsatts i centrala Borås. Denna förändring effektiviserar resurserna i samband med målsättningen att öka andelen digital tillsyn.

Dagverksamhet

Beläggningen har legat något under budget, främst på grund av hög sjukfrånvaro bland brukarna. Verksamheten söker en ny lokal för att utöka antalet platser då kön till dagverksamheten varit hög under vintern.

5 Vård och omsorg i särskilt boende

Ekonomi

Periodens resultat uppgår till minus 2 mnkr och vid året slut förväntas ett nollresultat. Avgifterna uppvisar ett underskott om 1,2 mnkr. Detta beror på lägre beläggning och därför lägre äldreomsorgsavgifter.

Utförarsidan uppvisar ett underskott om 3,8 mnkr för personalkostnader. Detta beror delvis på högre kostnader för jul- och nyårshelgerna än budgeterat. Material och tjänster visar ett överskott om 2,3 mnkr, vilket beror på inköp som inte ännu genomförts.

Analys av verksamheten

Innevarande år har antalet belagda platser budgeterats till 890 platser. Renoveringen på Österlånggatan medför att det finns mellan 20-25 platser som fram till sommaren inte kan beläggas. Ledtiden från det att en brukare ansökt om plats på vård- och omsorgsboende ligger snittet på 91 dagar under 2025. Ledtiden från att en brukare fått ett beslut om vård- och omsorgsboende till ett erbjudande ligger i snitt på 45 dagar under 2025.

6 Hälso- och sjukvård

I den organisationsform som nämndens hälso- och sjukvård bedrivs är det svårt att särskilja vad som sker i ordinärt- och särskilt boende varpå analysen av verksamheten redovisas särskilt. Ekonomin för nämndens hälso- och sjukvård redovisas under ordinärt- respektive särskilt boende utifrån schablonberäkningar.

Bemanningssituationen är likt tidigare år fortsatt ansträngd men är förbättrad jämfört med föregående år. Detta delvis genom en lönesatsning på sjuksköterskor vilket givit gynnsammare förutsättningar att kompetensförsörja. Än så länge har Hälso- och sjukvården fortsatt svårt att helt och fullt bemanna med egen personal. Kostnaden för extern bemanning är dock lägre än föregående år.

Det riskförebyggande arbetet inom Senior Alert visar goda men varierande resultat, där särskilt teamarbetet i ordinärt boende behöver stärkas ytterligare. Förvaltningen har fått positiv uppmärksamhet för sitt arbete med BPSD, samtidigt som breddinförandet av läkemedelsautomater nu har påbörjats. Den nyligen genomförda omorganisationen till tvärprofessionella team kräver nu fokus på att etablera nya samarbetsformer och hantera påverkan på rehabgrupperna. För att säkra kompetensförsörjningen har ett utvecklingsarbete startats för att attrahera och behålla fysioterapeuter genom bland annat en ny karriärmodell. Trots goda resultat i medarbetarenkäten har början av året präglats av hög sjukfrånvaro och en ökad arbetsbelastning till följd av mer avancerad sjukvård i hemmet. Det pågår en aktiv dialog om att arbeta mer över teamgränserna för att minska beroendet av extern bemanningspersonal.

7 Övrig verksamhet

Ekonomi

Utfallet för perioden är 1,1 mnkr och förväntas vid årets slut ligga i balans. Den primära avvikelserna avser livsmedel, där kostverksamheten under de första två månaderna har ett överskott motsvarande det totala överskottet. Övriga verksamheter har ett resultat nära budgeterade nivåer.

Analys av verksamhet

Kost-, lokalvårds- och vaktmästeriverksamhet

Kostverksamheten upplever en stabil utveckling, där livsmedelspriser har stabiliserat och att arbetet med minskat matsvinn har gett resultat vilket i sin tur innebär minskade kostnader. Andelen inköp av ekologiska livsmedel uppgår till 37 procent och inköp närproducerade livsmedel till 26 procent.

Från och med februari är organisationen "kyld mat" avvecklad och distributionen av varor och färdiga måltider utförs nu av hemtjänstens personal. Biltvätthallen inom Resursgruppen är uppsagd och från 1 april behöver verksamheten ha en hållbar lösning. Dialog pågår med Arbetslivsförvaltningen för att tillfälligt inhysa verksamheten i förvaltningens lokaler.

Förebyggande verksamhet

Den övriga verksamheten innefattar mötesplatser, demensteam, anhörigstöd och trygghetsboenden. Resultatet för februari följer den fastställda prognosen för 2026 och visar på en stabil ekonomisk utveckling inom de förebyggande verksamheterna. Demensteamet och anhörigstödet redovisar båda en nollprognos, vilket innebär att deras budgetar förväntas hållas under året. Verksamheten har säkrat 863 tkr i nya statsbidrag för 2026 för att finansiera arbetet med hälsosamtal och bekämpa ofrivillig ensamhet. Tidigare erhållna medel från 2025 har effektivt täckt personalkostnader och aktiviteter kopplade till främjandet av ett hälsosamt åldrande. Nämnden har även avsatt resurser för två tjänstefaktorer för att förlänga pilotprojektet med seniorhälsokonsulter fram till maj 2026. Satsningar på digital teknik, såsom utlåning av surfplattor och utbildningsinsatser, fortsätter enligt plan för att öka seniorers självständighet och trygghet.

8 Buffert

Nämnden har avsatt 21,4 mnkr av kommunbidragets storlek i budgeten till en budget för oförutsedda kostnader enligt gällande reglemente. Nämnden har ännu inte tagit beslut om hur medlen ska nyttjas och ligger därför som en positiv avvikelse i prognosen.

9 Verksamhetsmått

9.1 Insatser i ordinärt boende

Verksamhetsmått	Årsutfall 2025	Budget 2026	Utfall Jan 2026	Utfall Feb 2026	Utfall Mar 2026
Antal brukare med hemtjänst, väf	3 300	3 390	2 285	2 305	
Tid som utförs i egen regi hos brukare, timmar väf	564 111	555 000	49 052	45 395	
Tid som utförs av privat utförare hos brukare enligt hemtjänstvalet, timmar väf	89 248	115 000	7 990	7 246	
Antal utförda hemtjänsttimmar hos brukare, väf	653 359	672 000	57 042	52 641	

9.2 Vård- och omsorgsboende

Verksamhetsmått	Årsutfall 2025	Budget 2026	Utfall Jan 2026	Utfall Feb 2026	Utfall Mar 2026
Totalt antal platser	918	918	918	918	
Antal belagda platser på vård- och omsorgsboende inklusive parbo	876	890	869	874	

9.3 Korttidsvård

Verksamhetsmätt	Årsutfall 2025	Budget 2026	Utfall Jan 2026	Utfall Feb 2026	Utfall Mar 2026
Antal belagda korttidsplatser	83	80	86		

9.4 Hälso- och sjukvård

Verksamhetsmätt	Årsutfall 2025	Budget 2026	Utfall Jan 2026	Utfall Feb 2026	Utfall Mar 2026
Pågående HSL åtaganden	2 406	2 500	2 442	2 183	

9.5 Förebyggande

Verksamhetsmätt	Årsutfall 2025	Budget 2026	Utfall Jan 2026	Utfall Feb 2026	Utfall Mar 2026
Antal besök på mötesplatser	56 799		4 940		
Totalt antal belagda dagar på biståndsbedömd dagverksamhet	11 814	11 765	919		

9.6 Egen organisation

Verksamhetsmätt	Årsutfall 2025	Budget 2026	Utfall Jan 2026	Utfall Feb 2026	Utfall Mar 2026
Personalomsättning, tillsvidareanställda i % (de senaste tolv månaderna)	9,4		9,2		
Sjukfrånvaro, % (de senaste tolv månaderna)	9,7		9,9		

10 Personalomsättning samt sjukfrånvaro

Personalomsättning	2022-12 - 2023-11	2023-01 - 2023-12	2023-02 - 2024-01
Nämnd, chef & stöd	4,8	5,7	6,6
Myndighet	13,1	14,3	10,7
Hemtjänst	11,5	11,1	11,5
Förebyggande, korttid & larm	7,5	7,9	7,5
Vård och omsorgsboende	6,8	7,0	7,1
Hälso- och sjukvård	14,2	14,3	13,5
Kost, lokalvård & vaktmästeri	5,7	4,1	4,9
Totalsumma	9,2	9,3	9,1

Kolumnerna avser december 2025, januari 2026 och februari 2026.

Sjukfrånvaro	2023-11	2023-12	2024-01
Nämnd, chef & stöd	2,7	2,8	2,7
Myndighet	5,5	5,6	5,9
Hemtjänst	10,7	10,8	11,0
Förebyggande, korttid & larm	8,9	8,9	8,7
Vård och omsorgsboende	12,0	12,0	12,1
Hälso- och sjukvård	7,1	7,4	7,7
Kost lokalvård och vaktmästeri	8,2	8,0	7,9
Totalsumma	9,7	9,8	9,9

Kolumnerna avser november 2025, december 2025 och januari 2026.

Zenita Källner
Handläggare
033-357972

Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse 2025

Vård- och äldre nämndens beslut

Vård- och äldre-nämnden beslutar att godkänna upprättad patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse för år 2025.

Ärendet i sin helhet

Bakgrund

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst, Vård- och äldre-nämnden, har det yttersta ansvaret för att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Enligt 3 kap. 10 § patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivaren senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse.

Av Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet dokumenteras. Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS bör med dokumentationen som utgångspunkt varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse.

Berättelse för 2025

Vård- och äldre-nämnden har upprättat en patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse som beskriver kvalitetssäkerhetsarbetet som bedrivits i Vård- och äldre-nämnden under 2025. Av berättelsen framgår också hur många händelser som utretts enligt lex Maria och lex Sarah.

Vård- och äldreomsorgen har fortsatt arbetet med att nå målet för en trygg, säker och kvalitativ vård och omsorg. Förbättringsområden från föregående års patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse har följts upp och flera utvecklingsarbeten har genomförts. Arbetet har haft ett långsiktigt fokus på patientsäkerhet, kvalitet, förebyggande insatser samt ökad delaktighet för brukare och patienter.

Resultaten visar en positiv utveckling inom flera områden. Öppna jämförelser och brukarundersökningar visar förbättrade resultat. Brukare som vistats i korttidsverksamhet uppger en hög grad av nöjdhet. Andelen patienter som fått

riskbedömningar för fall, undernäring, trycksår och munhälsa är fortsatt hög, och arbetet med digitalisering och välfärdsteknik har utvecklats ytterligare.

Det kvarstår flera utvecklingsområden. Förvaltningen behöver fortsatt stärka brukares och patienters delaktighet, förbättra kvaliteten i dokumentationen och säkerställa att åtgärder vidtas efter rapporterade avvikelser, särskilt gällande fallolyckor och trycksår. Det finns även behov av att öka kompetensen kring trycksår, minska andelen olämpliga läkemedel i samverkan med regionen, öka antalet BPSD-skattningar (Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens) samt stärka kvaliteten i vården i livets slutskede.

Sammanfattningsvis bedrivs ett omfattande och systematiskt patientsäkerhets- och kvalitetsarbete inom förvaltningen. Arbetet syftar till att förbättra kvaliteten i insatserna, minska risker och vårdskador samt att möta framtida behov inom vård och omsorg.

Beslutsunderlag

1. Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse 2025

Samverkan

Information lämnades den 11 mars 2026 vid Förvaltningens samverkansgrupp (FSG).

Beslutet expedieras till

1. Ingen expediering

Johan Wikander
Ordförande

Tina Isaksson
Förvaltningschef



BORÅS STAD

Patientsäkerhet- och kvalitetsberättelse 2025

Vård- och äldreomsorgen

Innehållsförteckning

1 Sammanfattning.....	3
2 Begreppsdefinitioner	4
3 Struktur.....	5
3.1 Grundläggande förutsättningar för säker vård och omsorg med kvalitet	5
3.2 Förvaltningens arbete med patientsäkerhet och kvalitet	5
3.3 Övergripande mål och strategier	5
3.4 Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet.....	6
3.5 En god säkerhetskultur	6
3.6 Adekvat kunskap och kompetens.....	7
4 Process - Åtgärder för att säkerställa verksamhetens kvalitet	9
4.1 Hur patientsäkerhets- och kvalitetsarbete har genomförts.....	9
4.2 Samverkan för trygg och säker vård och omsorg	11
4.3 Välfärdsteknik	12
5 Metod, resultat och analys	13
5.1 Riskanalys	13
5.2 Synpunkter och klagomål.....	13
5.3 Avvikelser på individnivå	13
5.4 Lex Maria	16
5.5 Lex Sarah	16
5.6 Egenkontroll.....	17
6 Verksamhet upphandlad enligt LOU eller LOV	24
7 Mål, strategier och utmaningar för kommande år	25

1 Sammanfattning

Vård- och äldreomsorgen har fortsatt arbetet med att nå målet för en trygg, säker och kvalitativ vård och omsorg. Förbättringsområden från föregående års patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse har följts upp och flera utvecklingsarbeten har genomförts. Arbetet har haft ett långsiktigt fokus på patientsäkerhet, kvalitet, förebyggande insatser samt ökad delaktighet för brukare och patienter.

Resultaten visar på en positiv utveckling inom flera områden. Öppna jämförelser och brukarundersökningar visar förbättrade resultat. Brukare som vistats i korttidsverksamhet uppger en hög grad av nöjdhet. Andelen patienter som fått riskbedömningar för fall, undernäring, trycksår och munhälsa är fortsatt hög, och arbetet med digitalisering och välfärdsteknik har utvecklats ytterligare.

Det kvarstår flera utvecklingsområden. Förvaltningen behöver fortsatt stärka brukares och patienters delaktighet, förbättra kvaliteten i dokumentationen och säkerställa att åtgärder vidtas efter rapporterade avvikelser, särskilt gällande fallolyckor och trycksår. Det finns även behov av att öka kompetensen kring trycksår, minska andelen olämpliga läkemedel i samverkan med regionen, öka antalet BPSD-skattningar (Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens) samt stärka kvaliteten i vården i livets slutskede.

Sammanfattningsvis bedrivs ett omfattande och systematiskt patientsäkerhets- och kvalitetsarbete inom förvaltningen. Arbetet syftar till att förbättra kvaliteten i insatserna, minska risker och vårdskador samt att möta framtida behov inom vård och omsorg

2 Begreppsdefinitioner

Begrepp:

- Brukare/klient – enskild med beslutad insats enligt SoL och/eller LSS.
- Den enskilde – i det här dokumentet menas med begreppet den enskilde patient, brukare och klient.
- Egenkontroll - systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem.
- Huvudman - myndighet eller organisation som juridiskt och ekonomiskt har ansvaret för viss verksamhet. Respektive nämnd inom det sociala klustret är huvudman för den verksamhet dess reglemente definierar. För verksamheter som bedrivs på entreprenad enligt LOV (Lagen om valfrihet) eller LOU (Lagen om offentlig upphandling) kvarstår huvudmannaskapet hos nämnden men enskilda avtal reglerar genomföraransvar för olika delar av kvalitet- och uppföljningsarbetet. Ansvaret för patientsäkerhet kvarstår alltid hos huvudmannen.
- Kvalitet - Att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.
- Ledningssystem - System för att fastställa principer för ledning av verksamheten.
- Patient – enskild inskriven i kommunal primärvård
- Sociala klustret – ett samlingsbegrepp för Arbetslivsförvaltningen, Individ och familjeomsorgen, Sociala omsorgsförvaltningen samt Vård- och äldreförvaltningen i Borås stad.

Förkortningar:

- BPSD - Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens
- Canea – verktyg för hantering av projekt, processer, dokument och ärenden
- HR – Human Resources – arbetar med personalfrågor
- HSL - Hälso- och sjukvårdslagen
- HSLF-FS - Gemensamma författningssamlingen avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, folkhälsa med mera
- PSL - Patientsäkerhetslagen
- SFS - Svensk författningssamling
- SoL – Socialtjänstlagen
- SOSFS - Socialstyrelsens författningssamling
- Stratsys – IT-system för planerings- och uppföljning
- Viva - Verksamhetssystem för dokumentation

Utifrån den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet ”Agera för säker vård” har förvaltningen formulerat mål och strategier med fokus på bland annat patientmedverkan, dagligt patientsäkerhetsarbete, säkerhetskultur, lärande av analyser samt säker hantering av medicintekniska produkter.

3.4 Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet

PSL 2010:659,3 kap. 9 § och SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 §, p 1, SoL kap 5

Nämnd

Nämnden är vårdgivare och ansvarar för att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och ytterst för verksamhetens kvalitet.

Förvaltningschef

Förvaltningschefen har ett övergripande ansvar för att innehållet i ledningssystemet är ändamålsenligt och för att ett systematiskt kvalitetsarbete bedrivs. Förvaltningschefen ansvarar också för att det tydligt framgår hur roller och ansvar fördelas i ledningssystemet.

Verksamhetschef enligt HSL

Ledningen inom hälso- och sjukvård ska enligt lag vara organiserad så att det säkerställs hög patientsäkerhet och god kvalitet. I varje nämnd ska det beslutas vem som har det samlade ansvaret för hälso- och sjukvårdsverksamheten och är ansvarig verksamhetschef enligt HSL.

Verksamhetschef/Enhetschef

Verksamhetschef/Enhetschef ansvarar för inom sitt verksamhetsområde att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. De ska planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten samt dokumentera kvalitetsarbetet.

Medarbetarna

Alla medarbetare ska vara delaktig i kvalitetsarbetet och på enhetsnivå kan arbetsplatsträffar vara forum för kvalitetsfrågor.

Chef för kvalitets- och utvecklingsfunktioner

Chef för kvalitet- och utvecklingsenheter har ansvar för att samordna och organisera kvalitetsarbetet inom förvaltningen.

MAS/MAR

Medicinskt ansvarig sjuksköterska och Medicinskt ansvarig för rehabilitering arbetar övergripande med hälso- och sjukvårdsfrågor i Borås Stad. Ansvaret är lagstyrt för att patienterna ska få en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde. I uppdraget ingår kvalitetssäkring av hälso- och sjukvårdens processer samt uppföljning och utvärdering av patientsäkerhet och vårdkvalitet. MAS och MAR utreder och anmäler ärenden enligt lex Maria.

SAS

Socialt ansvarig samordnare har till uppgift att utveckla, säkra och följa upp delar av det systematiska kvalitetsarbetet samt utöva kvalitetsgranskningar i verksamheten. I uppdraget ingår kvalitetssäkring av socialtjänstens process samt uppföljning och utvärdering av kvalitén i utförande av insatser enligt SoL/LSS. Vidare bedriver SAS omvärlds- och lagkravsbevakning. Huvuduppdraget för SAS är att handlägga inkomna lex Sarah rapporter och på delegation av nämnden anmäla allvarliga missförhållanden till IVO.

3.5 En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård och omsorg med kvalitet är en god säkerhetskultur. Det innebär att vi är öppna för synpunkter och förändringar, uppmärksammar och åtgärdar fel och brister samt följer upp åtgärderna för att liknande fel och brister inte upprepas igen.

För att säkerställa en god säkerhetskultur inom förvaltningen krävs insatser på flera nivåer.

Verksamhetsledningarna har en central roll, där gemensamma möten utgör en viktig arena för dialog om förhållningssätt, attityder och riskmedvetenhet. Arbetet syftar till en gemensam och systematisk hantering av risker samt lärande från både positiva och negativa händelser, för att skapa förutsättningar för att förebygga vårdskador och missförhållanden.

Förvaltningen har följt upp den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet ”Agera för säker vård” och reviderat planen inför kommande år.

3.5.1 Informationssäkerhet

Arbetet med att implementera och förankra Ledningssystem för informationssäkerhet (LIS-D) inom Vård- och äldreförvaltningen har fortsatt under året. Ledningens engagemang har varit avgörande för att utveckla ett systematiskt informationssäkerhetsarbete, med fokus på långsiktiga beslut om kompetensutveckling.

Beslut finns att samtliga chefer och administrativ personal ska genomgå utbildning i informationssäkerhet. Uppföljning visar att 321 chefer och administrativ personal har genomfört utbildningen. Under 2026 behöver beslut fattas om att även övriga medarbetare ska omfattas, för att stärka den generella medvetenheten och skapa en gemensam kunskapsnivå.

Ett fortsatt utvecklingsområde har varit framtagande och förankring av styrande dokument och rutiner. Nya rutiner har tagits fram i samverkan med övriga nämnder inom det sociala klustret, bland annat avseende digital kommunikation och informationslagring. Riktade informationsinsatser har genomförts gentemot verksamhetsledningar för att stödja införandet.

Särskilt fokus har lagts på hantering av känsliga personuppgifter. Medarbetare ska använda IT-verktyget Liquid Files för säker filöverföring, och en reviderad lathund har tagits fram.

Arbetet med att se över lagringsytor har påbörjats. Inom hemtjänsten har J-mappar granskats för att identifiera känsliga personuppgifter, och resultatet har återkopplats till berörda chefer.

Informationsklassning har genomförts löpande i samverkan med processledare och verksamhetskunniga, vilket har bidragit till ökad struktur, bättre överblick och ett mer proaktivt informationssäkerhetsarbete.

Dataskyddsombuden har genomfört tillsyn av förvaltningens arbete med dataskyddsförordningen, med fokus på följsamhet till AI-rutinen (artificiell intelligens) och arbetssätt. Registret över personuppgiftsbehandlings har setts över och nämnden informeras årligen om arbetet.

MAS, MAR och SAS har i samband med verksamhetsgranskningar och utredningar granskat journaler. En strukturerad granskning av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring har även genomförts av MAS och MAR.

3.6 Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård och omsorg med kvalitet är att det finns tillräckligt med medarbetare som har adekvat kompetens och tillräckliga förutsättningar för att utföra sitt arbete.

Tillräcklig och rätt kompetens är avgörande för säker vård och omsorg. Förvaltningen arbetar långsiktigt med att attrahera, utveckla och behålla medarbetare samt anpassa kompetensen till framtida behov.

Introduktionsprogram finns för alla nya medarbetare. Förvaltningen arbetar strategiskt med kompetensförsörjning och har kompetensutvecklingsplaner för flera yrkesgrupper, inklusive baspersonal, legitimerad personal, biståndshandläggare och första linjens chefer.

Ledarskapsfrågor är ett prioriterat område. Under året har bland annat ledarutvecklingsprogram, chefsdagar och arbete med chefers organisatoriska förutsättningar genomförts i syfte att stärka ledarskapet och skapa hållbara arbetsvillkor.

Chefers villkor och förutsättningar

Ledarskapsfrågor och chefers förutsättningar är en viktig strategisk fråga i kompetensförsörjningsarbetet. Under året har bland annat följande insatser genomförts riktat mot chefer:

- 11 chefer påbörjade det upphandlade ledarutvecklingsprogrammet under året.
- Vård- och omsorgsboende påbörjade Chefoskopet med stöd av enheten organisationshälsa för att se över chefernas organisatoriska arbetsmiljö, arbetet fortsätter under 2026.
- En ledardag med temat tillitsbaserat ledarskap i praktiken och extra fokus på reflekterande och lärande i arbetsgrupperna.

4 Process - Åtgärder för att säkerställa verksamhetens kvalitet

4.1 Hur patientsäkerhets- och kvalitetsarbete har genomförts

PSL 2010:659, 3 kap. 10 § p 1–2 och SOSFS 2011:9, 3 kap 1§

Enligt patientsäkerhetslagen och Socialstyrelsens föreskrift ska varje vårdgivare beskriva hur patientsäkerhetsarbetet har genomförts under föregående kalenderår i en patientsäkerhetsberättelse. Där ska framgå vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten. I Socialstyrelsens föreskrift framgår att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst ansvarar för att upprätta ett ledningssystem, som ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

Förvaltningen genomför årligen en utvärdering av om ledningssystemet är ändamålsenligt och effektivt. På verksamhetsnivå genomförs aktiviteter utifrån ledningssystemets årshjul. Identifierade risker och utvecklingsområden kan leda till åtgärder i egenkontroller, utbildningsinsatser eller revidering av processer och rutiner.

Den nya socialtjänstlagen som trädde i kraft den 1 juli 2025 ställer krav på ett mer förebyggande, tillgängligt, jämlikt och jämställt samt kunskapsbaserat arbetssätt. Under året har en lokal läges- och behovsanalys genomförts som utgör grund för fortsatt omställningsarbete. Borås Stad kommer kommuncentralt att samordna det gemensamma omställningsarbetet till den nya socialtjänstlagen genom Projekt Framtidens socialtjänst.

För att säkerställa kvalitet i vårdhygieniska frågor sker regelbundna avstämningar med Vårdhygien inom Västra Götalandsregionen. Digitala möten och utbildningar har genomförts för sjuksköterskor med hygienansvar och hygienombud.

MAS, MAR och SAS har genomfört verksamhetsgranskningar samt följt upp kvaliteten genom journalgranskningar och analys av händelser. Arbetet sker i samverkan med verksamhetschefer och förvaltningsledning.

Arbetet med medicintekniska produkter har utvecklats under året. En skriftlig rutin för hantering av grundutrustning har tagits fram och hjälpmedelsombud har erbjudits kompetenspåfyllnad. Förvaltningen har infört ett nytt digitalt inventoriesystem och registrering av all grundutrustning har påbörjats.

Ett omfattande utbyte av äldre vårdsängar i dåligt skick har genomförts. Vaktmästare har utbildats i sängbesiktning och kommer framöver att genomföra regelbundna kontroller. Hemtjänsten har även investerat i batteridrivna mobila lyftstolar för att öka säkerheten vid fallolyckor i ordinärt boende.

Syfte med åtgärderna kring medicintekniska produkter är att öka patientsäkerheten samt för att uppfylla de krav som ställs kring användningen av medicintekniska produkter.

Dokumentation kring den enskilde

Under flera år har dokumentationsbrister uppmärksammats vid avvikelser och lex Sarah utredningar. Under 2025 påbörjades ett förvaltningsövergripande åtgärdsarbete för att öka kunskapen och ge stöd att uppfylla dokumentationsskyldigheten enligt socialtjänstlagen. Bland annat har utbildning påbörjats till enhetschefer, stödfunktioner och dokumentationsombud. Totalt kommer fem utbildningstillfällen genomföras för verkställigheten med cirka 60 deltagare per tillfälle. Utbildningarna startade hösten 2025 och avslutas under 2026.

Inom hälso- och sjukvården har utbildningsmaterial tagits fram som riktar sig till baspersonal.

Processer

Förvaltningsledningen har beslutat om tre huvudprocesser:

- att tillhandahålla socialtjänst
- att tillhandahålla kommunal hälso- och sjukvård
- att tillhandahålla bostadsanpassning

Syftet med processerna är att säkerställa en likvärdig vård och omsorg. Arbetet ska utgå från fastställd processdokumentation såsom processkartor, rutiner och checklistor.

En handbok för processarbete inom förvaltningen finns framtagna och arbetet med att tydliggöra roller och ansvar i processarbetet pågår. Målet är att processerna ska vara etablerade vilket innebär att de är kända, tillgängliga, användbara, accepterade och används av både chefer och medarbetare.

Ett utvecklingsarbete pågår för att förenkla åtkomsten till aktuell information i Canea, bland annat genom ny startsida och anpassade vyer för olika yrkeskategorier och verksamheter.

Att tillhandahålla socialtjänst

Huvudprocessen består av tre delprocesser: myndighet, ordinärt boende samt vård- och omsorgsboende. Varje delprocess har en utsedd processledare. Arbetet med att utse processägare pågår.

Processerna är etablerade inom myndighet, korttid och dagverksamhet och används i det dagliga arbetet. Inom hemtjänsten är processen implementerad hos chefer och administratörer, men ännu inte fullt ut hos baspersonal. Delprocessen Trygghetslarm är färdigställd och implementerad. Inom vård- och omsorgsboende är processen färdigställd och implementering pågår bland både chefer och baspersonal.

Att tillhandahålla kommunal hälso- och sjukvård

Den klustergemensamma processen för kommunal hälso- och sjukvård är färdigställd och implementerad. Processägare och processledare är utsedda och det finns en fungerande mötesstruktur.

Delprocesserna läkemedel, delegering, riskförebyggande vårdåtgärder, demens/BPSD samt palliativ vård är färdigställda och implementerade. Uppföljning har genomförts inom bland annat palliativ vård, delegering och kommunalt akutläkemedelsförråd.

Webbinarier används för att sprida information och stärka kompetensen. Inspelade webinarier publiceras på intranätet under en begränsad period för att öka tillgängligheten.

Att tillhandahålla bostadsanpassning

Processen för bostadsanpassning är färdigställd och implementerad.

Övriga processer

Ett utvecklingsarbete pågår för att samla och skapa en samlad överblick över samtliga HR-processer, både centrala och förvaltningsspecifika. Parallellt pågår ett arbete med att tydliggöra ledningsprocesser, exempelvis nämndprocessen.

Kris och säkerhetsberedskap

Arbetet med krisberedskap och kontinuitetsplanering fortgår. Utbildning och övning av krisledningsstab har genomförts. Arbetet med att etablera ledningssystem för informationssäkerhet och dataskydd fortsätter enligt fastställd plan.

4.1.1 Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

För att få en tydlig struktur över uppföljning och utvärdering utgår verksamheten från processkartan för egenkontroll.



Uppföljning och utvärdering utgår i huvudsak ifrån verksamhetsplan, resultat från egenkontroll, verksamhetsbesök från MAS/MAR/SAS, inkomna synpunkter, rapporterade avvikelser samt Lex Maria och Lex Sarah.

4.2 Samverkan för trygg och säker vård och omsorg

4.2.1 Samverkan med externa aktörer

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

Samverkan mellan VGR och kommunerna i regionen regleras i hälso- och sjukvårdsvårdsavtalet. Delregional styrning sker via Närvårdssamverkan Södra Älvsborg. Det finns även lokala överenskommelser till exempel mellan Borås Stad och primärvården.

Samverkan mellan kommun och region regleras i hälso- och sjukvårdsvårdsavtalet. Delregional styrning sker via Närvårdssamverkan Södra Älvsborg. En gemensam närområdesplan reglerar samverkan den regionala primärvården. Det finns även lokala överenskommelser till exempel mellan Borås Stad och regionala primärvården.

De mer omfattande och kvalificerade vårdinsatserna i den kommunala hälso- och sjukvården ställer krav på en ökad samverkan och på informationsöverföring mellan vårdgivarna. Informationsöverföring mellan enheter/verksamheter, olika vårdgivare (till exempel mellan sjukhus och kommunal hälso- och sjukvård) samt mellan utförare i egen- och privat regi innebär risker om väsentlig information inte överförs. Detta uppmärksammas bland annat i avvikelser i vårdsamverkan.

HSV-team Myndighet har under året bedömt vårdbegäran från både regional öppenvård och sjukhus. Majoriteten av bedömningarna har lett till inskrivning i kommunal hälso- och sjukvård. Från regional öppenvård har det gjorts 416 bedömningar, varav 308 (74 procent) blev inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården. Från sjukhuset har det gjorts 1 621 bedömningar, varav 558 (34 procent) blev inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården.

Nära vård

Omställningen till en mer nära vård påverkar insatserna enligt socialtjänstlagen och kommunens hälso- och sjukvård. Den kan medföra förändrade behov av insatser samt ökat behov av medicinsk kompetens hos medarbetarna. Regionens arbete med mobila team, minskat antal vårdplatser och ökad användning av välfärdsteknik påverkar nämndens verksamhet.

Inom närvårdssamverkan pågår arbete med att införa förebyggande team för äldre. En pilot startade i november 2025 och planerad uppstart sker våren 2026, i samverkan mellan kommun, regionens primärvård och socialtjänst. Syftet är att tidigt möta behov av rehabilitering, hjälpmedel samt vård och omsorg, för att förebygga eller fördröja skörhet och behov av insatser.

Samverkan med andra vårdgivare är avgörande för att säkerställa sammanhållna vårdkedjor samt en personcentrerad och patientsäker vård. Personer med behov av samordnade insatser ska erbjudas en samordnad individuell plan (SIP).

Inom ramen för det strategiska utvecklingsområdet Förebyggande inom alla verksamheter har Myndighets och Förebyggande tillsammans startat upp två pilotverksamheter utifrån intentionerna i den nya socialtjänstlagen. Det handlar om att ha seniorhälsokonsulenter på två av stadens vårdcentraler och på Södra Älvsborgs sjukhus på akuten. Syftet är att testa nya arbetssätt som också medför att socialtjänsten är mer lätt tillgänglig och arbetar förebyggande.

4.2.2 Samverkan mellan interna aktörer

Intern samverkan sker genom tvärprofessionella team, daglig kommunikation mellan yrkesgrupper via Viva samt gemensamma verksamhetsledning. Synpunkter, avvikelser och riskförebyggande åtgärder följs upp regelbundet.

Förvaltningen samverkar även med Fritids- och folkhälsonämnden i arbetet mot ofrivillig ensamhet.

Broschyren ”Aktiv senior” har tagits fram och statsbidrag har använts för hälsosamtal.

4.2.3 Samverkan med den enskilde och närstående

PSL 2010:659 3 kap. 4 § SoL 10 kap 3-5§, 7-9§

Samverkan innebär att den enskilde ska beredas möjlighet till delaktighet i och inflytande över sin planering, genomförandeplan och uppföljning av avvikelser samt möjlighet att bli hörd vid utredning av Lex Maria och Lex Sarah.

Den enskilde ska ges möjlighet till delaktighet i planering, genomförande och uppföljning av insatser. Vid behov av samordning erbjuds samordnad individuell plan (SIP). Området är fortsatt ett utvecklingsområde.

Alla med hemtjänst ska erbjudas en fast omsorgskontakt som ska vara undersköterska. Arbetet med strukturerat anhörigstöd har fortsatt inom korttidsverksamheten.

4.3 Valfärdsteknik

Digitalisering och välfärdsteknik är ett strategiskt utvecklingsområde för förvaltningen och ett viktigt verktyg för att möta utmaningar inom kompetensförsörjning. Den demografiska utvecklingen kräver nya arbetssätt och effektiviseringar. Digital teknik kan öka självständighet, trygghet och delaktighet, vilket minskar behovet av omsorg och kan motverka ensamhet.

Nämnden beslutade i december 2024 om att dela ut ytterligare 250 surfplattor. En upphandling har därefter genomförts och i april har boråsare 75 år och äldre kunnat anmäla intresse för att låna en surfplatta under tre år.

Nuvarande avtal för trygghetssystem inom vård- och omsorgsboenden löper ut 2026. En förstudie har därför påbörjats för att utgöra beslutsunderlag inför eventuell avtalsförlängning eller ny upphandling, med fokus på välfärdsteknik för brukare och digitala lösningar för medarbetare.

Förvaltningen deltar även i regional samverkan kring en gemensam teknisk plattform för digitala hjälpmedel. Arbetet med läkemedelsautomater har under året fokuserat på förberedelser inför breddinförande 2026, inklusive implementeringsplan för kvalitetssäkrat införande. En läkemedelsautomat är ett minnesstöd som används för att påminna den enskilde om dagliga läkemedelsintag.

Vidare har arbete bedrivits med digital post och säker digital kommunikation för att möjliggöra trygg och effektiv hantering av känslig information. Automatisering har fortsatt som ett prioriterat utvecklingsområde, bland annat genom ett nytt projekt inom ekonomienheten för ökad kvalitet i kassahantering.

Under året avslutades arbetet med Millennium. Arbetet med förändrade digitala inköp har fortsatt under 2025 och ett nytt arbetssätt träder i kraft under 2026.

5 Metod, resultat och analys

PSL 2010:659, 3 kap. 10 § p 3 SoL Kap 5

5.1 Riskanalys

Förvaltningen använder en modell för risk- och konsekvensanalys som belyser risker ur flera perspektiv, såsom medarbetare, patient/brukare och organisation. Riskanalyser kan genomföras på olika nivåer beroende på vilken förändring som planeras.

Under året har åtta risk- och konsekvensanalyser genomförts på övergripande nivå. Dessa har avsett:

- Digitala inköp
- Mopedbilar i hemtjänsten
- Ny gränsdragning Sjöbo och Fristad för hemtjänst/hemsjukvård
- Trygghetskontakt i stället för telefonkontakt/trygghetsbesök
- Fallolyckor
- Renovering Österlånggatan
- Tillfälliga korttidsplatser på Österlånggatan
- Kommunfarmaceuter

Utifrån identifierade risker har handlingsplaner upprättats. Enligt rutin ska dessa följas upp inom sex månader. Tre riskanalyser har följts upp och avsett:

- Omvårdnadsinsatser ”hand och fot” i hemtjänsten
- GPS i tjänstebilar
- Automatiserat beslutsfattande

Risk- och konsekvensanalyser som genomförts på verksamhets- eller avdelningsnivå redovisas inte i denna berättelse.

5.2 Synpunkter och klagomål

Borås Stad har ett gemensamt system för hantering av synpunkter från medborgare. Respektive chef ansvarar för utredning, åtgärder och uppföljning. Sammanställning och analys av inkomna synpunkter görs två gånger per år.

Under året har 118 synpunkter rapporterats (109 i egen regi och 9 i privat regi), vilket är en minskning jämfört med föregående år (179). Av dessa var 89 klagomål och 20 beröm, samt ett mindre antal frågor och förbättringsförslag.

Klagomålen rör främst brister i insatsernas utförande samt brister i den fysiska miljön, exempelvis kopplat till bilkörning och parkering. Analysen visar att liknande brister återkommer trots åtgärder i enskilda ärenden, vilket kan kopplas till bristande delaktighet för den enskilde. Berömmen avser främst nöjdhet med insatser och medarbetarnas bemötande.

5.3 Avvikelser på individnivå

Egenkontroll avvikelser

Förvaltningen arbetar enligt en klustergemensam process för individavvikelser och lex Sarah. Ett utvecklingsarbete pågår för att revidera processkartor och instruktioner samt för att utveckla Viva så att rapportering, utredning och uppföljning förenklas.

I syfte att stärka lärandet och förhindra att liknande händelser inträffar på nytt följs avvikelser och

synpunkter regelbundet upp på verksamhetsledningar.

Inom förvaltningen pågår ett utvecklingsarbete av hur analyser genomförs på enhet, verksamhet och förvaltningsnivå. Syftet är att öka kunskaperna om de risker och utvecklingsområden som uppmärksammas inom enheter/verksamheter för att göra det möjligt att arbeta kontinuerligt med åtgärder, förebygga eller minska risker och säkra kvaliteten.

Avvikelser HSL

Totalt har 8 479 HSL-avvikelser rapporterats, vilket är en ökning med cirka 600 jämfört med föregående år. En orsak till att avvikelserna har ökat tros vara en ökad följsamhet till rutinen att rapportera avvikelser.

Läkemedel

Totalt rapporterades 6 715 läkemedelsavvikelser. De vanligaste avser utebliven eller bristande signering samt utebliven dos. Orsaken är oftast bristande följsamhet till rutiner.

År och antal läkemedelsavvikelser	Egen regi	Privat regi	Totalsumma
2023	5 551	296	5 847
2024	5 748	388	6 136
2025	6 279	436	6 715

Övriga HSL-avvikelser

Totalt rapporterades 1 535 avvikelser. De flesta avvikelser handlar om hälso- och sjukvårdsinsats utförd av baspersonal, dokumentation och medicinteknisk produkt. Orsaken är oftast utebliven eller bristande insats eller bristande/utebliven dokumentation. Den vanligaste bakomliggande orsaken är att medarbetarna inte har följt instruktioner och rutiner. En rapporterad avvikelse kan innehålla flera händelser vilket gör att statistiken till viss del inte stämmer överens med faktiska antalet avvikelser.

År och antal avvikelser övrig HSL	Egen regi	Privat regi	Totalsumma
2023	1 216	97	1 313
2024	1 397	152	1 549
2025	1 397	138	1 535

Trycksår

229 avvikelser om trycksår rapporterades, vilket är en ökning jämfört med föregående år. Se mer under rubriken ”Trycksår” nedan.

År och antal trycksår	Egen regi	Privat regi	Totalsumma
2023	89	10	99
2024	158	22	180
2025	205	24	229

Avvikelser i vårdsamverkan

En avvikelse i vårdsamverkan är när överenskommelser, riktlinjer eller samordnade individuella planer inte följs. Genom att rapportera avvikelser kan en helhetsbild synliggöra det som brister i samverkan.

Från regionen har det kommit 67 HSL avvikelser som inträffat inom förvaltningen och det är troligen en underrapportering. Dessa berör främst vård- och behandling och informationsöverföring.

Från förvaltningen har det skickats 281 HSL avvikelser som har inträffat inom regionen vilket är en ökning från tidigare år. Dessa handlar till största delen om informationsöverföring, läkemedel och vård- och behandling. Större delen har inträffat i samband med utskrivning från sjukhus.

Från regionen har förvaltningen under första halvåret tagit emot 16 avvikelser som berör socialtjänstens område. Samtliga har rapporterats av slutenvården och handlat övervägande om tillgänglighet, utskrivning och information och kommunikation.

Under första halvåret rapporterade förvaltningen 30 avvikelser i vårdsamverkan som berör socialtjänstens område. Övervägande har det handlat om följsamheten till överenskommelsen om in- och utskrivningsprocessen inom slutenvården. Orsakerna har varit brister i informationsöverföringen vid utskrivning och vid planering i utskrivningsprocessen. Avvikelseberörda övervägande del myndighet. Det är en förändring från föregående år då avvikelserna var jämnt fördelade mellan myndighet och verkställighet. Det finns en eftersläpning i hanteringen av avvikelser inom socialtjänstens område.

Falloolyckor

Totalt rapporterades 8 072 fallavvikelser, vilket är en minskning med cirka 400 jämfört med föregående år. En orsak till minskningen kan delvis kopplas till en brukare/patient.

Ofta sker fallen i anslutning till gång eller till en förflyttning, exempelvis till och från säng eller rullstol och det orsakas bland annat av att den enskilde har en bakomliggande sjukdom, kognitivt nedsatthet och/eller svårigheter att förflytta sig. Journalgranskning visar att det görs mycket åtgärder för de som faller ofta.

Det finns en tydlig struktur med uppföljning av fallolyckor och merparten är uppföljd inom en månad. Uppföljning av fallolyckor görs i teamet där flera professioner samverkar för att ta reda på bakomliggande orsaker till fallet och planera åtgärder.

År och fallolycka	Egen regi	Privat regi	Totalt
2023	7 748	253	8 001
2024	7 870	570	8 440
2025	7 667	405	8 072

De flesta avvikelser är rapporterade av hemtjänsten och vård- och omsorgsboenden som är de största verksamheterna i verkställigheten. Under 2025 finns en spridning vilka verksamheter som har ökat och minskat i antal rapporterade avvikelser, men det är marginella skillnader från föregående år.

Avvikelser SoL

Totalt rapporterades 1 519 SoL-avvikelser i egen regi, vilket är en ökning jämfört med tidigare år.

År	SoL avvikelser egen regi
2023	1 232
2024	1 397
2025	1 519

De flesta avvikelser är rapporterade av hemtjänsten och vård- och omsorgsboenden som är de största verksamheterna i verkställigheten. Under 2025 finns en spridning vilka verksamheter som har ökat och minskat i antal rapporterade avvikelser, men det är marginella skillnader från föregående år.

Myndighet har rapporterat 187 avvikelser av det totala antalet inom förvaltningen. Det är en ökning sedan föregående år.

Sammanställningen visar att den största delen som rapporterats handlar om annat. Detta gör att det är svårt att analysera och redovisa på en övergripande nivå vad merparten av händelserna har handlat om. Nästkommande största områden handlar om utebliven insats, bristande/felaktig insats och brister i rättssäkerheten.

5.4 Lex Maria

HSLF-FS 2017:40, 3 kap. 1§ och SOSFS 2011:9 7 kap sista stycket

Vårdgivaren ska anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till IVO. Händelserna utreds av MAS/MAR som också bedömer om en anmälan ska göras. IVO säkerställer att utredningen är fullständig och att de eventuella åtgärder och förändringar i verksamheten som vårdgivaren vidtagit är adekvata.

MAS och MAR har under året påbörjat utredning av 22 händelser med risk för allvarlig vårdskada. Utredningarna har föregåtts av rapporterade avvikelser från verksamheten, klagomål/orosanmälan från patient och/eller närstående samt från patientnämnd och IVO som begärt uppgifter. I samband med utredningar har ett flertal händelseanalyser gjorts tillsammans med enhetschefer och medarbetare. Tre av utredningarna har anmälts som lex Maria som berör allvarlig vårdskada. Anmälningen rör:

- Patient som fått ett allvarligt trycksår en andra gång
- Bristande uppföljning av sjuksköterska där läkemedel felmedicinerats
- En patient som fick komplikationer vid ett byte av en sond. Skötsel av sonden delegerades till personal av sjuksköterskan, personalen läste och följt inte vårdplanen hur sonden skulle skötas. Sjuksköterskan följde inte upp insatsen.

IVO har återkopplat på alla anmälningar att vårdgivaren har fullgjort sina skyldigheter utifrån utredning och vidtagna åtgärder för att så långt det är möjligt förhindra att händelserna upprepas.

Anmälan medicintekniska produkter

Vårdgivaren är skyldig att anmäla händelser med medicintekniska produkter som kan bero på produktfel till Läkemedelsverket. Två anmälningar har gjorts angående troligt produktfel på medicintekniska produkter. Produktfelen gällde en trasig toalettstolsförhöjning och en trasig kateter. Ingen patient skadade sig allvarligt i samband med händelserna. Alla händelser är avslutade.

5.5 Lex Sarah

14 kap. 3-7 §§ SoL, SOSFS 2011:5

Var och en som är verksam inom berörda verksamheter utifrån SoL och LSS omfattas av skyldigheten att rapportera händelse som orsakar risk för missförhållande eller missförhållande enligt gällande lagstiftning. Dessa händelser utreds av SAS som föreslår åtgärder som bör tas fram för att säkerställa att missförhållandet inte kan hända igen. Vid påtaglig risk för allvarligt missförhållande samt allvarligt missförhållande gör SAS anmälan till IVO på delegation av nämnden.

Det har rapporterats 55 lex Sarah rapporter och tre av dessa har berört privat regi vilka har lämnats över för vidare hantering till aktuella utförare. Det finns en variation i antalet rapporterade lex Sarah under de senaste fem åren.

SAS har genomfört 28 utredningar inom ramen för lex Sarah, några av dessa rapporterades under 2024. Antalet slutförda utredningar är färre än föregående år. Tiden från inkommen rapport till genomfört utredning har i flertalet ärenden varit lång.

Av de 28 avslutade utredningar har 13 bedömts som ej missförhållande. De resterande händelserna har främst handlat om brister i utförande av insatser och brister i rättssäkerhet vid handläggning och genomförande.

SAS har föreslagit åtgärder som fokuserar på tydligare och uppföljda rutiner för avvikelshantering och Lex Sarah inom kvalitetsarbetet, stärkt kompetens och följsamhet till rutiner genom utbildning, förbättrad dokumentation och informationsöverföring, ökad samverkan vid komplexa behov genom exempelvis samordnad individuell plan (SIP) samt stärkt brukarsäkerhet genom riskbedömningar, inklusive suicidprevention, i linje med den nationella värdegrunden.

Anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

En anmälan om ett allvarligt missförhållande anmälades till IVO. Händelsen som rapporterades handlade om att en brukare har avslutat sitt liv. Utifrån händelsen gjordes en kartläggning som påvisade att förvaltningen saknade tillräckliga kunskaper och struktur för suicidpreventivt arbete på flera nivåer.

Åtgärder har föreslagits och förvaltningen har tagit fram handlingsplaner på förvaltnings och enhetsnivå.

Förvaltningen har ännu inte fått någon återkoppling i ärendet från IVO.

Reflektioner från SAS:

- För att uppnå ett riskförebyggande arbete och ytterligare säkra kvaliteten i verksamheterna behöver analys av genomförda åtgärder göras systematiskt för att utvärdera vilka effekter avvikelser och lex Sarah rapportering medför. För att skapa systematiken och uppnå kraven på dokumentation av genomfört kvalitetsarbete behöver verksamheterna mer stöd i åtgärds och analysarbetet. Ett sådant arbete har påbörjats i Stratsys och kommer under 2026 att testas i nya Stratsys modulen. Målet är att få ett mer likvärdigt arbetssätt inom förvaltningen som på helhet kan bidra till ökade kunskaper
- Arbetet med rapportering av avvikelser i vårdsamverkan inom socialtjänstens område är resurskrävande för flera yrkeskategorier inom förvaltningen och ger inte tillräcklig återkoppling om förbättringsområden i vårdsamverkan. En orsak är att systemet inte kan ta fram förvaltningsspecifik statistik. SAS identifierar även en risk i följsamheten till sekretessregler, eftersom systemet inte särskiljer avvikelserapportering mellan olika förvaltningar.

5.6 Egenkontroll

Egenkontroller har genomförts inom flera områden, bland annat verksamhetsgranskningar, journalgranskningar, uppföljning av riskbedömningar, analys av avvikelser, brukarundersökningar och kvalitetsregister.

Resultaten har analyserats och utvecklingsområden har identifierats och omhändertagits. Där det varit möjligt har könsuppdelad statistik använts.

Brukarundersökning

Den nationella brukarundersökningen i hemtjänsten och på vård- och omsorgsboende visar fortsatt höga resultat inom flera områden, till exempel bemötande, förtroende för medarbetarna och sammantagen nöjdhet. Resultatet är mycket positivt för flera indikatorer på vård- och omsorgsboende, men det är hemtjänsten som har förbättrat flest indikatorer som tidigare haft lägre resultat. Sammantaget visar resultaten en positiv utveckling, men arbetet fortsätter för att öka nöjdheten ytterligare.

Förvaltningen har tagit fram en egen enkät inom korttidsverksamheten med frågor från den nationella undersökningen. Totalt besvarade 99 personer enkäten. Av dessa var 95 procent sammantaget nöjda med sin korttidsvistelse.

Dokumentation inom hälso- och sjukvård

Andelen med vårdplan som inte var äldre än sex månader var i oktober 90 procent i ordinärt boende och 92 procent på vård- och omsorgsboende. Det är i nivå med tidigare år. Målet är minst 90 procent.

MAS och MAR har genomfört strukturerad journalgranskning för två HSV team. Granskningarna visar att kvaliteten i patientjournalerna är bra, men att förbättringar behövs. Användningen av evidensbaserade bedömningsinstrument behöver öka. Det behöver också bli tydligare att planera och genomföra åtgärder utifrån identifierade riskorsaker. Granskningarna visar samtidigt förbättringar i hur patientens delaktighet följs. Teamen har fått rapporter med förbättringsåtgärder och förslag på handlingsplaner. Arbetet fortsätter lokalt i berörda HSV team.

Andel genomförandeplaner

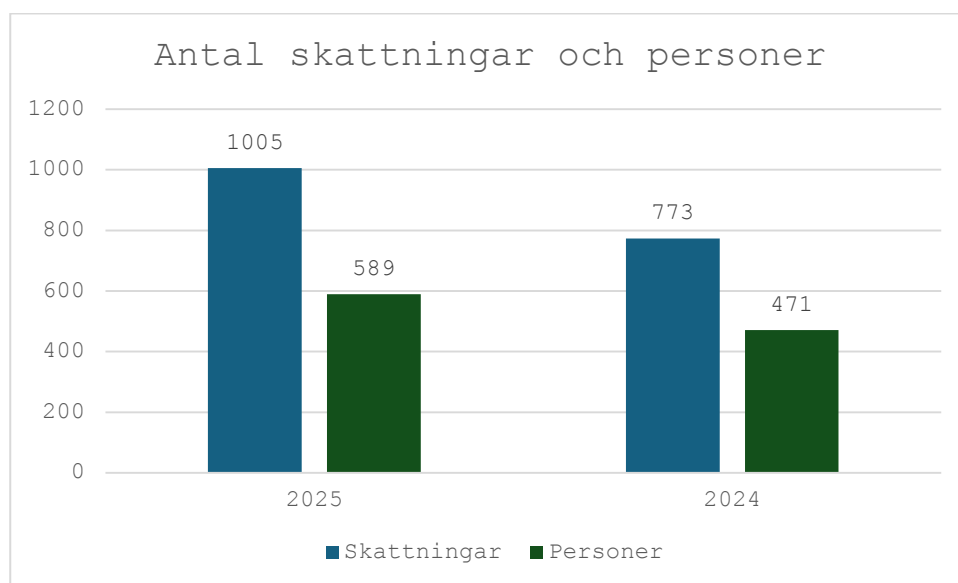
Andelen med genomförandeplan som inte var äldre än sex månader var i oktober 91 procent i hemtjänsten, 90 procent på vård- och omsorgsboende och 95 procent på dagverksamhet. Målet är minst 90 procent.

God vård vid demenssjukdom

I enlighet med förvaltningens handlingsplan för BPSD har demenssamordnare genomfört regelbundna och tidsbestämda kvalitetsbesök i verksamheterna tillsammans med multiprofessionella team.

Samtliga kvalitetsindikatorer har förbättrats. Exempelvis är både smärtskattning och teamarbete nu 100 procent, vilket har bidragit till ökad smärtfrihet. NPI-poängen (Neuropsychiatric Inventory) minskar kontinuerligt, vilket tyder på ökat välbefinnande hos personer med demenssjukdom inom vård- och omsorgsboenden och korttidsverksamhet.

Antalet genomförda skattningar har också ökat. Under 2025 genomfördes totalt 1 005 skattningar för 589 unika personer, vilket är en ökning med cirka 30 procent. Fortlöpande erbjuds behovsanpassade utbildningar och handledning.



Inom ramen för Närvårdssamverkan har ett förbättringsarbete startat för att höja kvaliteten och stärka diagnostiken vid utredning av misstänkt kognitiv svikt till följd av demenssjukdom. Arbetet ska även tydliggöra och strukturera samverkan mellan regionen och Borås Stad.

God palliativ vård i livets slutskede

Under året registrerades totalt 510 dödsfall i Viva som inträffade inom förvaltningen, vilket är något färre än föregående år. Av dessa registrerades 436 dödsfall i Svenska Palliativregistret, vilket motsvarar en täckningsgrad på 85 procent. Statistik visar att 405 (93 procent) av dödsfallen var väntade. Av de väntade dödsfallen var 239 kvinnor och 166 män.

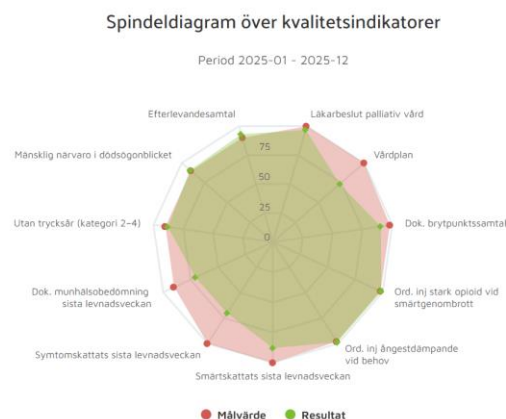
Förvaltningen når inte målet att samtliga dödsfall ska registreras i Palliativregistret. Åtgärden för att säkerställa att alla sjuksköterskor känner till gällande rutin har genomförts.

Förvaltningen har tre prioriterade utvecklingsområden inom palliativ vård i livets slutskede, utifrån nationella målområden. Det innebär att vid alla förväntade dödsfall ska det finnas en dokumenterad vårdplan för vård i livets slutskede, en aktuell smärtskattning under sista levnadsveckan och en munhälsobedömning under sista levnadsveckan (mål: minst 90 procent).

Resultaten visar att 73 procent hade en aktuell vårdplan i livets slutskede, 88 procent hade en aktuell smärtskattning och 71 procent hade en aktuell munhälsobedömning. Viss skillnad finns för munhälsobedömning: 67 procent av kvinnorna och 75 procent av männen hade en aktuell munhälsobedömning under sista levnadsveckan.

Andelen vårdplaner och smärtskattningar har ökat något jämfört med föregående år, medan munhälsobedömningar ligger på liknande nivå som tidigare. Resultaten varierar mellan verksamheterna

både när det gäller registrering i Palliativregistret och måluppfyllelse inom de tre målområdena.



Under året har indikatorresultat analyserats en gång per termin i verksamhetsledningar där enhetschefer från både HSV och verkställigheten deltagit. För att stärka den palliativa vården har följande insatser genomförts: webinarier för legitimerad personal och enhetschefer, start av nätverksträffar för palliativ vård med särskilt ansvarig legitimerad personal, palliativombud och enhetschefer samt framtagande av en utbildning i palliativ vård i InfoCaption, riktad till baspersonal, legitimerad personal, enhetschefer och myndighet. Insatserna syftar till att öka kunskapen om processen och stödja fortsatt förbättring av kvaliteten.

Hygien

Arbetet med att sprida kunskap om basala hygienrutiner och skyddsutrustning har pågått kontinuerligt under året. Sjuksköterskor med särskilt hygienansvar, tillsammans med enhetschefer och hygienombud, har en central roll i detta arbete.

Egenkontroll av basal hygien och klädregler har genomförts med enkäter på enhets- och medarbetarnivå. Antalet inkomna svar från medarbetare har fördubblats jämfört med tidigare år.

Förbättringsområden som framkom är förekomst av smycken och bandage/stödskena i vårdnära arbete, vilket inte är förenligt med de nationella basala hygienrutinerna.

Hälso- och sjukvårdsinsatser utförda av baspersonal

I IT-systemet MCSS signeras hälso- och sjukvårdsinsatser digitalt när de utförs av baspersonal på delegering eller instruktion. Om en insats inte utförs, eller utförs för sent, ska en avvikelse skrivas.

I förvaltningen har 4 845 000 insatser varit avsedda att signeras jämfört med 4 545 000 insatser 2024.

Av dessa insatser har 97,5 procent signerats vilket innebär att cirka 114 000 insatser är osignerade.

Procent signerade insatser som utförts:

Verksamhet	Antal insatser	Procent signerade
Vård- och omsorgboende, egen regi	2 392 479	98,8
Vård- och omsorgsboende, privat regi	432 624	99,1
Korttid	193 041	94,8
Ordinärt boende, egen regi	1 676 201	95,4
Ordinärt boende, privat regi	151 223	97,6

Läkemedel

Inom Nära vårdsamverkan och i den lokala beredningsgruppen i Borås sker en löpande dialog gällande olämpliga läkemedel då det är en samverkansfråga mellan vårdcentraler och förvaltningen. Resultatet i öppna jämförelser visar en ökning av olämpliga läkemedel. Resultatet från vårdinventeringen visar att av

1 632 personer som har kommunal hälso- och sjukvård och helt övertagit läkemedelsansvar är det 445 som har olämpliga läkemedel, vilket motsvarar 27 procent.

Läkemedelsgenomgångar

Samtliga patienter som är inskrivna i hälso- och sjukvården och där verksamheten övertagit läkemedelsansvaret ska ha en årlig läkemedelsgenomgång. Vårdcentralernas intervall för årskontroll/läkemedelsgenomgång varierar mellan 12–18 månader. Detta medför att det inte går att jämföra siffror vilket påverkar förvaltningens möjlighet till måluppfyllelse.

Resultaten i den statistik som togs fram i oktober månad gällande 18 månaders intervall visade att 882 på vård- och omsorgsboende och 1 404 ordinärt boende hade en aktuell läkemedelsgenomgång. Detta är en ökning jämfört med föregående år.

Läkemedelsgenomgångar är en stående punkt vid samverkansmöten mellan vårdcentralerna och kommunal hälso- och sjukvård och i Närvårdssamverkan i syfte att förbättra kvalitén för patienten.

Läkemedelshantering kvalitetsgranskning

Årlig granskning i form av egenkontroll ska genomföras enligt läkemedelsföreskriften på framtagna rutiner för de enheter som hanterar läkemedel. Utifrån resultatet upprättar enheterna handlingsplaner för förbättringsområden. Några områden att förbättra är kontroll av läkemedelslista i samband med överlämnade av läkemedel, tydligare läkemedelsordinationer, saknar lokal läkemedelsinstruktion för enheten samt läkemedelsgenomgångar. En övergripande handlingsplan har tagits fram.

Levnadsberättelse

Rutinen som togs fram förra året används nu. Levnadsberättelsen finns ifyllningsbar i Viva och i Canea finns den i utskriftsformat.

Munhälsa och nödvändig tandvård

Arbetet med munhälsa och nödvändig tandvård sker i samarbete med Sociala omsorgsförvaltningen och Folk tandvårdens uppsökande verksamhet. Målsättningen är att identifiera fler personer som har rätt till nödvändigt tandvårdsintyg.

Projektet med tandhygienist i kommun (TAlK) har avslutats. Arbeta har fortsatt med avstämningar och förbättrat materialet för att det ska vara korrekt och lätt att använda.

Uppföljning visar att antalet beviljade intyg ligger på målvärdena för vård- och omsorgsboende samt dagverksamhet. Ordinärt boende behöver fortsatt fokus för att nå målvärdet.

Ombudsroller

Syftet med ombudsroller och stödfunktioner är att säkra kvalitet i vård och omsorg genom kompetenspåfyllnad, uppfylla krav enligt lagar och föreskrifter samt skapa ordning och reda. Under året har ombudsarbetet kompletterats med palliativombud och dokumentationsombud. Följande ombud är nu aktuella för baspersonalen: BPSD-administratör/ombud, hygienombud, hjälpmedelsombud, måltidsombud, teknikombud, palliativombud samt dokumentationsombud.

Det finns uppdragsbeskrivningar för beslutade ombudsroller och stödfunktioner samt ett årshjul för ombudsträffar.

Patientenkät

Under hösten genomfördes för första gången en riktad patientenkät. Syftet var att ta reda på patienternas upplevelser av den vård de får. Enkäten delades ut till 2 044 patienter och 1 155 svar inkom, vilket ger en svarsfrekvens på 56 procent. Fördelat per verksamhet var svarsfrekvensen i ordinärt boende 747 svarande (63 procent) och på vård- och omsorgsboende 402 svarande (47 procent). Enkäten kunde besvaras på finska via QR-kod, och fyra svarande valde detta alternativ.

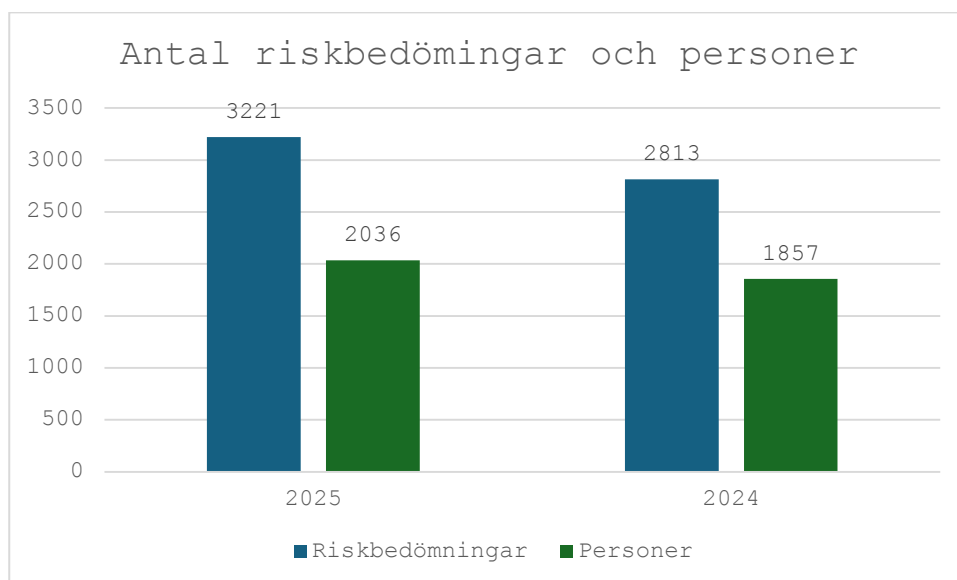
Resultatet visar att de flesta är nöjda med den kommunala hälso- och sjukvården. 86 procent uppger att de är nöjda, och en mycket stor andel upplever ett respektfullt och vänligt bemötande samt känner trygghet och förtroende för den legitimerade personalen. De flesta anser också att personalen lyssnar, ger tillräcklig information och hjälper till att samordna vården. Däremot är det färre, 60 procent, som upplever att de är delaktiga i beslut kring sin egen vård och rehabilitering

Under våren 2026 pågår analys på enhetsnivå och åtgärder planeras inom områden där utvecklingsbehov identifieras.

Risikförebyggande vårdåtgärder - trycksår, undernäring, fall, munhälsa

Processen för risikförebyggande vårdåtgärder, med tillhörande instruktioner, är tydliggjord och implementeringen har fortsatt under året. Målgruppen är patienter inskrivna i den kommunala hälsa- och sjukvården.

2 036 unika patienter och totalt 3 221 riskbedömningar har dokumenterats i kvalitetsregistret Senior alert, vilket är en ökning jämfört med föregående år.



På 90 procent av riskbedömningar identifieras en eller flera risker. Ingen skillnad mellan kön kan ses. Andelen med identifierad risk är:

- 20 procent har risk för trycksår
- 58 procent har risk för undernäring
- 76 procent har risk för fall
- 34 procent har risk för ohälsa i munnen

I takt med att antalet riskbedömningar har ökat har verksamheten arbetat mer systematiskt med att identifiera bakomliggande orsaker och att planera samt genomföra åtgärder för att förebygga och minska risker.

För att undvika dubbeldokumentation och säkra data i nationella kvalitetsregister driver Sveriges kommuner och regioner, SKR satsningen "Informationsförsörjning mellan vårdinformationssystem och nationella kvalitetsregister". Förvaltningen deltar som aktiv part och är tillsammans med SKR och Senior alert första kommun i landet med integrering mellan journalsystem och nationellt kvalitetsregister. Förvaltningen har även genomfört en spridningskonferens tillsammans med SKR.

Risikförebyggande åtgärder för personer som endast har socialtjänstinsats- undernäring och fall

En pilot med nytt arbetssätt har genomförts inom myndighet för att identifiera personer med risk för undernäring och fall. Målet är att, utifrån riskvärdering, analys av orsaker och planering av åtgärder, så långt som möjligt förebygga undernäring och fall. Målgruppen är personer som inte är inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården. Under piloten genomfördes 29 riskvärderingar. 8 (27 procent) hade risk för undernäring och 21 (72 procent) hade risk för fall. Målsättningen är att implementera arbetet med riskvärdering inom Myndighet under 2026.

Skyddsåtgärder

Egenkontroll av skyddsåtgärder genomförs för att öka kunskapen, eftersom sådana åtgärder så långt som möjligt ska undvikas.

Mätningar på vård- och omsorgsboende i egen regi visar i snitt att 40 procent av brukarna/patienterna har skyddsåtgärder. Spridningen är 33–46 procent. Andelen varierar över tid utifrån brukarnas/patienternas behov.

Strategiskt utvecklingsområde digitalisering och välfärdsteknik

Under våren anordnades en chefsdag med fokus på artificiell intelligens, (AI). Chefer fick utbildning och deltog i workshop om möjliga AI-lösningar utifrån utmaningar i vård och omsorg.

Arbete med beslutsunderlag för prioriterade områden inom digitalisering och välfärdsteknik har genomförts. Medarbetare från flera verksamheter har deltagit på ett antal mässor, vilket bland annat ledde till ett innovationsprojekt med översättningsapplikationen Care to translate.

Metoden Medarbetardriven vardagsinnovation har genomförts och lett till flera förändringar på vård- och omsorgsboende och inom hemtjänsten. Erfarenhetsutbyten med andra kommuner och organisationer har också genomförts, bland annat via webinarium för chefer.

Strategiskt utvecklingsområde förebyggande i alla verksamheter

Inom området har flera aktiviteter pågått. Fallförebyggande insatser har bedrivits i samtliga verksamheter.

Förvaltningen har utarbetat checklistor som stöd i det förebyggande arbetet att förhindra fall. Dessa handlar bland annat om fysisk miljö i den enskildes hem, fysisk miljö på vård- och omsorgsboende och på korttidsenheter. Förvaltningen har även lämnat ut Socialstyrelsens broschyr ”Balansera mera” till bland annat brukare/patienter i ordinärt boende, appen Säkra steg har testats på mötesplatserna.

En pilot har startats där biståndshandläggare eller seniorhälsokonsulent finns på akutmottagning och vårdcentral för att möta invånare tidigt och förebygga eller senarelägga behov av stöd.

I slutet av året startade även förebyggande team på ett par vårdcentraler med biståndshandläggare från kommunen samt sjuksköterska och arbetsterapeut från regional primärvård. Teamet möter personer med skörhet på nivå 4 enligt Clinical Frailty Scale (CFS). Syftet är att förebygga/fördröja skörhet och stärka individens egna resurser.

Strategiskt utvecklingsområde kompetensutveckling

Kompetensförsörjningsutmaningen påverkar fortsatt nämnden som arbetsgivare. Begränsad tillgång på arbetskraft med rätt kompetens, samtidigt som efterfrågan ökar, skapar en komplex situation.

Omställningen av socialtjänsten och förflyttningen till nära vård ställer nya krav på verksamheter och medarbetare.

För att möta utmaningarna behöver förvaltningen vara en attraktiv arbetsplats med ett hållbart arbetsliv, där medarbetare och ledare vill stanna och kan använda sin kompetens fullt ut. Under året har bland annat kartläggning och handlingsplan för hållbar schemaläggning genomförts, en rekryteringsenhet utretts, arbetet med differentiering av arbetsuppgifter fortsatt samt flera kompetensutvecklingsinsatser genomförts.

Strategiskt utvecklingsområde personcentrerad vård- och omsorg

Området har fått en omstart. En chefsdag genomfördes under hösten där fokus var hur personcentrering kan se ut i vardagen. Reflektionsspel för chefer och medarbetare har köpts in.

Personcentrerad vård och omsorg har slagits ihop med området demens, vilket har lett till en gemensam målsättning och planering för fortsatt arbete. Upphandlingsunderlag har tagits fram för utbildning i rehabiliterande förhållningssätt, planerad till nästa år. En broschyr om personcentrerad vård och omsorg kommer tas fram för brukare, med syfte att förklara hur förvaltningen arbetar personcentrerat.

Trycksår

229 avvikelser om trycksår har rapporterats, vilket är fler än föregående år. Trycksår är en vårdskada som orsakar onödigt lidande och de flesta uppstår i den egna verksamheten. MAS och MAR har gjort fördjupad granskning av ett antal rapporterade trycksår. Granskningen visar att alla trycksår som uppstått i verksamheten hade kunnat undvikas. Orsakerna är bristande kunskap hos personalen och bristande samarbete mellan olika yrkesgrupper.

En handlingsplan finns framtagen för att minska risken för trycksår.

Verksamhetsgranskning

Två verksamhetsgranskningar har genomförts av MAS, MAR och SAS, en på korttid och en på vård- och omsorgsboende egen regi. Fokus har varit att granska brukare och patientens delaktighet i sin vård och omsorg. Granskningar visar att brukares och patienters delaktighet kan bli bättre om de får information om sina planer och möjlighet att ta del av dem. Delaktigheten kan också öka genom bättre dokumentation och genomförandeplaner som anpassas efter varje persons individuella behov.

Verksamheterna får återkoppling i en skriftlig rapport som diarieförs och har påbörjat arbetet med förbättringar utifrån identifierade utvecklingsområden.

Öppna jämförelser äldreomsorg/socialtjänst samt enhetsenkät

Resultaten i Öppna jämförelser av vård och omsorg till äldre har förbättrats jämfört med tidigare år. Förbättringarna bedöms bero på att verksamheterna arbetat med åtgärder under en längre tid.

Enhetsenkäten till hemtjänst och vård- och omsorgsboende samt enkäten Öppna jämförelser socialtjänst undersöker samverkan kring den enskilde, både internt och externt. Flertalet efterfrågade rutiner och arbetssätt är upprättade eller under framtagande inför kommande år.

6 Verksamhet upphandlad enligt LOU eller LOV

Legitimerad personal har ansvar för den kommunala hälso- och sjukvården inom upphandlad verksamhet, både LOU och LOV.

Ansvar för handläggning och avtalsuppföljning av LOV har efter beslut flyttats till Vård- och äldre- och omsorgsnämnden och Sociala omsorgsnämnden den 1 oktober 2025. Nämnden har förberett och tagit över ansvaret från 1 oktober 2025. Nu fortsätter utveckling av en organisation och arbetssätt. Ny funktion rekryterades innan årsskiftet. Den nya funktionen kommer att ansvara för alla privata utförare.

Inom hemtjänsten har sex LOV företag bedrivit verksamhet varav två företag har avvecklats. Inför 2026 återstår det fyra företag. Nästan 11 procent av dem med beviljade hemtjänstinsatser har valt en privat utförare.

Inom LOU har två vård- och omsorgsboende bedrivits av företaget Vardaga AB. Uppföljningar på företaget har utförts under året enligt plan.

Uppföljning av utförare av kommunal verksamhet redovisas varje år till nämnden och till kommunstyrelsen i separat skrivelse.

7 Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Förvaltningen ska bidra till visionen om framtidens Borås genom att utgå från stadens budget samt styr- och ledningsdokument och arbeta mot kommunfullmäktiges fokusområden och nämndens mål. För att stärka chefers förutsättningar att leda och styra genomförs en organisationsöversyn som beräknas vara klar våren 2026. Parallellt fortsätter uppföljningen av beslutade handlingsplaner och ett nytt utvecklingsarbete påbörjas.

Ledningssystemet utvecklas vidare genom införande av ny modul i Stratsys. Förvaltningen kommer även arbeta vidare med att stärka kompetens kring analyser hos chefer och stab.

Inom läkemedelsområdet följs arbetet med kommunfarmaceuter upp, läkemedelsautomater införs brett i ordinärt boende och läkemedelsprocessen revideras, med fortsatt fokus på att minska olämpliga läkemedel.

Patientsäkerhetsarbetet bedrivs fortsatt enligt ”Agera för säker vård” med fokus på patientmedverkan och säkerhetskultur.

Förvaltningens övergripande processer vidareutvecklas, inklusive delegering, palliativ vård och riskförebyggande arbetssätt. Trycksår och fallolyckor är fortsatt prioriterade riskområden, där både förebyggande arbete och uppföljning av avvikelser stärks. Arbetet med avvikelser vidareutvecklas genom stärkt koppling mellan Viva och beslutsstöd samt genom förbättrad analys i Stratsys. Ytterligare ett riskområde som behöver omhändertas är munhälsa.

Brukarens och patientens delaktighet har särskilt fokus vid verksamhetsgranskningar som genomförs av MAS, MAR och SAS.

Samverkan inom närvård fortsätter enligt aktivitetsplan Nära vård 2025–2026, med särskilt fokus på förebyggande arbete och samarbete med regional primärvård. Omställningen till nära vård påverkar både socialtjänst och kommunal primärvård.

Förebyggande team för äldre testas i pilotform och planeras att införas bredare under 2026 i samverkan mellan kommun, region och primärvård. Samverkan är avgörande för sammanhållna vårdkedjor, personcentrerad vård och patientsäkerhet. Ett utvecklingsområde är att personer med behov av samordnade insatser ska i större utsträckning erbjudas samordnad individuell plan (SIP) enligt gällande lagkrav.

De strategiska utvecklingsområdena digitalisering och välfärdsteknik, förebyggande arbete, kompetensutveckling och personcentrerad vård- och omsorg genomsyrar verksamheten. En digital roadmap tas fram, förebyggande arbete integreras i alla verksamheter och arbetet med hållbar kompetensförsörjning fortsätter. Personcentrerad vård och omsorg ska vara en gemensam grund i hela förvaltningen och ligga till grund för teamarbete och utveckling.

Stöd till personer med demenssjukdom utvecklas vidare, med fokus på personer med beteendemässiga och psykiska symtom (BPSD) både i ordinärt boende och på vård- och omsorgsboenden.

Kvaliteten i dokumentationen enligt socialtjänstlagen stärks genom utbildningsinsatser, nätverk för dokumentationsombud och uppdaterade rutiner. Förvaltningen följer även kommande regelverk från Socialstyrelsen, ny socialtjänstlagstiftning och den nya socialtjänstdataregisterlagen. Det finns även ett uppdrag att göra en analys för att identifiera skillnaden mellan nuläget och följsamhet av metoden Individens behov i centrum (IBIC) som underlag för beslut om fortsatt användning av metoden.

Informationssäkerhetsarbetet utvecklas med fokus på att höja medarbetares kunskap och integrera riskanalys i ordinarie arbetssätt.

Inom kris- och säkerhetsberedskap finns behov av en gemensam struktur för ansvar och roller, och ett sådant förslag tas fram under 2026.

Nya lagar och regeländringar:

- Stärkt anhörigstöd gäller från 1 januari 2026 i den nya Socialtjänstlagen.

- Nya bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen gäller från 1 januari 2026 för stärkt beredskap.
- Lagkrav på fast omsorgskontakt i vård- och omsorgsboende från 1 juli 2026.
- Nästa steg för god och nära vård föreslås träda i kraft 1 juli 2026.
- Nytt inriktningsdokument för kommunal primärvård i Västra Götaland förväntas 2026.
- Borås Stad deltar i Sveriges kommuner och regioners (SKR) lärprocess för framtidens socialtjänst 2026–2028.
- Nytt hälso- och sjukvårdsavtal beslutas senast 31 maj 2026 och träder i kraft 1 januari 2027.
- Socialtjänstdataregisterlag träder i kraft 1 januari 2027.

Den årliga uppföljningen för 2025 visar att det finns en god följsamhet till aktiviteterna i SAM-hjulet. Bland annat har händelserapporteringen av tillbud och olycksfall följts upp kontinuerligt. Det finns löpande behov av att säkerställa kännedom om Borås Stads rutiner för skyddsorganisationen samt att arbeta aktivt med den digitala arbetsmiljön.

Kunskapsnivån när det gäller att dokumentera det systematiska arbetsmiljöarbetet i Stratsys varierar. Arbete kvarstår för att samtliga chefer i förvaltningen ska känna sig trygga och få till helheten och den röda tråden i sin arbetsmiljödokumentation kopplad till checklistor och handlingsplaner. Fortsatta utbildningsinsatser kommer att genomföras under året.

Ett årshjul för skyddskommittéernas arbete har under året tagits fram i samverkan. Årshjulet kommer att genomföras som en pilot inom Vård- och äldreförvaltningen 2026 och blir ett stöd för samverkansforumen i deras uppdrag att på ett tydligt och kontinuerligt sätt följa upp och stödja verksamheternas arbetsmiljöarbete under året.

Samverkan

Information lämnades den 11 mars 2026 vid Förvaltningens samverkansgrupp (FSG).

Beslutet expedieras till

1. Kommunstyrelsen

Johan Wikander
Ordförande

Tina Isaksson
Förvaltningschef

Ann-Christin Efraimsson
Handläggare
033-355294

Yttrande över remiss om riktlinjer för idéburet offentligt partnerskap

Vård- och äldre nämndens beslut

Vård- och äldreomsorgen beslutar att tillstyrka remissen, med synpunkter.

Sammanfattning

Vård- och äldreomsorgsnämnden ser positivt på förslaget till riktlinjer för idéburet offentligt partnerskap. Däremot identifierar Vård- och äldreomsorgsnämnden behov av förtydliganden angående de idéburna aktörernas självständighet under partnerskapet och kommunens ansvar för granskning av idéburna aktörer innan avtal ingås.

Vård- och äldre-nämnden tillstyrker remissen, med synpunkter.

Ärendet i sin helhet

Borås Stads nu gällande regler för idéburet offentligt partnerskap föreslås enligt remissförslaget bli riktlinjer för idéburet offentligt partnerskap. I förslaget till riktlinjer har det tillförts definitioner av vad idéburna organisationer och det civila samhället är. Det har också tillkommit rubriker som tydliggör processen från att ett avtal om idéburet offentligt partnerskap inleds till att det avslutas.

Vård- och äldreomsorgen ser positivt på definitionerna och strukturen i de föreslagna riktlinjerna eftersom de ökar tydligheten om förväntningar, nytta och mål för dem som upprättar och ingår avtal om idéburet offentligt partnerskap.

När det gäller kriterier för idéburet offentligt partnerskap anser Vård- och äldrenämnden att de idéburna organisationernas självständighet bör betonas. Meningen "Partnerskapet genomsyras av frånvaro av detaljstyrning och krav på åtaganden för den idéburna aktören", som är placerad under avsnittet om vad som gäller vid ingången av ett avtal, kan med fördel inkluderas som ett av kriterierna för idéburet offentligt partnerskap.

Vård- och äldreomsorgen bedömer också att ansvaret för granskning av att idéburna aktörer lever upp till förutsättningarna som gäller övrig bidragsgivning till idéburna organisationer bör tydliggöras. I förslaget framgår detta ansvar under rubriken "Uppföljning och granskning". För att minska risken för partnerskap med oseriösa aktörer kan ansvaret för granskningen lyftas fram redan i avsnittet om vad som gäller när partnerskap inleds.

Beslutsunderlag

1. Remiss: riktlinjer för Idéburet offentligt partnerskap

Samverkan

Information lämnades den 11 mars 2026 vid Förvaltningens samverkansgrupp (FSG).

Beslutet expedieras till

1. Kommunstyrelsen

Johan Wikander
Ordförande

Tina Isaksson
Förvaltningschef

REMISS

Program

Plan

Policy

• **Riktlinjer**

Borås Stads

**Riktlinjer för idéburet
offentligt partnerskap
(IOP)**

Borås Stads styrdokument

Planerande

PROGRAM – vägval, verksamheter och metoder i riktning för att nå målen i Borås

PLAN – aktiviteter, tidsram och ansvar

Normerande

POLICY – Borås Stads hållning

RIKTLINJER – rekommenderade sätt att agera

Fastställt av: Kommunstyrelsen

Datum: 2026-xx-xx

För revidering ansvarar: Kommunstyrelsen

Dokumentet gäller för: Alla nämnder och styrelser

Dnr: KS 2025-00825

Dokumentet gäller till och med: 2030

Globala målen

Detta styrdokument bidrar till följande globala mål:



Riklinjer för idéburet offentligt partnerskap (IOP)

Idéburet offentligt partnerskap (IOP) är en samarbetsform där jämbördiga parter mobiliserar för att ta sig an en samhällsutmaning. Tillsammans identifierar och utvecklar de insatser, arbetssätt, metoder och/eller verksamheter för att möta denna utmaning.

I följande riktlinje förtydligas centrala begrepp och principer för IOP, samt kriterier som ska uppfyllas för att Borås Stad ska kunna teckna IOP med idéburna aktörer. Riktlinjen kan kompletteras med nämnds specifika berednings-/handläggningsrutiner.

Överenskommelsen Borås

Riktlinjen är en del av att förverkliga den av Kommunfullmäktige beslutade Överenskommelsen om dialog och samverkan med idéburna organisationer. All samverkan med civilsamhället/ idéburna organisationer utgår från de gemensamma förhållningssätt som är formulerade i Överenskommelsen.

Idéburna organisationer/det civila samhället

Borås Stads definition av det civila samhället bygger på Regeringens prop. 2009/10:55 *"Det civila samhället är en arena som är skild från staten, marknaden och det enskilda hushållet och där människor, grupper och organisationer agerar tillsammans för gemensamma intressen."* och på formuleringarna i Överenskommelsen *"Grunden i civilsamhället är ideella föreningar och andra organisationer, som trossamfund, studieförbund, sociala företag och stiftelser. Det finns också aktörer utan formell organisation, till exempel olika nätverk. Dessa organisationer har samhällsnytta och medlemsnytta som främsta mål, samt tar tillvara befolkningens och samhällets intressen utan ekonomisk vinst. I Borås omnämns dessa som idéburna organisationer."*

Kriterier och förutsättningar för idéburet offentligt partnerskap (IOP)

Borås Stad har valt att definiera IOP utifrån den statliga utredningen *Idéburen välfärd*. (SOU 2019:56)

- Partnerskapet är ett samarbete mellan en eller flera offentliga aktörer och en eller flera idéburna aktörer i välfärden.
- Det syftar till att uppnå ett gemensamt och allmännyttigt mål.
- Såväl den offentliga som den idéburna aktören bidrar med resurser.

Initiativet till ett IOP kan komma såväl från Borås Stad som från idéburen aktör. Sammanfattningsvis kan Borås Stad ingå överenskommelse om IOP i de fall följande förutsättningar är uppfyllda:

- Partnerskapet är förenligt med kommunallagen, och syftar till ett gemensamt mål som svarar mot prioriterade politiska mål och/eller bidrar till att förverkliga kommunala styrdokument.
- Partnerskapet utgör ett komplement till det offentliga utbudet/uppdraget.
- Partnerskapet är förenligt med EU:s statsstödsregler.
- Partnerskapet inte uppfyller kriterierna för offentlig upphandling.
- Partnerskapet tydliggörs i skrift som en samfinansierad samverkansrelation. Parternas respektive bidrag till samverkan ska framgå av den skriftliga överenskommelsen.

Ingående och gemensam målstyrning

- Ansvarig nämnd/styrelse ansvarar för beslut om nytt/förnyat IOP. Om samverkan omfattar fler än en nämnd/styrelse inom Borås Stad utses en huvudansvarig bland dessa.
- Gemensamma målsättningar bör uttryckas och följas upp. Partnerskapet genomsyras av frånvaro av detaljstyrning och krav på åtaganden för den idéburna aktören.
- Den idéburna aktören medges stor frihet att disponera medlen självständigt inom en generell hållen ram.

Uppföljning och granskning

- Parterna ansvarar gemensamt för uppföljning.
- Ansvarig nämnd/styrelse ansvarar för granskning av att den idéburna aktören lever upp till förutsättningarna som gäller övrig bidragsgivning till idéburna organisationer. Vid behov kan Borås Stad göra utökade granskningar.

Omförhandling och uppsägning

- Båda parter äger rätt till omförhandling/uppsägning om väsentliga förändringar sker i gemensamt identifierade behov.
- Möjligheter att utdöma sanktioner saknas i ett IOP. Återbetalningsskyldighet kan dock bli aktuellt i extraordinära fall (om det visar sig att medlen använts för otillåtna ändamål).



BORÅS
STAD

Postadress 501 80 Borås **Besöksadress** Stadshuset, Kungsgatan 55
Telefon 033-35 70 00 **e-post** boras.stad@boras.se **Webbplats** boras.se

Samverkan

Information lämnades den 11 mars 2026 vid Förvaltningens samverkansgrupp (FSG).

Beslutet expedieras till

1. Vård- och äldre nämndens dataskyddsombud

Johan Wikander
Ordförande

Tina Isaksson
Förvaltningschef

Dataskyddsombud

Sedan dataskyddslagstiftningen, GDPR, trädde i kraft 2018 finns en delregional samverkan kring dataskyddsverksamhet i Boråsregionen.

Enligt samverkansavtalet ska Boråsregionen Sjuhärads kommunalförbund tillhandahålla dataskyddsombud i enlighet med vad som anges i dataskyddsförordningen om dataskyddsombud för deltagande kommuner inklusive de av kommunen helägda bolagen.

Nytt dataskyddsombud

Förbundet har nu anställt en ny medarbetare då Magnus Blomqvist avslutat sin anställning. Samtliga kommuner ska därför utse nytt dataskyddsombud för sina verksamheter. Det nya dataskyddsombudet ska också meddelas till Integritetskyddsmyndigheten, IMY, via deras blankett.

Kontaktuppgifter till det nya dataskyddsombudet:

Namn: Elin Forsgren
Epost: dso@borasregionen.se
Telefon: 0702-349759

För kännedom kommer Dan Bodin, dataskyddsombud, att avsluta sin anställning 260331. Vi återkommer med mer information.

Hälsningar

Linda Bergholtz
Administrativ chef

Simon Frånander
Handläggare
033-353666

Revidering av delegationsordning 2026-03-17

Vård- och äldre nämndens beslut

Vård- och äldre- och äldreomsorgsnämnden beslutar att fastställa reviderad delegationsordning och att den ska gälla från och med den 1 april 2026.

Ärendet i sin helhet

Den 1 april 2026 byter biståndshandläggare på myndighet inom Vård- och äldreförvaltningen titel till socialsekreterare. I socialtjänstlagen (2025:400) som trädde i kraft den 1 juli 2025 togs begreppet bistånd bort, vilket gör titeln biståndshandläggare missvisande. Valet av den nya titeln socialsekreterare motiveras av att det är en etablerad titel inom socialtjänsten.

Förändringen innebär att system och interna dokument behöver uppdateras. Vård- och äldreomsorgens delegationsordning har därför setts över i sin helhet för att säkerställa att den är uppdaterad med aktuell information i samband med bytet av titel från biståndshandläggare till socialsekreterare.

Beslutsunderlag

- ## 1. Delegationsordning med spårbara ändringar

Samverkan

Information lämnades den 11 mars 2026 vid Förvaltningens samverkansgrupp (FSG).

Beslutet expedieras till

1. Förvaltningsledningen, Vård- och äldreomsorgen

Johan Wikander
Ordförande

Tina Isaksson
Förvaltningschef



BORÅS STAD

Vård- och äldreämnden

Delegationsordning

Delegationer till förvaltningschef med rätt att vidaredelegera

Fastställt av:

Vård- och äldreämnden att gälla from 2026-04-01

Senast reviderad: 2026-03-17

För ev. uppföljning och tidplan för denna ansvarar: Nämndsekreterare

Dokumentet gäller för: Vård- och äldreämnden

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning.....	2
Förkortningar.....	4
Förklaringar	5
Ansvarsområde	5
Syftet med delegation	5
Delegater	5
Vidaredelegation	5
Ärenden som inte går att delegera.....	5
Nämndens återkallande	6
Brådskande ärenden	6
Anmälan av delegationsbeslut.....	6
Verkställighetsbeslut	6
Attesträtt.....	6
Personalärenden.....	7
Upphandlingsärenden	7
Kostnadsansvar	7
Facklig samverkan och MBL	7
1. Allmän handling, Ekonomi och Personal	8
1.A. Allmän handling	8
1.B. Dataskydds-förordningen.....	9
1.C. Ekonomi, upphandling m.m.....	9
1.D. Personalärenden	13
1.E. Medbestämmandelagen (MBL)/Samverkansavtalet.....	16

2. Ärendehandläggning	17
2.A. Handläggning och insatser	17
2.B. Överflyttning av ärenden	21
2.C. Avgifter	22
2.D. Bostadsanpassning	22
2.E. Jäv	24
3. Tillsyn och utredning - lex Sarah och lex Maria	24
4. Överklaganden, yttranden m.m.....	25
5. Övriga ärenden.....	27
5.A. Anmälan och underrättelser	27
5.B. Ärenden om god man/ förvaltare	29
5.C. Privata utförare LOU	29
5.D. Privata utförare LOV	30
5.E. Övrigt.....	30

Förkortningar

(Eventuellt förekommande)

AB	Allmänna bestämmelser
CKS	Centrum för kunskap och säkerhet
EC	Enhetschef
FB	Föräldrabalken
FC	Förvaltningschef
FL	Förvaltningslagen
HSL	Hälso- och sjukvårdslagen
IVO	Inspektionen för vård och omsorg
KomL	Kommunallagen
KU	Kvalitet- och utvecklingsfunktionen
LAS	Lagen om anställningsskydd
LAO	Lagen om offentlig anställning
LOU	Lagen om offentlig upphandling
LOV	Lagen om valfrihetssystem
LSS	Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade
M	Verksamhetsområde myndighet
MAS	Medicinskt ansvarig sjuksköterska
MAR	Medicinskt ansvarig rehabiliteringspersonal
MBL	Medbestämmandelagen
OSL	Offentlighets- och sekretesslagen
SAS	Socialt ansvarig samordnare
SoL	Socialtjänstlagen
SOSFS	Socialstyrelsens författningssamling
TF	Tryckfrihetsförordningen
VC	Verksamhetschef
VC (htj)	Verksamhetschef hemtjänst
VC (k)	Verksamhetschef korttid
VC (M)	Verksamhetschef myndighet
VC (vobo)	Verksamhetschef vård- och omsorgsboende
VC (D)	Verksamhetschef dagverksamhet

Förtydligande:

Begreppet verksamhetschef innefattar samtliga chefer direkt underställda förvaltningschef. I delegationer som är specifikt till en viss verksamhetschef så anges det särskilt. Exempelvis: verksamhetschef (vobo) eller HR-chef.

Förklaringar

Ansvarsområde

Vård- och äldreomsorgens ansvarsområden framgår av reglementet.

Syftet med delegation

Delegering innebär att nämnden överför självständig beslutanderätt, dvs. ger någon i uppdrag att fatta beslut på nämndens vägnar i vissa ärenden. Syftet med delegation är att nå en administrativt enklare och snabbare handläggning. Delegationsbeslut fattas i namn av den som gett delegationen och gäller på samma sätt som om nämnden själv fattat dem. Verkställighet hör till respektive befattnings arbetsuppgifter och tas inte upp i en delegationsordning. Exempel på verkställighet är att genomföra förhandlingar, bevilja personal ledighet, besluta om lön, fakturera, lämna ut allmän offentlig handling.

Delegater

En nämnd får uppdra att fatta beslut på nämndens vägnar till:

- Nämndens presidium
- Ett utskott (avdelning) av nämnden, t.ex. ett arbetsutskott
- En enskild ledamot eller ersättare, t.ex. ordförande.
- En anställd hos kommunen. Denne behöver inte nödvändigtvis vara anställd hos den nämnd som delegerar beslutanderätten.
- En automatiserad beslutsfunktion i ett visst ärende eller en viss grupp av ärenden.

Det går inte att fatta gemensamma beslut. T.ex. kan en grupp anställda eller en grupp bestående av anställda och förtroendevalda gemensamt inte fatta beslut.

Vidaredelegation

Nämndens delegation är lägsta beslutsnivå och får inte delegeras vidare.

Om förvaltningschefen vill förbehålla sig rätten att besluta i ett visst ärende eller i en viss typ av ärenden, ska den som tilldelats beslutanderätten underrättas om det i förväg.

Förvaltningschef som delegerat beslutanderätten i ett ärende får inte ändra ett redan fattat beslut.

Ärenden som inte går att delegera

I följande slag av ärenden får beslutanderätten inte delegeras:

- Ärenden som avser verksamhetens mål, inriktning, omfattning eller kvalitet
- Framställningar eller yttrande till Kommunfullmäktige, liksom yttranden med anledning av att beslut av nämnden i dess helhet eller av Kommunfullmäktige har överklagats

- Ärenden som rör myndighetsutövning mot enskilda om de är av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt, t.ex när riktlinjer frångås
- Vissa ärenden som anges i särskilda föreskrifter.

Nämndens återkallande

Nämnden kan när som helst återkalla en delegation. Detta kan göras generellt eller i ett särskilt ärende. Nämnden kan också föregripa ett beslut i ett ärende genom att själv ta över ärendet och besluta. Däremot kan nämnden inte ändra ett beslut som redan är fattat av en delegat.

Brådskande ärenden

Ordföranden, eller annan nämndledamot som nämnden utsett, kan besluta på nämndens vägnar i brådskande ärenden. Beslutet ska då anmälas vid nämndens nästa sammanträde.

Anmälan av delegationsbeslut

Beslut som fattas med stöd av delegation ska anmälas till nämnden enligt gällande rutin för respektive beslut. Anmälningsrutinerna ska vara så utformade att nämnden får tillfredsställande insyn i och kontroll över hur beslutanderätten utövas. Nämnden avgör i vilken utsträckning och i vilken form delegationsbesluten ska anmälas till nämnden.

Tidpunkten för anmälan bestämmer beräkningen av besvärstiden när det gäller överklagan som laglighetsprövning. Tiden är tre veckor från den dag som det på kommunens anslagstavla anslagits att protokollet justerats. Vid förvaltningsbesvär är också överklagningstiden tre veckor, men räknas från den dag när den som beslutet rör fått ta del av beslutet.

Verkställighetsbeslut

En stor del av de beslut som fattas rör den dagliga löpande verksamheten och innebär inte myndighetsutövning. I frågor som rör löpande drift av verksamheten, s.k. verkställighetsfrågor, följer beslutanderätten oftast den anställning man innehar. Här behövs ingen uttrycklig delegering för att beslut ska kunna fattas. Dessa frågor är ofta reglerade i lagstiftning, avtal, attestregler och liknande. Hit hör t.ex. en mängd löpande beslut om inköp och beställningar i drifts- och investeringsbudget och de flesta löpande personalärenden. Ytterligare exempel på verkställighet är att genomföra förhandlingar, bevilja personal ledighet, besluta om lön, fakturera och lämna ut allmän offentlig handling. Verkställighetsbeslut omfattas inte av anmälningsskyldigheten. Yttranden omfattas inte heller av anmälningsskyldigheten om det inte anges annat i gällande lagstiftning.

Attesträtt

Förvaltningschefen är bemyndigad att utse besluts- och behörighetsattestanter, enligt attestreglementet.

Personalärenden

Den som beslutar i personalärende ansvarar för att beslutet överensstämmer med författningar, föreskrifter i avtal samt övriga riktlinjer på det personaladministrativa området.

Vid anställning av personal i arbetsledande ställning, eller som annars har arbetsuppgifter av särskild betydelse, ska beslutsfattaren samråda med närmaste högre chef före beslut.

Kommunstyrelsens delegationsordning reglerar förvaltningschefs delegation i personalärenden. I dessa ärenden behöver Vård- och äldre nämndens delegationsordning läsas tillsammans med Kommunstyrelsens.

För lönesättning gäller särskilda rutiner.

Upphandlingsärenden

Den som beslutar om inköp eller träffar avtal om arbeten eller tjänster ansvarar för att upphandlingen sker enligt Borås Stads regler för inköp i kommunkoncernen.

Beslutsfattaren ansvarar för att välja den upphandlingsform som är lämplig med hänsyn till kravet på affärsmässighet och behovet av samordning.

Beslutsärenden ska behandlas i ett sammanhang, dvs. ärendet får inte delas upp i syfte att kringgå befogenhetsbestämmelser. Den som beslutar om inköp ansvarar för att varan motsvarar de krav från bl.a. arbetsmiljösynpunkt som ställs på produkter i förvaltningens verksamhet.

Kostnadsansvar

Beslutsfattaren ska dels förvissa sig om att nödvändiga anslag finns för de kostnader som beslutet kan innebära, dels beakta anvisningarna för medelsanvändning. Beslutsfattaren ska också förvissa sig om att täckning finns i budget. Detta avser uppstart av verksamheter och anställning av personal.

Facklig samverkan och MBL

Beslutsfattaren ansvarar i förekommande fall för samverkan med de fackliga organisationerna enligt Borås Stads samverkansavtal.

	Ärende	Lagrum	Delegat på lägsta nivå	Anmäls till nämnd	Anmärkning
	1. Allmän handling, Ekonomi och Personal				
	1.A. Allmän handling				
1	Beslut att lämna ut sekretessbelagd allmän handling eller andra sekretessbelagda uppgifter till statliga myndigheter eller för forskningsändamål när detta begärs med stöd av lag.	11 kap. 1-3 § OSL 6 kap. 3 § OSL 15 kap. 2-8 §§ SoL	Den som har vården om en handling.	Nej	Verkställighet när skyldighet att lämna ut handling följer av lag. Vid utlämnande till annan myndighet ska hänvisning göras till 15 kap. 3 § SoL. Hänvisning kan också göras till 11 kap OSL som anger att sekretessbestämmelser överförs till den mottagande myndigheten.
2	Beslut om avslag på begäran om utlämnande av allmän handling till en enskild eller annan myndighet, uppgift ur sådan handling till myndighet eller uppställande av förbehåll i samband med utlämnande till enskild.	6 kap. 2 och 6 §§ OSL 10-12 kap OSL 25-26 kap. OSL (2 kap. 2 och 14 §§ TF)	Nämndsekreterare Enhetschef (KU) Verksamhetschef	Ja	

	Ärende	Lagrum	Delegat på lägsta nivå	Anmäls till nämnd	Anmärkning
3	Beslut om att ta ut avgift för allmän handling i förskott.	6 kap. 1 a § OSL	Nämndsekreterare Enhetschef (KU) Verksamhetschef	Ja	Beslut om att ta ut avgift enligt taxa vid utlämnande är verkställighet och anmäls ej.
4	Lämna ut en uppgift till en brottsbekämpande myndighet, om uppgiften behövs i den brottsbekämpande verksamheten.	Lag (2025:170) om skyldighet att lämna uppgifter till de brottsbekämpande myndigheterna	Enhetschef Metodhandledare (M)	Nej	Bedömning av sekretess krävs för utlämnande, vid avslag se delegationspunkt 1.2
	1.B. Dataskydds-förordningen				
1	Ingå eller säga upp personuppgiftsbiträdesavtal inklusive instruktioner och datadelningsavtal.	Dataskydds-förordningen	Den delegat som har rätt att teckna huvudavtalet	Ja	
2	Beslut att anmäla en personuppgiftsincident samt att upprätta anmälan och dokumentation.	Dataskydds-förordningen	Enhetschef	Ja	
	1.C. Ekonomi, upphandling m.m.				
1	Begäran till Kommunstyrelsen om handkassa.	Kontanthanterings-PM från Stadsrevisionen	Chef för ekonomi-funktionen	Ja	

	Ärende	Lagrum	Delegat på lägsta nivå	Anmäls till nämnd	Anmärkning
2	Skadeersättning till personal, brukare, patient, anhörig och allmänhet.		Respektive chef	Ja	OBS! Konsultera alltid försäkringsansvarig säkerhetssamordnare (vid CKS)
3	Tecknande av avtal samt uppsägning därav, för förhyrning av lokaler inom vård- och omsorgsnämndens verksamhetsområde upp till en hyreskostnad motsvarande 50 prisbasbelopp per år.		Förvaltningschef	Ja	Hyra för ev. lokaler som lämnas i samband med förhyrning av nya räknas av.
4	Uppdrag till Lokalförsörjningsförvaltningen om fastighetsrelaterade investeringar upp till 50 prisbasbelopp.		Förvaltningschef	Se anmärkning	Ex ombyggnad av befintlig lokal Uppdrag om fastighetsrelaterade investeringar som är med i nämndens beslutade lokalresursplan är inte ett delegationsbeslut som ska redovisas till nämnden
5	Uppdrag till Lokalförsörjningsförvaltningen om fastighetsrelaterade investeringar upp till 10 prisbasbelopp.		Chef för ekonomifunktionen	Ja	Ex ombyggnad av befintlig lokal

	Ärende	Lagrum	Delegat på lägsta nivå	Anmäls till nämnd	Anmärkning
6	Upphandling av varor och tjänster upp till ett (1) prisbasbelopp inom drifts- och investeringsbudget anvisade medel.		Enhetschef	Se anmärkning	Avrop på befintliga ramavtal, inom drifts- och investerings-budget anvisade medel är verkställighet och anmäls ej
7	Upphandling av varor och tjänster upp till 10 prisbasbelopp inom drifts- och investeringsbudget anvisade medel.		Verksamhetschef	Se anmärkning	Avrop på befintliga ramavtal, inom drifts- och investerings-budget anvisade medel är verkställighet och anmäls ej
8	Upphandling av varor och tjänster upp till 50 prisbasbelopp inom drifts- och investeringsbudget anvisade medel.		Förvaltningschef	Se anmärkning	Avrop på befintliga ramavtal, inom drifts- och investerings-budget anvisade medel är verkställighet och anmäls ej
9	Teckna individavtal med externa utförare för köpt korttidsplats eller boendeplats.		Verksamhetschef (M)	Ja	
10	Tecknande av individavtal om att sälja korttidsplats till annan kommun eller myndighet.		Verksamhetschef (K)	Ja	I samråd med boende-planeringen

	Ärende	Lagrum	Delegat på lägsta nivå	Anmäls till nämnd	Anmärkning
11	Tecknande av individavtal om att sälja plats på dagverksamhet till annan kommun eller myndighet.		Verksamhetschef (D)	Ja	
12	Tecknande av individavtal om att sälja vård- och omsorgsboendeplats till annan kommun eller myndighet.		Verksamhetschef (vobo)	Ja	I samråd med boendeplaneringen
13	Utse attestanter.	Borås Stads attestreglemente	Förvaltningschef	Ja	
14	Beslut om fördelning av tillfälliga/riktade statsbidrag.		Chef för ekonomifunktionen	Ja	
15	Ansöka om samt återrapporera statsbidrag.		Chef för ekonomifunktionen	Ja	
16	Avskrivning av fordran avseende avgift enligt taxa för vård och omsorg om äldre och personer med funktionsnedsättning samt avgift enligt taxa för mat inom omsorgen om äldre och personer med funktionsnedsättning upp till ett halvt basbelopp.		Avgiftshandläggare	Ja	

	Ärende	Lagrum	Delegat på lägsta nivå	Anmäls till nämnd	Anmärkning
	1.D. Personalärenden				
1	Ställföreträdande förvaltningschef vid förvaltningschefens frånvaro (ex. semester).		Förvaltningschef	Ja	Tillförordnad förvaltningschef utses av kommunstyrelsen
2	Tillsvidareanställning av verksamhetschef före fyllda 69 år samt anställning för viss tid.	4-5 §§ LAS 4 § AB 11 § MBL	Förvaltningschef	Ja, anmäls 2 ggr per år.	Anställningsbeslut ska alltid föregås av samråd med HR-funktionen om eventuell företrädesrätt enligt LAS. Före beslut om anställning av chef ska skyldigheterna enligt 11 § MBL i enlighet med Borås Stads samverkansavtal vara uppfyllda. Innan anställningsbeslutet ska lönen vara fastställd och accepterad av den sökande.

	Ärende	Lagrum	Delegat på lägsta nivå	Anmäls till nämnd	Anmärkning
3	Tillsvidareanställning av enhetschef före fyllda 69 år samt anställning för viss tid.	4-5 §§ LAS 4 § AB 11 § MBL	Verksamhetschef	Ja, anmäls 2 ggr per år.	Anställningsbeslut ska alltid föregås av samråd med HR-funktionen om eventuell företrädesrätt enligt LAS. Före beslut om anställning av chef ska skyldigheterna enligt 11 § MBL i enlighet med Borås Stads samverkansavtal vara uppfyllda. Innan anställningsbeslutet ska lönen vara fastställd och accepterad av den sökande.
4	Tillsvidareanställning av övrig personal. Före fyllda 69 år.	4 § LAS 4 § AB	Respektive chef	Ja, anmäls 2 ggr per år.	Anställnings-beslutet ska alltid föregås av samråd med HR-funktionen om eventuell företrädesrätt enligt LAS. Innan anställnings-beslutet ska lönen vara fastställd och accepterad av den sökande. Beslut om anställning av legitimerad personal innefattar även beslut om lönesättning

	Ärende	Lagrum	Delegat på lägsta nivå	Anmäls till nämnd	Anmärkning
5	Anställa för viss tid.	5 § LAS 4 § AB	Respektive chef	Ja, anmäls 2 ggr per år. Anställning upp till tre månader anmäls inte	Anställnings-beslutet ska alltid föregås av samråd med HR-enheten om eventuell företrädesrätt enligt LAS. Innan anställnings-beslutet ska lönen vara fastställd och accepterad av den sökande. Beslut om anställning av legitimerad personal innefattar även beslut om lönesättning Beslut om anställning upp till tre månader är verkställighet.
6	Beslut om lönesättning av legitimerad personal.		Enhetschef	Ja, anmäls 2 ggr per år.	Rutin för lönesättning av legitimerad personal ska följas innan beslut om löntas.
7	Beslut om uppsägning på grund av personliga skäl samt beslut om avsked.	4 §, 7-10 §§, 11-14 §§ och 18-20 §§ LAS 33 § AB	HR-chef	Ja	

	Ärende	Lagrum	Delegat på lägsta nivå	Anmäls till nämnd	Anmärkning
8	Beslut om uppsägning på grund av arbetsbrist.	4 §, 7-10 §§, 11-14 §§ och 22 § LAS 33 § AB	Verksamhetschef	Ja	
9	Skriftlig varning.	11 § AB	HR-chef	Ja	
10	Avstängning.	10 § AB	HR-chef	Ja	
11	Beslut om förbud mot bisyssla.	§ 7 LOA 8 § AB	Verksamhetschef	Ja	
	1.E. Medbestämmandelagen (MBL)/Samverkansavtalet				
1	Förhandling och information.	11-12, 19 §§ MBL	Enhetschef Verksamhetschef HR-chef	Nej	Genomförs som huvudregel i samverkan enligt Borås Stads samverkansavtal.
2	Förhandling.	14 § MBL	HR-chef Verksamhetschef	Nej	

	Ärende	Lagrum	Delegat på lägsta nivå	Anmäls till nämnd	Anmärkning
3	Förhandling.	38 § MBL	Förvaltningschef	Nej	Genomförs som huvudregel i samverkan enligt Borås Stads samverkansavtal.
	2. Ärendehandläggning				
	2.A. Handläggning och insatser				Punkt 5-16, 18-19 avser att bifalla, avslå och/eller upphöra insats.
1	Beslut om att utredning ska inledas.	14 kap. 2 § SoL	Biståndshandläggare Socialsekreterare Metodhandledare	Ja	
2	Beslut om att utredning inte ska inledas.	14 kap. 2§ SoL	Biståndshandläggare Socialsekreterare Metodhandledare	Nej	
3	Beslut om att avvisa en ansökan.	Ingen laghänvisning	Biståndshandläggare Socialsekreterare Metodhandledare	Ja	

	Ärende	Lagrum	Delegat på lägsta nivå	Anmäls till nämnd	Anmärkning
4	Beslut om att utredning ska avskrivas/avlutas.	14 kap. 2 § SoL	Biståndshandläggare Socialsekreterare Metodhandledare	Ja	
5	Insats i form av hemtjänst.	11 kap. 1 § SoL	Biståndshandläggare Socialsekreterare Metodhandledare	Ja	
6	Beslut att omplacera vid insats om hemtjänst.	11 kap. 1 § SoL	Biståndshandläggare Socialsekreterare Metodhandledare	Ja	Byte av utförare
7	Insats i form av matdistribution.	11 kap. 1 § SoL	Biståndshandläggare Socialsekreterare Metodhandledare	Ja	
8	Insats i form av trygghetslarm.	11 kap. 1 § SoL	Automatiserad beslutsfunktion Biståndshandläggare Socialsekreterare Metodhandledare	Ja	

	Ärende	Lagrum	Delegat på lägsta nivå	Anmäls till nämnd	Anmärkning
9	Insats i form av dagverksamhet.	11 kap. 1 § SoL	Biståndshandläggare Socialsekreterare Metodhandledare	Ja	
10	Insats i form av kontaktperson.	11 kap. 1 § SoL	Enhetschef	Ja	
11	Insats i form av boendestöd.	11 kap. 1 § SoL	Biståndshandläggare Socialsekreterare Metodhandledare	Ja	
12	Beslut med anledning av ansökan om insats i annan kommun (inflyttning från annan kommun till Borås Stad).	29 kap. 7 § SoL 11 kap. 1 § SoL	Biståndshandläggare Socialsekreterare Metodhandledare	Ja	
13	Insats i form av hemvårdsbidrag, inklusive insats i form av avgiftsfri avlösning.	11 kap. 4 § SoL	Biståndshandläggare Socialsekreterare Metodhandledare	Ja	
14	Insats i form av växelvård.	11 kap. 1 § SoL	Biståndshandläggare Socialsekreterare Metodhandledare	Ja	

	Ärende	Lagrum	Delegat på lägsta nivå	Anmäls till nämnd	Anmärkning
15	Insats i form av korttidsplats, inom Borås Stad eller Boråsregionens kommuner.	11 kap. 1 § SoL	Biståndshandläggare Socialsekreterare Metodhandledare	Ja	
16	Insats i form av korttidsplats, hos annan huvudman än vad som avses 2.A.15.	4 kap. 3 § SoL 11 kap. 1 § SoL	Enhetschef (M)	Ja	Verksamhetschef (M) tecknar individavtal med extern utförare – se delegation 1.C.9
17	Beslut om hemtjänst eller akut placering på korttidsplats utanför kontorstid.	11 kap. 1 § SoL	Sjuksköterska	Ja	Gäller oavsett om patienten är inskriven i kommunal hälso- och sjukvård. Biståndshandläggare Socialsekreterare ska kontaktas omedelbart nästkommande vardag för vidare handläggning av ärendet.
18	Insats i form av vård- och omsorgsboende, inklusive parboende inom Borås Stad eller Boråsregionens kommuner.	11 kap. 1 § SoL 11 kap. 3 § SoL	Enhetschef (M)	Ja	

	Ärende	Lagrum	Delegat på lägsta nivå	Anmäls till nämnd	Anmärkning
19	Insats i form av vård- och omsorgsboende, inklusive parboende, hos annan huvudman än vad som avses i 2.A.18.	4 kap. 3 § SoL 11 kap. 1 § SoL 11 kap. 3 § SoL	Enhetschef (M)	Ja	Verksamhetschef (M) tecknar individavtal med extern utförare – se delegation 1.C.10
20	Beslut om att omplacera eller upphöra en insats om vård- och omsorgsboende inklusive parboende.	11 kap. 1 § SoL	Biståndshandläggare Socialsekreterare Metodhandledare	Ja	
	2.B. Överflyttning av ärenden				
1	Begäran om överflyttning av ärende till nämnd i annan kommun.	29 kap. 10 § SoL	Enhetschef (M)	Ja	
2	Ansökan till IVO om överflyttning av ärende till nämnd i annan kommun.	29 kap. 11 § SoL	Enhetschef (M)	Ja	
3	Beslut att ta emot ärende från annan kommun.	29 kap. 10 § SoL	Enhetschef (M)	Ja	
4	Beslut att inte ta emot ärende från annan kommun.	29 kap. 10 § SoL	Enhetschef (M)	Ja	

	Ärende	Lagrum	Delegat på lägsta nivå	Anmäls till nämnd	Anmärkning
5	Beslut om att överklaga IVOs beslut om att nämnden ska ta emot ärende från annan kommun.	35 kap. 2-3 §§ SoL 35 kap. 5 § 2 st SoL	Enhetschef (M)	Ja	
	2.C. Avgifter				
1	Beslut om avgiftens storlek.	32 kap. SoL	Avgiftshandläggare	Ja	
2	Beslut om jämkning av avgift.	32 kap. SoL	Avgiftshandläggare	Ja	I samråd med enhetschef (M)
3	Beslut om nedsättning av eller befrielse från avgift.	32 kap. SoL	Enhetschef (M)	Ja	
4	Beslut om ändring av minimibelopp vid fördyrade omkostnader.	32 kap. 9 § SoL	Avgiftshandläggare	Ja	Ex kostnad för god man
5	Beslut om ändring av avgift.	32 kap. 10 § SoL	Avgiftshandläggare	Ja	
	2.D. Bostadsanpassning				Punkt 1-2. 7-10 avser att bifalla eller avslå bidrag.
1	Beslut om bostadsanpassningsbidrag upp till 200 000 kr.	16 § lag (2018:22) om bostadsanpassningsbidrag	Handläggare	Ja	

	Ärende	Lagrum	Delegat på lägsta nivå	Anmäls till nämnd	Anmärkning
2	Beslut om bostadsanpassningsbidrag upp till 500 000 kr.	16 § lag (2018:22) om bostadsanpassningsbidrag	Enhetschef (M)	Ja	
3	Beslut om återkallelse av beslut om bidrag upp till 200 000 kr.	19 § lag (2018:22) om bostadsanpassningsbidrag	Handläggare	Ja	
4	Beslut om återkallelse av beslut om bidrag upp till 500 000 kr.	19 § lag (2018:22) om bostadsanpassningsbidrag	Enhetschef (M)	Ja	
5	Beslut om återbetalning av kontantbidrag upp till 200 000 kr.	21 § lag (2018:22) om bostadsanpassningsbidrag	Handläggare	Ja	
6	Beslut om återbetalning av kontantbidrag upp till 500 000 kr.	21 § lag (2018:22) om bostadsanpassningsbidrag	Enhetschef (M)	Ja	
7	Beslut om bidrag till återställning upp till 200 000 kr.	12 § lag (2018:22) om bostadsanpassningsbidrag	Handläggare	Ja	

	Ärende	Lagrum	Delegat på lägsta nivå	Anmäls till nämnd	Anmärkning
8	Beslut om bidrag till återställning upp till 500 000 kr.	12 § lag (2018:22) om bostadsanpassningsbidrag	Enhetschef (M)	Ja	
9	Beslut om att bidrag ska lämnas på annat sätt än kontantbidrag upp till 200 000 kr.	16 § lag (2018:22) om bostadsanpassningsbidrag	Handläggare	Ja	T ex begagnad anordning
10	Beslut om att bidrag ska lämnas på annat sätt än kontantbidrag upp till 500 000 kr.	16 § lag (2018:22) om bostadsanpassningsbidrag	Enhetschef (M)	Ja	T ex begagnad anordning
	2.E. Jäv				
1	Rätt att pröva och avgöra jävsinvändning mot handläggare, som beslutar i individärenden.	7 kap. § 4 KomL	Enhetschef (M)	Ja	
	3. Tillsyn och utredning - lex Sarah och lex Maria				
1	Utredning, bedömning och beslut om ej missförhållande, missförhållande eller påtaglig risk för missförhållande enligt lex Sarah.	27 kap. 5 § SoL SOSFS 2011:5	SAS	Ja	

	Ärende	Lagrum	Delegat på lägsta nivå	Anmäls till nämnd	Anmärkning
2	Utredning, bedömning och beslut om påtaglig risk för allvarligt missförhållande eller allvarligt missförhållande och därmed anmälan till IVO, enligt lex Sarah.	27 kap. 6 § SoL SOSFS 2011:5	SAS	Ja	Anmälan till IVO, handlingsplan och ev kompletteringar till dessa ska anmälas till nämnd som anmälningsärende
3	Utredning, bedömning och anmälan till Läkemedelsverket, av negativ händelse eller tillbud med medicintekniska produkter.	HSLF-FS 2017:27	MAR MAS	Ja	
4	Anmälan till IVO av lex Maria-ärenden.	4 kap. 6 § punkt 5b hälso- och sjukvårdsförordningen och HSLF-FS 2017:41	MAS MAR	Ja	
	4. Överklaganden, yttranden m.m.				
1	Beslut om att avslå enskild parts begäran om att ärendet ska avgöras.	12 § FL	Verksamhetschef	Ja	

	Ärende	Lagrum	Delegat på lägsta nivå	Anmäls till nämnd	Anmärkning
2	Prövning av att överklagande har kommit in i rätt tid samt avvisning av överklagande som inkommit för sent.	45 § FL 13 kap. 5-6 §§ KomL	Delegat i ursprungsbeslutet	Ja	Bevisbördan ligger på förvaltningen. Det räcker inte med datum för när besvärsskrivelse har skickats. Beslut om att avvisa besvär kan överklagas på samma sätt som grundbeslutet.
3	Beslut att ompröva alt. inte ompröva ett beslut där ursprungsbeslutet fattats av delegat.	37-39 § FL	Delegaten i ursprungsbeslutet	Ja	
4	Yttrande till förvaltningsdomstol i ärenden som överklagats av den enskilde.	Lagrum i ursprungsbeslutet	Delegat i ursprungsbeslutet	Ja	Avser alla förvaltningsdomstolar. Avser den enskildes möjlighet att överklaga ett ärende.
5	Överklaga och i förekommande fall begära inhibition av beslut när förvaltningsdomstol ändrat beslutet samt avge yttrande i sådana ärenden.	40 § FL, 48 § FL	Verksamhetschef	Ja	
6	Rättelse av beslut.	36 § FL	Delegat i ursprungsbeslutet	Ja	

	Ärende	Lagrum	Delegat på lägsta nivå	Anmäls till nämnd	Anmärkning
7	Yttrande till IVO över ej verkställda beslut.	34 kap. 1 § SoL	Enhetschef (M)	Ja	
8	Yttrande till förvaltningsdomstol gällande IVO:s ansökan om utdömande av särskild avgift.	34 kap. §§ 5-6 SoL	Verksamhetschef	Ja	
9	Beslut att avvisa ombud.	14 § FL	Enhetschef	Ja	
10	Beslut om föreläggande vid begäran om att ombud ska styrka sin behörighet med fullmakt.	15 § FL	Enhetschef	Ja	
11	Yttrande till myndighet i övrigt.		Verksamhetschef	Ja	Ej yttranden till KF eller yttranden i ärenden som rör myndighetsutövning mot enskild om de är av principiell beskaffenhet.
12	Yttrande till IVO med anledning av klagomål eller tillsyn.		MAS/MAR/SAS Verksamhetschef	Ja	
	5. Övriga ärenden				
	5.A. Anmälan och underrättelser				

	Ärende	Lagrum	Delegat på lägsta nivå	Anmäls till nämnd	Anmärkning
1	Uppgiftslämnande till smittskyddsläkare.	6 kap. 9 § Smittskyddslagen	MAS	Nej	Verkställighet då denna skyldighet följer av lag
2	Anmälningsskyldighet enligt smittskyddslagen.	6 kap. 12 § Smittskyddslagen	MAS	Nej	Verkställighet då denna skyldighet följer av lag
3	Anmälan till Skatteverket om oriktig eller ofullständig uppgift i folkbokföringen.	32 c § Folkbokföringslagen	Enhetschef Metodhandledare (M)	Ja	Sekretessbedömning
4	Underrättelse till annan myndighet/organisation om att en ekonomisk förmån eller ett ekonomiskt stöd har beslutats, betalats ut eller tillgodoräknats felaktigt eller med ett för högt belopp.	3 § Lag (2008:206) om underrättelseskyldighet vid felaktiga utbetalningar från välfärdssystemen	Enhetschef Metodhandledare (M)	Ja	
5	Polisanmäla misstanke om brott enligt bidragsbrottslagen.	6 § Bidragsbrottslagen	Enhetschef Metodhandledare (M)	Ja	
6	Anmälan till IVO om privata utförare gällande saknat tillstånd, olämplighet eller allvarliga brister i verksamheten.	27 kap. 7 § SoL 15 § 11 LSS	Enhetschef Metodhandledare (M) Utvecklingsledare privata utförare	Ja	Anmälningsskyldigheten i LSS gäller hela kommunen, inte endast Sociala omsorgsnämnden.

	Ärende	Lagrum	Delegat på lägsta nivå	Anmäls till nämnd	Anmärkning
	5.B. Ärenden om god man/förvaltare				
1	Beslut om att till överförmyndare anmäla behov av god man/förvaltare.	11 kap. 4 § och 7 § FB	Biståndshandläggare Socialsekreterare Metodhandledare (M) Enhetschef	Ja	
2	Anmälan till överförmyndare om att behov av god man/förvaltare inte längre föreligger.	11 kap. 4 och 7 §§ FB	Biståndshandläggare Socialsekreterare Metodhandledare Enhetschef	Ja	
	5.C. Privata utförare LOU				
1	Föreläggande utan vite gentemot privat utförare vid fel och brister.		Chef för kvalitets- och utvecklingsfunktionen (avtalsansvarig)	Ja	
2	Föreläggande med vite gentemot privat utförare vid fel och brister.		Förvaltningschef	Ja	

	Ärende	Lagrum	Delegat på lägsta nivå	Anmäls till nämnd	Anmärkning
3	Ändringar och tillägg till avtal med privat utförare.		Förvaltningschef	Ja	Beslut om att häva, säga upp eller förlänga avtal fattas av Vård- och äldrenämnden
	5.D. Privata utförare LOV				
1	Beslut om nya ansökningar och tecknande av avtal med privat utförare enligt LOV.	Lag (2008:962) om valfrihetssystem (LOV)	Förvaltningschef	Ja	Samråd inför beslut sker i upphandlingsgruppen. Beslut om uppsägning och vite fattas av Vård- och äldrenämnden
	5.E. Övrigt				
1	Ändring av inriktning på vård- och omsorgsboende och korttid, t.ex. profilinriktning och målgruppsinriktning.		Verksamhetschef (k)/ Verksamhetschef (vobo)	Ja	
2	Beslut om inflyttningsstopp till enhet/enheter på vård- och omsorgsboende i syfte att tillfälligt anpassa antalet platser till förväntat behov.		Förvaltningschef	Ja	
3	Beslut om verksamhetschef för hälso- och sjukvård.	HSL 4 kap. 2§	Förvaltningschef	Ja	

	Ärende	Lagrum	Delegat på lägsta nivå	Anmäls till nämnd	Anmärkning
4	Beslut om individuella besöksrestriktioner, besöksregler och besökstider för vård- och omsorgsboenden	Arbetsmiljölagen (1977:1160) eller andra tillämpliga regler	Verksamhetschef (vobo)	Ja	Beslut ska om möjligt fattas efter samråd med förvaltningschef och förvaltningsjurist eller stadsjurist. Varje beslut kan gälla som längst i sex månader och ska omprövas så snart det inte längre finns behov av besöksregler.

Johan Wikander
Ordförande

Tina Isaksson
Förvaltningschef

Informationshanteringsplan för Vård- och äldreämnden

Inledning

Vad är en informationshanteringsplan?

Den information som skapas inom kommunal verksamhet är en värdefull tillgång. För att säkra informationsförsörjningen måste informationen därför förvaltas och hanteras på ett planerat och organiserat sätt. För att kunna skydda informationen och använda den effektivt måste man veta vilken information verksamheten hanterar och på vilket sätt det sker. Av arkivlagen (1990:782) och Arkivregler för Borås Stad följer att varje nämnd och styrelse måste planera och styra hanteringen av sin information.

En informationshanteringsplan är ett effektivt redskap för nå upp till kraven att hantera de allmänna handlingarna på ett strukturerat och enhetligt sätt (styra hur och var de registreras, hanteras, förvaras, värderas och arkiveras), vilket säkerställer att lagar och andra påbud efterlevs. Informationshanteringsplanen styr hur de allmänna handlingarna inom en verksamhet ska hanteras genom hela dess livscykel, redan från att de inkommer eller upprättas till dess de ska arkiveras eller gallras. Det är särskilt viktigt att tänka på hur förändrad organisation eller förändrat arbetssätt (införandet av nya rutiner, övergång från pappershantering till digital hantering, nya driftsformer eller nya it-system) kan påverka hanteringen av de allmänna handlingarna och förutsättningarna för gallring eller bevarande.

Informationshanteringsplanen är dels en sammanställning över de allmänna handlingar som förekommer hos nämnd eller styrelse, dels ett gallringsbeslut som reglerar hur informationen ska hanteras. Genom dokumenthanteringsplanen säkerställs att rätt och väsentlig information bevaras för framtiden samtidigt som den bidrar till att upprätthålla en god offentlighetsstruktur och till att effektivisera nämndens eller styrelsens informationshantering. För att planen ska motsvara de faktiska förhållandena hos nämnd och styrelse är det viktigt att den årligen går igenom och revideras vid behov.

Handlingar kan bevaras, gallras eller rensas

När det i planen anges att en handling ska *bevaras* innebär detta att den ska sparas för all framtid och levereras till Stadsarkivet enligt angiven leveransfrist eller särskild överenskommelse. Med begreppet *gallring* avses förstöring av allmänna handlingar. Om inte annat följer av lag eller förordning beslutar nämnd eller styrelse, efter samråd med Stadsarkivet, om gallring i sitt arkiv. Ett gallringsbeslut är framåtsyftande och gäller från och med det datum då gallringen fastställts i nämnden eller styrelsen. Allmänna handlingar som inte är medtagna i planen får alltså inte gallras. Det är viktigt att bygga upp en rutin för hur behov av förändringar i dokumenthanteringsplanen ska rapporteras och dokumenteras, så att de kan tas med i den årliga revideringen av dokumenthanteringsplanen.

Vid bedömning av vilka handlingar som ska gallras ska hänsyn tas till i vilken mån de tillgodoser

- allmänhetens informationsbehov och rätt till insyn
- behovet av information för rättskipningen och förvaltningen samt
- forskningens behov

Uppgifter om gallring och gallringsfrist anges i informationshanteringsplanen. De handlingar som ska gallras förvaras hos nämnd eller styrelse tills gallring verkställts.

Med *rensning* avses att avlägsna arbetspapper av tillfällig betydelse, som inte behövs för att förstå ärendet. Handlingar som inte ska tillhöra arkivet ska fortlöpande, och senast vid arkivläggning, rensas vilket ska göras av en person med god kännedom om handlingarnas betydelse för forståelsen av ärendet, normalt handläggaren.

Arkivbeständighet och arkivförvaring

För att undvika framtida informationsförluster ska de handlingar som ska bevaras framställas med material och metoder som garanterar informationens beständighet över tid. För handlingar i elektronisk form ska standardformat användas så långt som möjligt. I de fall arkivmyndigheten inte meddelat särskilda råd eller anvisningar för informationshanteringen är det lämpligt att följa Riksarkivets föreskrifter, allmänna råd och tekniska krav. Kostnader för arkivvården, i form av registrering, lagring, migrering, konvertering, gallring och rensning, är varje nämnd och styrelses ansvar tills handlingarna överlämnats till arkivmyndigheten.

Nämnden och styrelsen ansvarar själv för att förvara sina allmänna handlingar på ett sådant sätt att de skyddas mot förstörelse, skada, tillgrepp och obehörig åtkomst. Vid ny-

och ombyggnad av arkivlokal ska varje nämnd och styrelse samråda med arkivmyndigheten.

Privat/enskild utförare

Delar av Vård- och äldreomsorgens verksamhet utförs av privata utförare eller vårdgivare enligt Lagen om valfrihet (LOV) eller Lagen om offentlig upphandling (LOU). Information tillhörande dessa verksamheter hanteras i enlighet med avtal mellan Vård- och äldreomsorgen/Borås Stad och utföraren.

Förklaring till informationshanteringsplanens kolumner

Informationshanteringsplanen är uppbyggd utifrån den informationsklassificeringsstruktur som finns i processhanteringsverktyget Canea One. I informationshanteringsplanen ska nämndens eller styrelsens information knytas till dess verksamhetsområden och processer, i vilka de allmänna handlingarna uppstår.

Struktur Strukturen byggs upp med hjälp av punktnotation och här anges punktnotationen utifrån processtrukturen i Canea One.

Verksamhetstyp, Verksamhetsområde, Processgrupp, Process, Underprocess/Aktivitet Här redovisas i textform den struktur inom vilken verksamhetens handlingar förekommer. Strukturen delas upp i följande nivåer: *Verksamhetstyp*, är den första nivån och kan vara 1. Styrande, 2. Stödjande eller 3. Kärnverksamhet. Styrande verksamheter ramar in uppdraget, ställer krav på och anger hur verksamheten ska arbeta. Stödjande verksamhet är, liksom den styrande, inåtriktad och innefattar allt som behövs för att kärnverksamheten ska fungera. Kärnverksamheten är utåtriktad och unik för respektive förvaltning. *Verksamhetsområde* utgör den andra nivån, som beskriver det verksamheten arbetar med, vilket i stora drag kan sägas utgå från de uppdrag förvaltningen har. *Processgrupp* är den tredje nivån och är en rubriknivå för att hålla ihop de av de underliggande processerna, som är närbesläktade. Den utgör ett mellanled mellan verksamhetsområdet och processerna. *Process* är den tjänst verksamheten utför i form av ett återkommande arbetsflöde. Det är den fjärde nivån i strukturen och det är på den nivån information skapas till följd av de aktiviteter som utförs. Vid behov kan en process indelas ytterligare, i underprocess/aktivitet.

Exempel:

Nivå 1	Verksamhetstyp	3. Kärnverksamhet
Nivå 2	Verksamhetsområde	3.3. Infrastruktur
Nivå 3	Processgrupp	3.3.6. Gator, vägar och parkering
Nivå 4	Process	3.3.6.1. Hantera gator, vägar, torg och broar

Handlingstyp Här anges de allmänna handlingar som skapas till följd av den verksamhet som bedrivs, till exempel protokoll eller bygglovsansökan, utifrån var i strukturen de förekommer. Handlingsbegreppet omfattar inte bara pappershandlingar. Handlingarna uppräknas i den ordning de förekommer inom processen. Information redovisas inte på högre nivå än den fjärde nivån.

Registrering Här anges hur handlingen hanteras på förvaltningen utifrån något av nedanstående hanteringssätt. *Diariet* är ett sätt att registrera handlingar, huvudsakligen de som saknar tydliga sorteringsbegrepp och därför klassificeras utifrån ett ämnesområde - en registreringsplan eller diariplan. När registrering sker i nämndens eller styrelsens huvuddiarium anges det med ett D. Om det inom nämnden eller styrelsen förekommer flera diariier än huvuddiariet anges i vilket diarium handlingen registreras, till exempel SPKC:s diarium eller Skolans diarium etc.

När handlingen eller uppgift i handlingen registreras i annat it-system än ovan anges *it-systemets namn*, till exempel ByggR, Heroma eller VIVA.

Systematisk förvaring innebär att handlingarna inte registreras, utan förvaras på ett i förväg bestämt sätt baserat på ett naturligt sorteringsbegrepp, till exempel i kronologisk ordning, efter personnummer eller i verifikationsnummerordning. Den fysiska sorteringen och placeringen kan då sägas utgöra "registreringen", vilket förutsätter att det klart framgår om handlingen inkommit eller upprättats och att alla snabbt kan återfinna en handling. Systematisk förvaring kan dock inte användas för handlingar som omfattas av

sekretess eftersom förvaringsformen inte uppfyller lagens krav, att handlingar som innehåller sekretesskyddade uppgifter ska registreras om det inte finns ett undantag från registreringskyldigheten. Systematisk förvaring anges med ett S.

Sekretess Här anges med en hänvisning till lagparagraf om handlingen (kan) omfattas av sekretess, eller *Nej* om handlingen inte omfattas av sekretess.

Förvaringsplats/Sorteringsordning Här anges var handlingen förvaras, till exempel Närarkiv, plan 3. Om det av olika anledningar inte går att ge handlingen en fysisk placering kan man istället ange vid vilken funktion som handlingen går att återfinna, till exempel ”Flyktingsamordnare” eller ”Enhetschef för X”. Här kan även anges om handlingen ingår i någon särskild akt, till exempel personalakt, klientakt eller liknande. Om handlingen förekommer digitalt i ett it-system anges it-systemets namn, till exempel Ciceron. Förekommer handlingen digitalt på annan plats än i it-systemet, anges i vilken mapp den går att återfinna, till exempel J:\Förvaltningen\Mapp1\Undermapp. Platsen ska vara tillräckligt specificerad för att lätt kunna återfinnas, oberoende av vilken personal som är närvarande. Handlingar som ska bevaras bör förvaras åtskilda från de som ska gallras. Handlingstyper som ska gallras märks lämpligen med aktuell gallringstidpunkt. Handlingar som ska gallras vid olika tidpunkter bör förvaras åtskilda från varandra.

Sorteringsordning anger hur handlingarna är ordnade, vilket inte alltid är alldeles uppenbart. För handlingar som inte registreras ställer lagen krav på att de ”hålls ordnade så att det utan svårighet kan fastställas om de har kommit in eller upprättats”, till exempel genom systematisk förvaring. För att allmänna handlingar ska kunna lämnas ut skyndsamt är det viktigt att ha en genomtänkt ordning med tydliga sökvägar. Genom att ange handlingarnas sorteringsordning underlättas uppfyllandet av detta lagkrav. Sorteringsordning kan vara exempelvis kronologiskt efter beslutsdatum, alfabetiskt efter fastighetsbeteckning, i personnummerordning etc. Tänk på att såväl förvaring som ordning bör vara praktisk ur hanteringssynpunkt, till exempel vid utlämnande av allmän handling och för hantering idag, på sikt, vid slutarkivering och vid gallring.

Medium Här anges på vilket medium handlingen är fäst då den förekommer i verksamheten, till exempel papper¹ eller digitalt.

Bevaras/Gallringsfrist Här görs en informationsvärdering för att avgöra om handlingstypen ska bevaras eller gallras. För handlingar som ska gallras anges en gallringsfrist, vilken anger antalet hela kalenderår, plus innevarande, som måste förflyta innan gallring kan ske. En handlingstyp som inkommit/upprättats 2007 och som har en beslutad gallringsfrist på 2 år, får gallras först 2010. När det står gallring ”vid inaktualitet” finns däremot ingen bestämd gallringsfrist utan handlingen kan gallras när den bedöms sakna framtida värde för förvaltningen, vanligtvis efter kort tid.

Arkivmedium/-format För handlingar som ska bevaras anges här det medium eller format handlingen ska arkiveras i, om det skiljer sig från det medium handlingen är fäst på då den förekommer i verksamheten.

Lev.frist Med leveransfrist avses tidpunkt för leverans till arkivmyndigheten (Stadsarkivet). Fristen beräknas vanligen från utgången av det år då handlingen upprättades. Avgörande för bedömningen är handlingarnas återsökningsfrekvens och tillväxt. Överenskommelse om leveransfrister träffas med Stadsarkivet. Fristerna begränsas vanligtvis till 2, 5 eller 10 år. Samordna leveranser från nämnden eller styrelsen, istället för många små leveranser.

Anmärkning Här görs förtydliganden eller upplysningar som är relevant för hanteringen, såsom relation till annan handling, hänvisning till gällande lagstiftning, sekretess eller liknande.

Systembeskrivning

Under denna rubrik ges en kort beskrivning av de IT-system som används av nämnden eller styrelsen och som hanterar allmänna handlingar.

¹ Med papper avses åldringsbeständigt papper, om inget annat anges. Andra papperskvaliteter är till exempel, SvA 80 eller SvA 100 (svenskt arkiv 80 respektive 100 gram). Alla här omnämnda papperskvaliteter uppfyller kvalitetskraven för långsiktigt bevarande, men de två senare står sig dessutom bättre mot slitage. För handlingar som ska bevaras ska alltid någon av dessa papperskvaliteter användas. Enligt avtal 2025 är allt papper för utskrift och kopiatorer arkivbeständigt.

Innehållsförteckning

Inledning

Administration

1 Styrande processer

1.1 Ledning

- 1.1.3 Vård- och äldreomsorgen
- 1.1.3.1 Hantera nämndprocess
- 1.1.4 Versamhetsledning
- 1.1.4.1 Överlägga och besluta
- 1.1.4.2 Planera och följa upp verksamhet
- 1.1.4.3 Utveckla verksamhet
- 1.1.4.4 Bedriva systematiskt kvalitetsarbete
- 1.1.4.7 Hantera skadeståndsanspråk

1.2 Styrning

- 1.2.3 Nämndens styrning och kontroll
- 1.2.3.1 Hantera egen styrning
- 1.2.3.2 Bedriva internkontroll
- 1.2.4 Mål- och resursplanering
- 1.2.4.1 Hantera 1-åriga mål- och resursplan

1.3 Organisering

- 1.3.1 Organisering
- 1.3.1.2 Organisera verksamhet

1.4 Demokrati och insyn

- 1.4.1 Hantering av allmänna handlingar
- 1.4.1.0 Leda - Styra - Organisera
- 1.4.1.1 Tillhandahålla allmänna handlingar
- 1.4.1.2 Hantera personuppgifter
- 1.4.2 Offentlig dialog
- 1.4.2.1 Hantera allmänhetens synpunkter
- 1.4.2.2 Anordna hearings, öppet hus etc.

2 Stödjande processer

- 2.1 Informationsförvaltning
- 2.1.1 Informationssäkerhet
- 2.1.1.1 Hantera informationssäkerhet
- 2.1.2 Registratur
- 2.1.2.2 Hantera och registrera ärenden
- 2.1.3 Dokumentation och dokumentationshantering
- 2.1.3.0 Leda - styra - organisera
- 2.1.3.2 Planera och hantera dokumentation
- 2.1.5 Arkivförvaltning
- 2.1.5.1 Beskriva och redovisa arkiv

2.2 Systemförvaltning och arkitektur

- 2.2.2 Teknisk systemförvaltning
- 2.2.3 Förvalta system
- 2.2.3.1 Hantera fel

2.3 HR / Personal

- 2.3.1 Samverkan och förhandling
- 2.3.1.1 Hantera samverkan enligt avtal
- 2.3.1.2 Hantera LAS
- 2.3.1.3 Hantera lönerrevision
- 2.3.1.4 Hantera personalsamtal
- 2.3.2 Kompetensförsörjning
- 2.3.2.1 Rekrytera
- 2.3.2.2 Kompetensutveckla
- 2.3.2.5 Hantera omställning
- 2.3.3 Bemanning
- 2.3.3.2 Hantera schemaläggning

- 2.3.3.3 Semesterplanera
- 2.3.3.4 Hantera särskilda anställningsformer
- 2.3.4 Arbetsmiljö allmänt
- 2.3.4.1 Bedriva systematiskt arbetsmiljöarbete
- 2.3.4.2 Göra arbetsmiljöutredningar
- 2.3.4.3 Driva mångfaldsarbete
- 2.3.5 Personalhälsa
- 2.3.5.2 Hantera tillbud
- 2.3.5.3 Hantera arbetsskada
- 2.3.5.4 Rehabilitering
- 2.3.5.25 Hantera övriga frågor
- 2.3.8 Övriga personalåtgärder
- 2.3.8.1 Hantera bisysslor
- 2.3.8.2 Hantera disciplinåtgärder
- 2.3.9 Upphörande av anställning
- 2.3.9.1 Hantera egen uppsägning
- 2.3.9.2 Hantera uppsägning från arbetsgivaren
- 2.3.9.3 Hantera upphörande av tidsbegränsad anställning

2.4 Ekonomi

- 2.4.1 Redovisning
- 2.4.1.1 Fakturera kunder
- 2.4.1.2 Hantera leverantörsfakturer
- 2.4.1.4 Bokföra och redovisa
- 2.4.2 Kapitalförvaltning
- 2.4.2.6 Hantera kreditkort, Swish och övriga betalmedel
- 2.4.3 Bidragshantering
- 2.4.3.1 Hantera statsbidrag

2.5 Inköp

- 2.5.1 Inköp
- 2.5.1.1 -
- 2.5.1.2 Hantera upphandling över / under tröskelvärde
- 2.5.1.3 Avropa och göra direktinköp

2.6 Lokalförsörjning och fastighetsunderhåll

- 2.6.1 Hyresprocessen
- 2.6.1.1 Inhyrning
- 2.6.2 Byggprocessen
- 2.6.2.1 Byggnation

2.7 Inventariehantering

- 2.7.1.0 Leda Styra Organisera

2.8 Kris- och säkerhet

- 2.8.1 Intern krisledning
- 2.8.1.1 Utöva intern krisledning
- 2.8.2 Kris- och säkerhetsarbete
- 2.8.2.1 Bedriva systematiskt riskhanteringsarbete
- 2.8.2.2 Bedriva systematiskt brandskyddsarbete

2.9 Information och marknadsföring

- 2.9.2 Informationsförsörjning
- 2.9.2.1 Publicera på extern webb
- 2.9.2.2 Publicera på intern webb
- 2.9.2.3 Publicera på sociala medier
- 2.9.2.4 Hantera broschyrer
- 2.9.2.6 Annonsera
- 2.9.2.25 Övriga frågor (informationsförsörjning)

Leda vård- och omsorg

3 Kommunal kärnverksamhet

3.7 Vård och omsorg

- 3.7.0 Ledning
- 3.7.0.1 Leda och styra

- Rapportera och utreda avvikelser SoL / LSS och HSL, lex Sarah
- 3.7.0.3 och lex Maria
- 3.7.0.4 Rapportera och utreda organisatoriska avvikelser
- 3.7.0.5 Riskanalys
- 3.7.0.8 Kvalitetsgranskning
- 3.7.0.9 Rapportering av ej verkställda gynnande beslut SoL
- 3.7.0.25 Hantera övriga frågor
- 3.7.1 Gemensam verksamhet
- 3.7.1.1 Handlägga avgifter och ersättningar
- 3.7.1.2 Hantera återkrav
- 3.7.1.3 Hantera ansvar och ersättningar mellan kommuner
- 3.7.1.4 Tillhandahålla främjande och förebyggande åtgärder
- 3.7.1.6 Hantera enskildas privata medel
- 3.7.1.7 Tillhandahålla måltider för brukare / patienter / externa kunder
- 3.7.1.8 Tillhandahålla lokalvård
- 3.7.1.9 Tillhandahålla vaktmästeritjänster, kylid mat och resursgruppen

Äldreomsorg

3. Kommunal kärnverksamhet

3.7 Vård och omsorg

- 3.7.5 Insatser för äldre och funktionsnedsatta
- 3.7.5.0 Leda och organisera
- 3.7.5.2 Handlägga socialtjänst VÅF
- 3.7.5.3- Ge stöd i ordinärt boende (Hemtjänst, trygghetslarm, dagverksamhet)
- 3.7.5.5
- 3.7.5.6- Ge stöd i särskilt boende (korttid, växelvård, vård- och omsorgsboende)
- 3.7.5.7
- 3.7.5.22 Bostadsanpassning

Hälso- och sjukvård

3.7 Vård och omsorg

- 3.7.6 Tillhandahålla Kommunal hälso- och sjukvård
- 3.7.6.1 Delegering - säkerställa delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser
- 3.7.6.4 Kommunalt akutläkemedelsförråd
- 3.7.6.5 Bedriva hälso- och sjukvård

Systembeskrivning

Struktur	Verksamhetstyp Verksamhetsområde Processgrupp Process Underprocess / Aktivitet	Handlingstyp	Registrering	Sekretess	Förvaringsplats / Sorteringsordning	Medium	Bevaras / Gallras	Arkivmedium /- format	Lev.frist	Anmärkningar
										Övergripande anmärkning: För handlingar av tillfällig eller liten betydelse gallras enligt Vård- och äldre nämndens beslut 2020-06-16 § 78, se bilaga. I detta gallringsbeslut avses handlingar av tillfällig eller liten betydelse för verksamheten som vare sig behöver hållas ordnade eller registreras och som regleras i 5 kap. 1§ 4 st. Offentlighet och sekretesslagen (2009:400)
1	Styrande processer									
1.1.	Ledning									
1.1.3.	Vård- och äldre nämnden									Inledande anmärkning: Pappershandlingar gallras efter skanning till ärendehanteringssystemet Ciceron, enligt Vård- och äldre nämndens beslut 2017-09-14. Beslutet innebär att inkommande pappershandlingar, som tillhör ett ärende i ärendehanteringssystemet Ciceron skannas för att därefter gallras. Innan gallringen kan verkställas ska Vård- och äldreförvaltningen ha säkerställt att skanning gjorts till ett filformat som är godkänt för bevarande enligt Stadsarkivets anvisningar, att kontroll har gjorts för att garantera att gallringen inte medför förlust av betydelsebärande information eller möjligheten att fastställa autenticiteten och att gallringen inte möter hinder i lagstiftning eller påverkar informationens bevisvärde. Gallringsbeslutet gäller inte retroaktivt och avser pappershandlingar som inkommit till myndigheten från och med 2018-01-01.
1.1.3.1	Hantera nämndprocess	Kallelser till sammanträden ink föredragningslistor	S	Nej	Ciceron-möten	Digitalt	Gallras efter 2 år			
		Sammansatta handlingar till nämnd	S	Nej	J: / VAF Namnden	Digitalt	Gallras efter 5 år			
		Sammanträdestider för nämnden	D	Nej	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	
		Närvarolista vid nämndens sammanträde	S	Nej	Ciceron	Digitalt	Bevaras		5 år	Redovisas i protokollet
		Voteringslista från nämndens sammanträde	S	Nej	Ciceron	Digitalt	Bevaras		5 år	Redovisas i protokollet
		Motioner / initiativärenden	D	Nej	Ciceron	Digitalt	Bevaras		5 år	
		Delegationsbeslut	D	Nej	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	

Struktur	Verksamhetstyp Verksamhetsområde Processgrupp Process Underprocess / Aktivitet	Handlingstyp	Registrering	Sekretariat	Förvaringsplats / Sorteringsordning	Medium	Bevaras / Gallras	Arkivmedium / format	Lev.frist	Anmärkningar
		Protokoll	D	Nej / OSL kap 15, 17- 19, 21, 22, 25, 26, 39 m.fl	Ciceron	Digitalt	Bevaras	PDF-A	5 år	Enligt Vård- och äldre nämndens beslut 2020-12-15 § 153, justeras nämndens protokoll digitalt och diarieförs årsvis i diariet från och med januari 2021.
		Anslagsbevis	D	Nej	Site Vision	Digital	Gallras efter 1 år			Anslagsbevisen sparas digitalt i SiteVisions inbyggda loggfunktion i 1 år. Uppgiften framgår i protokollet.
		Protokollsbilagor	D	Nej	Ciceron	Digitalt	Bevaras		5 år	Protokollsanteckningar och inkomna reservationer med mera som redovisas i protokoll eller diareförs i tillhörde ärende
		Alternativa förslag	D	Nej	Ciceron	Digitalt	Bevaras		5 år	Bilaggs protokollet i de fall de inte återges i sin helhet i protokollet.
		Skriftliga reservationer	D	Nej	Ciceron	Digitalt	Bevaras		5 år	Bilaggs protokollet i de fall de inte återges i sin helhet i protokollet.
		Remisshandlingar (inkomna)	D	Nej	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	
		Remisshandlingar (upprättade)	D	Nej	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	
		Arvodesunderlag	S	Nej	Nämndsekreterare, J: / VAF Namnden	Digitalt eller papper	Gallras vid inaktualitet			Original sänds till servicekontoret. Kopior av arvodesblanketter och inkomstuppgifter förvaras i pärm hos nämndsekreteraren / i digital mapp
		Kallelse presidiummöte	S	Nej	Ciceron-möte	Digital	Gallras vid inaktualitet			
		Mötesanteckningar presidiummöte	S	Nej	Ciceron-möte	Digital	Gallras efter 5 år			
		Enkel fråga	D	Nej	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	Samlingsärende per år i Ciceron. Enkla frågor besvaras muntligt på KS / KF.
		Interpellation	D	Nej	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	
		Svar på Interpellation	D	Nej	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	Ska bevaras i VÄN diarium, interpellation inkl det skriftliga svaret som skickas vidare till KF.
		Beslutsunderlag nämnden	D	Nej	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	
1.1.4	Verksamhetsledning									
1.1.4.1	Överlägga och besluta	Protokoll och mötesanteckningar från förvaltningsledning	D	Nej	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	
		Mötesanteckningar från verksamhetsledning	S	Nej	Stratsys eller J- mapp under respektive verksamhet och enhet	Digital	Gallras vid inaktualitet			

Struktur	Verksamhetstyp Verksamhetsområde Processgrupp Process Underprocess / Aktivitet	Handlingstyp	Registrering	Sekretariat	Förvaringsplats / Sorteringsordning	Medium	Bevaras / Gallras	Arkivmedium /- format	Lev.frist	Anmärkningar
		Mötesanteckningar från styrgrupp (ej projekt)	D	Nej	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	T.ex. Styrgrupp IT Vård och omsorg, Styrgrupp LIS-D
		Mötesanteckningar från informationsmöten eller liknande till exempel boenderåd	S	Nej	Stratsys eller J- mapp under respektive verksamhet och enhet	Digital	Gallras efter 5 år			
		Utredning, underlag för samråd och beslut om utveckling eller förändring av verksamhet	D	Nej	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	
		Protokoll Lokal ledningsgrupp Närvårdssamverkan	D	Nej	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	
		Mötesanteckningar Lokal beredningsgrupp Närvårdssamverkan	S	Nej	J:\VAF Narvardssamverkan	Digital	Gallras vid inaktualitet			
		Mötesanteckningar: Närvård i sociala klustret	S	Nej	J:\VAF Narvardssamverkan	Digital	Gallras vid inaktualitet			
		Mötesanteckningar AU Närvård	S	Nej	J:\VAF Narvardssamverkan	Digital	Gallras vid inaktualitet			Avser Vård- och äldre- och vårdnämndens verksamhet. Operativ hantering
1.1.4.2	Planera och följa upp verksamhet	Verksamhetsplaner / verksamhetsbeskrivning på lägst verksamhetsnivå	D	Nej	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	Avser även handlingsplaner inom exempelvis miljö- och klimatstrategi samt uppföljning. Upprättas och förvaras i Stratsys. Registreras i Ciceron.
		Verksamhetsplaner på enhetsnivå	S	Nej	Stratsys	Digital	Gallras efter 5 år			
		Verksamhetsberättelser	D	Nej	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	Kan ingå i årsredovisningen.
		Kvalitetsdokument och kvalitetsredovisning	D	Nej	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	Till exempel patient-och kvalitetssäkerhetsberättelse.
1.1.4.3	Utveckla verksamhet									
	Arbeta i projektform									
		Behovsanalys	D	Nej	Ciceron	Digitalt	Bevaras		5 år	
		Beställning av förstudie	D	Nej	Ciceron	Digitalt	Bevaras		5 år	
		Projektbeställning	D	Nej	Ciceron	Digitalt	Bevaras		5 år	
		Kommunikationsplan	D	Nej	Ciceron	Digitalt	Bevaras		5 år	
		Projektplan	D	Nej	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	

Struktur	Verksamhetstyp Verksamhetsområde Processgrupp Process Underprocess / Aktivitet	Handlingstyp	Registrering	Sekretariat	Förvaringsplats / Sorteringsordning	Medium	Bevaras / Gallras	Arkivmedium / - format	Lev.frist	Anmärkningar
		Begäran om ändring	D	Nej	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	
		Tid- och aktivitetsplan	D	Nej	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	
		Riskanalys	D	Nej	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	
		Projektbudget	D	Nej	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	
		Delrapport	D	Nej	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	
		Slutrapport	D	Nej	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	
		Utvärderingsrapport	D	Nej	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	
		Mötesanteckningar / protokoll från styrgrupp	D	Nej	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	
		Korrespondens som tillför ärendet sakuppgift eller är betydelsefull för framtida förståelse av projektet eller dess arbetsgång.	D	Nej	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	
		Övrig korrespondens	S	Nej	J: Projektmap	Digital	Gallras vid inaktualitet			
	Arbeta i uppdragsform									
		Uppdragsbeställning / initiativdokument	D	Nej	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	
		Kommunikationsplan	D	Nej	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	
		Mötesanteckningar som tillför ärendet sakuppgift eller är betydelsefull för framtida förståelse av uppdraget eller dess arbetsgång.	D	Nej	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	
		Rapporter	D	Nej	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	
		Utvärderingar	D	Nej	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	
		Korrespondens som tillför ärendet sakuppgift eller är betydelsefull för framtida förståelse av projektet eller dess arbetsgång.	D	Nej	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	
		Övrig korrespondens	S	Nej	J: Uppdragsmap	Digital	Gallras vid inaktualitet			
1.1.4.4	Bedriva systematiskt kvalitetsarbete	Ansökningar om tillstånd att bedriva hemtjänst i Borås Stad enligt lag om valfrihet (LOV)	D	Nej	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	
		Uttredning av LOV-ansökningar	D	Nej	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	
		PM om tillstånd att bedriva hemtjänst i Borås Stad enligt LOV	D	Nej	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	
		Korrespondens gällande avtal om tillstånd att bedriva hemtjänst i Borås Stad enligt LOV	D	Nej	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	
		Avtalsuppföljningar - brev	D	Nej	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	
		Redovisning av godkända LOV-företag	D	Nej	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	

Struktur	Verksamhetstyp Verksamhetsområde Processgrupp Process Underprocess / Aktivitet	Handlingstyp	Registrering	Sekretariat	Förvaringsplats / Sorteringsordning	Medium	Bevaras / Gallras	Arkivmedium /- format	Lev.frist	Anmärkningar
		Beslut i Vård- och äldrenämnden rörande LOV-företag	D	Nej	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	
1.1.4.7	Hantera skadeståndsanspråk	Begäran om skadestånd	D	Nej / OSL kap 15, 17-19, 21, 22, 25, 26, 39 m.fl	Ciceron	Digitalt	Bevaras		5 år	
		Nämndens utredning	D	Nej / OSL kap 15, 17-19, 21, 22, 25, 26, 39 m.fl	Ciceron	Digitalt	Bevaras		5 år	
		Nämndens beslut	D	Nej / OSL kap 15, 17-19, 21, 22, 25, 26, 39 m.fl	Ciceron	Digitalt	Bevaras		5 år	
1.2	Styrning									
1.2.3	Nämndens styrning och kontroll									
1.2.3.1	Hantera egen styrning	Delegationsordning	D	Nej	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	
		Styrdokument, politiskt beslutade (ex. mål- och policydokument)	D	Nej	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	
		Styrdokument, beslutade av chefer (rutiner)	S	Nej	Canea	Digital	Se anmärkning till höger			Äldre version gallras efter att ny upprättats.
1.2.3.2	Bedriva internkontroll	Intern kontrollplan	D	Nej	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	
		Riskanalys inför fastställande av intern kontrollplan	D	Nej	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	
		Uppföljning av intern kontrollplan	D	Nej	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	Underlag för att följa upp risker i intern kontrollplan bevaras inte.

Struktur	Verksamhetstyp Verksamhetsområde Processgrupp Process Underprocess / Aktivitet	Handlingstyp	Registrering	Sekretess	Förvaringsplats / Sorteringsordning	Medium	Bevaras / Gallras	Arkivmedium /- format	Lev.frist	Anmärkningar
1.2.4.	Mål- och resursplanering									
1.2.4.1	Hantera 1-åriga mål- och resursplan	Budget	D	Nej	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	
		Tertial och månadsuppföljningar	D	Nej	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	
		Arsredovisning	D	Nej	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	
1.3	Organisering									
1.3.1	Organisering									
1.3.1.2	Organisera verksamhet	Organisationsplaner, Organisationsscheman / beskrivningar	D	Nej	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	På verksamhetsnivå bevaras som en del i verksamhetsplan / beskrivning. Organisationsschema på enhetsnivå gallras vid inaktualitet.
		Processkarta	S	Nej	Canea	Digital	Se anmärkning till höger			Äldre version gallras efter att ny upprättats.
1.4	Demokrati och insyn									
1.4.1	Hantering av allmänna handlingar									
1.4.1.0	Leda - Styra - Organisera	Ordning / rutin för sekretessprövning	S	Nej	Canea	Digital	Gallras vid inaktualitet			
		Beslut / domar i domstol	D	Nej / OSL kap 15,17-19, 21,22, 25, 26, 39 m.fl	Ciceron	Digitalt	Bevaras		5 år	
		Begäran om yttrande till domstol	D	Nej / OSL kap 15,17-19, 21,22, 25, 26, 39 m.fl	Ciceron	Digitalt	Bevaras		5 år	

Struktur	Verksamhetstyp Verksamhetsområde Processgrupp Process Underprocess / Aktivitet	Handlingstyp	Registrering	Sekretess	Förvaringsplats / Sorteringsordning	Medium	Bevaras / Gallras	Arkivmedium / - format	Lev.frist	Anmärkningar
		Nämndens yttrande till domstol (delegationsbeslut)	D	Nej / OSL kap 15, 17-19, 21, 22, 25, 26, 39 m.fl	Ciceron	Digitalt	Bevaras		5 år	
1.4.1.1	Tillhandahålla allmänna handlingar	Inkommen begäran om utlämnande av handling	S	Nej	Förvaltningens e-postlåda, Nämndsekreterare, Ciceron	Digitalt eller papper	Se anmärkning till höger			Begäran om allmän handling som leder till att handlingen lämnas ut ska normalt sett gallras. Om en begäran resulterar i att frågan om att lämna ut handlingar avgörs med ett delegationsbeslut (normalt att avslå hela eller delar av begäran), ska begäran och skrivelsen diarieföras och bevaras. Vid begäran av avslutade journalhandlingar hanteras ärendet i Viva Lexmodul, både själva begäran och utlämnandet.
		Svar på begäran om utlämnande	S	Nej	Förvaltningens e-postlåda, Nämndsekreterare, Ciceron	Digitalt eller papper	Gallras vid inaktualitet			Vid avslag, se hantering för avslag på begäran om handling vid delegationsbeslut.
		Kopia på utlämnad maskad sekretesshandling från diariet eller journalsystem	S	Nej	Respektive verksamhet	Digitalt eller papper	Se anmärkning till höger			Kopia på utlämnad maskad handling finns kvar under tiden för överklagande och gallras därefter.
		Avslag på begäran om allmän handling	D	Nej	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	Kopia på handlingar, t ex journalhandlingar ur Viva, som utgör underlag för yttrande eller beslut ska inte registreras i ärendet
		Överklagan avslag på begäran om allmän handling	D	Nej	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	
		Upprättade sammanställningar	S	Nej	J-mapp på enheten	Digital	Gallras vid inaktualitet			

Struktur	Verksamhetstyp Verksamhetsområde Processgrupp Process Underprocess / Aktivitet	Handlingstyp	Registrering	Sekretess	Förvaringsplats / Sorteringsordning	Medium	Bevaras / Gallras	Arkivmedium / - format	Lev.frist	Anmärkningar
1.4.1.2	Hantera personuppgifter	Anmälan till Integritetsskyddsmyndigheten om personuppgiftsincident	D	Nej / OSL kap 15, 17-19, 21, 22, 25, 26, 39 m.fl	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	Enligt dataskyddsförordningen (GDPR)
		Bekräftelse från Integritetsskyddsmyndigheten om personuppgiftsincident	D	Nej / OSL kap 15, 17-19, 21, 22, 25, 26, 39 m.fl	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	
		Beslut från Integritetsskyddsmyndigheten angående personuppgiftsincident	D	Nej / OSL kap 15, 17-19, 21, 22, 25, 26, 39 m.fl	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	
		Begäran om registerutdrag enligt Dataskyddsförordningen (GDPR)	S	Nej	Selfpoint	Digital	Gallras vid inaktualitet			
		Svar på begäran om registerutdrag enligt Dataskyddsförordningen (GDPR)	S	Nej	Selfpoint	Digital	Gallras vid inaktualitet			
		Konsekvensbedömningar	D	Nej	Stratys, Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	Uppdateras kontinuerligt i Stratys men sparas årsvis i Ciceron.
		Register över personuppgiftsbehandlingar enligt Dataskyddsförordningen	S	Nej	Stratsys	Digital	Gallras efter 5 år			
		Granskningsprotokoll enligt Dataskyddsförordningen	D	Nej	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	
1.4.2	Offentlig dialog									
1.4.2.1	Hantera allmänhetens synpunkter	Inkomna synpunkter och klagomål	D: Infracontrol Online	OSL 25:1 & 26:1	Infracontrol Online	Digital	Gallras efter 2 år			Gallras när sammanställning gjorts. Synpunkter / klagomål via IVO, se 3.7.0.8
		Sammanställning av synpunktshantering	D	Nej	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	Rapporteras årsvis till nämnden.
		E-petitioner, medborgarförslag	D	Nej	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	

Struktur	Verksamhetstyp Verksamhetsområde Processgrupp Process Underprocess / Aktivitet	Handlingstyp	Registrering	Sekretess	Förvaringsplats / Sorteringsordning	Medium	Bevaras / Gallras	Arkivmedium /- format	Lev.frist	Anmärkningar
1.4.2.2	Anordna hearings, öppet hus etc.	Inbjudan till medborgardialog	D	Nej	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	
		Anteckningar från medborgardialog	D	Nej	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	
2	Stödjande processer									
2.1	Informationsförvaltning									
2.1.1	Informationssäkerhet									
2.1.1.1	Hantera informationssäkerhet	Logglistor (åtkomst till verksamhetssystem)	D: VIVA	OSL 25:1 & 26:1.	VIVA	Digital	Gallras vid inaktualitet			Listor över slumpmässigt utvalda handläggare och de sökningar och uppgifter som handläggarna tagit del av i verksamhetssystemet VIVA. Listan gallras efter att behörighetskontroll genomförts.
		Beslut från förvaltningsledning gällande sekretess- och behörighetsgränser för dokumentation	S	Nej	Pärm på enhet	Papper	Gallras vid inaktualitet			Föregående gallras när nytt beslut fattats.
		Beslut om avsteg från instruktion för autentisering och lösenordshantering och riktlinjer för informationssäkerhet.	S	OSL 18:8	J:\VAF Kvalitet och utveckling\1. Kansli och verksamhetsstöd\Informationssäkerhet KU	Digital	Gallras vid inaktualitet			Beslut undertecknas i Verified.
		Informationssäkerhetsplan	D	Nej	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	
		Informationssäkerhetsberättelse	D	Nej	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	
		Rapporter / uppföljningar inom informationssäkerhet	S	Nej	J:\VAF Kvalitet och utveckling\1. Kansli och verksamhetsstöd\Informationssäkerhet KU	Digital	Gallras vid inaktualitet			Till exempel Mognadsdialog, Ledningens genomgång
		Samtycke till personuppgiftsbehandling för brukare och närstående i samband med digital tillsyn	D	OSL 26:1	Viva	Digital	Gallras vid inaktualitet			
		Samtycke till behandling av personuppgifter, annat än trygghetskamera	S	Nej	Pärm på enhet	Papper	Gallras vid inaktualitet			Uppdateras kontinuerligt men sparas årsvis.
		Säkerhetsklassningar av information	S	Nej	Stratsys, Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	Uppdateras kontinuerligt i Stratsys men sparas årsvis i Ciceron.
		Risikanalys informationssäkerhet	S	OSL 18:13	Stratsys	Digital	Gallras efter 5 år			

Struktur	Verksamhetstyp Verksamhetsområde Processgrupp Process Underprocess / Aktivitet	Handlingstyp	Registrering	Sekretariat	Förvaringsplats / Sorteringsordning	Medium	Bevaras / Gallras	Arkivmedium / - format	Lev.frist	Anmärkningar
		Anmälan till Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (från och med 1 jan 2026 Myndigheten för civilt försvar) om informationssäkerhetssincident	D	Nej / OSL kap 15, 17-19, 21, 22, 25, 26, 39 m.fl	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	
		Bekräftelse från Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (från och med 1 jan 2026 Myndigheten för civilt försvar) om informationssäkerhetssincident	D	Nej / OSL kap 15, 17-19, 21, 22, 25, 26, 39 m.fl	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	
		Beslut från Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (från och med 1 jan 2026 Myndigheten för civilt försvar) om informationssäkerhetssincident	D	Nej / OSL kap 15, 17-19, 21, 22, 25, 26, 39 m.fl	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	
2.1.2	Registratur									
2.1.2.2	Hantera och registrera ärenden	Diarium Ciceron	S	Nej	Ciceron	Digitalt	Bevaras		5 år	
		Övrigt post diarium	S	Nej	Ciceron	Digitalt	Gallras efter 2 år			
		Diarium HR	S	OSL 39:1-3	J:\VAF HR	Digitalt	Bevaras			
2.1.3	Dokumentation och dokumentationshantering									
2.1.3.0	Leda - styra - organisera	Inspektionsrapporter och PM från arkivmyndigheten	D	Nej	Ciceorn	Digitalt	Bevaras		5 år	
		Egenproducerade rapporter	D	Nej	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	
2.1.3.2	Planera och hantera dokumentation	Informationshanteringsplan	D	Nej	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	
		Planer, Rutiner, instruktioner, manualer, handböcker, checklistor	S	Nej	Canea	Digital	Se anmärkning till höger			Äldre version gallras efter att ny upprättats. Dokument som upphör att gälla gallras.

Struktur	Verksamhetstyp Verksamhetsområde Processgrupp Process Underprocess / Aktivitet	Handlingstyp	Registrering	Sekretess	Förvaringsplats / Sorteringsordning	Medium	Bevaras / Gallras	Arkivmedium /- format	Lev.frist	Anmärkningar
2.1.5	Arkivförvaltning									
2.1.5.1	Beskriva och redovisa arkiv	Arkivbeskrivning	D	Nej	Ciceron	Digitalt	Bevaras		5 år	
		Arkivförteckning	S	Nej	J:\VAF	Digitalt	Se anmärkning till höger			Föregående version gallras när ny upprättas.
2.2	Systemförvaltning och arkitektur									
2.2.2	Teknisk systemförvaltning									
2.2.2.3	Förvalta system	Objektsplan	D	Nej	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	
		Objektberättelse	D	Nej	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	
2.2.3.1	Hantera fel	Korrespondens med IT om support	S	Nej	VisionFlow	Digital	Gallras efter 5 år			
2.3	HR / Personal									Inledande anmärkning 2: Personalakter levereras tidigast 2 år efter att personalakterna avställts. Ange avställningsperiod för avställda akter. Sorteras i personnummerordning.
2.3.1	Samverkan och förhandling									
2.3.1.1	Hantera samverkan enligt avtal	Dagordning och mötesanteckningar för beredningsgrupp	S	Nej	J:\VAF Samverkan\Beredningsgrupp	Digital	Gallras vid inaktualitet			
		Kallelser och dagordningar samverkansgrupper	S	Nej	J:\VAF Samverkan\	Digital	Gallras vid inaktualitet			
		Protokoll för FSG och LSG	D	Nej	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	Diarieförs årsvis i diariet. Digital justering/signering med Verified från och med 2023-01-01.
		Förhandlingsprotokoll (MBL) och överläggningar	S	OSL 39:1-3	Diarium HR	Digitalt och papper	Bevaras		5 år	Sekretess kan gälla om personalsociala förhållanden framgår. Registreras i Diarium HR enligt 5 kap OSL under 2.1.2.2.
		Förhandlingsprotokoll vid individärende	S	OSL 39:1-3	Diarium HR och Personalakt	Digitalt och papper	Bevaras		5 år/ Se inl anm. 2	Sekretess kan gälla om personalsociala förhållanden framgår. Registreras i Diarium HR enligt 5 kap OSL under 2.1.2.2.

Struktur	Verksamhetstyp Verksamhetsområde Processgrupp Process Underprocess / Aktivitet	Handlingstyp	Registrering	Sekretess	Förvaringsplats / Sorteringsordning	Medium	Bevaras / Gallras	Arkivmedium /- format	Lev.frist	Anmärkningar
		Mötesanteckningar från arbetsplatsträffar (APT)	S	Nej	Hos enheten	Digitalt eller papper	Gallras vid inaktualitet			
		Anmälan om skyddsombud och fackliga ombud	S	Nej	Pärm hos HR-admin	Papper	Gallras vid inaktualitet			
		Förteckning över skyddsombud och fackliga ombud	S	Nej	J:\VAF HR	Digital	Gallras vid inaktualitet			Original på J:\VAF HR. Publiceras på intranätet
2.3.1.2	Hantera LAS	Omplaceringsutredning på grund av arbetsbrist	S	Nej	Diarium HR och Personalakt	Digitalt och papper	Bevaras		Se inl anm.2	
		Turordningslista	D	Nej	Heroma	Digitalt	Gallras vid inaktualitet			
		Bevakningslistor, företrädesrätt / konvertering	S	Nej	J:\VAF HR	Digitalt	Gallras vid inaktualitet			Underlag hämtas i Heroma.
		Överenskommelse om att avstå tillsvidareanställning	S	Nej	Pärm hos HR-admin	Papper	Gallras vid inaktualitet			
		Erbjudande om återanställning	S	Nej	Pärm hos HR-admin	Papper	Gallras vid inaktualitet			
		Begäran om företrädesrätt	S	Nej	Pärm hos HR-admin	Papper	Gallras vid inaktualitet			
2.3.1.3	Hantera lönerevision	Mötesanteckningar uppstartsmöte	S	Nej	J:\VAF HR	Digitalt	Gallras vid inaktualitet			
		Lönesamtal	S	Nej	Chef	Digitalt eller papper	Gallras vid inaktualitet			
		Lönelistor löneöversyn	S	OSL 39:1	J:\VAF HR	Digitalt	Gallras vid inaktualitet			
2.3.1.4	Hantera personalsamtal	Medarbetarsamtal, avgångssamtal	S	Nej	J., Chef	Digitalt eller papper	Gallras vid inaktualitet			En individuell utvecklingsplan ingår i medarbetarsamtalet.
		Omtankesamtal	S, D	OSL 39:2	J., Chef / Heroma	Digitalt eller papper	Se anmärkning till höger			Om omtankesamtalet inte leder till rehabiliteringsutredning gallras informationen vid inaktualitet. Om omtankesamtal leder till rehabiliteringsutredning se 2.3.5.4, bevaras.
2.3.2	Kompetensförsörjning									
2.3.2.1	Rekrytera	Ansökningshandlingar, erhållen tjänst	S	Nej	Heroma och personalakt	Digitalt eller papper	Bevaras		5 år	CV, betyg, intyg, kopia på körkort m.m. För handlingar i personalakt se inledande anmärkning 2.

Struktur	Verksamhetstyp Verksamhetsområde Processgrupp Process Underprocess / Aktivitet	Handlingstyp	Registrering	Sekretess	Förvaringsplats / Sorteringsordning	Medium	Bevaras / Gallras	Arkivmedium /- format	Lev.frist	Anmärkningar
		Kopia på arbetstillstånd, betyg, intyg, körkort med flera underlag för anställning	S	Nej	E-tjänst: Dokumentportal Bemanningsenheten vård-och äldreförvaltningen	Digitalt	Gallras efter 1 år			Handlingarna skickas in via e-tjänst där handlingarna ligger i 1 år innan de gallras. Om personen anställs finns handlingarna kvar i Heroma, se ovan.
		Ansökningshandlingar, ej erhållen tjänst	S	Nej	Heroma	Digitalt	Gallras efter 2 år			På grund av möjlighet att överklaga enligt §23 i Lagen om förbud mot diskriminering. Om handlingarna ska sparas längre än 2 år krävs samtycke.
		Annons och vakansprövning	S	Nej	Heroma	Digitalt	Bevaras		5 år	I Heroma är annons och vakansprövning sammanfogat.
		Spontanansökningar	S	Nej	Förvaltningens e-postinkorg	Digitalt	Gallras vid inaktualitet			Spontanansökningar gallras, hänvisas till webbsidan för lediga jobb.
		Anteckningar från referenstagning och anställningsintervju	S	Nej	Chef	Digitalt eller papper	Gallras efter 2 år			
		Anställningsavtal	S	Nej	Personalakt	Papper	Bevaras		Se inl anm.2	
		Intyg om arbetsförmåga enligt AB	S	Nej / OSL 39:2	Personalakt	Papper	Bevaras		Se inl anm.2	
		Meddelande om tillsatt tjänst till övriga sökande	D	Nej	Heroma	Digitalt	Se anmärkning till höger			Gallras i Heroma 2 år efter tillsättning enligt rutin.
		Anställds försäkrans om rapporteringsskyldighet enligt lex Sarah	S	Nej	Personalakt	Papper	Gallras vid inaktualitet			Gallras efter avslutad anställning.
		Tystnadspliktsförsäkrans, sekretessförbindelse	S	Nej	Personalakt	Papper	Bevaras		Se inl anm.2	
		Undertecknat introduktionsmaterial	S	Nej	Chef	Digitalt eller papper	Gallras vid inaktualitet			T.ex. Nyckelförsäkrans, hygienrutiner och likvärdigt.
		Uppehållstillstånd / Arbetstillstånd	S	Nej	Personalakt	Papper	Gallras 2 år efter att anställningen avslutats			
2.3.2.2	Kompetensutveckla	Fritidsstudier och vidareutbildning - Söka ersättning	S	Nej	Personalakt	Papper	Bevaras		Se inl anm.2	
		Intyg / bevis på behörighetsgivande kurser och utbildning	S	Nej	Personalakt	Papper	Bevaras		Se inl anm.2	Kursintyg från rutinartade eller återkommande kurser som saknar betydelse ur ett långsiktigt perspektiv (tex brand, HLR, miljö etc) gallras vid inaktualitet.
2.3.2.5	Hantera omställning	Omplaceringsutredning av personliga skäl (misskötsel)	S	Nej	Personalakt	Papper	Bevaras		Se inl anm.2	Personliga skäl är misskötsel. Sekretess gäller ej vid disciplinansvar. Jfr 2.3.5.4 (medicinska orsaker).

Struktur	Verksamhetstyp Verksamhetsområde Processgrupp Process Underprocess / Aktivitet	Handlingstyp	Registrering	Sekretess	Förvaringsplats / Sorteringsordning	Medium	Bevaras / Gallras	Arkivmedium /- format	Lev.frist	Anmärkningar
		Erbjudande om omplacering	S	Nej	Personalakt	Papper	Bevaras		Se inl anm.2	
2.3.3	Bemanning									
2.3.3.2	Hantera schemaläggning	Arbetstidsschema / tjänstgöringsschema	D	Nej	Heroma	Digitalt	Gallras vid inaktualitet			
2.3.3.3	Semesterplanera	Ledighetsansökan / semesteransökan	D	Nej	Heroma	Digital	Gallras efter 2 år			
		Semesterlistor / semesterplanering	S	Nej	Chef	Digitalt	Gallras vid inaktualitet			
2.3.3.4	Hantera särskilda anställningsformer	Beslut och beslutsunderlag från Arbetsförmedlingen	S	Nej	Personalakt	Papper	Gallras vid inaktualitet		Se inl anm.2	Anställningsform enligt AB.
		Överenskommelse om arbetsuppgifter och rutiner	S	Nej	Chef	Papper	Gallras vid inaktualitet			Gäller arbetsmarknadsanställda på BEA-avtalet som placeras och anställs av Arbetslivsförvaltningen.
2.3.4	Arbetsmiljö allmänt									
2.3.4.1	Bedriva systematiskt arbetsmiljöarbete	Risk- och konsekvensanalys vid verksamhetsförändring	S	Nej	Stratsys	Digitalt	Gallras efter 5 år			Ligger till grund för handlingsplan.
		Handlingsplan för arbetsmiljöåtgärder	S	Nej	Stratsys	Digitalt	Gallras efter 5 år			
		Checklistor vid skyddsron	S	Nej	Hos respektive chef, J:\-mapp under respektive verksamhet och enhet	Digitalt eller papper	Gallras efter 5 år			
		Skyddsronsdokument	S	Nej	Hos respektive chef, J:\-mapp under respektive verksamhet och enhet	Digitalt eller papper	Se anmärkning till höger			Gallras när ny skyddsron genomförs, under förutsättning att åtgärdsplaner har åtgärdats eller överförs till det nya protokollet.
		Mertids- och övertidsjournaler	D	Nej	Heroma	Digitalt	Gallras efter 5 år			
		Skyddsombudsstopp enligt 6 kap 7§ Arbetsmiljölagen	D	Nej	Ciceron	Digitalt	Bevaras		5 år	
		Åtgärd Skyddsombudsstopp enligt 6 kap 7§ Arbetsmiljölagen	D	Nej	Ciceron	Digitalt	Bevaras		5 år	
		Begäran enligt 6 kap 6a § arbetsmiljölagen	D	Nej	Ciceron	Digitalt	Bevaras		5 år	

Struktur	Verksamhetstyp Verksamhetsområde Processgrupp Process Underprocess / Aktivitet	Handlingstyp	Registrering	Sekretess	Förvaringsplats / Sorteringsordning	Medium	Bevaras / Gallras	Arkivmedium /- format	Lev.frist	Anmärkningar
		Åtgärd enligt 6 kap 6a § arbetsmiljölagen	D	Nej	Ciceron	Digitalt	Bevaras		5 år	
		Handlingar gällande delegering och fördelning av arbetsmiljöuppgifter och arbetsmiljöansvar	S	Nej	Personalakt	Digitalt eller papper	Bevaras		Se inl anm.2	
2.3.4.2	Göra arbetsmiljöutredningar	Arbetsmiljöutredningar	D	OSL 39:2	Ciceron	Digitalt	Bevaras		5 år	Sekretess gällande personliga förhållanden.
		Inspektionsmeddelande från Arbetsmiljöverket	D	Nej	Ciceron	Digitalt	Bevaras		5 år	
		Underrättelse från Arbetsmiljöverket	D	Nej	Ciceron	Digitalt	Bevaras		5 år	
		Beslut om förbud eller föreläggande från Arbetsmiljöverket	D	Nej	Ciceron	Digitalt	Bevaras		5 år	
		Färdigställd utredning om kränkande särbehandling	D	OSL 39:2	Ciceron	Digitalt	Bevaras		5 år	
2.3.4.3	Driva mångfaldsarbete	Begäran från Diskrimineringsombudsmannen, om yttrande	D	OSL 39:2	Ciceron	Digitalt	Bevaras		5 år	
		Beslut från Diskrimineringsombudsmannen	D	OSL 39:2	Ciceron	Digitalt	Bevaras		5 år	
		Nämndens yttrande till Diskrimineringsombudsmannen	D	OSL 39:2	Ciceron	Digitalt	Bevaras		5 år	
2.3.5	Personalhälsa									
2.3.5.2	Hantera tillbud	Tillbudsanmälan	D	OSL 39:2	KIA	Digitalt	Bevaras			
2.3.5.3	Hantera arbetsskada	Olycksfallsanmälan	D	OSL 39:2	KIA	Digitalt	Bevaras			
2.3.5.4	Rehabilitering	Rehabiliteringsutredning	D	OSL 39:2	Heroma	Digitalt	Bevaras		5 år	
		Omplaceringsutredning av personliga skäl (medicinska)	S	OSL 39:2	Personalakt	Digitalt och papper	Bevaras		Se inl anm.2	Personliga skäl av medicinska orsaker. Sekretess. Jfr disciplinåtgärder 2.3.2.5 och 2.3.8.2.
		Besked om omreglering av anställning p.g.a. partiell sjukersättning	S	OSL 39:2	Personalakt	Papper	Bevaras		Se inl anm.2	
		Företagshälsövärdens bedömning av arbetsförmågan	D	OSL 39:2	Heroma och personalakt	Digitalt och papper	Bevaras		5 år / Se inl anm.2	För handlingar i personalakt se inledande anmärkning 2.
2.3.5.25	Hantera övriga frågor	Läkarintyg	S	OSL 39:2	Arkivskåp hos HR-administratör	Papper	Se anmärkning till höger			Gallras vid inaktualitet men bevaras om läkarintyget ingår i rehabutredning.

Struktur	Verksamhetstyp Verksamhetsområde Processgrupp Process Underprocess / Aktivitet	Handlingstyp	Registrering	Sekretess	Förvaringsplats / Sorteringsordning	Medium	Bevaras / Gallras	Arkivmedium / - format	Lev.frist	Anmärkningar
		Polisanmälan inklusive bilagor	S	OSL 39:2	Personalakt	Papper	Bevaras		Se inl anm.2	
		Delegationsbeslut om polisanmälan	S	OSL 39:2	Personalakt	Papper	Bevaras		Se inl anm.2	
		Bekräftelse polisanmälan	S	OSL 39:2	Personalakt	Papper	Bevaras		Se inl anm.2	
2.3.8	Övriga personalåtgärder									
		Anhöriglistor, medarbetare	D: Heroma	Nej	Heroma, respektive chef	Digitalt eller papper	Gallras vid inaktualitet			
2.3.8.1	Hantera bisysslor	Anmälan om bisyssla	S	Nej	Personalakt	Papper	Gallras vid inaktualitet			
		Beslut om förbud av bisyssla	S	Nej	Personalakt	Papper	Bevaras		Se inl anm.2	Konkurrerande och arbetshindrande bisyssla finns i MBLprotokollet. Förtroendeskadlig bisyssla är skriftligt beslut med motivering. Anmäls som delegationsbeslut.
2.3.8.2	Hantera disciplinåtgärder	Handlingar rörande varning	S	Nej	HR Diarium och Personalakt	Digitalt och papper	Bevaras		5 år/ Se inl anm.2	Exempelvis skriftliga varningar.
2.3.9	Upphörande av anställning									
2.3.9.1	Hantera egen uppsägning	Skriftlig uppsägning	S	Nej	Personalakt	Papper	Bevaras		Se inl anm.2	
		Avgångsenkät i Heroma för medarbetare	S	Nej	Chef	Digitalt	Gallras vid inaktualitet			
2.3.9.2	Hantera uppsägning från arbetsgivaren	Omplaceringserbjudande	S	OSL 39:2	Personalakt	Digitalt och papper	Bevaras		Se inl anm.2	
		Underrättelse om uppsägning vid personliga skäl	S	Nej	HR Diarium och Personalakt	Digitalt och papper	Bevaras		5 år/ Se inl anm.2	
		Varsel om uppsägning vid personliga skäl	S	Nej	HR Diarium och Personalakt	Digitalt och papper	Bevaras		5 år/ Se inl anm.2	
		Besked om uppsägning vid personliga skäl och arbetsbrist	S	Nej	HR Diarium och Personalakt	Digitalt och papper	Bevaras		5 år/ Se inl anm.2	

Struktur	Verksamhetstyp Verksamhetsområde Processgrupp Process Underprocess / Aktivitet	Handlingstyp	Registrering	Sekretariat	Förvaringsplats / Sorteringsordning	Medium	Bevaras / Gallras	Arkivmedium /- format	Lev.frist	Anmärkningar
		Underrättelse om avsked	S	Nej	HR Diarium och Personalakt	Digitalt och papper	Bevaras		5 år/ Se inl anm.2	
		Varsel om avsked	S	Nej	HR Diarium och Personalakt	Digitalt och papper	Bevaras		5 år/ Se inl anm.2	
		Besked om avsked	S	Nej	HR Diarium och Personalakt	Digitalt och papper	Bevaras		5 år/ Se inl anm.2	
		Besked om att anställning upphör p.g.a. hel sjukersättning	S	Nej	Personalakt	Papper	Bevaras		5 år/ Se inl anm.2	
		Beslut om avgångsvederlag	S	Nej	HR Diarium och Personalakt	Digitalt och papper	Bevaras		5 år/ Se inl anm.2	
2.3.9.3	Hantera upphörande av tidsbegränsad anställning	Varsel om att tidsbegränsad anställning upphör	S	Nej	Pärm hos HR-admin	Papper	Gallras vid inaktualitet			
		Besked om att tidsbegränsad anställning upphör	S	Nej	Pärm hos HR-admin	Papper	Gallras vid inaktualitet			
2.4	Ekonomi									Inledande anmärkning: Ekonomihandlingarna förvaras i ekonomirummen i 1 år, varefter de flyttas till ekonomiarkivet.
2.4.1	Redovisning									
2.4.1.1	Fakturera kunder	Underlag för faktureringar	S	Nej	Ekonomirummen, ekonomiarkivet	Papper	Gallras efter 1 år			I kronologisk ordning.
		Kundfakturor	S	Nej	Agresso	Digitalt	Gallras efter 7 år			
2.4.1.2	Hantera leverantörsfakturor									
		Underlag / bilagor till leverantörsfakturor	S	Nej	Ekonomirummen / ekonomiarkivet	Papper	Gallras efter 3 år			
		Leverantörsfakturor (ej skannade), utbetalningar med buntsammandrag	S	Nej	Ekonomirummen / ekonomiarkivet	Papper	Gallras efter 7 år			I verifikationsnummerordning. Avser pappersversion av bilagor (som av förvaltningen tilläggsskannas) såsom kvitton, följesedlar och deltagarlistor, som specifierar den skannade fakturan i Agresso.
		Följesedlar / fraktsedlar om uppgift ej finns på fakturan	S	Nej	Agresso	Digitalt	Gallras efter 3 år			
		Övriga utbetalningsverifikationer	S	Nej	Agresso, ekonomrummet / ekonomiarkivet	Digitalt eller papper	Gallras efter 7 år			

Struktur	Verksamhetstyp Verksamhetsområde Processgrupp Process Underprocess / Aktivitet	Handlingstyp	Registrering	Sekretess	Förvaringsplats / Sorteringsordning	Medium	Bevaras / Gallras	Arkivmedium / - format	Lev.frist	Anmärkningar
		Underlag till övriga utbetalningsverifikationer	S	Nej	Agresso, ekonomrummet / ekonomiarkivet	Digitalt eller papper	Gallras efter 7 år			
2.4.1.4	Bokföra och redovisa	Bokföringsorder	S	Nej	Ekonomirummen / ekonomiarkivet	Papper	Gallras efter 7 år			
2.4.2	Kapitalförvaltning									
2.4.2.6	Hantera kreditkort, Swish och övriga	Kvittenser för betalkort	S	Nej	Ekonomirummen / ekonomiarkivet	Papper	Gallras efter 7 år			I kronologisk ordning.
2.4.3	Bidragshantering									
2.4.3.1	Hantera statsbidrag	Statsbidragsansökningar	D	Nej	Ciceron	Digitalt	Bevaras		5 år	
		Underlag till statsbidragsansökningar	D	Nej	Ciceron	Digitalt	Bevaras		5 år	Under förutsättning att ansvarsfrihet för året beviljats.
		Beslut / redovisning av statsbidragsansökningar	D	Nej	Ciceron	Digitalt	Bevaras		5 år	
		Ansökan momsstatsbidrag	S	Nej	Ekonomirummen / ekonomiarkivet	Digitalt eller papper	Gallras efter 5 år			
		Redovisning av momsstatsbidrag	S	Nej	Ekonomirummen / ekonomiarkivet	Digitalt eller papper	Gallras efter 5 år			
2.5	Inköp									
2.5.1	Inköp									Endast upphandlingar till ett värde av minst 100.000 kr behöver dokumenteras.
2.5.1.1 - 2.5.1.2	Hantera upphandling över / under tröskelvärde	Avtal (med ev. bilagor & tillägg)	D	Nej	Ciceron, nämndsekreterare	Digitalt eller papper	Bevaras		5 år	Se inledande anmärkning 1.1.3 avseende pappersoriginal. Avtal gällande insatser för enskilda se Äldreomsorg 3.7.5.2. Avtal kan utöver registrering i Ciceron också registreras i Cicerons avtalsmodul.
		Upphandlingsunderlag	D	Nej	Ciceron	Digitalt	Bevaras		5 år	Anbudsinbjudan, branschvillkor, kravspecifikationer, avtalsvillkor, annonsering, förfrågningsunderlag.
		Anbudsutvärdering	D	OSL 19:3	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	OSL 19:3. Sekretess kan gälla på anbudsgivarens begäran. Enligt rättspraxis sekretessbeläggs styckpriser, men inte totalpris eller det pris man utvärderar på.
		Anbud, antagna	D	OSL 19:3	Ciceron	Digitalt	Bevaras		5 år	OSL19:3. Absolut sekretess gäller för samtliga anbudshandlingar med bilagor fram till tilldelningsbeslut fattats eller ärendet avslutats på annat sätt. Sekretess kan gälla även därefter på anbudsgivarens begäran. Enligt rättspraxis sekretessbeläggs styckpriser, men inte totalpris eller det pris man utvärderar på.

Struktur	Verksamhetstyp Verksamhetsområde Processgrupp Process Underprocess / Aktivitet	Handlingstyp	Registrering	Sekretess	Förvaringsplats / Sorteringsordning	Medium	Bevaras / Gallras	Arkivmedium /- format	Lev.frist	Anmärkningar
		Anbud, ej antagna	S	OSL 19:3	Upphandlingsmodul	Digitalt	Gallras efter 4 år			OSL 19:3. Räknas från den dag avtal slöts eller upphandling avbröts. Sekretess kan gälla på anbudsgivarens begäran. Enligt rättspraxis sekretessbeläggs styckpriser, men inte totalpris eller det pris man utvärderar på.
		Öppningsprotokoll	S	Nej	J: \ VAF Ekonomi	Digitalt	Gallras efter 4 år			Gäller om det i förekommande fall sker på förvaltningen. Över tröskelvärde hanteras av Stadsledningskansliet koncerninköp.
		Korrespondens med anbudsgivare	S	Nej	Upphandlingsmodul	Digitalt	Gallras efter 4 år			
		Leverantörsutvärdering	S	Nej	Upphandlingsmodul	Digitalt	Gallras efter 4 år			
		Anbudssammanställning	D	OSL 19:3	Ciceron	Digitalt	Bevaras		5 år	
		Tilldelningsbeslut	D	Nej	Ciceron	Digitalt	Bevaras		5 år	
		Protokoll och handlingar vid avtalsuppföljning	D	Nej	Ciceron	Digitalt	Bevaras		5 år	Gäller om det i förekommande fall sker på förvaltningen. Över tröskelvärde hanteras av Kommunstyrelseförvaltningen, koncerninköp.
		Beslut om uppsägning av avtal	D	Nej	Ciceron, nämndsekreterare	Digitalt	Bevaras		5 år	Hanteras på samma sätt som avtalet uppsägningen rör.
		Fullmakter	D	Nej	Ciceron	Digitalt	Bevaras		5 år	
		Överklagan upphandling	D	Nej	Ciceron	Digitalt	Bevaras		5 år	Gäller om det i förekommande fall sker på förvaltningen. Över tröskelvärde hanteras av Kommunstyrelseförvaltningen, koncerninköp.
		Beslut / domar i domstol	D	Nej	Ciceron	Digitalt	Bevaras		5 år	Gäller om det i förekommande fall sker på förvaltningen. Över tröskelvärde hanteras av Kommunstyrelseförvaltningen, koncerninköp.
		Begäran om yttrande till domstol	D	Nej	Ciceron	Digitalt	Bevaras		5 år	Gäller om det i förekommande fall sker på förvaltningen. Över tröskelvärde hanteras av Kommunstyrelseförvaltningen, koncerninköp.
		Nämndens yttrande till domstol (delegationsbeslut)	D	Nej	Ciceron	Digitalt	Bevaras		5 år	
2.5.1.3	Avropa och göra direktinköp	Beställningsbekräftelse, orderbekräftelse, leveransbekräftelse etc	S	Nej	Respektive verksamhet	Digitalt eller papper	Gallras vid inaktualitet			
		Avrop på andra myndigheters upphandlade ramavtal (ex VGR)	D	Nej	Ciceron	Digitalt	Bevaras		5 år	

Struktur	Verksamhetstyp Verksamhetsområde Processgrupp Process Underprocess / Aktivitet	Handlingstyp	Registrering	Sekretariat	Förvaringsplats / Sorteringsordning	Medium	Bevaras / Gallras	Arkivmedium /- format	Lev.frist	Anmärkningar
2.6	Lokalförsörjning och fastighetsunderhåll									
2.6.1	Hyresprocessen									
2.6.1.1	Inhyrning	Framställan	D	Nej	Ciceron	Digital	Bevaras			
		Beställningar	D	Nej	Ciceron	Digital	Bevaras			
		Återkallande av beställningar	D	Nej	Ciceron	Digital	Bevaras			
		Kopior på ritningar över lokaler som nämnden hyr	S	Nej	J:\Vard och aldreforvaltningen ekonomifunktionen\ Lokaler\Ritningar	Digital	Gallras vid inaktualitet			
		Regler för ansvars - och kostnadsfördelning för Borås Stads verksamhetslokaler (Blå boken)	D	Nej	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	Fördelningsnyckel.
		Lokalbehovsplan	D	Nej	Ciceron	Digital	Bevaras			
2.6.2	Byggprocessen									
2.6.2.1	Byggnation	Handlingar rörande ombyggnation eller nybyggnation	D	Nej	Ciceron	Digitalt	Bevaras		5 år	
		Ramprogram för vård- och omsorgsboende	D	Nej	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	
2.7	Inventariehantering									
2.7.1.0	Leda - styra - organisera	Inventarieförteckningar	S	Nej	Viva	Digitalt	Gallras vid inaktualitet			Grundutrustning registreras i Viva.
		Uppgifter om stöldskyddsmärkta inventarier	S	Nej	EasyApp	Digitalt	Gallras vid inaktualitet			
		Nyckelkvittenser och förteckningar över utlämnade nycklar	S	Nej	Lokalsamordnare	Papper	Gallras vid inaktualitet			
		Polisanmälan	D	Nej / OSL kap 15, 17-19, 21, 22, 25, 26, 39 m.fl	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	

Struktur	Verksamhetstyp Verksamhetsområde Processgrupp Process Underprocess / Aktivitet	Handlingstyp	Registrering	Sekretariat	Förvaringsplats / Sorteringsordning	Medium	Bevaras / Gallras	Arkivmedium / - format	Lev.frist	Anmärkningar
		Delegationsbeslut om polisanmälan	D	Nej / OSL kap 15, 17-19, 21, 22, 25, 26, 39 m.fl	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	
		Bekräftelse polisanmälan	D	Nej / OSL kap 15, 17-19, 21, 22, 25, 26, 39 m.fl	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	
2.8	Kris- och säkerhet									
2.8.1	Intern krisledning									Se Arkivmyndighetens skrivelse om "Utökat bevarande av handlingar kopplade till kriser" för mer information om hanteringen av handlingar vid kris,
2.8.1.1	Utöva intern krisledning	Kontaktlistor	S	OSL 15:2, och 17:1	J:VAF Krisledning	Digitalt och papper	Gallras vid inaktualitet			
		Informationsutskick	D	Nej	Ciceron	Digitalt	Bevaras		5 år	
		Beredskapsberättelse	D	OSL 15:2, och 17:1	Ciceron	Digitalt	Bevaras		5 år	
		Krisledning - Rutin vid samhällsstörningar och extraordinära händelser	S	Nej	Canea	Digitalt	Gallras vid inaktualitet			Ersätts med ny vid gallring.
		Mallar för krisledningsstaber	S	Nej	Canea	Digitalt	Gallras vid inaktualitet			Ersätts med ny vid gallring.
		Händelselogg	D	OSL 15:2, och 17:1	Ciceron	Digitalt	Bevaras		5 år	Scannas och diarieförs i de fall dokumentationen är i pappersform.
		Loggbok	D	OSL 15:2, och 17:1	Ciceron	Digitalt	Bevaras		5 år	Scannas och diarieförs i de fall dokumentationen är i pappersform.

Struktur	Verksamhetstyp Verksamhetsområde de Processgrupp Process Underprocess / Aktivitet	Handlingstyp	Registrering	Sekretariat	Förvaringsplats / Sorteringsordning	Medium	Bevaras / Gallras	Arkivmedium /- format	Lev.frist	Anmärkningar
		Startmöte	D	OSL 15:2, och 17:1	Ciceon	Digitalt	Bevaras		5 år	Scannas och diarieförs i de fall dokumentationen är i pappersform.
		Stabsorientering		OSL 15:2, och 17:1	Ciceron	Digitalt	Bevaras		5 år	Scannas och diarieförs i de fall dokumentationen är i pappersform.
		Lägesbild		OSL 15:2, och 17:1	Ciceron	Digitalt	Bevaras		5 år	Scannas och diarieförs i de fall dokumentationen är i pappersform.
		Resursöversikt		OSL 15:2, och 17:1	Ciceron	Digitalt	Bevaras		5 år	Scannas och diarieförs i de fall dokumentationen är i pappersform
		Uppdragslogg		OSL 15:2, och 17:1	Ciceron	Digitalt	Bevaras		5 år	Scannas och diarieförs i de fall dokumentationen är i pappersform.
		Beslutslogg		OSL 15:2, och 17:1	Ciceron	Digitalt	Bevaras		5 år	Scannas och diarieförs i de fall dokumentationen är i pappersform.
		Frågor och förslag		OSL 15:2, och 17:1	Ciceron	Digitalt	Bevaras		5 år	Scannas och diarieförs i de fall dokumentationen är i pappersform.
		Bemanningsplan		OSL 15:2, och 17:1	Ciceron	Digitalt	Bevaras		5 år	Scannas och diarieförs i de fall dokumentationen är i pappersform.
		Avlösningsplan		OSL 15:2, och 17:1	Ciceron	Digitalt	Bevaras		5 år	Scannas och diarieförs i de fall dokumentationen är i pappersform
		Kontaktlista		OSL 15:2, och 17:1	Ciceron	Digitalt	Bevaras		5 år	Scannas och diarieförs i de fall dokumentationen är i pappersform.

Struktur	Verksamhetstyp Verksamhetsområde Processgrupp Process Underprocess / Aktivitet	Handlingstyp	Registrering	Sekretess	Förvaringsplats / Sorteringsordning	Medium	Bevaras / Gallras	Arkivmedium /- format	Lev.frist	Anmärkningar
		Kommunikativt läge		OSL 15:2, och 17:1	Ciceron	Digitalt	Bevaras		5 år	Scannas och diarieförs i de fall dokumentationen är i pappersform.
		Utvärdering		OSL 15:2, och 17:1	Ciceron	Digitalt	Bevaras		5 år	Scannas och diarieförs i de fall dokumentationen är i pappersform.
2.8.2	Kris- och säkerhetsarbete									
2.8.2.1	Bedriva systematiskt riskhanteringsarbete	Risk- och sårbarhetsanalys (RSA)	D	OSL 15:2, och 17:1	Ciceron	Digitalt	Bevaras			Avser förvaltningsövergripande RSA som del i kommunövergripande och nationell krisberedskap.
		Plan för samhällsstörningar och extraordinära händelser	D	Nej	Ciceron	Digitalt	Bevaras		5 år	
		Beredskapsplaner, till exempel evakueringsplaner och beredskap vid cyberattack	D	OSL 15:2, och 17:1	Ciceron	Digitalt	Bevaras		5 år	Avser förvaltningsövergripande risk- och sårbarhetsanalys (RSA) som del i kommunövergripande och nationell krisberedskap.
		Reservrutiner	S	Nej	Canea, pärm på respektive enhet	Digitalt eller papper	Gallras vid inaktualitet och ersätts med ny			Kontinuitetsplaner benämns reservrutiner inom Vård- och äldreomsorgen.
2.8.2.2	Bedriva systematiskt brandskyddsarbete	Dokumentation från systematiskt brandskyddsarbete	S	Nej	Respektive enhet	Papper	Gallras vid inaktualitet			
		Inspektionsrapporter brandstillsyn	D	Nej	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	
2.9	Information och marknadsföring									
2.9.2	Informationsförsörjning									
2.9.2.1	Publicera på extern webb	Hemsidor, webbsidor	D	Nej	SiteVision	Digitalt	Gallras vid inaktualitet			Kommunstyrelsen ansvarar för Borås interna och externa webbplatser och bevarandet hanteras i deras informationshanteringsplan.
2.9.2.2	Publicera på intern webb	Hemsidor, webbsidor	S	Nej	Intranätet	Digitalt	Gallras vid inaktualitet			Kommunstyrelsen ansvarar för Borås interna och externa webbplatser och bevarandet hanteras i deras informationshanteringsplan.
2.9.2.3	Publicera på sociala medier	Facebooksidor	S	Nej		Digitalt	Bevaras		5 år	

Struktur	Verksamhetstyp Verksamhetsområde Processgrupp Process Underprocess / Aktivitet	Handlingstyp	Registrering	Sekretess	Förvaringsplats / Sorteringsordning	Medium	Bevaras / Gallras	Arkivmedium /- format	Lev.frist	Anmärkningar
		LinkedIn	S	Nej	Extern sida.	Digitalt	Gallras vid inaktualitet			Annonser gallras när ansökningstid gått ut. Gemensam för sociala klustret.
		Instagram	S	Nej		Digitalt	Bevaras		5 år	
2.9.2.4	Hantera releaser och presskontakter	Pressmeddelanden och pressinbjudningar	S	Nej	MyNewsDesk	Digitalt	Se anm		5 år	Kommunstyrelsen ansvarar för pressmeddelanden och pressinbjudningar och bevarandet hanteras i deras informationshanteringsplan.
	Hantera broschyrer	Informationsskrifter, affischer och broschyrer målgrupp externa mottagare brukare, allmänhet	D	Nej	Ciceron / Kommunikatör	Digitalt eller papper	Bevaras		5 år	Registreras årsvis.
2.9.2.6	Annonsera	Annonser i tidskrift och dagstidningar. Målgrupp externa mottagare brukare, allmänhet	D	Nej	Ciceron / Kommunikatör	Digitalt eller papper	Bevaras		5 år	Registreras årsvis.
		Annonser i ljud- och bildmedia (ej sociala medier)	S	Nej	Massmedia	Digitalt	Gallras vid inaktualitet			
		Annonser i sociala medier	S	Nej	Sociala medier	Digitalt	Gallras vid inaktualitet			
2.9.2.25	Övriga frågor (informationsförsörjning)	Nyhetsbrev till medarbetare (internt)	S	Nej	J-mapp på respektive enhet	Digitalt	Gallras vid inaktualitet			
		Presentationsmaterial, till exempel dokument i powerpoint	S	Nej	J-mapp på respektive enhet	Digitalt	Gallras vid inaktualitet			

Struktur	Verksamhetstyp Verksamhetsområde Processgrupp Process Underprocess/Aktivitet	Handlingstyp	Registrering	Sekretess	Förvaringsplats / Sorteringsordning	Medium	Bevaras / Gallras	Arkivmedium / -format	Lev.-frist	Anmärkningar
										Övergripande anmärkning: För handlingar av tillfällig eller liten betydelse gallras enligt Vård- och äldre nämndens beslut 2020-06-16 § 78, se bilaga. I detta gallringsbeslut avses handlingar av tillfällig eller liten betydelse för verksamheten som vare sig behöver hållas ordnade eller registreras och som regleras i 5 kap. 1 § 4 st. Offentlighet och sekretesslagen (2009:400)
3	Kommunal kärnverksamhet									
3.7	Vård och omsorg									Inledande anmärkning: SoL-handlingar för personer födda den 5, 15, 25 varje månad bevaras för forskningens behov. Handlingarna översänds till Stadsarkivet 5 år efter sista anteckning. SoL-handlingar för personer födda övriga datum gallras 5 år efter sista anteckning. Pappershandlingar gallras efter skanning till ärendehanteringssystemet VIVA enligt Vård- och äldre nämndens beslut 2020-09-21. Vid leverans av pappersburna personakter enligt SoL ska det vara en personakt per person, där både myndighetsdelen och verkställighetsdelen ingår. Gallringsbeslutet gäller inte retroaktivt och avser pappershandlingar som inkommit till myndigheten från och med 2021-01-01.
3.7.0	Ledning									
3.7.0.1	Leda och styra	Kvalitetsdokument och kvalitetsredovisning	D	Nej	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	
		Enkäter, egenproducerade	S	Nej	Handläggare	Digitalt eller papper	Se anmärkning till höger			Gallras då sammanställningen är klar.
		Inkomna enkätsvar	S	Nej	Handläggare	Papper, digital	Gallras efter 2 år			Om bearbetning och sammanställning gjorts.
		Sammanställningar av resultat av egenproducerade enkäter	S	Nej	Ciceron	Digital	Se anmärkning till höger		5 år	Bevaras om sammanställningen innehåller information som är av betydande värde för förvaltningen eller framtida forskning. Bevara då alltid ett exemplar av undersökningens frågeställningar om dessa inte tydligt framgår av sammanställningen. Övriga sammanställningar gallras vid inaktualitet.
		Svar på externa enkäter	D	Nej	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	Enkäter från andra myndigheter.
		Polisanmälan	D	Nej / OSL kap 15, 17-19, 21, 22, 25, 26, 39 med flera	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	

Struktur	Verksamhetstyp Verksamhetsområde Processgrupp Process Underprocess/Aktivitet	Handlingstyp	Registrering	Sekretess	Förvaringsplats / Sorteringsordning	Medium	Bevaras / Gallras	Arkivmedium / -format	Lev.-frist	Anmärkningar
		Delegationsbeslut om polisanmälan	D	Nej / OSL kap 15,17- 19, 21,22, 25, 26, 39 med flera	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	
		Bekräftelse polisanmälan	D	Nej / OSL kap 15,17- 19, 21,22, 25, 26, 39 med flera	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	
3.7.0.3	Rapportera och utreda avvikelser SoL / LSS och HSL, lex Sarah och lex Maria	Rapport enligt lex Sarah	D	OSL 26:1	VIVA, Ciceron	Digital	Se anmärkning till höger			Handling i Ciceron bevaras. För handling i VIVA, se inledande anmärkning 3.7
		Utredning lex Sarah	D	OSL 26:1	VIVA, Ciceron	Digital	Se anmärkning till höger			Handling i Ciceron bevaras. För handling i VIVA, se inledande anmärkning 3.7
		Avvikelser enligt SoL	D	OSL 26:1	VIVA	Digital	Se inledande anmärkning		5 år	Rapport, utredning och uppföljning
		Vidtagna åtgärder med anledning av lex Sarah-rapport	D	OSL 26:1	VIVA	Digital	Se inledande anmärkning			
		Avvikelser enligt HSL	D	OSL 25:1	VIVA	Digital	Se inledande anmärkning 1 under HSV 3.7.6		10 år	Rapport, utredning och uppföljning. Kopior på avvikelser enligt HSL som förvaras i pärm hos MAS / MAR, gallras vid inaktualitet.
		Anmälan till IVO: lex Sarah och lex Maria	D	OSL 25:1 / OSL 26:1	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	Kopia på handlingar, t ex journalhandlingar ur Viva, som utgör underlag för yttrande eller beslut ska inte registreras i ärendet.
		Klagomål via IVO: Meddelande om registrerat klagomål som gäller brukare och patienter, återsänds till förvaltningen (klagomålet kan användas vid framtida tillsynsärenden)	D	OSL 25:1 / OSL 26:1	Ciceron, VIVA	Digital	Bevaras		5 år	
		Kompletteringar till IVO	D	OSL 25:1 / OSL 26:1	Ciceron, VIVA	Digital	Bevaras		5 år	
		Begäran från IVO om yttrande / handlingar. Gäller brukare och patienter.	D	OSL 25:1 / OSL 26:1	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	
		Beslut från IVO	D	Nej	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	
3.7.0.4	Rapportera och utreda organisatoriska avvikelser	Organisatoriska avvikelser	S	Nej	Canea	Digital	Gallras efter 2 år			
3.7.0.5	Risakanalys	Rapport riskanalys, övergripande enligt Socialstyrelsens kvalitetsledningssystem	D	Nej	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	
		Uppföljning riskanalys, övergripande enligt Socialstyrelsens kvalitetsledningssystem	D	Nej	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	
		Risakanalys, verksamhetsnära enligt Socialstyrelsens kvalitetsledningssystem	S	Nej	J:/ Berörd enhet, Stratsys	Digital	Gallras efter 5 år			
3.7.0.8	Kvalitetsgranskning	Meddelande från IVO: Inkommet klagomål / synpunkt	D	OSL 25:1 / OSL 26:1	Ciceron	Digitalt	Bevaras		5 år	Om det förekommer en synpunkt i Infracontrol Online i samma ärend, avslutas synpunkten där och registreras i diariet.
		Yttrande till IVO med anledning av klagomål / synpunkt	D	OSL 25:1 / OSL 26:1	Ciceron	Digitalt	Bevaras		5 år	Kopia på handlingar, t ex journalhandlingar ur Viva, som utgör underlag för yttrande eller beslut ska inte registreras i ärendet.

Struktur	Verksamhetstyp Verksamhetsområde Processgrupp Process Underprocess/Aktivitet	Handlingstyp	Registrering	Sekretess	Förvaringsplats / Sorteringsordning	Medium	Bevaras / Gallras	Arkivmedium / -format	Lev.-frist	Anmärkningar
		Utredning med anledning av klagomål som återsänts av IVO till nämnden.	D	OSL 25:1 / OSL 26:1	Ciceron	Digitalt	Bevaras		5 år	Kopia på handlingar, t ex journalhandlingar ur Viva, som utgör underlag för yttrande eller beslut ska inte registreras i ärendet.
		Beslut från IVO med anledning av klagomål / synpunkt	D	OSL 25:1 / OSL 26:1	Ciceron	Digitalt	Bevaras		5 år	
		Svar till den som lämnat klagomål	D	OSL 25:1 / OSL 26:1	Ciceron	Digitalt	Bevaras		5 år	
		Meddelande om IVO-tillsyn	D	OSL 25:1 / OSL 26:1	Ciceron	Digitalt	Bevaras		5 år	
		Begäran från IVO om yttrande / handlingar från nämnd. Gäller tillsyn	D	OSL 25:1 / OSL 26:1	Ciceron	Digitalt	Bevaras		5 år	
		Nämndens yttrande till IVO inklusive begärda handlingar. Gäller tillsyn	D	OSL 25:1 / OSL 26:1	Ciceron	Digitalt	Bevaras		5 år	
		Beslut efter IVO-tillsyn	D	OSL 25:1 / OSL 26:1	Ciceron	Digitalt	Bevaras		5 år	
		Rapport från verksamhetsgranskning	D	Nej / OSL 25:1/OSL 26:1	Ciceron	Digitalt	Bevaras		5 år	
		Begäran från Justitieombudsmannen, om yttrande	D	OSL 25:1 / OSL 26:1	Ciceron	Digitalt	Bevaras		5 år	
		Beslut från Justitieombudsmannen	D	OSL 25:1 / OSL 26:1	Ciceron	Digitalt	Bevaras		5 år	
		Nämndens yttrande till Justitieombudsmannen	D	OSL 25:1 / OSL 26:1	Ciceron	Digitalt	Bevaras		5 år	
3.7.0.9	Rapportering av ej verkställda gynnande beslut SoL	Rapportering av ej verkställda gynnande beslut SoL	D	Nej	Ciceron	Digitalt	Bevaras		5 år	
		Sammanställning av rapportering till IVO av gynnande beslut som inte verkställts i tid	D	Nej	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	
		Fråga eller begäran från IVO gällande ej verkställda beslut	D	Nej	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	
		Yttrande till IVO med anledning av ej verkställt gynnande beslut	D	OSL 25:1 / OSL 26:1	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	Kopia på handlingar, t ex journalhandlingar ur Viva, som utgör underlag för yttrande eller beslut ska inte registreras i ärendet.
		Beslut från IVO	D	Nej	Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	
3.7.0.25	Hantera övriga frågor	Nyckelkvittenser, enhetens nycklar	S	OSL 26:1	Enheten	Digitalt eller papper	Gallras vid inaktualitet			Efter återlämnande.
		Nyckelkvittenser, brukares nycklar	D	OSL 26:1	VIVA, Personakt	Digitalt eller papper	Se inledande anmärkning			
		Nyckellistor, brukares nycklar	S	OSL 26:1	Axsor	Digital	Gallras vid inaktualitet			Under ständig uppdatering.
		Larmloggar	S	OSL 26:1	Webaccess	Digitalt	Gallras efter 2 år			
		Larmrapporter med register	S	OSL 26:1	Webaccess	Digitalt	Gallras efter 5 år			
3.7.1	Gemensam verksamhet									
3.7.1.1	Handlägga avgifter och ersättningar	Underlag för fastställande av avgift	D	OSL 26:1	VIVA, Personakt	Digitalt eller papper	Se inledande anmärkning		5 år	Inkomstförfrågan
		Registerkontroller som endast har tillfällig betydelse	D	OSL 26:1	VIVA, Personakt	Digitalt eller papper	Gallras vid inaktualitet			
		Överklagan inkl bilagor	D	OSL 26:1	VIVA, Personakt	Digitalt eller papper	Se inledande anmärkning		5 år	
		Fakturor	D	OSL 26:1	VIVA	Digitalt	Gallras efter 7 år			
		Faktureringsunderlag	D	OSL 26:1	J-mapp, VIVA	Digital	Gallras vid inaktualitet			

Struktur	Verksamhetstyp Verksamhetsområde Processgrupp Process Underprocess/Aktivitet	Handlingstyp	Registrering	Sekretess	Förvaringsplats / Sorteringsordning	Medium	Bevaras / Gallras	Arkivmedium / -format	Lev.-frist	Anmärkningar
		Avgiftsbeslut	D	OSL 26:1	VIVA, Personakt	Digitalt eller papper	Se inledande anmärkning		5 år	Beslut som ska bevaras förvaras i pappersjournal i väntan på att avgiftsmodulen i Viva kopplas till e-arkiv.
		Jämkning	D	OSL 26:1	VIVA, Personakt	Digitalt eller papper	Se inledande anmärkning		5 år	
		Makulering av faktura	D	OSL 26:1	VIVA	Digitalt	Gallras vid inaktualitet			
		Beslut och domar i domstol	D	OSL 26:1	VIVA, Personakt	Digitalt eller papper	Se inledande anmärkning		5 år	
		Begäran om yttrande	D	OSL 26:1	VIVA, Personakt	Digitalt eller papper	Se inledande anmärkning		5 år	
		Nämndens yttrande till domstol (delegationsbeslut)	D	OSL 26:1	VIVA, Personakt	Digitalt eller papper	Se inledande anmärkning		5 år	
		Meddelande från inkassobolag och kronofogdemyndighet om skulder	D	OSL 26:1	VIVA, Personakt	Digitalt eller papper	Gallras vid inaktualitet			
3.7.1.2	Hantera återkrav	Återkravshandlingar	D	OSL 26:1	VIVA, Personakt	Digitalt eller papper	Se inledande anmärkning		5 år	
3.7.1.3	Hantera ansvar och ersättningar mellan kommuner	Begäran om överflyttning från annan kommun	D	OSL 26:1	Ciceron	Digitalt	Bevaras		5 år	
		Begäran om överflyttning av ärende till annan kommun	D	OSL 26:1	VIVA	Digitalt	Se inledande anmärkning		5 år	
		Handlingar rörande tillfällig vistelse i egen eller annan kommun	D	OSL 26:1	VIVA	Digitalt	Se anmärkning till höger			Gallras, 5 år efter personen ej varit aktuell i socialregistret.
		Underrättelse från IVO om möjlighet att lämna yttrande om överflyttning till annan kommun	D	OSL 26:1	Ciceron	Digitalt	Bevaras			
		Begäran från IVO om överflyttning	D	OSL 26:1	Ciceron	Digitalt	Bevaras		5 år	
		Nämndens yttrande till IVO om överflyttning till annan kommun	D	OSL 26:1	Ciceron	Digitalt	Bevaras		5 år	
3.7.1.4	Tillhandahålla främjande och förebyggande åtgärder	Aktivitetsutbud, program i dagverksamhet	S	Nej	Planeringsbok	Papper	Gallras vid inaktualitet			
		Deltagarstatistik i dagverksamhet	S	Nej	J:mapp VAF Dagverksamhet:	Digitalt	Gallras efter 1 år			
		Levnadsberättelse	S	Nej	Pärm på enhet	Papper	Gallras vid inaktualitet			
		Intresseanmälan surfplatta	S	OSL 26:1	Selfpoint	Digital	Gallras efter 7 år			
		Beställningsunderlag: Surfplatta för seniorer	S	OSL 26:1	SelfPoint, beställning	Digitalt	Gallras 7 år efter återlämnande			
		Avtal: Surfplatta för seniorer	S	OSL 26:1	Pärm på enhet	Papper	Gallras 7 år efter återlämnande			Avtal för surfplattor som har återlämnats sorteras årsvis och levereras till Ramnåsgatan i sju år innan gallring.
3.7.1.6	Hantera enskildas privata medel									Förtydligande: För privata medel gäller ej inledande anmärkning 3.7.0. Gallring sker oavsett personens födelsedatum.
		Överenskommelse	S	OSL 26:1	Personakt	Papper	Gallras efter 7 år			
		Inventarieförteckning	S	OSL 26:1	Personakt	Papper	Se anmärkning till höger			Gallras 5 år efter brukare flyttar eller avlider
		Förbindelse att hantera privata medel (personal)	S	Nej	Personalakt	Papper	Se anmärkning till höger			När anställningen har upphört ska handling gallras, dock senast efter 1 år
		Kassabladd kontanter	S	OSL 26:1	Brandfördröjande skåp på enhet	Papper	Gallras efter 7 år			
		Kassabladd bankmedel	S	OSL 26:1	Brandfördröjande skåp på enhet	Papper	Gallras efter 7 år			

Struktur	Verksamhetstyp Verksamhetsområde Processgrupp Process Underprocess/Aktivitet	Handlingstyp	Registrering	Sekretess	Förvaringsplats / Sorteringsordning	Medium	Bevaras / Gallras	Arkivmediu m / -format	Lev.-frist	Anmärkningar
		Kassablad kontokort	S	OSL 26:1	Brandfördröjande skåp på enhet	Papper	Gallras efter 7 år			
		Kassablad handkasskort	S	Nej	Brandfördröjande skåp på enhet	Papper	Gallras efter 7 år			
		Tillfällig fullmakt	S	OSL 26:1	Brandfördröjande skåp på enhet	Papper	Gallras vid inaktualitet			
		Kvittens vid in- och utflyttning	S	OSL 26:1	Brandfördröjande skåp på enhet	Papper	Gallras vid inaktualitet			
3.7.1.7	Tillhandhålla måltider för brukare / patienter / externa kunder	Beställningslistor varubeställningar	S	Nej	Matilda, J-mapp, på enhet, pärm på enhet	Digitalt eller papper	Gallras vid inaktualitet			
		Beställningslistor portionsbeställningar	S	Nej	Matilda, J-mapp på enhet, pärm på enhet, mejli	Digitalt eller papper	Gallras vid inaktualitet			
		Specialkostblanketter	S	OSL 25:1	Viva, Pärm på enhet	Digitalt (Viva) Papper (kostenheten)	Gallras vid inaktualitet			Underlag hämtas ur patientjournalen i Viva.
		Statistik över matsvinn	S	Nej	Matilda	Digital	Gallras vid inaktualitet			
		Matsedlar	S	Nej	Matilda / omsorgen.se (app)	Digital	Gallras vid inaktualitet			
		Inspektionsrapporter, livsmedel och lokaler	D	Nej	Ciceron, pärm på enhet	Digitalt eller papper	Bevaras			Handlingar mejlas från myndigheten till respektive enhetschef som vidarebefordrar till diariet.
		Serveringstillstånd restauranger	D	Nej	Ciceron	Digital	Bevaras			
		Besked om upphörande av serveringstillstånd	D	Nej	Ciceron	Digital	Bevaras			
		Egenkontroller hygien och livsmedel, HACCP	S	Nej	Pärm på enhet	Papper	Gallras efter 2 år			
3.7.1.8	Tillhandahålla lokalvård	Städinstruktioner och städrutiner	S	Nej	J-mapp på enhet, pärm på enhet	Digitalt eller papper	Gallras vid inaktualitet			Ersätts med ny när inaktuell gallras.
		Kemikalielistor och säkerhetsdatablad	S	Nej	J-mapp på enhet, pärm på enhet	Digitalt eller papper	Gallras vid inaktualitet			Ersätts med ny när inaktuell gallras.
		Egenkontroller, kvalitetskontroll	S	Nej	J-mapp på enhet, pärm på enhet	Digitalt eller papper	Gallras efter 2 år			
		Inspektionsrapporter lokaler	D	Nej	Ciceron, pärm på enhet	Digitalt eller papper	Bevaras			Handlingar mejlas från myndigheten till respektive enhetschef som vidarebefordrar till diariet.
		Föreläggande om krav på åtgärd, miljötillsyn	D	Nej	Ciceron, pärm på enhet	Digitalt eller papper	Bevaras		5 år	Till exempel legionella-ärende
		Beslut om att avsluta ärende, miljötillsyn	D	Nej	Ciceron, pärm på enhet	Digitalt eller papper	Bevaras		5 år	Till exempel legionella-ärende
		Beslut om avgift för uppföljande tillsyn av vård- och omsorgsboende, miljötillsyn	D	Nej	Ciceron, pärm på enhet	Digitalt eller papper	Bevaras		5 år	Till exempel legionella-ärende
		Provrappporter, mijo	S	Nej	Pärm på enhet	Papper	Gallras efter 2 år			Till exempel legionella-ärende

Struktur	Verksamhetstyp Verksamhetsområde Processgrupp Process Underprocess/Aktivitet	Handlingstyp	Registrering	Sekretess	Förvaringsplats / Sorteringsordning	Medium	Bevaras / Gallras	Arkivmedium / -format	Lev.-frist	Anmärkningar
3.7.1.9	Tillhandahålla vaktmästeritjänster, kyld mat och resursgruppen	Beställningar av uppdrag	S	Nej	Intranätet, J-mapp på enhet, mappar i outlook, papper	Digital	Gallras vid inaktualitet			Går in som pdf via outlook. Blir fakturaunderlag
		Beställningar till Borås Energi och Miljö: Farligt avfall, vaktmästeri	S	Nej	J-mapp på enhet	Digital	Gallras vid inaktualitet			Vaktmästare beställer hämtning av farligt avfall, av Borås Energi och Miljö.
		Kopia från Borås Energi och miljö: rapportering till Naturvårdsverket, farligt avfall	S	Nej	J-mapp på enhet	Digital	Gallras vid inaktualitet			Rapporteras av och diarieförs hos Borås Energi och Miljö. Ska uppvisas vid tillsyn.
		Inspektionsrapporter, livsmedel och lokaler	D	Nej	Ciceron, pärm på enhet	Digitalt eller papper	Bevaras			Handlingar mejlas från myndigheten till respektive enhetschef som vidarebefordrar till diariet.
		Egenkontroll kylkedja	S	Nej	Pärm på enhet	Papper	Gallras efter 2 år			
		Avvikelser	S	Nej	J-mapp på enhet	Digital	Gallras vid inaktualitet			Rör bland annat kyld mat (till exempel missade brukare, frånvarande brukare vid leverans) och läkemedel kvarglömt i bil
		Skadeanmälan fordon till Servicekontoret	S	Nej	J-mapp på enhet	Digital	Gallras efter 7 år			Efter 7 år gallras anmälan hos Servicekontoret
		Skadekontroller för fordon: protokoll och fotografier	S	Nej	J-mapp på enhet	Digital	Gallras efter 2 år			Lämnas från Resursgruppens bilhall / biltvätt till berörd verksamhet
		Kvittens upphittade föremål i bilar	S	Nej	J-mapp på enhet	Digital	Gallras vid inaktualitet			
		Schema på uppdrag samt tidsåtgång för uppdrag (Resursgruppen)	S	Nej	Outlook, pdf i J-mapp som backup	Digital	Gallras efter 2 år			
		Kvittens arbetskläder	S	Nej	J-mapp på enhet	Digital	Gallras vid inaktualitet			Gallras när anställning avslutas
		Praktikanvisningar från ALN, Resursgruppen	S	Nej	J-mapp på enhet	Digital	Gallras vid inaktualitet			Gallras när anställning avslutas
		Nyckelkvittens	S	Nej	J-mapp på enhet	Digital	Gallras vid inaktualitet			Gallras när anställning avslutas
		Underskrift fordonspolicy	S	Nej	J-mapp på enhet	Digital	Gallras vid inaktualitet			Gallras när anställning avslutas

[illegible]

Struktur	Verksamhetstyp Verksamhetsområde Processgrupp Process Underprocess/Aktivitet	Handlingstyp	Registrering	Sekretess	Förvaringsplats / Sorteringsordning	Medium	Bevaras / Gallras	Arkivmedium / -format	Lev.-frist	Anmärkningar
		Avtal med extern utförare om köp eller försäljning av individuell insats	S	OSL 26:1	Ciceron	Digitalt	Bevaras		5 år	Avser avtal om köp eller försäljning av insats, boendeplats, korttidsplats etc av extern utförare, kommun eller enskild.
		Ansökningar om insatser (till exempel hemtjänst, plats på vobo, trygghetslarm) med eventuella bilagor	D	OSL 26:1	VIVA, Personakt	Digitalt eller papper	Se inledande anmärkning		5 år	
		Anmälan eller ansökan om behov av god man / förvaltare	D	OSL 26:1	VIVA, Personakt	Digitalt eller papper	Se inledande anmärkning		5 år	
		Beslut om god man / förvaltare / ombud eller annan ställföreträdare	D	OSL 26:1	VIVA, Personakt	Digitalt eller papper	Se inledande anmärkning		5 år	
		God man / förvaltare / förmyndare, handlingar rörande	D	OSL 26:1	VIVA, Personakt	Digitalt eller papper	Se inledande anmärkning		5 år	
		Beslut i enskilt ärende	D	OSL 26:1	VIVA, Personakt	Digitalt eller papper	Se inledande anmärkning		5 år	
		Beslutsunderlag	D	OSL 26:1	VIVA, Personakt	Digitalt eller papper	Se inledande anmärkning		5 år	
		Dokumentation av planering som rör den enskilde	D	OSL 26:1	VIVA, Personakt	Digitalt eller papper	Se inledande anmärkning		5 år	T.ex. genomförandeplan, överenskommelse, SAMSA
		Anmälningar och förhandsbedömningar som inte leder till någon åtgärd	D	OSL 26:1	VIVA	Digitalt eller papper	Gallras 5 år			
		Fullmakt	D	OSL 26:1	VIVA, Personakt	Digitalt eller papper	Se inledande anmärkning		5 år	
		Registerkontroller som utgör underlag för beslut	D	OSL 26:1	VIVA, Personakt	Digitalt eller papper	Se inledande anmärkning		5 år	Tillförs akten i läsbar form.
		Registerkontroller som endast har tillfällig betydelse	D	OSL 26:1	VIVA, Personakt	Digitalt eller papper	Gallras vid inaktualitet			
		Beslut / domar	D	OSL 25:1 / OSL 26:1	VIVA	Digitalt eller papper	Se inledande anmärkning		5 år	
		Överklagande med bilagor	D	OSL 26:1	VIVA, Personakt	Digitalt eller papper	Se inledande anmärkning		5 år	
		Begäran om yttrande	D	OSL 26:1	VIVA, Personakt	Digitalt eller papper	Se inledande anmärkning		5 år	
		Nämndens yttrande till domstol (delegationsbeslut)	D	OSL 25:1 / OSL 26:1	VIVA	Digitalt eller papper	Se inledande anmärkning		5 år	
		Yttrande till annan myndighet	D	OSL 26:1	VIVA, Personakt	Digitalt eller papper	Se inledande anmärkning		5 år	
		Utredningar i enskilt ärende	D	OSL 26:1	VIVA, Personakt	Digitalt eller papper	Se inledande anmärkning		5 år	
		Kopior av anteckningar från annan kommun eller region	D	OSL 26:1	VIVA, Personakt	Digitalt eller papper	Se inledande anmärkning		5 år	
		Inkomna och utgående handlingar av betydelse i ärenden	D	OSL 26:1	VIVA, Personakt	Digitalt eller papper	Se inledande anmärkning		5 år	

Struktur	Verksamhetstyp Verksamhetsområde Processgrupp Process Underprocess/Aktivitet	Handlingstyp	Registrering	Sekretess	Förvaringsplats / Sorteringsordning	Medium	Bevaras / Gallras	Arkivmedium / -format	Lev.-frist	Anmärkningar
		Upprättade handlingar av betydelse i ärendet	D	OSL 26:1	VIVA, Personakt	Digitalt eller papper	Se inledande anmärkning		5 år	
		Kopior av hyreskontrakt, besiktningsprotokoll etcetera	D	OSL 26:1	VIVA, Personakt	Digitalt eller papper	Gallras vid inaktualitet			
		Meddelanden från hyresvärd (hyresskulder, uppsägningar etcetera)	D	OSL 26:1	VIVA, Personakt	Digitalt eller papper	Gallras vid inaktualitet			
		Anmälan om misstänkt bidragsbrott	D	OSL 26:1	VIVA, Personakt	Digitalt eller papper	Se inledande anmärkning		5 år	
		Utredning misstänkt bidragsbrott	D	OSL 26:1	VIVA, Personakt	Digitalt eller papper	Se inledande anmärkning		5 år	
		Polisanmälan inklusive bilagor	D	OSL 26:1	VIVA, Personakt	Digitalt eller papper	Se inledande anmärkning		5 år	
		Delegationsbeslut om polisanmälan	D	OSL 26:1	VIVA, Personakt	Digitalt eller papper	Se inledande anmärkning		5 år	
		Bekräftelse polisanmälan	D	OSL 26:1	VIVA, Personakt	Digitalt eller papper	Se inledande anmärkning		5 år	
3.7.5.3-3.7.5.5	Ge stöd i ordinärt boende (exempelvis Hemtjänst, trygghetslarm, dagverksamhet)	Åtgärdsregistrering / journalanteckning	D	OSL 26:1	VIVA	Digital	Se inledande anmärkning		5 år	
		Beställning från Myndighetsenheten	D	OSL 26:1	VIVA	Digital	Se inledande anmärkning		5 år	
		Löpande arbetsanteckningar	D	OSL 26:1	VIVA, Personakt	Digitalt eller papper	Gallras vid inaktualitet			När dokumentation sammanfattats i personakt.
		Planering av genomförande av insatser	D	OSL 26:1	VIVA, Personakt	Digitalt eller papper	Gallras vid inaktualitet			
		Genomförandeplaner	D	OSL 26:1	VIVA, Personakt	Digitalt eller papper	Se inledande anmärkning		5 år	
		Levnadsberättelser	D	OSL 26:1	VIVA, Personakt	Digitalt eller papper	Se inledande anmärkning		5 år	
		Inkomna och utgående handlingar av betydelse i ärendet	D	OSL 26:1	VIVA, Personakt	Digitalt eller papper	Se inledande anmärkning		5 år	
		Inkomna och utgående handlingar av tillfällig betydelse och / eller rutinemässig karaktär	D	OSL 26:1	VIVA, Personakt	Digitalt eller papper	Gallras vid inaktualitet			
		Upprättade handlingar av tillfällig betydelse och / eller rutinemässig karaktär	D	OSL 26:1	VIVA, Personakt	Digitalt eller papper	Gallras vid inaktualitet			
		Upprättade handlingar av betydelse i ärendet	D	OSL 26:1	VIVA, Personakt	Digitalt eller papper	Se inledande anmärkning		5 år	
		Trygghetslarm, register över innehavare, händelseloggar	D	OSL 26:1	SOS Alarm	Digitalt	Gallras efter 2 år			
		Insatsplanering	D	OSL 26:1	TES	Digitalt	Gallras vid inaktualitet			
		Handlingsplaner för verksamheten / enheten	S	OSL 25:1 / OSL 26:1 / kap 39	J-mapp eller pärm på enheten	Digitalt eller papper	Gallras vid inaktualitet			
3.7.5.6-3.7.5.7	Ge stöd i särskilt boende (korttid, växelvård, vård- och omsorgsboende)	Åtgärdsregistrering / journalanteckning	D	OSL 26:1	VIVA	Digital	Se inledande anmärkning		5 år	
		Beställning från Myndighetsenheten	D	OSL 26:1	VIVA	Digital	Se inledande anmärkning		5 år	

Struktur	Verksamhetstyp Verksamhetsområde Processgrupp Process Underprocess/Aktivitet	Handlingstyp	Registrering	Sekretess	Förvaringsplats / Sorteringsordning	Medium	Bevaras / Gallras	Arkivmedium / -format	Lev.-frist	Anmärkningar
		Löpande arbetsanteckningar	D	OSL 26:1	VIVA, Personakt	Digitalt eller papper	Gallras vid inaktualitet			När dokumentation sammanfattats i personakt.
		Planering av genomförande av insatser	D	OSL 26:1	VIVA, Personakt	Digitalt eller papper	Gallras vid inaktualitet			
		Genomförandeplaner	D	OSL 26:1	VIVA, Personakt	Digitalt eller papper	Se inledande anmärkning		5 år	
		Levnadsberättelser	D	OSL 26:1	VIVA, Personakt	Digitalt eller papper	Se inledande anmärkning		5 år	
		Inkomna och utgående handlingar av betydelse i ärendet	D	OSL 26:1	VIVA, Personakt	Digitalt eller papper	Se inledande anmärkning		5 år	
		Inkomna och utgående handlingar av tillfällig betydelse och / eller rutinmässig karaktär	D	OSL 26:1	VIVA, Personakt	Digitalt eller papper	Gallras vid inaktualitet			
		Upprättade handlingar av tillfällig betydelse och / eller rutinmässig karaktär	D	OSL 26:1	VIVA, Personakt	Digitalt eller papper	Gallras vid inaktualitet			
		Upprättade handlingar av betydelse i ärendet	D	OSL 26:1	VIVA, Personakt	Digitalt eller papper	Se inledande anmärkning		5 år	
		Trygghetslarm, register över innehavare, händelseloggar	D	OSL 26:1	Everon	Digitalt	Gallras efter 2 år			
		Handlingsplaner för verksamheten / enheten	S	OSL 25:1 / OSL 26:1 / kap 39	J-mapp eller pärm på enheten	Digitalt eller papper	Gallras vid inaktualitet			
3.7.5.22	Bostadsanpassning									Inledande anmärkning för 3.7.5.22: Sorteras efter fastighetsbeteckning vid arkivläggning. Inkommande pappershandlingar skannas och gallras. Inkommande pappershandlingar som tillhör ett ärende i verksamhetssystemet BAB-Online, skannas för att därefter gallras. Innan gallringen kan verkställas ska förvaltningen ha säkerställt att: - Skanning har gjorts till ett filformat som är godkänt för bevarande enligt Stadsarkivets anvisningar. - Kontroll har gjorts för att garantera att gallringen inte medför förlust av betydelsebärande information eller möjligheten att fastställa autenticiteten. - Kontroll har gjorts att gallringen inte möter hinder i lagstiftning eller påverkar informationens bevisvärde. Beslut gäller från 2022-01-01.
		Journalanteckning	D	OSL 26:12	VIVA, BAB	Digital	Gallras efter 10 år			När beslutshandläggning har införts i BAB-Online avslutas registrering i VIVA.
		Ansökan från enskild om bidrag i form av bostadsanpassning, inklusive intyg, ev uppdragsblankett (ang hantverkare), ev åtgärdsförslag från arbetsterapeut	D	OSL 26:12	BAB	Digital	Gallras efter 10 år			
		Inkomna och utgående handlingar av tillfällig betydelse i ärendet och / eller rutinmässig karaktär	D	OSL 26:12	BAB	Digitalt eller papper	Gallras vid inaktualitet			
		Beslutsunderlag utifrån ansökan om bostadsanpassning	D	OSL 26:12	VIVA, BAB	Digital	Gallras efter 10 år			När beslutshandläggning har införts i BAB-Online avslutas registrering i VIVA.
		Bilagor t.ex. foton, personliga brev	D	OSL 26:12	BAB	Digital	Gallras efter 10 år			
		Beslut i enskilt ärende om bostadsanpassning	D	OSL 26:12	VIVA, BAB	Digital	Gallras efter 10 år			När beslutshandläggning har införts i BAB-Online avslutas registrering i VIVA.

Struktur	Verksamhetstyp Verksamhetsområde Processgrupp Process Underprocess/Aktivitet	Handlingstyp	Registrering	Sekretess	Förvaringsplats / Sorteringsordning	Medium	Bevaras / Gallras	Arkivmedium / -format	Lev.-frist	Anmärkningar
		Tilläggsbeslut	D	OSL 26:12	BAB, Ciceron	Digital	Gallras efter 10 år			Om beslut överstiger det belopp som är delegerat till handläggare och därmed fattas av nämnd registreras i Ciceron.
		Överklaganden	D	OSL 26:12	VIVA, BAB, bostadsanpassningsarkivet	Digitalt eller papper	Gallras efter 10 år			Gäller bostadsanpassning.
		Beslut / domar i förvaltningsdomstol	D	OSL 26:12	VIVA, BAB, bostadsanpassningsarkivet	Digitalt eller papper	Gallras efter 10 år			
		Begäran om yttrande	D	OSL 26:12	VIVA, BAB, bostadsanpassningsarkivet	Digitalt eller papper	Gallras efter 10 år			
		Nämndens yttrande till domstol (delegationsbeslut)	D	OSL 26:12	VIVA, BAB, bostadsanpassningsarkivet	Digitalt eller papper	Gallras efter 10 år			
		Beställning till entreprenör	D	OSL 26:12	BAB	Digital	Gallras efter 10 år			
		Ritningar, tekniska lösningar och underlag för kostnader	D	OSL 26:12	BAB	Digital	Gallras efter 10 år			
		Register över åtgärdade lägenheter och hus	D	OSL 26:12	BAB, Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	Registreras i Ciceron följande år för e-arkivering.
		Statistiska sammanställningar	D	OSL 26:12	BAB, Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	Registreras i Ciceron följande år för e-arkivering.
		Lista över beslut om bostadsanpassningsbidrag och återställningsbidrag	D	OSL 26:12	BAB, Ciceron	Digital	Bevaras		5 år	Registreras i Ciceron följande år för e-arkivering.

Struktur	Verksamhetstyp Verksamhetsområde Processgrupp Process Underprocess / Aktivitet	Handlingstyp	Registrering	Sekretess	Förvaringsplats / Sorteringsordning	Medium	Bevaras / Gallras	Arkivmedium / -format	Lev.-frist	Anmärkningar
										Övergripande anmärkning: För handlingar av tillfällig eller liten betydelse gallras enligt Vård- och äldreomsorgens beslut 2020-06-16 § 78, se bilaga. I detta gallringsbeslut avses handlingar av tillfällig eller liten betydelse för verksamheten som vare sig behöver hållas ordnade eller registreras och som regleras i 5 kap. 1 § 4 st. Offentlighet och sekretesslagen (2009:400)
3.7	Vård och omsorg									
3.7.6	Tillhandahålla Kommunal hälso- och sjukvård									Inledande anmärkning: HSL-handlingar för personer födda den 5, 15, 25 varje månad bevaras för forskningens behov. Handlingarna översänds till Stadsarkivet 10 år efter sista anteckning. HSL-handlingar för personer födda övriga datum gallras 10 år efter sista anteckning. Pappershandlingar gallras efter skanning till ärendehanteringssystemet VIVA enligt Vård- och äldreomsorgens beslut 2020-09-21.
3.7.6.1	Delegering - säkerställa delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser	Beslut om delegering	S	OSL 25:1	VIVA, MCSS, pappersjournal	Digitalt eller papper	Gallras efter 10 år			
		Aterkallad delegering	D	OSL 25:1	VIVA, MCSS, pappersjournal	Digitalt eller papper	Gallras efter 10 år			
3.7.6.4	Kommunalt akutläkemedelsförråd	Narkotikajournal	S	OSL 25:1	Berörd enhet	Papper	Gallras efter 10 år			
		Signaturförtäligande (handstilsprov)	S	OSL 25:1	Berörd enhet	Papper	Gallras efter 10 år			
3.7.6.5	Bedriva hälso- och sjukvård	Inskrivning eller avslag om inskrivning i hemsjukvården	D	OSL 25:1	VIVA, pappersjournal	Digitalt eller papper	Se inledande anmärkning			
		Journal, HSL	D	OSL 25:1	VIVA, pappersjournal	Digitalt eller papper	Se inledande anmärkning			
		Anamnes	D	OSL 25:1	VIVA, pappersjournal	Digitalt eller papper	Se inledande anmärkning			Anamnes är en sammanställning av information av vikt för diagnostik, vård och behandling, som är inhämtad av legitimerad personal eller information från patienten/närstående, det vill säga bakgrund till inskrivning i hälso- och sjukvården. Vad en anamnes ska innehålla regleras i Patientdatalagen (2008:355) och i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40)

Struktur	Verksamhetstyp Verksamhetsområde Processgrupp Process Underprocess / Aktivitet	Handlingstyp	Registrering	Sekretess	Förvaringsplats / Sorteringsordning	Medium	Bevaras / Gallras	Arkivmedium / -format	Lev.-frist	Anmärkningar
		Status	D	OSL 25:1	VIVA, pappersjournal	Digitalt eller papper	Se inledande anmärkning			Status i journalen avser vad vårdpersonalen själva ser, hör, mäter eller undersöker. Status är det tillstånd patienten för närvarande befinner sig i, både patientens upplevda och vårdpersonalens bedömning.
		Planer	D	OSL 25:1	VIVA, pappersjournal	Digitalt eller papper	Se inledande anmärkning			Exempelvis vårdplan, rehabplan, hjälpmedelsplan, vård i livets slutskede-plan.
		Bedömningar	D	OSL 25:1	VIVA, pappersjournal	Digitalt eller papper	Se inledande anmärkning			
		Provtagning (mätvärden)	D	OSL 25:1	VIVA, pappersjournal	Digitalt eller papper	Se inledande anmärkning			
		Åtgärdsregistrering	D	OSL 25:1	VIVA, pappersjournal	Digitalt eller papper	Se inledande anmärkning			
		Epikris	D	OSL 25:1	VIVA, pappersjournal	Digitalt eller papper	Se inledande anmärkning			Epikris är en sammanfattning som skrivs när en vårdperiod avslutas. Den innehåller i korthet varför personen sökte vård, vad man kom fram till (resultat, diagnoser), vilka undersökningar eller behandlingar som gjorts, hur det har gått under vårdtiden, vilka råd eller instruktioner personen får med sig vidare, om något behöver följas upp och av vem. Korfattat är epikris en avslutande sammanfattning av vårdförloppet och vad som gäller framåt.
		Vårdtidssammanfattning	D: VIVA	OSL 25:1	VIVA, pappersjournal	Digitalt eller papper	Se inledande anmärkning			
		Uppmärksamhetsinformation	D: VIVA	OSL 25:1	VIVA, pappersjournal	Digitalt eller papper	Se inledande anmärkning			
		Media (bilder)	D: VIVA	OSL 25:1	VIVA	Digitalt	Se inledande anmärkning			Bland annat status på sår, hudförändringar, svullnader eller skador, fotodokumentation av hjälpmedel till exempel sittställning.
		Intyg	D: VIVA	OSL 25:1	VIVA, pappersjournal	Digitalt eller papper	Se inledande anmärkning			
		Upprättade remisser	D: VIVA	OSL 25:1	VIVA, pappersjournal	Digitalt eller papper	Se inledande anmärkning			
		Dokumentation HSL	S	OSL 25:1	Viva, pappersjournal	Digitalt eller papper	Se inledande anmärkning			Åtgärdsregistrering för assistentbolagen som inte har tillgång till Viva.
		Remiss och ordinationer från annan vårdgivare		OSL 25:1	Viva, pappersjournal	Digital eller papper	Se inledande anmärkning			
		Förflyttning, instruktioner	D	OSL 25:1	VIVA, Exorlive	Digital	Se inledande anmärkning			
		Dokument från andra vårdgivare	D: VIVA	OSL 25:1	VIVA, pappersjournal	Digitalt eller papper	Se inledande anmärkning			Till exempel epikris från sjukhus
		Inskannade instruktioner	D: VIVA	OSL 25:1	VIVA, pappersjournal	Digitalt eller papper	Se inledande anmärkning			

Struktur	Verksamhetstyp Verksamhetsområde Processgrupp Process Underprocess / Aktivitet	Handlingstyp	Registrering	Sekretess	Förvaringsplats / Sorteringsordning	Medium	Bevaras / Gallras	Arkivmedium / -format	Lev.-frist	Anmärkningar
		Läkemedelslista / ordinationshandling / PK-brev	S	OSL 25:1	Pappersjournal	Papper	Se inledande anmärkning och anmärkning till höger			Handling skannas ej in i VIVA på grund av patientsäkerhetsrisk.
		Läkemedelslista Viva	D	OSL 25:1	Viva, pappersjournal	Digitalt eller papper	Se inledande anmärkning			
		Palliativa ordinationer	D	OSL 25:1	Pappersjournal	Papper	Se inledande anmärkning och anmärkning till höger			Handling skannas ej in i VIVA på grund av patientsäkerhetsrisk
		Namnkort vid dödsfall	S	OSL 25:1	pappersjournal	Papper	Gallras vid inaktualitet			Handling skannas ej in i VIVA. Västra Götalandsregionen förser Vård- och äldre-nämnden med namnkorten som sedan fylls i. Identitetsmärke som lämnas till läkaren. Därefter gallringsbar.
		Signaturförtydligandelistor (handstilsprov)	S	Nej	Pärm på enhet	Papper	Gallras vid inaktualitet			
		Signaturförtydligandelistor (handstilsprov)	S	OSL 25:1	pappersjournal	Papper	Se inledande anmärkning och anmärkning till höger			Handling skannas ej in i VIVA. Kopia arkiveras i HSL-journalen efter avslutat ärende. Kopian hör till patientens journal.
		Signeringslistor	D	OSL 25:1	MCSS, VIVA, pappersjournal	Digitalt eller papper	Se inledande anmärkning			
		Tandvårdskort	D	OSL 25:1	VIVA, pappersjournal	Digitalt eller papper	Se inledande anmärkning			
		HälsodeklARATION	D	OSL 25:1	VIVA	Digitalt				Originalhandling skickas till Vårdcentralen
		Listor och schema som rör patienten	D	OSL 25:1	Viva, papper hos patienten	Papper	Gallras vid inaktualitet			Till exempel våtskelista, våndschemata, beteendeschemata, anteckningar välkomstsamtal, avföringslista m.fl. Gallras när uppgifterna förts in i Viva.
		Underlag för vaccination	D	OSL 25:1	VIVA, pappersjournal	Papper	Gallras vid inaktualitet			Underlaget scannas in i journalen. Originalet skickas tillbaka till Vårdcentralen. Är inte Vård- och äldre-nämndens dokument.

Systembeskrivning

It-system	Beskrivning	Användare	Togs i bruk	Föregångare	Kopplingar till andra	Förvaltas av
Agresso	Redovisningssystem. I Agresso hanteras fakturor och uppföljning av ekonomiärenden.	Ekonomi, attestanter, chefer				Kommunstyrelsen
Axsor	Nyckellistor	Larm och nattorganisationen	2019			Vård- och äldre-nämnden
BAB-Online	Program för bostadsanpassning	Bostadsanpassning	2016	Viva		Vård- och äldre-nämnden
Canea	Processhanteringssystem. Verktyg för hantering av projekt, processer, dokument och ärenden.	Alla medarbetare				Kommunstyrelsen
Ciceron	Diarie- och ärendehanteringssystem	Nämndsekreterare, utredare, handläggare, SAS	2017	Ledning i Samverkan (LIS)		Kommunstyrelsen
Ciceron Avtalsmodul	Ärendehanteringssystem för avtal	Nämndsekreterare och avtalshandläggare	2021			Kommunstyrelsen
EasyApp	Verksamhetssystem för stöldmärkning och inventarieförteckning	Samordnare				Lokalförsörjningsnämnden
Everon	Larmtjänster särskilt boende	Systemadministratörer (teknikgruppen), utvalda i larm och nattorganisationen (EC, samordnare, ombud). Särskilt boende: (EC, samordnare, teknikombud)	2021	TunStall	AD	Vård- och äldre-nämnden
Exorlive	Verksamhetssystem för träning och rehabiliteringsprogram	Sjukgymnaster och arbetsterapeuter	2022	Mobilus	Viva	Vård- och äldre-nämnden
Heroma	Kommunens gemensamma personal- och löneadministrationssystem. Här hanteras anställningar, statistik, e-rekrytering.	HR och chefer				Kommunstyrelsen
Infracontrol Online	Ärendehanteringssystem för synpunkter	Synpunktsansvariga, SAS, chefer				Kommunstyrelsen
KIA	Hantering av arbetsskador och tillbud (incidentrapportering)	Alla medarbetare				Kommunstyrelsen
Matilda	Mathantering, bland annat beställningar och matsedlar	Verksamhetsområde kost				Kommunstyrelsen
MCSS	Verktygssystem för digital hantering av delegeringar och signeringslistor inom vård- och omsorg	HSV-organisationen	2018	Viva/Papper	AD	Vård- och äldre-nämnden
Outlook	System för hantering av mejl och mötesbokningar	Alla medarbetare		Lotus Notes		Kommunstyrelsen
Selfpoint	System för hantering av registerbegäran enligt GDPR samt ansökningar om trygghetslarm	Nämndsekreterare, utredare			Robot RPA handlägger ansökningar om trygghetslarm i	Kommunstyrelsen
SiteVision	Webbverktyg för publicering av nyheter, nämndhandlingar med mera på webben.	Kommunikatör, Nämndsekreterare, samordnare med flera				Kommunstyrelsen
Stratsys	Webbaserat verktyg som används för att underlätta och förenkla planerings- och uppföljningsprocessen i Borås Stad	Alla chefer, strateger, utvecklare mfl				Kommunstyrelsen
SOS Alarm	Larmtjänster ordinärt boende	Systemadministratörer (teknikgruppen), utvalda i larm och nattorganisationen (EC, samordnare, ombud).	2024	Everon		Vård- och äldre-nämnden
TES	Planeringsverktyg insatsplanering hemtjänst	Koordinatorer	2014	Excel/papper	Heroma, Viva	Vård- och äldre-nämnden
Upphandlingsmodul (Tendsign Mercell)	System för genomförande och publicering av upphandlingar.	Medarbetare med uppdrag att hantera upphandling och direktupphandling				Kommunstyrelsen
VisionFlow	Ärendehanteringssystem för IT-support	IT Vård- och omsorg, IT-samordnare, enhetschefer KU	2017	Lotus Notes	AD	Servicenämnden
VIVA	Verksamhetssystem av dokumentation för insatser enligt socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen	Verksamhetsområde myndighet, verksamhetsområde verkställighet, verksamhetsområde hälso- och sjukvård	2013	Magna Cura	AD, Agresso, TES, Heroma, Exorlive, Nationell Patientöversikt (NPÖ)	Vård- och äldre-nämnden



Vård- och äldreomsorgen

§ 22

Dnr VAN 2026-000092.1.3.0

Revidering av informationshanteringsplan för Vård- och äldreomsorgen

Vård- och äldreomsorgens beslut

Vård- och äldreomsorgen beslutar att fastställa informationshanteringsplanen och att den ska gälla från och med den 1 mars 2026.

Sammanfattning av ärendet

Enligt Arkivregler för Borås Stad ska det finnas en informationshanteringsplan för varje nämnd. Varje myndighet ansvarar för att dess arkiv vårdas enligt arkivlagen, arkivförordningen, arkivregler samt andra av Stadsarkivet utfärdade råd och anvisningar. För att planen ska motsvara de faktiska förhållandena i verksamheten ska den ses över årligen och revideras vid behov.

Det som är nytt i den omarbetade informationshanteringsplanen är att processerna för kost- och lokalvård, vaktmästeri, kyld mat samt resursgruppen (3.7.1.7–3.7.1.9) har inkluderats.

Stadsarkivet har granskat Vård- och äldreomsorgens omarbetade informationshanteringsplan och lämnat ett antal synpunkter, men utöver detta finns inga invändningar mot föreslagna gallringsbeslut.

I samrådsskrivelsen har Stadsarkivet synpunkter som rör dels begäran som rör ärenden enligt patientskadelagen, dels handlingar i HR-processerna. I den slutgiltiga versionen av informationshanteringsplan, är ”Begäran som rör ärenden enligt patientskadelagen” borttagen med anledning av att detta inte utgör en handling eller informationstillgång. När det gäller synpunkterna kring handlingar i HR-processerna inväntar Vård- och äldreomsorgen resultatet i projektet ”Samlad styrning och arbetssätt kring klassificeringsstruktur, informationshanteringsplan och informationssäkerhet” och ett stadenövergripande arbetssätt, innan nämnden gör förändringar i hanteringen av handlingar i HR-processerna.

I övrigt har Vård- och äldreomsorgen tagit hänsyn till Stadsarkivets synpunkter, i det upprättade förslaget till nämnden.

Vård- och äldreomsorgen beslutar att fastställa informationshanteringsplanen och att den ska gälla från och med 1 mars 2026.

Beslutsunderlag

1. Informationshanteringsplan för VÄN 2026-02-17

Samrådsskrivelse från Stadsarkivet

Simon Frånander
Handläggare
033-353666

Anmälningssärenden 2026-03-17

Vård- och äldre nämndens beslut

Redovisade anmälningssärenden läggs till handlingarna.

Anmälningsärenden

1. Protokoll FSG 2025-12-10
2. Protokoll FSG 2026-01-14
3. Förvaltningsrättens dom i mål 4507–25
Dnr 2025–00263 & 2025–00270
4. Beslut från Arbetsmiljöverket om avslutat ärende, Kristinegränd 7
Dnr 2025–00334
5. Beslut om avslutat tillsynsärende enligt lagen om skydd mot olyckor (LSO), Kvibergsgatan 19
Dnr 2026–00050
6. Beslut från IVO – lex Maria
Dnr 2025–00204
7. Beslut från IVO – lex Maria
Dnr 2025–00305
8. Inkommet Boråsförslag - Etablering av hospicepalliativ enhet inom äldreomsorgen
Dnr 2026–00060
9. Interpellation ställd till ordförande - Bristande kontinuitet i hemtjänsten
Dnr 2026–00061
10. Interpellation ställd till ordförande - Tryggheten för äldre med hemtjänst
Dnr 2026–00062

Johan Wikander
Ordförande

Tina Isaksson
Förvaltningschef



Delegationsbeslut 2026-03-17

Vård- och äldreomsorgens beslut

Redovisade delegationsbeslut läggs till handlingarna.

Delegationsbeslut

1. Delegationslista Myndighet februari 2026
2. Delegationslista Myndighet under 65 år februari 2026
3. Delegationslista Bostadsanpassning februari 2026
4. Lista delegationsbeslut HR – 1.D. Personalärenden punkt 10, januari 2026
5. Beslut om avslag på begäran om utlämnande av allmän handling
Dnr 2026-00053
6. Anmälan till IVO och utredning enligt lex Maria
Dnr 2026-00032
7. Utredning enligt lex Sarah
Dnr 2025-00112
8. Utredning enligt lex Sarah
Dnr 2025-00128
9. Utredning enligt lex Sarah
Dnr 2025-00174
10. Utredning enligt lex Sarah
Dnr 2026-00031

Johan Wikander
Ordförande

Tina Isaksson
Förvaltningschef