

Protokoll för socialnämnden

Tid och plats	Tisdag 14 april 2026 kl. 09:30–15:00 Gulli, Björkarna Torsby
Beslutande	Tommy Olsson (S), Ordförande Åsa Walfridsson (S), § 38-46 Gunilla Toreheim (S) Ulf Ronge (M), 1:e vice ordförande Siv Martinsson (V) Susanne Sätterlund (SD), 2:e vice ordförande, § 38-46 Kenneth Persson (SD) Pia Sohl Hansson (KD), ersättare May Wenche Borgler (M) Joe Bengtsson (DO!T), §38-58 Bengt Enneby (C), ersätter Linn Karlsson (C) Maria Carlsson (V), ersätter Ida Gullbrandsson (S) Lennart Tranberg (SD) ersätter Susanne Sätterlund (SD), § 47-62 Annlouise Brodén (S), ersättare Åsa Walfridsson (S) § 54-62
Övriga deltagare	Lukas Löfstrand, socialchef Carina Stolpe, verksamhetschef vård och omsorg Martina Ullenius, verksamhetschef IFO/Funktionsstöd Kent Eriksson, ekonom, § 38-53 Birgitta Nilsson, sekreterare Ann-Mari Törnevik, områdeschef, § 53 Nina Darfors, sjuksköterska, § 53 Marika Sundquist, projektledare, § 54 Linda Hult, socionom, § 54 Anders Olsson, § 54 Karin Swensån, projektledare, § 55 Susanne Axelsson, SAS, § 58 Petra Frykensä, områdeschef, § 62 Lennart Tranberg (SD), ersättare som inte tjänstgör, § 38-46
Justerare	Siv Martinsson
Tid för justering	2026-04-21
Paragrafer	38–62

PROTOKOLL
2026-04-14

Underskrifter Digital justering (Birgitta Nilsson, sekreterare)
Digital justering (Tommy Olsson, ordförande)
Digital justering (Siv Martinsson, justerare)

BEVIS

Protokollet är justerat. Justeringen har tillkännagivits på kommunens digitala anslagstavla.

Beslutande instans	Socialnämnden
Förvaring av protokollet	Kommunhuset, Torsby
Sammanträdesdatum	2026-04-14
Datum då protokollet justeras	2026-04-21
Datum då tillkännagivandet publiceras	2026-04-21
Datum då publiceringen av tillkännagivandet upphör	2026-05-13

PROTOKOLL
2026-04-14

Innehåll

§ 38 Jäv och intressekonflikt	5
§ 39 Nämndinitiativ , Anhörigstöd till föräldrar med barn som har omfattande behov	6
§ 40 Nämndinitiativ, Ökad tillgänglighet och tillit genom dialogsocionom på bokbussen	8
§ 41 Nämndinitiativ, personaltäthet på särskilda boenden.	10
§ 42 Nämndinitiativ, Skolsociala teamet	13
§ 43 Nämndinitiativ, resurspass och vikariekostnader	15
§ 44 Nämndinitiativ, Ökad politisk närvaro vid arbetsplatsträffar inom hemtjänsten och särskilda boenden.	18
§ 45 Extra personalsatsning för månadsanställd basperson inom hmetjäns, särskilda boenden och funktionsstöd	20
§ 46 Budget 2027-2029	23
§ 47 Budget- och verksamhetsuppföljning	25
§ 52 Verksamhetsuppföljning lediga lägenheter på särskilda boenden och utförda hemtjänsttimmar	28
§ 53 Verksamhetsinformation, Hälso- och sjukvård	30
§ 54 Skolsamverkan 2.0 och skolsociala teamet	31
§ 55 Omställning nya socialtjänstlagen	33
§ 56 Riktlinjer resor inom funktionsstöd	34
§ 57 Gemensam granskning av vårdkedjor och läkemedelshantering	35
§ 58 Reviderat mål- och styrdokument gällande bostad med särskild service för vuxna inom Funktionsstöd, Torsby kommun.	37
§ 59 Överenskommelse om samverkan kring personer med psykiska funktionsnedsättningar och personer med skadligt bruk och beroendeproblematik	38
§ 60 Information, pågående projekt	39
§ 61 Information från politiker	40

PROTOKOLL
2026-04-14

§ 62 Information från socialförvaltningen

41

PROTOKOLL
2026-04-14

§ 38 Jäv och intressekonflikt

Socialnämndens beslut

Socialnämnden godkänner Maria Carlsson (V) anmälan av jäv § 46.

Sammanfattning av ärendet

Maria Carlsson (V) meddelar att hon är jävig i § 46, extra personalsatsning.

PROTOKOLL
2026-04-14

§ 39 Nämndinitiativ , Anhörigstöd till föräldrar med barn som har omfattande behov

Diarienummer SOC 2026/179

Socialnämndens beslut

Socialnämnden skickar ärendet för beredning.

Sammanfattning av ärendet

Vid dagens sammanträde lämnar Sverigedemokraterna, genom Susanne Sätterlund, in följande nämndinitiativ.

Anhörigstöd till föräldrar med barn som har omfattande behov

För att ett barn ska må bra krävs föräldrar som orkar. Det är oroande att allt fler föräldrar som lever under hög stress, inte tillfredställande familjesituationer eller har barn med omfattande behov drabbas av utmattnings- och psykisk ohälsa. Det saknas idag insatser som fokuserar på föräldrarnas egna behov: återhämtning, avlastning och stöd för att orka med en tuff vardag.

Detta är särskilt viktigt för att barn med NPF-diagnoser ska få förutsättningar att lyckas i skolan. Många av dessa elever har en omfattande skolfrånvaro och därmed en risk att inte klara sin skolgång. En ofullständig skolgång kommer att påverka hela deras liv.

Att ha barn som inte orkar gå till skolan sliter på föräldrarna. Föräldrarna måste orka vara föräldrar och ta sitt föräldraansvar. Forskningen visar att föräldrar till mycket krävande barn löper stor risk för långtidssjukskrivningar. Genom att ge föräldrarna avlastning någon timma då och då kan dessa föräldrar få andrum i tillvaron. Genom ett väl planerat stöd kan framtida placeringar och splittring av familjer förhindras.

Med anledning av detta yrka Sverigedemokraterna:

- Att föräldrar till barn/unga med NPF liknande beteende (behöver inte finnas en diagnos) ska få stöd i sin vardag genom anhörigstöd. Ett stöd som fokuserar på **föräldrarnas egna psykiska hälsa och återhämtning**.

PROTOKOLL
2026-04-14

Handlingar i ärendet

Nämndinitiativ från Sverigedemokraterna

Beslutet skickas till

Beredning

PROTOKOLL
2026-04-14

§ 40 Nämndinitiativ, Ökad tillgänglighet och tillit genom dialogsocionom på bokbussen

Diarienummer SOC 2026/173

Socialnämndens beslut

Socialnämnden skickar ärendet för beredning.

Sammanfattning av ärendet

Vid dagens sammanträde lämnar Sverigedemokraterna, genom Susanne Sätterlund, in följande nämndinitiativ.

Ökad tillgänglighet och tillit genom en dialogsocionom på bokbussen

Den nya socialtjänstlagen ställer högre krav på socialtjänstens tillgänglighet och att arbeta mer förebyggande för att möta innevånarnas behov i ett tidigare skede. En utmaning för dagens socialtjänst är att många innevånare känner en rädsla eller tröskel inför att kontakta myndigheten. Rädsla, språkbarriärer eller fysiskt avstånd kan hindra människor från att söka stöd. Även desinformation skapar onödig oro kring socialtjänstens arbete.

I Malmö har det visat sig att dialogsocionomer, som arbetar uppsökande utan myndighetsutövning - kan ge råd och stöd innan problem blir för stora.

Bokbussen är en av kommunens mest uppskattade och trygga platser. Den når ut till hela kommunen och möter människor i deras vardag. Genom att låta en dialogsocionom följa med på utvalda turer kan vi möta innevånarna på en neutral och icke stigmatiserande arena.

I bokbussen kan dialogsocionomen samtal om var stöd finns eller rättigheter utan att det krävs ett bokat möte i socialtjänstens lokaler.

Med anledning av detta yrkar Sverigedemokraterna:

- Att socialnämnden och kulturnämnden får i uppdrag att initiera ett pilotprojekt där dialogsocionomer regelbundet deltar i bokbussens turer i utvalda områden.

PROTOKOLL
2026-04-14

- Att socialnämnden utvidgar till flera mötesplatser där dialogsociomer exempelvis föreningar, religiösa samfund och i bostadsområden.
- Att samarbetet utvärderas med focus på om insatsen ökat kontaktytorna med grupper som sällan söker stöd på egen hand.

Handlingar i ärendet

Nämndinitiativ från Sverigedemokraterna.

Beslutet skickas till

Beredning

PROTOKOLL
2026-04-14

§ 41 Nämndinitiativ, personaltäthet på särskilda boenden.

Diarienummer SOC 2026/183

Socialnämndens beslut

1. Socialnämnden beslutar att bifalla Sverigedemokraternas nämndinitiativ att höja personaltätheten på särskilda boenden till 0,64 och till 0,71 på demensavdelningarna och korttidsboendet.
2. Socialnämnden beslutar att göra ett tilläggsäskande på 2 mkr för att starta personaltätheten 0,64 respektive 0,71 2026-08-31.
3. Socialnämnden beslutar att äska 4 mkr till ökad personaltäthet till 0,64 respektive 0,71 i samband med nämndens budgetäskande för 2027-2029.

Sammanfattning av ärendet

Vid dagens sammanträde lämnar Sverigedemokraterna, genom Susanne Sätterlund, in följande nämndinitiativ.

Personaltäthet på särskilda boenden

2016 togs ett beslut någonstans i Torsby kommun om att genomföra "heltidsresan" som man blev först med i hela Sverige, vilket man tydligt säger i den återrapportering som gjordes efter ett års hårt arbete i projektform. (Ks protokoll 2018-04-09)

Projektet pågick under tiden 2017-05-01 till 2018-04-30, de utvalda arbetsplatserna som ingick i projektet var, hemtjänst(Valbergsgården) särskilda boende(Klarastrand) samt korttidspolen.

Syftet med projektet var initialt att **hålla nere personalkostnader** samt utforma **schemamodeller** som bygger på en **god omsorg** och en **bra arbetsmiljö** (protokoll ksau 2016-11-09).

När projektet slutredovisades för kommunstyrelsen fanns två målskrivningar och det var att **uppnå heltid inom aktuella arbetsgrupper** och att **höjningen av sysselsättningsgrad skulle klaras inom budget**.

PROTOKOLL
2026-04-14

Man lyckades inom projektet med tre små arbetsplatser skapa heltidstjänster för de arbetsgrupper inom projektet inom befintlig budget!!!! (Dnr KST 2018/228)**men god omsorg och bra arbetsmiljö nämndes inte.**

Genom heltidsresans införande skapades mertid, resursspass, som då skulle användas istället för vikarier vilket har resulterat i en mängd resursspass och samtidigt en stor kostnad för användande av vikarier för att resursspassen passar inte in där behoven uppstår.

Dessa resursspass skapar stress och arbetsoro, Var ska jag va? Vem ska jag jobba med idag? Ett av grundsyftena med att göra heltidsresan var att skapa scheman som bygger på god omsorg och bra arbetsmiljö, men det glömdes tydligen bort bara alla fick heltid inom budgeten.

Orkar personalen inte arbeta pga. dåliga scheman så leder det på sikt till sämre omsorg.

Nu har alla heltid och svaret är; höjda vikarie kostnader och höjda sjukskrivningar trots stora insatser arbetsmiljömässigt (ks protokoll 2026-03-09, Årsbokslut 2025)något gick fel!!

Och där är vi idag! En heltidsresa med dålig implementering för de stora säbona med mängder av resursspass som håller på att slita personal i stycken.

En heltidsresa som någon har tyckt ska hållas inom budget.(i projektet med tre små arbetsplatser gick det)

Har någon kommun lyckats implementera heltid inom befintlig budget?

Torsby kommun kanske ska vara först med det också? Till vilket pris?

Nu står vi i ett läge där ny lagstiftning tillkommit som försvårar schemaläggningen ytterligare men att införa heltider utan att det ska få kosta låter som utopi. Frågan som bör ställas är; vad är en kostnad?

Pengar? Sjukfrånvaro? Sämre omsorg pga utsliten personal?

Denna resa går inte att genomföras utan en ökad kostnad, vi i nämnden har uppmärksammat att i Torsby ligger vi lågt i sysselsättningsgrad (0.60) på särskilda boenden gentemot andra kommuner i Värmland. Genom att

PROTOKOLL
2026-04-14

höja graden tas lite av resurspassen bort och på sikt fås kostnaden för vikarier ner och arbetsoron minskar.

Sverigedemokraterna yrkar

- På en höjning av sysselsättningsgraden från 0.60 till 0.64 på särskilda boenden med start så snart som möjligt men senast schemaperioden från 2026-08-31.

Handlingar i ärendet

Nämndinitiativ från Sverigedemokraterna.

Beslutet skickas till

Kommunstyrelsen

Lukas Löfstrand, socialchef

Carina Stolpe, verksamhetschef vård och omsorg

Kent Eriksson, förvaltningsekonom

Ekonomiavdelningen

PROTOKOLL
2026-04-14

§ 42 Nämndinitiativ, Skolsociala teamet

Diarienummer SOC 2026/180

Socialnämndens beslut

Socialnämnden skickar ärendet för beredning.

Sammanfattning av ärendet

Vid dagens sammanträde lämnar Sverigedemokraterna, genom Susanne Sätterlund, in följande nämndinitiativ.

Skolsociala teamet

Vad gör det skolsociala teamet? Det skolsociala teamets arbete syftar till att stödja barn och unga genom att hjälpa till att skapa fungerande rutiner i vardagen, ge stöd till vårdnadshavare samt fungera som en länk mellan familj, skola, vård och myndigheter. Teamet arbetar med att tidigt identifiera och beakta elevens behov, erbjuder enskilda samtal med elever, ger stöd i att möjliggöra en aktiv fritid samt bistår i situationer som upplevs som svåra för eleven.

I dagsläget består det skolsociala teamet av två personer, en från skolan och en från socialtjänsten. Arbetet har redan lett till positiva förändringar för vissa barn, men bedöms endast nå en begränsad del av de barn som är i behov av stöd. Bedömningen är att det i nuläget finns ett stort antal barn som befinner sig i ett tidigt eller mellanliggande skede av problematik och som behöver insatser för att inte hamna i mer allvarliga svårigheter. För detta saknas idag tillräckliga personalresurser.

Initiativet utgår från en uppdelning av insatser i tre nivåer:

- **Främjande insatser**, riktade till alla elever.
- **Förebyggande insatser**, riktade till elever med kända riskfaktorer eller begynnande närvaroproblem.
- **Åtgärdande insatser**, riktade till elever med etablerade närvaroproblem och behov av reaktiva åtgärder.

Mot denna bakgrund föreslår Sverigedemokraterna i Torsby att skola, fritidsverksamhet och socialtjänst gemensamt identifierar hur många barn

PROTOKOLL
2026-04-14

som befinner sig på respektive nivå, vilka behov detta medför samt vilka resurser respektive förvaltning kan bidra med i form av fler trygga vuxna runt barnen, både i skolan och på fritiden. Detta arbete ska resultera i ett gemensamt förslag avseende behov av personalresurser och tillhörande kostnadsbedömning.

Handlingar i ärendet

Nämndinitiativ från Sverigedemokraterna.

Beslutet skickas till

Beredning

PROTOKOLL
2026-04-14

§ 43 Nämndinitiativ, resurspass och vikariekostnader

Diarienummer SOC 2026/182

Socialnämndens beslut

Socialnämnden skickar ärendet för beredning.

Sammanfattning av ärendet

Vid dagens sammanträde lämnar Sverigedemokraterna, genom Susanne Sätterlund, in följande nämndinitiativ.

Resurspass och vikariekostnader

2016 togs ett beslut någonstans i Torsby kommun om att genomföra "heltidsresan" som man blev först med i hela Sverige, vilket man tydligt säger i den återrapportering som gjordes efter ett års hårt arbete i projektform. (Ks protokoll 2018-04-09)

Projektet pågick under tiden 2017-05-01 till 2018-04-30, de utvalda arbetsplatserna som ingick i projektet var, hemtjänst (Valbergsgården) särskilda boende(Klarastrand) samt korttidspolen. Och HR avdelningen fick 600 000 kr för projektets genomförande. En förutsättning för heltidsresan var ett tydligt samarbete mellan hemtjänst och särskilda boendet.

Syftet med projektet var initialt att **hålla nere personalkostnader** samt utforma **schemamodeller** som bygger på en **god omsorg** och en **bra arbetsmiljö** (protokoll ksau 2016-11-09). När projektet slutredovisades för kommunstyrelsen fanns två nya målskrivningar och det var att **uppnå heltid** inom **aktuella arbetsgrupper** och att **höjningen** av **sysselsättningsgrad** skulle klaras **inom budget**, båda dessa mål klarades av på de tre utvalda arbetsplatser. (Dnr KST 2018/228) men god omsorg och bra arbetsmiljö nämndes inte.

Man lyckades med tre små arbetsplatser skapa heltidstjänster för de arbetsgrupperna inom projektet och inom befintlig budget!

Kommunstyrelsen beslutade i april 2018 att genomföra heltidsresan i hela socialförvaltningen med en succesiv höjning till 100% över åren 2019–2021.

PROTOKOLL
2026-04-14

Samtidigt gavs socialförvaltningen i uppdrag att ta fram interna regler och rutiner för hur man ska hantera införandet av heltider inom verksamheten som alla chefer ska följa. (ks 2018-04-09)

All mertid som denna höjning skapade skulle bli resursspass som skulle användas istället för vikarier för att rymmas inom budget, svaret är ett helt annat, höjda vikariekostnader och höjda sjukskrivningskostnader trots stora insatser arbetsmiljömässigt, **något gick fel!!** (protokoll ks 2026-03-09, årsbokslut 2025)

Och där är vi idag!

En heltidsresa med dålig implementering för de stora säbona med mängder av resursspass som håller på att slita personal i stycken.

En heltidsresa som någon har tyckt ska hållas inom budget. (gick i projektet på tre små arbetsplatser)

Har någon kommun lyckats?

Torsby kommun kanske ska vara först med det också? Till vilket pris?

Sverigedemokraterna vill ha svar på följande:

- Vad har heltidsresan kostat sedan starten i höjd tid och vikariekostnad?
- Antal resursspass, och dess ökning under åren?
- Vem lägger ut passen? Hur långa är passen? Hur många olika ställen kan det bli under en vecka?
- Är regelverket tydligt för alla chefer, arbetstagare och schemaläggare?
- Vi yrkar dessutom på en stor genomgång av hur man kan organisera om för att minska resursspass och användning av vikarier, ska vara klart hösten 2026, samt till vilken kostnad?

Handlingar i ärendet

Nämndinitiativ från Sverigedemokraterna.

PROTOKOLL
2026-04-14

Beslutet skickas till

Beredning

PROTOKOLL
2026-04-14

§ 44 Nämndinitiativ, Ökad politisk närvaro vid arbetsplatsträffar inom hemtjänsten och särskilda boenden.

Diarienummer SOC 2026/181

Socialnämndens beslut

Socialnämnden beslutar att nämndinitiativet diskuteras mellan presidiet, socialchef och verksamhetschefer för funktionsstöd och vård och omsorg.

Sammanfattning av ärendet

Vid dagens sammanträde lämnar Sverigedemokraterna, genom Susanne Sätterlund, in följande nämndinitiativ.

Ökad politisk närvara vid arbetsplatsträffar inom hemtjänsten och särskilda boenden

I dagsläget cirkulerar det uppgifter och rykten om brister i arbetsmiljö, bemanning och kvalitet inom hemtjänst och särskilda boenden. Det behöver klargöras vad som ligger bakom denna kritik. För att vi politiker ska kunna fatta välgrundade beslut som förbättrar verksamheten behöver vi ha riktiga beslutsunderlag. Vi behöver med andra ord större vetskap om våra medarbetares vardag.

Arbetsplatsträffar (APT) är en viktig arena där personalens faktiska vardag lyfts. Genom att ha möjlighet att närvara vid dessa möten ges politiker en möjlighet att lyssna och lära.

Det primära syftet med närvaron skall vara

- **Ökad transparens:** Rykten ersätts med förhandsinformation
- **Bättre beslutsunderlag:** Djupare förståelse för verksamheten
- **Stärkt förtroende:** Visar att politiken tar medarbetarnas situation på allvar

Med anledning av ovanstående yrkar Sverigedemokraterna:

-Att Presidiet alternativt AU:t ges möjlighet att så snart som möjligt få närvara vid arbetsplatsträffar.

PROTOKOLL
2026-04-14

Handlingar i ärendet

Nämndinitiativ från Sverigedemokraterna.

Beslutet skickas till

Lukas Löfstrand, socialchef

PROTOKOLL
2026-04-14

§ 45 Extra personalsatsning för månadsanställd basperson inom hemtjänst, särskilda boenden och funktionsstöd

Diarienummer SOC 2026/154

Socialnämndens beslut

Socialnämnden begär att kommunstyrelsen beviljar en sommarbonus för månadsanställd baspersonal inom hemtjänst, särskilda boende och funktionsstöd. Bonusen gäller ej för de medarbetare som omfattas av förvaltnings sommarbonusar för vikarier.

Maria Carlsson (V) deltar inte i beslutet på grund av jäv.

Reservation

Bengt Eneby (C) lämnar protokollsanteckning, Beslutet fråntar oss inte på något vis vårt arbetsmiljöansvar. Vi behöver att lära oss av situationen, vad vi kan gör bättre.

Ulf Ronge (M) lämna en skriftlig reservation, Det finns för närvarande inget utrymme för att ta dessa kostnader i 2026 års budget. Beslutet riskerar att bryta mot målet om en "God ekonomisk hushållning".

Joe Bengtsson (DO!T) reservation
Siv Martinsson (V) reservation
Pia Sohl Hansson (KD) reservation

Sammanfattning av ärendet

Alla berörda medarbetare får en extra sommarbonus på 4 000 kronor.

Under senare tid har baspersonalen inom hemtjänst, särskilda boenden och funktionsstöd upplevt åtgärder som, trots att de på sikt är ämnade att leda till att bibehålla eller förbättra arbetsmiljön, har fått konsekvenser som många upplevt har påverkat arbetsmiljön negativt.

Med kort varsel har förvaltningen, på grund av bristande vikarietillgång inför sommaren, beslutat om att gå från två till tre fasta semesterperioder, vilket förlängt den period som personalen får sin sommarsemester och lett till att man fått göra om sina semesterplaneringar.

PROTOKOLL
2026-04-14

Socialnämnden står trygga i att de åtgärder som genomförts har varit nödvändiga både utifrån våra omsorgstagares behov och utifrån personalens arbetsmiljö. Vi har samtidigt den djupaste respekt för att följderna, främst på kort sikt, varit påfrestande och önskar därför att kommunen genom ovanstående begäran kan visa sin uppskattning och ge en uppmuntran till personalen.

Handlingar i ärendet

Skrivelse från socialnämndens ordförande Tommy Olsson (S).

Omröstningsresultat

Bifall med 5 ja-röster för ordförandes förslag och 5 nej-röster avslag.

Ledamöter	Ja-röst	Nej-röst
Tommy Olsson (S), ordf	x	
Åsa Walfridsson (S)	x	
Gunilla Toreheim (S)	x	
Ulf Ronge (M)		x
Siv Martinsson (V)		x
Susanne Sätterlund (SD)	x	
Kenneth Persson (SD)	x	
Joe Bengtsson (DO!T)		x
Pia Sohl Hansson (KD)		x
Bengt Eneby (C)		x

PROTOKOLL
2026-04-14

Beslutet skickas till

Kommunstyrelsen

Lukas Löfstrand, socialchef

Carina Stolpe, verksamhetschef vård och omsorg

Martina Ullenius, verksamhetschef IFO/Funktionsstöd

PROTOKOLL
2026-04-14

§ 46 Budget 2027-2029

Diarienummer SOC 2026/98

Socialnämndens beslut

- Socialnämnden beslutar att anta föreslagen revidering av nämndmål från och med 2027, bilaga till protokollet
- Socialnämnden beslutar att äska 18,3 Mkr/år i utökad budgetram för åren 2027-2029.
- Förvaltningen ges i uppdrag att sammanställa skriftligt underlag i enlighet med beslutade äskanden.

Sammanfattning av ärendet

Genom gång av förslag på nya nämndmål, bilaga till protokollet.

Fördelning av resurser

Torsby kommun har en minskande befolkning och därmed ett minskande intäktsunderlag. Verksamheterna ska därför arbeta för att effektivisera, minska kostnader och öka externa intäkter innan de begär en ramökning. När en uppräknings behövs för att kunna upprätthålla verksamheten används följande parametrar:

· PO (personalomkostnader): 41 %

· Löneökning: 2,5 %

· Övriga kostnader: 2 %

· Internränta: 2,9 %

· Kost: 2,5 %

· Internhyror: 3 %

· Övriga interna avgifter: Max 2 % men hänsyn ska tas till det faktiska kostnadsunderlaget.

Intäkterna baseras på beräkning. Kostnadsförändringar kan variera mellan olika områden beroende på kundunderlag och kostnadsnivå. Om en annan ökning eller minskning används inom något område bör detta anges i budgetunderlaget.

PROTOKOLL
2026-04-14

Utökad verksamhet eller särskilda satsningar ska också specificeras i budgetunderlaget.

Beslutet skickas till

Kommunstyrelsen

Lukas Löfstrand, socialchef

Carina Stolpe, verksamhetschef vård och omsorg

Martina Ullenius, verksamhetschef funktionsstöd

Kent Eriksson, förvaltningsekonom

Ekonomiavdelningen

Förslag på nya nämndmål

KF Mål 1

Torsby kommun ska vara en del av en hållbar, klimatsmart samhällsutveckling som inkluderar och engagerar invånare. Tillsammans skapar vi en sammanhållen kommun.

Nämndmål 1.1

- Vi ska vara en attraktiv arbetsgivare.

Nämndmål 1.2

~~— Ökad samverkan både internt och externt med andra professioner.~~

Förslag

Nämndmål 1.2 ändras till:

- *I ökad samverkan, både internt och externt, bidra till att God och nära vård, omsorg och stöd sker i enlighet med länsövergripande gemensamma inriktningsmål.*

Förslag på nya nämndmål

KF Mål 2

Torsby kommun ska vara en tillgänglig kommun med attraktiva livsmiljöer och hållbar livskvalitet i livets olika skeden.

Nämndmål 2

- Rikare liv för människor som behöver ta del av socialnämndens verksamheter.

Förslag

Nämndmål 2 ändras till 2.1 med lydelsen:

- *Ett rikare och friskare liv för de människor som tar del av socialnämndens verksamheter.*

Samt att mål 2.2 läggs till:

- *Långsiktigt minska behovet av vård, omsorg och stöd genom att verksamheterna är lätt tillgängliga och erbjuder förebyggande insatser.*



Förslag på nya nämndmål

KF Mål 3

Torsby kommun ska vara ledande inom kompetensutveckling och utbildning, med hög kvalitet på olika nivåer.

Nämndmål 3

- All personal ska ha relevant utbildning för sitt uppdrag samt kompetensutveckla sig.

Förslag

Att mål 3.2 läggs till:

- *All verksamhet bedrivs utifrån ett systematiskt kvalitetsarbete som bygger på forskning och beprövad erfarenhet.*

Förslag på nya nämndmål

KF Mål 4

Torsby kommun ska ha ett företagsklimat som ligger i framkant, som inspirerar och uppmuntrar till entreprenörskap och service, vilket skapar fler arbetstillfällen.

Nämndmål saknas

-

Förslag

- *Bidra till att fler individer får en stegvis etablering på arbetsmarknaden eller en meningsfull sysselsättning utifrån egen förmåga.*

PROTOKOLL
2026-04-14

§ 47 Budget- och verksamhetsuppföljning

Diarienummer SOC 2026/56

Socialnämndens beslut

Socialnämnden godkänner redovisningen.

Sammanfattning av ärendet

Ekonomisk redovisning

Driftredovisning

	Utfall t o m 03/2026	Budget t o m 03/2026	Avvikelse	Budget 2026
INTÄKTER	35 248	30 869	4 379	123 370
KOSTNADER	-138 937	-132 011	-6 926	-523 420
· Personalkostnader	-89 282	-84 367	-4 915	-333 473
· Övriga kostnader	-49 605	-47 583	-2 022	-189 688
· Kapitalkostnader	-50	-61	11	-259
DRIFTNETTO	-103 689	-101 142	-2 547	-400 050

Redovisning per avdelning

	Utfall per 2026-03-31	Budget per 2026-03-31	Avvikelse	Budget 2026	Prognos 2026	Avvikelse
Vård och omsorg	-49 386	-47 821	-1 565	-189 383	-189 383	0
Funktionsstöd	-20 564	-20 712	148	-81 915	-81 915	0
Individ- och familjeomsorg	-19 903	-18 452	-1 451	-72 481	-72 481	0
Förvaltningsövergripande SN	-13 837	-14 157	320	-56 271	-56 271	0
DRIFTNETTO	-103 689	-101 142	-2 547	-400 050	-400 050	0

Kommentar till budgetuppföljning

Socialnämnden redovisar för perioden till och med mars 2026 ett underskott på drygt 2,5 mkr mot budget.

PROTOKOLL
2026-04-14

Vård och omsorg redovisar ett underskott på drygt 1,5 mkr mot budget. Hemtjänsten inklusive nattpatrullen, ger ett underskott på närmare 700 mkr mot budget. Personalkostnaderna har varit högre än budget och nattpatrullen har haft en extra personal per natt under hela perioden. Särskilda boenden har ett underskott mot budget på nästan 1,1 mkr, avvikelser ligger på personalkostnader. Bemanningen är högre än de 0,6 per plats som ligger i budget. Hemsjukvården har ett underskott på drygt 300 tkr, även här är avvikelserna på personalkostnader. Rehab tillsammans med bostadsanpassning har ett överskott på cirka 350 tkr och det beror främst på färre inköp än budgeterat på Bostadsanpassning samt vakans inom Rehab.

Funktionsstöd redovisar ett överskott på cirka 150 tkr mot budget. Gruppboenden inkl. köp av externa platser har ett överskott på cirka 300 tkr mot budget. Daglig verksamhet har ett överskott på cirka 100 tkr. Personlig assistans har ett underskott på närmare 200 tkr som beror på kostnader för en extern plats som beviljades under slutet av 2025.

Individ- och familjeomsorgen inkl AMA redovisar ett underskott på nästan 1,5 mkr mot budget. Köpt vård redovisar ett underskott på cirka 1,8 mkr mot budget. Nästan hela avvikelserna ligger på barn och unga, största avvikelsen ligger på institutionsvård men även familjehem har en större avvikelse. Ekonomiskt bistånd har ett underskott på cirka 300 tkr mot budget, även skyddat boende har ett underskott på närmare 300 tkr. AMAs verksamheter ger sammantaget ett överskott på drygt 600 tkr.

Gemensam verksamhet redovisar ett litet överskott på ungefär 300 tkr mot budget. Det är främst personalbefrämjande medel och bilpoolen som har överskott.

Åtgärder för att klara tilldelad budget

Ett arbete pågår inom flera verksamheter med schemaläggning för att bland annat minska resurspassen, även ökad samplanering och att tillfälligt flytta personal dit behovet är större. Men schemaperioderna är på 8 veckor så alla åtgärder man gör får en fördröjning innan det syns någon effekt. Inom institutionsvård är flera platser på väg att avslutas och ändras

PROTOKOLL
2026-04-14

till öppenvård och familjehem. Trots det kommer kostnaderna ligga högre än budget, men avvikelsen per månad kommer bli mindre än hittills.

Prognos för helår

En mer fullständig prognos kommer göras till delårsuppföljningen nästa månad.

Men det man kan se idag och med de åtgärder som är planerade inom IFO kommer köpt vård ha en negativ avvikelse vid årets slut på minst 5 mkr, ekonomiskt bistånd får troligen en negativ avvikelse på cirka 1,5 mkr, där är det svårt att säga hur aktivitetskravet kommer påverka kostnaden.

Inom vård och omsorg kommer det bli underskott på säbo och även inom hemtjänst om nattpatrullen kommer fortsatt ha utökad tjänst.

Funktionsstöd och gemensam verksamhet ser i nuläget ut att klara sin budget.

Handlingar i ärendet

Budgetuppföljning per 31 mars 2026 från förvaltningsekonom Kent Eriksson.

Beslutet skickas till

Lukas Löfstrand, socialchef

Carina Stolpe, verksamhetschef vård och omsorg

Martina Ullenius, verksamhetschef funktionsstöd

Kent Eriksson, förvaltningsekonom

Ekonomiavdelningen

Kommunrevisorerna

PROTOKOLL
2026-04-14

§ 52 Verksamhetsuppföljning lediga lägenheter på särskilda boenden och utförda hemtjänsttimmar

Diarienummer SOC 2026/55

Socialnämndens beslut

Socialnämnden godkänner redovisningen.

Sammanfattning av ärendet

Särskilt boende och växelvårdsplatser

Dalbygården (24)	En lägenhet ledig (1)
Klarastrand (15)	Ingen lägenhet ledig (0)
Lövenstrand (29)	Ingen lägenhet ledig (0)
Linden (40)	Ingen lägenhet ledig (0)
Gömmanberg SÄBO (19)	Två lägenheter lediga (2)
Växelvårdsplatser (3 lgh)	Inga veckor lediga (0)

Ej verkställda beslut

För närvarande finns 6 icke verkställda beslut om Bifall Särskilt boende enl. 11 kap 1§ Socialtjänstlagen.

För närvarande finns 1 icke verkställt beslut om Bifall Växelvård enl. 11 kap 1§ Socialtjänstlagen.

Hemtjänst

Utförda timmar exkl. nattpatrull, 2026 (omräknat till 31 dagar/mån)

Jan	Feb	Mars	April	Maj	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Dec
6432	6379	6416									

Utförda timmar exkl. nattpatrull, 2025 (omräknat till 31 dagar/mån)

Jan	Feb	Mars	April	Maj	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Dec
6096	6082	6118	6108	6190	6393	6237	6416	6465	6510	6324	6739

PROTOKOLL
2026-04-14

Handlingar i ärendet

Verksamhetsuppföljning från verksamhetschef vård och omsorg Carina Stolpe.

Beslutet skickas till

Carina Stolpe, verksamhetschef vård och omsorg
Lena Söderling, administrativ handläggare

PROTOKOLL
2026-04-14

§ 53 Verksamhetsinformation, Hälso- och sjukvård

Diarienummer SOC 2026/57

Socialnämndens beslut

Socialnämnden tackar för en mycket bra information.

Sammanfattning av ärendet

Områdeschef Ann-Marie Törnevik och sjuksköterska Nina Darfors informerar om hemsjukvårdens verksamhet.

Man redogör för ett patientfall för att socialnämnden ska få insyn hur arbetet kan se ut.

Det visas två filmer, en central infart och fördjupad läkemedelsgenomgång.

Hemsjukvården innefatta samverkan med många olika funktioner, t.ex. apotek, hemsjuksvårdsläkare och farmaceut.

- Hemsjukvårdsläkare konsulterar man en dag/vecka eller vid behov. 2025 gjorde 188 hembesök tillsammans med sjuksköterska
- Farmaceut har man kontakt med ett par timmar/vecka. Fördjupad läkemedelsgenomgång och följer med på hembesök.
- Förändrat arbetssätt för sjuksköterskor i hemsjukvården. T.ex primärvården flyttar ut, kommunen tar över.

Handlingar i ärendet

PowerPoint bilaga till protokollet

Beslutet skickas till

Ann-Marie Törnevik, områdeschef

Hemsjukvårdens verksamhet

Ann-Marie Törnevik Områdeschef

Nina Darfors

Specialistsjuksköterska

Hemsjukvården 2026

- Nära vård är framtiden – vi är redan där
- Hur kom vi dit?

Patientfall

- Akut och obotlig sjukdom mitt i livet, kris i familjen
- Inskrivning och utskrivning (slutenvården)
- Flera vårdgivare (onkologen, kirurgmottagningen, dietist, kurator, hemsjukvården, hemtjänsten, SSIH)
- Central infart, näringsdropp, flera bukdrän med spolning 4 ggr/dag, omläggning, rutiner för hantering av cytostatika. Tidsåtgång för ssk ca 4 timmar/dag i hemmet, tillkommer tid för dokumentation, planering, samverkan, restid.

Central infart

<https://www.youtube.com/watch?v=bN0WvPrBIqg>

Hemsjukvården innefattar

- Samverkan med primärvården
- Specialiserad sjukvård i hemmet (SSIH)
- Kortare vårdtider på sjukhus
- Ökad kompetens hos delegerad personal
- Samverkan med lokalt apotek
- Hemsjukvårdsläkare
- Farmaceut
- Vaccination

Hemsjukvårdsläkare

- En dag/vecka samt konsultationer vid behov
- Gemensam bedömning av ssk och läkare för att listas
- 2025 gjordes 188 hembesök tillsammans med ssk
- Årskontroller, brytpunktssamtal, kortisoninjektioner, bedömningar

Farmaceut

- Ett par timmar/vecka
- Fördjupad läkemedelsgenomgång
- Följer med på hembesök
- Sprider kunskap hos patienter och sjuksköterskor

Fördjupad läkemedelsgenomgång

https://play.ki.se/media/Enkel+och+f%C3%B6rdjupad+l%C3%A4kemedelsgenomg%C3%A5ng.mp4/0_lh7xe9ab/270886

Phase-20

<https://www.regionvarmland.se/download/18.7d13d37919a4cb714ec1e41/1762356520303/Phase-20,%20skrivbart%20formul%C3%A4r.pdf>

Utförs av sjuksköterska, granskas av läkare och farmaceut.

Förändrat arbetssätt för sjuksköterskor i hemsjukvård

- Primärvården flyttar ut, kommunen tar över
- Årskontroll med fördjupad läkemedelsgenomgång kräver provtagning och skattning av ssk
- Tidig kontakt med läkare för att undvika besök på akutmottagning leder till tex provtagningar och läkemedelsordinationer som utförs i hemmet
- Assistans vid kortisoninjektioner
- Upprättande av vårdplaner inklusive palliativ vård
- Färre besök på akuten för tillstånd som ej kräver vård inneliggande
- Mer medicinskteknisk omvårdnad i hemmet (näringdropp, bukdrän, centrala infarter, sond)
- Läkemedelsautomater
- Vaccination
- Ökad förbrukning/kostnader av förbrukningsmaterial
- OAS har en mer komplex roll tex bedömning av vårdnivå och vårdplan

Framtiden?

- Är vi redo? – patientsäkerheten.
- Bemanning – budget – borde inte pengar omfördelas mellan regionen och kommunen.
- Patientantalet per omvårdnadsansvarig ssk, kontinuitet
- Orkar vi?

PROTOKOLL
2026-04-14

§ 54 Skolsamverkan 2.0 och skolsociala teamet

Diarienummer SOC 2026/174

Socialnämndens beslut

Socialnämnden tackar för mycket bra information.

Sammanfattning av ärendet

Projektledare Marika Sundquist, socionom Linda Hult och lärare Anders Olsson informerar om projekten Skolsamverkan 2.0 och Skolsociala teamet.

Marika Sundquist informerar om Skolsamverkan 2.0 som är ett EXF-finansierat projekt som pågår till 3 juni 2027 för elever i åldrarna 13-16 år.

Det är ett samverkansprojekt:

- Projektägare: Skolchef Johan Nilsson och Socialchef Lukas Löfstrand
- Arbetsleds av: Arbetsmarknadschef, Marie Berg
- Projektledare: Marika Sundquist
- Projektmedarbetare: Linda Hult, Anders Olsson och Ebba Sundqvist

I projektet "Värmlands skolsamverkan 2.0" samverkar skolor, socialtjänst och fritid i 13 kommuner i Värmland: samt Region Värmlands Barn, unga & familjehälsa samt Folkhälsoavdelningen.

Projektets mål är att minska skolfrånvaro och att fler elever slutför grundskolan med gymnasiebehörighet samt underlätta övergången till gymnasiet.

Ytterligare ett mål i projektet är att förbättra samverkan mellan skola, socialtjänst, fritid, Region Värmland och andra samverkansaktörer som är viktiga för främjande, förebyggande och åtgärdande insatser utifrån ett helhetsperspektiv av ungas behov.

- Vi försöker få till mer jämlikt, mellan norra & södra delen av kommunen.

PROTOKOLL
2026-04-14

- Tittar på förhållningssätt/metoder för att öka välbefinnandet i skolan, både för elever & skolpersonal.
- Skolsociala teamet, utveckla metoden & processerna/flödet.

Miljön i skolan – förbättra och göra den tryggare. Både den fysiska med fler lugna ytor men också fler trygga vuxna som rastcoacher/trivselcoacher.

Linda Hult och Anders Olsson informerar om Skolsociala teamet.

För tillfället har de 24 elever de jobbar med och deras föräldrar. Tar en fika med föräldrarna. Man har bra kontakt med eleverna och deras föräldrar.

Handlingar i ärendet

PowerPoint från projektledare Marika Sundquist, bilaga till protokollet.

Beslutet skickas till

Marika Sundquist, projektledare



För elever i åldrarna 13-16 år

ESF-finansierat projektet som pågår till 30/6 2027

Ett samverkansprojekt:

- Projektägare: Skolchef Johan Nilsson och Socialchef Lukas Löfstrand
- Arbetsleds av: Arbetsmarknadschef, Marie Berg
- Projektledare: Marika Sundquist
- Projektmedarbetare: Linda Hult, Anders Olsson och Ebba Sundqvist



Inriktning för Skolsamverkan 2.0

- I projektet "Värmlands skolsamverkan 2.0" samverkar skolor, socialtjänst och fritid i 13 kommuner i Värmland: samt Region Värmlands Barn, unga & familjehälsa samt Folkhälsoavdelningen.
- Målgruppen för projektet är unga 13 – 16 år.
- Projektets mål är att minska skolfrånvaro och att fler elever slutför grundskolan med gymnasiebehörighet samt underlätta övergången till gymnasiet.
Ytterligare ett mål i projektet är att förbättra samverkan mellan skola, socialtjänst, fritid, Region Värmland och andra samverkansaktörer som är viktiga för främjande, förebyggande och åtgärdande insatser utifrån ett helhetsperspektiv av ungas behov.

Skolan

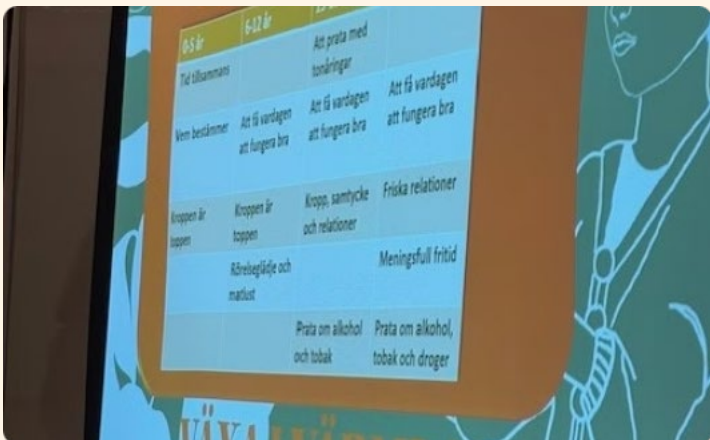
- Vi försöker få till mer jämlikt, mellan norra & södra delen av kommunen.
- Tittar på förhållningssätt/metoder för att öka välbefinnandet i skolan, både för elever & skolpersonal.
- Skolsociala teamet, utveckla metoden & processerna/flödet.
- Miljön i skolan – förbättra och göra den tryggare. Både den fysiska med fler lugna ytor men också fler trygga vuxna som rastcoacher/trivsel coacher. (Lite som Grums)

Enkät till elever

- Hög svarsfrekvens, där vi frågat om de är aktiva vid någon förening nu, om det är någon förening/inriktning de skulle vilja prova på. Vad är det som hindrar att de gör det?
- Starta upp med aktiviteter i skolan, prova på inom olika områden som framkom från enkäten.
- Aktiviteter under sommarlovet: v 26,27,28 & v 32,33. sen fortsättning under höstterminen.

Mer samarbete med Fritid

- Vi har startat upp och har god dialog med fritidsledarna, försöker samarbeta där möjligheter finns.
Men här ser vi att de är få resurser som skulle behöva utökas för att nå målen.
- Bra dialog med ANDT & Brottsförebyggande och ska försöka samverka mer över gränserna. (Mimmi & Veronica)
- Fritidsaktiviteter & aktivitetshörnan, Gnistan, Hubben m.fl. – hur kunna utveckla och möta ungdomarna.



Nästa steg

Kartläggning

Inventera vilka grupper och insatser som finns. Få ihop till en helhet.

Skolsocialt team

Etablera ett helt team med tydligt uppdrag.

Handlingsplaner

Tydliga åtgärdsplaner på individnivå med klara rutiner för uppföljning.

Information

Revidera foldrar. Förbättra hemsidan.
Dela kunskap om varandras arbete.

Utifrån Samverkansdag 13 mars -26

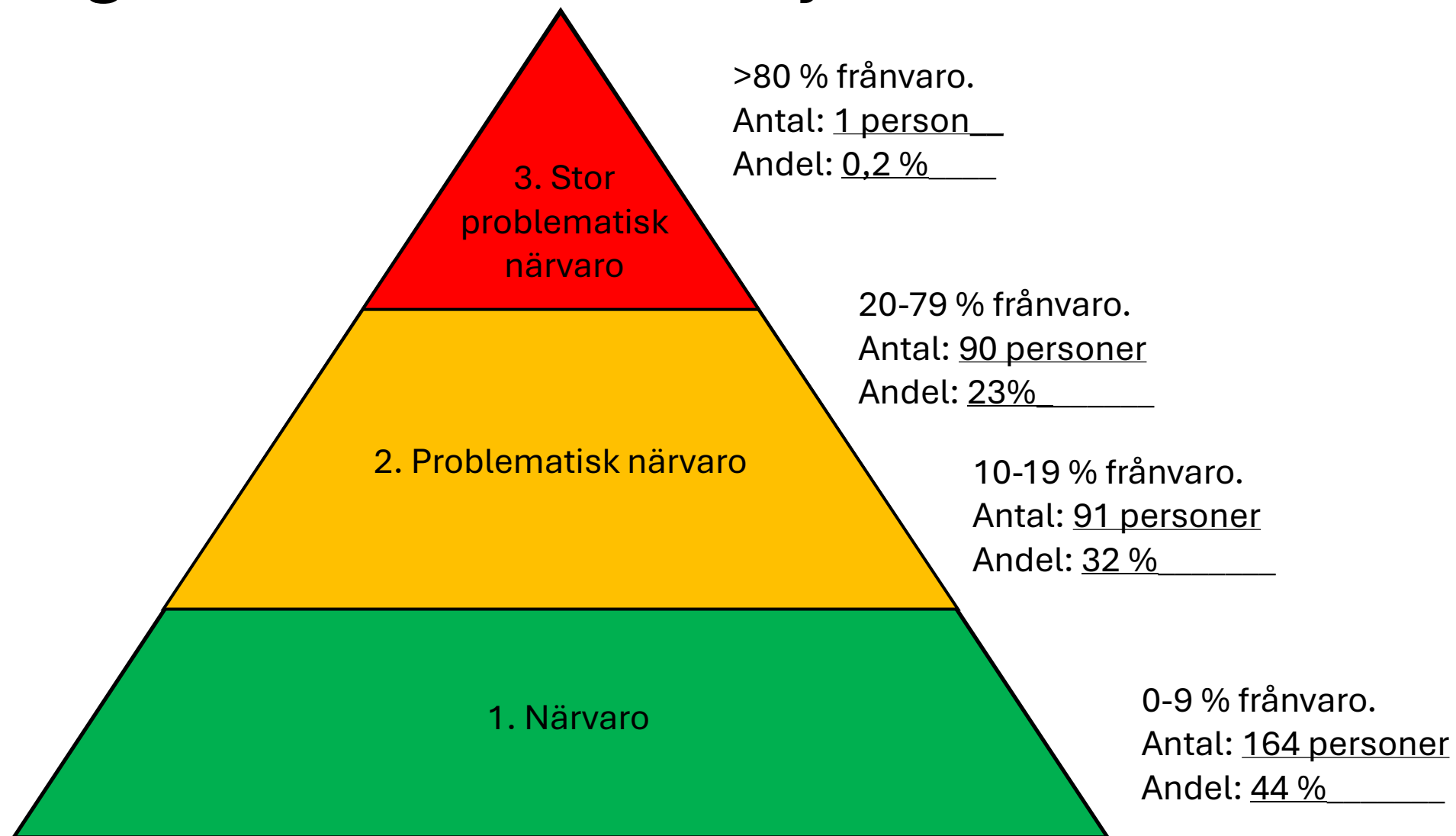
Fortsätta med det som vi fått fram från mötet:

- Utveckla vårt Skolsociala team
- Fokusera på tidiga insatser, redan från Förskoleklass
- Viktiga/trygga vuxna i skolan, men också inom fritidsaktiviteter.
- Växa i Värmland – Familje/Föräldrastöd.
- Likvärdigt stöd i hela kommunen.
- Samverkan med Regionen.
- Aktiv Fritid & samarbete med Fritidsförvaltningen & föreningar.
Utveckla Aktivitetshörnan m.fl aktiviteter.

Frånvaro dec -25



Högstadieskolorna Torsby kommun



PROTOKOLL
2026-04-14

§ 55 Omställning nya socialtjänstlagen

Diarienummer SOC 2026/58

Socialnämndens beslut

Socialnämnden tackar för informationen.

Sammanfattning av ärendet

Projektledare för omställning av nya socialtjänstlagen Karin Swensån informerar om omställningsarbetet nu och framåt.

- Samlad bild och övergripande riktning
- Styrkor att bygga vidare på
- Utvecklingsområden
- Nästa steg
- Omställningsarbetet i förvaltningen
- Information och tillgänglighet viktiga "nycklar"
- Utveckling av digital information och kommunikation

Den nya socialtjänstlagen syftar till att skapa en långsiktigt hållbar, mer förebyggande och kunskapsbaserad socialtjänst.

Handlingar i ärendet

PowerPoint från projektledare Karin Swensån, bilaga till protokollet.

Beslutet skickas till

Karin Swensån, projektledare

Lägesrapport – omställningsarbetet i förvaltningen

*- Fokus på arbetssätt, erfarenheter och
pågående utveckling*

SoL 2025:400



Hur arbetar vi med omställningen?

Gemensamma arbetssätt och forum

- Tydligt fokus på samverkan mellan enheter
- Medarbetare ansvarar för att:
 - informera varandra om pågående arbete
 - dela perspektiv och erfarenheter
- Gott om tid för frågor, dialog och reflektion
- Högt i tak och gemensamt lärande

Perspektiv i arbetet

Gemensamma utgångspunkter

- Barnets bästa som vägledande princip
- Helhetsperspektiv kring individens livssituation
- Individens egen delaktighet
- Kommande - aktivitetskrav och samsjuklighetsreform

Kunskapsbaserade arbetssätt

Pågående arbete

- NUSO:
 - Barn och unga
 - Skadligt bruk/beroende
 - Försörjningsstöd
 - Våld i nära relation
- ISU:
 - pågår avs. Trygg hemgång
- LOKE:
 - används inom öppenvård för vuxna
- Systematiskt lärande i verksamheterna - reflektioner kring vad som fungerar och varför

Delaktighet och tillgänglighet

Invånarnas och brukarnas perspektiv

- Tydligt fokus på att involvera:
 - klienter
 - brukare
 - invånare
- Frågor vi vill få svar på:
 - Hur lätt är det att hitta information?
 - Hur upplevs tillgängligheten till stöd?
- Viktigt underlag för utveckling av "lätt tillgängliga insatser"

Exempel på insatser

Lättillgängligt stöd i vardagen

- Budget- och skuldrådgivning:
 - tre planerade tillfällen på biblioteket vt -26
- Synliga i vardagsarenor som skola, mötesplatser
- Låga trösklar för kontakt och information

Erfarenheter hittills

- Stort engagemang hos medarbetare
- Samverkan upplevs som meningsfull
- Gemensamma perspektiv växer fram
- Behov av fortsatt struktur och uppföljning

Fortsatta omställningen

Nästa steg

- Fortsatt utveckling i linje med kommunövergripande plan
- Fördjupad uppföljning av arbetssätt
- Fortsatt fokus på:
 - tillgänglighet
 - samverkan
 - kunskapsbaserat arbete

PROTOKOLL
2026-04-14

§ 56 Riktlinjer resor inom funktionsstöd

Diarienummer SOC 2026/155

Socialnämndens beslut

Socialnämnden antar riktlinjen.

Sammanfattning av ärendet

För att säkerställa en jämlikhet för omsorgstagare inom Funktionsstöd när det gäller möjlighet till såväl dagligresor som rekreationsresor bör det finnas en kommunal riktlinje. Rekreation och fritidsaktiviteter ingår som en naturlig del i livet. Riktlinjen beskrivs vad Torsby kommun anser är jämlika levnadsvillkor när det gäller resor som görs inom ramen för boende med särskild service samt personlig assistans i kommunal regi.

Handlingar i ärendet

1. Sn au-protokoll 2026-03-31 § 32.
2. Riktlinje för resor inom funktionsstöd, bilaga till protokollet.

Beslutet skickas till

Martina Ullenius, verksamhetschef IFO/fs

Riktlinje Resor inom Funktionsstöd

Riktlinje Resor inom Funktionsstöd

I enlighet med Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) ska verksamheter inom LSS främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet för de personer som omfattas av lagen.

Målet skall vara att den enskilde får möjlighet att leva som andra. Rekreation och fritidsaktiviteter ingår som en naturlig del i livet. I denna riktlinje beskrivs vad Torsby kommun anser är jämlika levnadsvillkor när det gäller resor som görs inom ramen för boende med särskild service samt personlig assistans i kommunal regi.

Rätten till bistånd för semesterresor utomlands är begränsad (någon/några gånger i livet) enligt praxis, medan resor inom landet kan beviljas oftare.

Omsorgstagare

Dagsresor avseende t.ex. shopping

- I ett led att öka självständighet skall omsorgstagare i första hand uppmuntras till att använda kollektivtrafik. I de fall kollektivtrafik är uteslutet kan bilar/ bussar inom Funktionsstöd användas.
- Kostnad för resa med kommunens fordon: 25:-/mil, och eller enligt Skatteverkets schablon för resor i tjänsten. Om flera omsorgstagare åker i samma fordon delar de på den totala kostnaden.

Rekreationsresor

- Möjlighet till en övernattningsresa per omsorgstagare och år, 1–3 nätter.
- Vid önskemål om utlandsresa, motsvarande en veckas charterresa, arrangeras detta som gruppresa, där samtliga omsorgstagare erbjuds möjlighet att deltaga. Denna typ av resa anordnas som mest var 8:e år, och initieras endast utefter efterfrågan från omsorgstagare. De omsorgstagare som ej deltagit tidigare prioriteras. Samtliga kostnader utöver personalens deltagande betalas av omsorgstagare.

- Vid övriga resor hänvisas omsorgstagaren att genomföra utifrån egen ekonomi och med stöd av sitt nätverk. Den enskilde kan även vända sig till sin handläggare med ansökan om medföljare, detta handläggs inom LSS/Bistånd.
- För resor som omsorgstagare med personlig assistans i kommunens regi önskar genomföras skall kostnader för assistenter täckas av assistansersättning. Återkommande semesterresor tillhör sådana kontinuerliga behov som ska beaktas av Försäkringskassan vid behovsbedömningen av personlig assistans, vid enstaka semesterresor kan den assistansberättigade ansöka om utökad assistans.

Personal

- Schemalagd arbetstid



Alt. 1 Personal åker hem då de fullgjort sitt arbetspass och får betalt för resan.



Alt. 2 Personal stannar kvar och är ledig på plats
Kostnader för eventuell övernattnig bekostas av arbetsgivaren.

PROTOKOLL
2026-04-14

§ 57 Gemensam granskning av vårdkedjor och läkemedelshantering

Diarienummer SOC 2025/301

Socialnämndens beslut

Socialnämnden beslutar att godkänna redovisningen samt ge förvaltningen i uppdrag att inlämna kommentarer till granskningen innehållande information om nämndens åtgärder med anledning av revisorernas rekommendationer.

Sammanfattning av ärendet

Torsby kommuns revisorer har tillsammans med revisorerna i Region Värmland och kommunrevisorerna i Arvika, Filipstad, Forshaga, Grums, Hagfors, Hammarö, Karlstad, Kil, Kristinehamn, Munkfors, Storfors, Säffle, Eda, Sunne och Årjäng genomfört en gemensam granskning av vårdkedjor, läkemedelshantering och införandet av nära vård. EY har på uppdrag av revisorerna genomfört granskningen.

Vår sammanfattande bedömning är att Region Värmland och Torsby kommun delvis säkerställt fungerande arbets- och samverkansformer, rutiner för informationsöverföring samt förskrivning och hantering av läkemedel i syfte att tillgodose äldres behov av vård och omsorg.

Utifrån vad som framkommit i granskningens bilaga rekommenderar vi att socialnämnden i Torsby kommun:

- Tydliggör omhändertagandet av mål och målvärden för samverkan rörande äldre i nämndens ordinarie styrkedja.
- Tillse ett gemensamt system tillsammans med regionen för uppföljning och analys av avvikelser rörande samverkan, inklusive läkemedelshantering.
- Tydliggör uppföljning och utvärdering av länsgemensamma överenskommelser, styrdokument, avtal och riktlinjer som berör äldre med fokus på resultat och effekter. Formerna för uppföljning och utvärdering bör inkludera ansvar för uppföljning, frekvens samt mottagande beslutande instans.

PROTOKOLL
2026-04-14

Socialnämnden inkommer med kommentarer till den genomförda granskningen senast den 16 augusti 2026.

Handlingar i ärendet

1. Sn au-protokoll 2026-03-31 § 34,
2. Gemensam granskning av vårdkedjor och läkemedelshantering, bilaga till protokollet.

Beslutet skickas till

Lukas Löfstrand, socialchef

Carina Stolpe, verksamhetschef vård och omsorg

Granskning av vårdkedjor, läkemedelshantering och införandet av nära vård

Region Värmland och värmländska
kommuner

Innehåll

Sammanfattande bedömningar och rekommendationer	2
1. Inledning	4
1.1. Bakgrund	4
1.2. Syfte och revisionsfrågor	4
1.3. Avgränsning	5
1.4. Metod och genomförande	5
1.5. Revisionskriterier	5
2. Styrning av samverkansarbetet i Värmlands län	6
2.1. Under 2025 har länsgemensam systemledning införts	6
2.2. Bedömning	13
2.3. Avtal och överenskommelser har fortsatt lokala variationer	14
2.4. Bedömning	15
3. Hur utskrivningsprocessen organiseras	16
3.1. Överenskommelse och riktlinje ger grunden	16
3.2. Samordnad individuell planering (SIP) används begränsat	17
3.3. Utskrivningsprocessen i praktiken har flera praktiska utmaningar	19
3.4. Resultat av akt- och journalgranskning	21
3.5. Andel oplanerade återinskrivningar ligger i linje med riket	23
3.6. Bedömning	23
4. Läkemedelshantering	25
4.1. Läkemedelsgenomgångar för äldre	25
4.2. Betydande avvikelser knutet till läkemedel	27
4.3. Bedömning	27
5. Uppföljning och utveckling	28
5.1. Regionövergripande uppföljning av samverkan	28
5.2. Uppföljning av länsgemensamma avtal och överenskommelser	28
5.3. Avvikelsehantering	30
5.4. Hälso- och sjukvårdsnämndens uppföljning	31
5.5. Bedömning	31
6. Svar på revisionsfrågor	33
Källförteckning	35
Bilaga 1 - Revisionskriterier	38

Sammanfattande bedömning och rekommendationer

EY har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Region Värmland och de förtroendevalda revisorerna i respektive kommun granskat om Region Värmland och kommunerna, utifrån sina respektive ansvar och uppdrag, har säkerställt arbets- och samverkansformer, rutiner för informationsöverföring samt förskrivning och hantering av läkemedel i syfte att tillgodose äldres behov av vård och omsorg. Granskningen har även innefattat en uppföljning av de rekommendationer som gavs i revisionsrapporten "Granskning av vårdkedjor och läkemedel för äldre" från 2018.

Vår sammanfattande bedömning är att Region Värmland och kommunerna delvis säkerställt arbets- och samverkansformer, rutiner för informationsöverföring samt förskrivning och hantering av läkemedel i syfte att tillgodose äldres behov av vård och omsorg. I flera avseenden finns ett välutvecklat samverkansarbete med god dialog och forum för att lösa gemensamma problem och utmaningar mellan huvudmännen. Vi bedömer dock att målsättningar och mätetal för samverkan tydligare bör integreras i nämndernas ordinarie styrning samt att uppföljning och utvärdering av arbetssätt och genomförda insatser behöver stärkas för att få en tydlig bild av vilka åtgärder ger tänkt effekt. Vidare kvarstår ett antal väsentliga förbättringsområden i det praktiska samverkansarbetet knutet till informationsöverlämning, läkemedelshantering samt uppföljning av avvikelser.

Nedan följer våra huvudsakliga iakttagelser:

- Arbets- och samverkansformerna är väl utvecklade på tjänstepersonsnivå. Den införda systemledningen har hittills mottagits positivt. Samtliga intervjuade funktioner inom Region Värmland betonar att samverkan blivit både tydligare och ger mer effekter än för några år sedan. Vi noterar dock att den politiska styrningen inte tydliggjorts utöver Nya perspektiv. Det sker ingen tydlig integrering mellan inriktningsmål med tillhörande indikatorer rörande äldre inom Nya perspektiv och respektive nämnds ordinarie målkedja och uppföljning.
- De övergripande styrdokument som berör vårdkedjor för äldre patienter är kända i berörda delar av organisationen och innehållet har reviderats i närtid.
- Avtal, överenskommelser och gemensamma rutiner ger en grund för ett likvärdigt arbete i länet, men formerna för uppföljning och utvärdering av följsamhet till dokumenten behöver stärkas. Utvärdering utifrån ett patientperspektiv ingår inte i nuvarande arbetssätt. Förutsättningarna för ett likvärdigt arbete varierar fortsatt mellan kommunerna.
- Det finns betydande avvikelser rörande läkemedelshantering, då de två system som enligt riktlinjerna ska användas inte innehåller samma information. Den dubbla manuella hanteringen utgör ett väsentligt hinder för att rätt information ska komma kommunerna tillgodo.
- En utmaning som genomgående lyfts i intervjuerna är att den strategiska styrningen av samverkan och omställningsarbetet mot nära vård delvis saknar förankring i de praktiska förutsättningarna kring budget, lokaler, dokumentation och tillgängliga system. Detta medför ett glapp mellan målsättningarna och den kliniska verkligheten.
- Det saknas ett gemensamt system för att följa upp avvikelser samt följsamheten till överenskommelser och riktlinjer.

Utförligare svar på respektive revisionsfråga återfinns i avsnitt 6.

Utifrån granskningens slutsatser, ger vi följande rekommendationer till hälso- och sjukvårdsnämnden:

- ▶ Tydliggör omhändertagandet av mål och målvärden för samverkan rörande äldre i nämndens ordinarie styrkedja
- ▶ Säkerställ övergripande förutsättningar för att fortsätta utveckla gemensamma initiativ mellan vårdnivåer och -resurser, dels internt i regionen, dels i samverkan med kommunerna
- ▶ Tillse ett gemensamt system tillsammans med kommunerna för uppföljning och analys av avvikelser rörande samverkan, inklusive läkemedelshantering
- ▶ Tydliggör uppföljning och utvärdering av länsgemensamma överenskommelser, styrdokument, avtal och riktlinjer som berör äldre med fokus på resultat och effekter. Formerna för uppföljning och utvärdering bör inkludera ansvar för uppföljning, frekvens samt mottagande beslutande instans
- ▶ Skyndsamt vidta åtgärder för att säkerställa att en korrekt läkemedelslista kan överlämnas till kommunerna

1. Inledning

1.1. Bakgrund

Revisorerna i Region Värmland har under en följd av år genomfört gemensamma granskningar tillsammans med revisorerna i länets kommuner beträffande de områden där regionen och kommunerna har ett gemensamt ansvar.

Områden som dessa avser vårdkedjor, läkemedelshantering och arbetet med att införa nära vård. Det finns flera beröringspunkter mellan kommunernas och regionens verksamheter. Beröringspunkterna är tydligast i den vård och omsorg som utförs av de olika huvudmännen i så kallade vårdkedjor. Brister i någon del av vårdkedjan kan medföra sämre förutsättningar för andra enheter att fullgöra sin del av arbetet. Läkemedelshantering är en viktig faktor för att vårdkedjan ska fungera. Sedan 2020 ingår även omställningen till nära vård en del i regionens och kommunernas samverkan kring vården av bland annat äldre. Under 2018 genomfördes en granskning inom samma område, som påvisade ett antal brister.

Mot denna bakgrund har revisorerna i Region Värmland och länets samtliga kommuner genomfört en gemensam granskning av vårdkedjor, läkemedelshantering och införandet av nära vård.

Denna rapport avser iakttagelser för regionen samt en överblick över kommungemensamma iakttagelser. Kommunspecifika iakttagelser presenteras i en bilaga per kommun till denna rapport.

1.2. Syfte och revisionsfrågor

Granskningens syfte är att granska om Region Värmland och kommunerna, utifrån sina respektive ansvar och uppdrag, har säkerställt arbets- och samverkansformer, rutiner för informationsöverföring samt förskrivning och hantering av läkemedel i syfte att tillgodose äldres behov av vård och omsorg. Granskningen har även innefattat en uppföljning av de rekommendationer som gavs i revisionsrapporten "Granskning av vårdkedjor och läkemedel för äldre" från 2018.

Granskningen besvarar följande revisionsfrågor:

- ▶ Vilka avtal och överenskommelser finns mellan Region Värmland och berörda kommuner och är de ändamålsenliga?
- ▶ Hur har kommunerna och regionen utvecklat den formella styrningen för samverkan mellan kommunerna och regionen utöver Nya Perspektiv?
- ▶ Har kommunerna och regionen ensat utformningen och omfattningen av samt målsättningen i de lokala överenskommelserna mellan regionens öppenvård och kommunerna för att möjliggöra en likvärdig kvalitet i hela länet?
- ▶ Har regionens Hälso- och sjukvårdsnämnd säkerställt att en korrekt och uppdaterad läkemedelslista avlämnas till annan vårdgivare?
- ▶ Har regionen och kommunerna säkerställt följsamhet till överenskommelt styrdokument med fokus på patientens vårdupplevelse?
- ▶ Hur efterlever regionen och kommunerna Lagen om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård (2017:612)?
- ▶ Har kommunerna och regionen implementerat ett gemensamt system för systematisk uppföljning av såväl rapporterade avvikelser som ingångna överenskommelser mellan regionen och länets kommuner?

- ▶ Har omställningen till nära vård, i enlighet med den målbild och den färdplan som beslutats av samtliga huvudmän, förbättrat förutsättningarna för en "sömlös" vårdkedja och i så fall på vilket sätt?
- ▶ Om det i granskningen identifierats brister, vilka åtgärder behöver vidtas?

1.3. Avgränsning

Denna granskningsrapport avser hälso- och sjukvårdsnämnden. Bilagor till granskningsrapporten finns för respektive kommun och riktar sig till respektive ansvarig styrelse/nämnd.

1.4. Metod och genomförande

Granskningen har genomförts genom intervjuer med representanter för ledning, hälso- och sjukvårdsnämnden, specialistvård, primärvård i egenregi och privat regi samt ledningsstrateger och utvecklingsledare som arbetar med samverkansfrågor. Granskningen har även genomförts genom dokumentstudier. Samtliga intervjuade funktioner samt granskade dokument framgår i källförteckningen.

Granskningen omfattar en journalgranskning som syftar till att ge inblick i regionens arbetsprocesser och följsamheten till överenskommelser och lokala rutiner gällande in- och utskrivningsprocessen samt samverkan. Totalt har 16 journaler granskats, en från varje kommun. I de fall det varit möjligt har journalen korresponderat med en av de akter som mottagits inom ramen för aktgranskningen inom respektive kommun, för att se exempel på överlämningen mellan huvudmännen. Fokus i journalgranskningen har legat på tydlighet och enhetlighet i informationen som lämnas över. Resultatet av journalgranskningen presenteras i avsnitt 3.4.

I granskningens avslutande skede genomfördes en workshop där 60 av de intervjuade personerna deltog för att lyssna till granskningens preliminära slutsatser. Deltagarna fick därefter reflektera över utmaningar och möjliga åtgärder.

Granskningen har följt god revisionssed. En prövning har skett av de sakkunnigas oberoende och integritet i relation till uppdraget och det har inte framkommit några omständigheter som strider mot att någon av medarbetarna ska kunna agera oberoende i denna granskning. Utöver intern kvalitetssäkring har samtliga intervjuade haft möjlighet att komma med synpunkter på rapportutkastet, detta för att säkerställa att revisionsrapporten bygger på korrekta uttalanden.

1.5. Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses bedömningsgrunder som används i granskningen för analyser, slutsatser och bedömningar. I denna granskning utgörs de huvudsakliga revisionskriterierna av:

- ▶ Kommunallagen (2017:727)
- ▶ Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (2017:612)
- ▶ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9

Revisionskriterierna presenteras i bilaga 1.

2. Styrning av samverkansarbetet i Värmlands län

Detta avsnitt behandlar revisionsfrågorna hur kommunerna och regionen har utvecklat den formella styrningen för samverkan mellan kommunerna och regionen utöver Nya Perspektiv samt huruvida omställningen till nära vård, i enlighet med den målbild och den färdplan som beslutats av samtliga huvudmän, har förbättrat förutsättningarna för en "sömlös" vårdkedja och i så fall på vilket sätt.

2.1. Under 2025 har länsgemensam systemledning införts

Nya Perspektiv är en samverksansstruktur mellan regionen och kommunerna, som styrs av ett politiskt inriktningsdokument för 2025-2028.¹ Inriktningsdokumentet fastställdes av regionfullmäktige 12 november 2025. Samverkan inom Nya Perspektiv syftar till att bygga förtroende, tillit och relationer mellan regionen och kommunerna. Det i syfte att skapa förutsättningar för en god och jämlik hälsa, ett hälsofrämjande och proaktivt arbete och en sammanhållen välfärd. Nya perspektiv leds av en politisk styrgrupp som utses av Värmlandsrådets Ordföranderåd². Den politiska styrgruppen ansvarar för att stödja och följa upp arbetet mot inriktnings- och ambitionsmålen.³

Systemledning för god och nära vård, hälsa och omsorg beskrivs vara en angränsande struktur till Nya Perspektiv. Formalisering av systemledarskapet genomfördes 2024 och strukturen testas under perioden 2025-2027. Systemledningen är länsgemensam och har det övergripande ansvaret att styra, leda och driva utvecklingsarbetet mot framtidens nära vård, hälsa och omsorg. Syftet är att skapa ett enhetligt arbete mellan regionen och kommunerna. Samverkan berör alla målgrupper, från barn till äldre.

Nedanstående figur illustrerar översiktligt systemledarskapet och angränsande strukturer.

¹ Det politiska inriktningsdokumentet sätter riktningen för samverkansarenan. Dokumentet revideras vart fjärde år och ligger till grund för ordinarie planerings- och budgetprocesser hos respektive huvudman. Det innebär att egna mål ska vara förenliga med de övergripande inriktningsmålen.

² Ordföranderådet består av kommunstyrelsernas ordförande, regionstyrelsens ordförande och ordförande i hälso- och sjukvårdsnämnden, regionala utvecklingsnämnden, kultur- och bildningsnämnden samt kollektivtrafiknämnden.

³ Vi har tagit del av minnesanteckningar från den politiska styrgruppen 2025. Minnesanteckningarna innehåller till stor del information om formerna för det politiska inriktningsdokumentet, uppföljning samt planering av seminariet *nya perspektiv på styrning och ledning* som ska genomföras i maj 2026.

Figur 1. Systemledarskap i Värmland



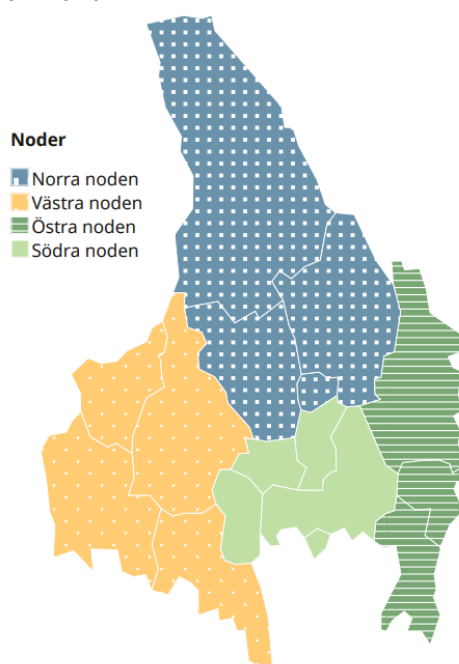
Källa: Powerpoint-presentation, Region Värmland

I inriktningsdokumentet anges att systemledningens uppdrag är att:

- ▶ Sätta och upprätthålla en kultur där medarbetare ska känna att det är efterfrågat att hitta lösningar på utmaningar tillsammans med andra aktörer i systemet
- ▶ Ställa krav på medskapande - patienter, brukare och elever ska ges möjlighet att vara delaktiga i omställningsarbetet
- ▶ Följa systemets resultat och leveranser
- ▶ Ta emot information om hinder i systemet, vidta åtgärder och skapa förutsättningar

Inom ramen för systemledningen finns fyra samverkansnoder. Samverkansnoderna är ett forum där kommunerna i länet har delats in i områdesnoder där samverkan kan bedrivas gemensamt mellan ett antal kommuner. I varje nod deltar chefer och ansvariga för både kommun och region.

Figur 2. Samverkansnoder i Värmland



Källa: Gemensam plan för primärvård, Region Värmland

Systemledningen på tjänstepersonsnivå innefattar direktörsberedningen⁴, hälso- och sjukvårdsledningen i Region Värmland, skolchefsnätverket och socialchefsnätverket. Nätverken består av länets skol- och socialchefer och syftar till att identifiera områden för utveckling och skapa handlingsutrymme i regionen respektive kommunerna.

Beredningsgruppen⁵, strategiska utvecklingsgrupper, samordningsgrupper och enheten Nya Perspektiv ska stötta arbetet i systemledningen. I det politiska inriktningsdokumentet för 2025-2028 framgår att beredningsgruppen ska lyfta utmaningar och uppdrag mellan tjänstepersonsnivå och politik inom samverkan och mellan nätverk i systemledningen. Beredningsgruppen ansvarar bland annat för att bereda agenda och ärenden till systemledningen. Kopplat till beredningsgruppen finns tre strategiska utvecklingsgrupper: Barn och unga, Vuxna och Äldre. Enligt inriktningsdokumentet ansvarar grupperna bland annat för att stimulera samverkan och driva gemensam utveckling i länet inom respektive område. Därtill finns tre samordningsgrupper: samordningsgrupp god och nära vård, hälsa och omsorg, samordningsgrupp länssamordning psykisk hälsa och samordningsgrupp samsjuklighet. Samordningsgrupperna har i uppdrag att koordinera resurser och arbetsinsatser kring särskilda satsningsområden och finansieras av statliga bidrag.

I intervjuer inom regionen beskrivs arbetet med systemledningen vara i sin linda. Samtliga intervjuade inom hälso- och sjukvården uttrycker en positiv inställning till arbetet, men

⁴ Direktörsberedningen består av länets kommundirektörer, regiondirektören och andra direktörer i Region Värmland.

⁵ Beredningsgruppen består av representanter från direktörsberedningen, socialchefsnätverket, skolchefsnätverket, hälso- och sjukvårdsledningen samt folkhälsoavdelningen.

betonar att strukturen ännu inte har satt sig. Under våren 2026 ska en halvtidsutvärdering av arbetet ske.

Intervjuade i regionen är samstämmiga i att systemledningen hittills ses som en bra utveckling mot ett ökat helhetsperspektiv på samverkan. Intervjuade lyfter fram att indelningen i noder utgör en god grund för att utveckla nya arbetssätt och testa olika modeller för samverkan utifrån lokala förutsättningar. Möjligheten att testa lokala varianter på samarbete som sedan kan spridas i övriga noder beskrivs som uppskattat. En utmaning som lyfts är dock att säkerställa att skillnaderna mellan nodernas arbetssätt inte blir för stora och på sikt bidrar till ojämlikhet över länet. Vissa noder stämmer geografiskt överens med upparbetade lokala samarbeten sedan tidigare, medan andra noder skär över tidigare samverkansgränser. Det senare utgör en viss utmaning.

Gränssnitten gentemot kommunerna upplevs fungera väl av intervjuade i regionen, och beskrivs vara mer välutvecklade avseende kommunikation och överlämning än gränssnitten mellan olika vårdinstanser inom regionen. Intervjuade i regionen lyfter genomgående att fokus framgent behöver ligga på att tydliggöra ansvar och överlämning av patienter mellan vårdnivåer och enheter inom regionen. I flera avseenden beskrivs regionen fortsatt arbeta i stuprör, även om dialog och arbetssätt fungerar bättre nu än historiskt. Systemledningen ger de strategiska ramarna, men flera intervjuade betonar utmaningar rörande förankring i de praktiska förutsättningarna kring budget, lokaler, dokumentation och stödsystem.

Av intervjuer med kommunerna framgår att samverkan med regionen på ledningsnivå upplevs fungera bra. För merparten av kommunerna anges att systemledningen har bidragit med strukturer för hur samverkan ska omsättas i praktiken. I ett fåtal kommuner beskrivs systemledningen dock som otydlig. Det anges att systemledningen är svår att förstå och att samverkan sker i olika stuprör. Därutöver uppmärksammas i merparten av kommunerna att arbetet i systemledningen inte förankras i en tillräcklig utsträckning bland medarbetarna.

2.1.1. Länsövergripande målsättningar integreras inte tydligt i nämndernas mål

Regionen och kommunerna i länet har enats om gemensamma målsättningar kopplat till vård och omsorg för äldre inom ramen för Nya Perspektiv. Av inriktningsdokument framgår fem inriktningsmål för samverkan:

- ▶ God och jämlik hälsa
- ▶ Etablerat hälsofrämjande och proaktivt arbete
- ▶ Sammanhållen välfärd
- ▶ Långsiktig tillit och trygghet
- ▶ Robust välfärd

Vidare framgår att regionen och kommunerna var för sig ansvarar för att arbeta mot målen. För att följa utvecklingen av inriktningsmålen följs ett antal indikatorer och ambitionsmål upp inom regionen och respektive kommun. Indikatorerna framgår av dokumentet "Aktuellt perspektiv" och presenteras i kapitel 5.

Hälso- och sjukvårdsnämnden har utifrån regionfullmäktiges fyra effektmål beslutat om tio resultatmål med 38 tillhörande indikatorer. Nämndens målsättningar och indikatorer speglar i flera avseende samma intentioner som omnämns i inriktningsmålen, men inga utav målsättningarna eller mätpunkterna är integrerade på ett tydligt sätt utifrån den gemensamma strukturen.

Vi noterar att endast 10 av 16 kommuners ansvariga nämnder/utskott har beslutat om mål med koppling till äldre, läkemedelshantering och/eller omställningen till god och nära vård i

sina respektive verksamhetsplaner eller motsvarande för 2025. Ingen av kommunerna har uttryckligen integrerat inriktningsmålen från Nya Perspektiv i sina verksamhetsplaner eller motsvarande.

2.1.2. Gemensam färdplan ska styra mot god och nära vård

Regionen och kommunerna har tillsammans tagit fram en Färdplan för hur Värmland tillsammans ska utveckla god och nära vård, hälsa och omsorg. Färdplanen är godkänd av direktörsberedningen och riktar sig till ledande tjänstepersoner i kommunerna och regionen. Här framgår att Värmland behöver utveckla följande för att omställningen ska bli verklighet:

- ▶ Ledarskapet
- ▶ Hållbara arbetsplatser
- ▶ Gemensam systemledning
- ▶ Gemensam stödstruktur
- ▶ Gemensam uppföljning

Rörande uppföljning konstateras i färdplanen att en ny typ av gemensam uppföljning, analys och reflektion behövs för att kunna följa omställningen. Vidare betonas att omställningen behöver ske på alla nivåer, genom fyra utvecklingsområden:

- ▶ Proaktivt, hälsofrämjande och förebyggande arbete
- ▶ Personcentrerat förhållningssätt
- ▶ Överbrygga gränser och mellanrum och samordna resurser
- ▶ Digitala verktyg och välfärdsteknik

Den politiska ledningen knuten till färdplanen nämns utifrån seminariet Nya Perspektiv, där länets ledande förtroendevalda och förvaltningschefer (kommun, region, barn och utbildning, socialtjänst, vård och omsorg samt hälso- och sjukvård) träffas en gång per år och samtalar om inriktningen på det gemensamma utvecklingsarbetet. Av dokumentet framgår att det *skulle kunna* ske en årlig uppföljning vid detta forum - men konkretiseras inte i övrigt hur uppföljning av färdplanen och dess ingående delar ska ske, när eller av vem.

Det genomfördes en uppföljning av färdplanen 2023. Uppföljningen innehåller en beskrivning av hur arbetet under 2023 har fortlöpt och belyser framsteg, utmaningar och den fortsatta vägen framåt. Här framgår att det 2023 tillsattes en arbetsgrupp för att driva arbetet med uppföljning och datadriven utveckling. Rapporten listar fem utmaningar och lärdomar:

- ▶ Ekonomiska läget och svårigheter med kompetensförsörjning
- ▶ Otydlighet kring organisering och styrning
- ▶ Visualisering som verktyg
- ▶ Behov av lärande, dialog och att se utanför den egna boxen
- ▶ Ökat samarbete med pågående arbeten

Det har inte genomförts någon efterföljande uppföljning av färdplanen sedan 2023.

Region Värmland har en ledningsstrategi med ansvar för samordning rörande arbetet med nära vård. Vid intervjuer framkommer att det upplevs finnas en utmaning i *hur* arbetet ska genomföras ute i respektive verksamhet.

Intervjuade verksamhetschefer och enhetschefer i regionen beskriver samstämmigt att flera chefer tar initiativ lokalt och genomför utvecklingsarbete för ett mer personcentrerat förhållningssätt och att överbrygga gränser mellan vårdinstanser och resurser. Samtliga lyfter dock att dessa initiativ sker isolerat och att det saknas en tydlig struktur för överföring och spridning av arbetssätt inom regionen, samt tydlig riktning och styrning i hur arbetet ska bedrivas. Vidare beskrivs en otydlighet i hur satsningar som överskrider en enskild enhets budget ska hanteras.

I olika delar av länet pågår insatser för att minska antalet undvikbara akutbesök, förkorta slutenvård samt undvika förflyttning om möjligt. Exempel på samarbeten som överbryggar eller samlar vårdnivåer och resurser från region och kommun är:

- Äldrevårdsteam Karlstad
- Team Utsocknes
- Akutmottagningens mobila team Centralsjukhuset Karlstad
- Akutmottagningens mobila team Arvika
- Mobila team i olika delar av länet
- Specialiserad sjukvård i hemmet (SSIH)/palliativa team i olika delar av länet
- Hemsjukvårdsläkare
- Närsjukvårdsteam

Gränssnitten mellan vårdnivåer är en central fråga. Enligt intervjuade ska regionen framåt arbeta mer fokuserat med enklare kontaktvägar mellan primärvård och specialistvård, där det ska vara lättare att konsultera kollegor utifrån patientens behov, oavsett vårdnivå. Gränssnitten mellan primär- och specialistvården är en löpande fråga som diskuteras och där ärenden i gränslandet utreds av en så kallad AKO-funktion.⁶ Frågor om gränssnitt mellan verksamheter hanteras generellt enklare på de mindre sjukhusen och avdelningarna, enligt intervjuade.

Av intervjuer med kommunerna framkommer att det sker ett arbete kopplat till omställningen till god och nära vård. I intervjuer uppmärksammas ett antal utmaningar kopplat till omställningen. Det anges att diskussioner om omställningen främst sker på strategisk nivå och inte förankras bland medarbetare i kommunerna. Därtill uppmärksammas att det finns behov av att stärka vårdcentralernas involvering i omställningsarbetet.

2.1.2.1 Gemensam plan för primärvård konkretiserar gemensamma aktiviteter

Regionen och kommunerna har tagit fram en gemensam plan för primärvård 2025-2027. Planen har tagits fram genom dialoger och workshops med flera verksamheter i länet. Planen riktar sig till personer som arbetar inom, eller i samverkan med, den regionala och

⁶ AKO-funktion (Allmänläkarkonsulter på sjukhus) är en modell för samverkan mellan primärvård och specialistsjukvård, där en allmänläkare fungerar som länk och konsulterar inom en sjukhusklinik för att öka kunskapsdelning och förbättra vårdriktlinjer. AKO handlar om att implementera evidensbaserad kunskap och standardisera handläggningen i primärvården för att säkerställa god och jämlik vård.

kommunala primärvården. Planen anger utmaningar och behov av utveckling som har beskrivits av verksamheterna i samband med framtagandet av planen. Några utmaningar som lyfts i planen är:

- ▶ Brister i kommunikation mellan aktörer, vilket fördröjer samverkan.
- ▶ Otydlig arbetsfördelning mellan olika aktörer.
- ▶ Begränsad användning av sammanhållen individuell plan (SIP).

Som en del i framtagandet av planen har systemledningen enats om tre fokusområden 2025-2027, varav patientgruppen äldre är ett. För respektive fokusområde finns en handlingsplan med insatser och aktiviteter. Handlingsplanen för fokusområdet äldre innehåller fyra insatser på länsnivå och sex insatser på nod- och lokal nivå. Till respektive insats finns ett antal aktiviteter kopplade.

Insatser på länsnivå:

- ▶ Stärk det medicinska stödet till den kommunala primärvården
- ▶ Insats mobila lösningar för att undvika onödiga förflyttningar och sjukhusvistelser
- ▶ Insats fallförebyggande arbete
- ▶ Insats trygga och välplanerade utskrivningar från slutenvården (trygg hemgång)

Insatser på nod- och lokal nivå:

- ▶ Stärka det medicinska stödet till den kommunala hälso- och sjukvården
- ▶ Förbättra medicinska bedömningar i den kommunala primärvården
- ▶ Mobila lösningar för att undvika onödiga förflyttningar och sjukhusvistelser
- ▶ Trygga och välplanerade utskrivningar från slutenvården (trygg hemgång)
- ▶ Fallförebyggande arbete
- ▶ Hälsofrämjande och förebyggande åtgärder
- ▶ Gemensam kompetensutveckling och kompetensförsörjning

Handlingsplanen utgör en del i den gemensamma planen för primärvården. Handlingsplanen innehåller kolumner med vem som ska genomföra aktiviteten samt när och hur aktiviteten ska genomföras. För aktiviteterna på länsnivå anges vem som ska genomföra aktiviteten, men information om när eller hur aktiviteten ska genomföras finns inte. Det finns ingen information om ansvar, tidpunkt eller hur respektive aktivitet på nod- och lokal nivå ska utföras.⁷

Den gemensamma planen för primärvård och handlingsplanen innehåller inte någon information om uppföljning av insatserna.

Intervjuade i regionen lyfter fram planen som ett konkret och värdefullt verktyg för att arbeta gemensamt med kommunerna i utvalda aktiviteter, men betonar att arbetet är nytt och behöver sätta sig.

⁷ Tanken är enligt uppgift att planen ska kunna vara ett levande dokument, framför allt i sin digitala form, att man via vårdgivarwebben ska kunna följa de olika aktiviteterna som genomförs länsövergripande och nationellt. Vid tidpunkten för granskningen påbörjas arbetet med att uppdatera.

2.2. Bedömning

Inom ramen för den etablerade strukturen i Nya Perspektiv har kommunerna och regionen utvecklat styrnings- och samverkansstrukturen på tjänstepersonsnivå genom att införa systemledarskap.

Den politiska styrningen av samverkan sker i samma struktur som vid föregående granskning, där den politiska styrgruppen för Nya Perspektiv samt ordföranderådet har centrala funktioner. Vi noterar att de målsättningar och indikatorer som tagits fram för samverkan rörande äldre har flera beröringspunkter med de mål och mätpunkter som beslutats av Hälso- och sjukvårdsnämnden samt ansvarig nämnd/utskott i respektive kommun. Samtidigt finns ingen tydlig integrering där målsättningar eller indikatorer direkt överlappar eller hänvisar till det arbete som ska ske i samverkan. Vi bedömer därför att den politiska styrningen inte tydliggjorts.

Sammantaget finns ett stort antal målsättningar och mätpunkter på olika nivåer hos huvudmännen, som ska samspela utifrån nämndernas enskilda uppdrag och länsövergripande gemensamma strukturer. Det finns en väsentlig inneboende risk i att komplexiteten eller mängden målsättningar och mätpunkter medför att vissa mål prioriteras ned eller blir svåra att skapa en överblick utifrån. Vi återkommer till detta resonemang i kapitel 5.

Omställningen till nära vård, utifrån beslutad målbild och färdplan, bedöms i nuläget delvis ge bättre förutsättningar för att ge en "sömlös" vård. Granskningen visar flera konkreta initiativ och aktiviteter för att flytta vården närmre patienten samt överbrygga gränssnitt mellan vårdinstanser och resurser. Bedömningen grundar sig i att målsättningar, roller och ansvar förtydligats genom färdplanen och den gemensamma planen för primärvård (med handlingsplan), men att formerna för uppföljning och utvärdering av arbetet vid tidpunkten för granskningen är otydliga.

2.3. Avtal och överenskommelser har fortsatt lokala variationer

Detta avsnitt behandlar revisionsfrågan om vilka avtal och överenskommelser som finns mellan Region Värmland och berörda kommuner och om de är ändamålsenliga. Därtill behandlas revisionsfrågorna om huruvida kommunerna och regionen ensat utformningen och omfattningen av samt målsättningen i de lokala överenskommelserna mellan regionens öppenvård och kommunerna för att möjliggöra en likvärdig kvalitet i hela länet samt om regionen och kommunerna säkerställt följsamhet till överenskommet styrdokument med fokus på patientens vårdupplevelse.

Region Värmland och länets kommuner har gemensamt ingått ett antal avtal och överenskommelser kopplat till vård och omsorg, se nedan tabell.

Tabell 1. Avtal och överenskommelser mellan Region Värmland och länets kommuner, som är relevanta rörande vård av äldre (EYs sammanställning)

Område	Dokument
Allmänmedicin	Länsgemensam överenskommelse i Värmland 2024-2025 mellan länets vårdcentraler och kommunal hälso- och sjukvård
Ambulanssjukvård	Rutin för samverkan mellan ambulanssjukvård och kommunal sjukvård
In- och utskrivning från slutenvården	Samverkansöverenskommelse vid in- och utskrivning från slutenvården Samverkan och arbetssätt vid förskrivning av hjälpmedel Samordnad individuell planering (riktlinje) Samordnad individuell plan (SIP) med Cosmic Link
Förbrukningsartiklar, förbrukningshjälpmedel, livsmedel för speciella ändamål	Samverkansavtal mellan Region Värmland och Värmland kommuner: livsmedel för speciella medicinska ändamål Samverkansavtal mellan Region Värmland och Värmlands kommuner: Förbrukningsartiklar och förbrukningshjälpmedel
Medföljare i vården	Överenskommelse gällande medföljande i vården mellan Region Värmland och kommunerna
Vaccination	Överenskommelse mellan Region Värmland och kommunerna kring vaccination

Länsgemensam överenskommelse i Värmland 2024-2025 gäller för länets vårdcentraler och kommunal hälso- och sjukvård. Det anges att överenskommelsen omfattar det arbete och det ansvar som länets vårdcentraler och den kommunala hälso- och sjukvården har för gemensamma patienter. Av överenskommelsen framgår att samverkansavtalet reglerar grunden för samverkan i länet i de delar som är och bör vara lika. Vid behov kan lokala rutiner tas fram för att tydliggöra specifika delar inom överenskommelsen.

Vid tidpunkten för granskningen håller den länsgemensamma överenskommelsen på att ses över inför 2026.

Granskningen visar att 7⁸ av 16 kommuner har kompletterande överenskommelser/rutiner med lokala vårdcentraler. Likt vad som noterades i granskningen som genomfördes 2018 skiljer sig de lokala överenskommelserna åt i utformning, omfattning och kvalitetsmålsättning. Två av de lokala överenskommelserna hänvisar till den

⁸ Filipstad, Forshaga, Hagfors, Hammarö, Kil, Munkfors och Sunne kommun

länsgemensamma överenskommelsen som gäller för 2024-2025. Övriga hänvisar till den tidigare överenskommelsen för 2022-2023, "Samverkan mellan Landstinget i Värmland och kommunförbundet Värmland angående hälso- och sjukvårdsfrågor" från 2001 och "Ramöverenskommelse mellan Landstinget i Värmland och kommunerna avseende vård och omsorg" från 2005.

Överenskommelserna innehåller generellt information om förutsättningar för samverkan, läkemedel och avvikelshantering. Några av överenskommelserna innehåller kvalitetsindikatorer eller kvalitetsmått. En kommuns överenskommelse avser en rutin om uppföljning av personer med demensdiagnos och en kommuns överenskommelse avser en minnesmottagning.

Vi noterar inga skrivningar om uppföljning eller utvärderingar av gemensamma överenskommelser, riktlinjer eller övriga styrdokument med fokus på patientens vårdupplevelse.

Samverkansöverenskommelsen rörande in- och utskrivning av patienter från slutenvården presenteras närmre tillsammans med tillhörande riktlinjer och rutiner i avsnitt 3.

Enligt uppgift är en *riktlinje för kommun- och regiongemensamma dokument* ute på synpunktsrunda vid tidpunkten för granskningen. Den anger bland annat att samtliga överenskommelser, riktlinjer m.m. ska ha fokus på värdet för invånaren, tydliga mål, plan för uppföljning med utsedd ansvarig person och angiven tid för uppföljning.

2.4. Bedömning

Det finns ett flertal överenskommelser, avtal, riktlinjer och rutiner som berör samverkan och vårdkedjor avseende äldre. Vi bedömer att de inte är fullt ut ändamålsenliga.

Vår bedömning grundar sig i att dokumenten på regionövergripande till innehåll och omfattning är relevanta och aktuella, men att formerna för uppföljning och utvärdering inte är tydliggjorda. Vi kan konstatera att den rekommendation som gavs 2018 om att följa upp överenskommelser med fokus på patientens upplevelse inte hörsammats vid tidpunkten för granskningen. Vidare noterar vi att de kompletterande lokala överenskommelserna fortsatt skiljer sig åt och delvis är inaktuella.

3. Hur utskrivningsprocessen organiseras

Detta avsnitt behandlar revisionsfrågan hur regionen och kommunerna efterlever Lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård (2017:612).

3.1. Överenskommelse och riktlinje ger grunden

Regionen och kommunernas ansvar och uppdrag i utskrivningsprocessen regleras i överenskommelse om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård. I överenskommelsen beskrivs moment i utskrivningsprocessen stegvis från inskrivning till att en individ anges vara utskrivningsklar. Det finns även en riktlinje för samverkan vid utskrivning av vuxna från sluten hälso- och sjukvård som syftar till att ge stöd i det dagliga arbetet.⁹ Riktlinjen utgår från processen som illustreras i nedanstående figur. Riktlinjen anger ansvarsfördelningen för slutenvård, öppenvården, kommunal hälso- och sjukvård samt socialtjänst utifrån delarna i processen.

Figur 3. Utskrivningsprocessen



Källa: Riktlinje för samverkan vid utskrivning av vuxna från sluten hälso- och sjukvård

I samband med inskrivning

Enligt överenskommelsen ska regionens slutenvård, inom 24 timmar efter att en individ (oavsett ålder) har skrivits in, informera berörda kommuner och regionens öppenvård genom ett inskrivningsmeddelande. Regionens öppenvård ska efter att ha tagit del av meddelandet utse en fast vårdkontakt. När berörd kommun får ett inskrivningsmeddelande ska utredning och planering för individens hemgång starta omgående.

I samband med utskrivning

När en individ bedöms vara utskrivningsklar ska slutenvården underrätta berörd kommun och öppenvård. Den fasta vårdkontakten inom öppenvården ansvarar i samband med att en individ bedöms vara utskrivningsklar för att vid behov kalla inblandande parter till en samordnad individuell planering (SIP). Kommunerna ansvarar för att individer, efter de blivit utskrivningsklara, ska kunna återgå till hemmet inom tre dagar.

Riktlinjen klassar utskrivningsprocessen i tre färger, utifrån individens behov av insatser:

- ▶ Grön process - individ som efter utskrivning förmodas ha behov av oförändrade insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården och regionens öppenvård.

⁹ Riktlinjen är framtagen av en länsgemensam arbetsgrupp för samverkan vid utskrivning i Värmland inom ramen för Nya perspektiv.

- ▶ Gul process - individ som efter utskrivning förmodas ha behov av utökade och/eller nytillkomna insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården och regionens öppenvård som behöver startas upp samma dag.
- ▶ Röd process - individ med komplexa/omfattande behov av samordning från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården och regionens öppenvård och/eller individ som har behov av hälso- och sjukvård som kräver särskilda utbildningsinsatser innan individen skrivs ut.

Överenskommelsen reglerar formerna för kommunernas betalningsansvar. I de fall kommunerna inte genomför en hemtagning inom tre dagar ska kommunen ersätta regionen med det belopp som motsvarar genomsnittskostnaden i riket för ett vård dygn i den slutna vården. Här framgår också hur tvister mellan parterna ska hanteras.

En reviderad version av överenskommelsen är under arbete, och kommer gå ut på remiss i början av 2026. Den ekonomiska regleringen (betalningsansvaret) kommer fortsatt finnas med i överenskommelsen, men regionens hälso- och sjukvårdsledning har tillsammans med kommunernas socialchefer kommit överens om att testa att det inte utgår något betalningsansvar, och också arbeta gemensamt med uppföljning och analys under året 2026. Ambitionen är att testa det nya arbetssättet ett år och sedan utvärdera.

3.1.1. Checklista och instruktioner

På operativ nivå finns checklista och instruktioner för hur arbetsmoment i utskrivningsprocessen ska utföras. I detta avsnitt beskrivs ett urval av dessa.

Det finns en frivillig checklista inför utskrivning/hemgång som kan användas av slutenvårdens personal som ett hjälpmedel inför arbetet med en patients utskrivning till hemmet eller särskilt boende. Vid genomförd journalgranskning noterar vi att cirka hälften av granskade journaler hade en ifylld checklista. Det finns ingen spärr i systemet som kräver en ifylld checklista för att kunna gå vidare i ärendet.

Det finns ett antal rutiner som beskriver användningen av systemet Cosmic, som utgör kommunikationssystem mellan kommun, slutenvård och öppenvårdsenheter. De insatser individen behöver för att en hälso- och sjukvård och socialtjänst av god kvalitet ska uppnås ska kommuniceras via systemet. Användningen av Cosmic Link beskrivs bland annat i rutinen *flödesschema för samordningsplanering* samt instruktionen *informationsöverföring från Region Värmlands rehab till kommuners rehab*.

3.2. Samordnad individuell planering (SIP) används begränsat

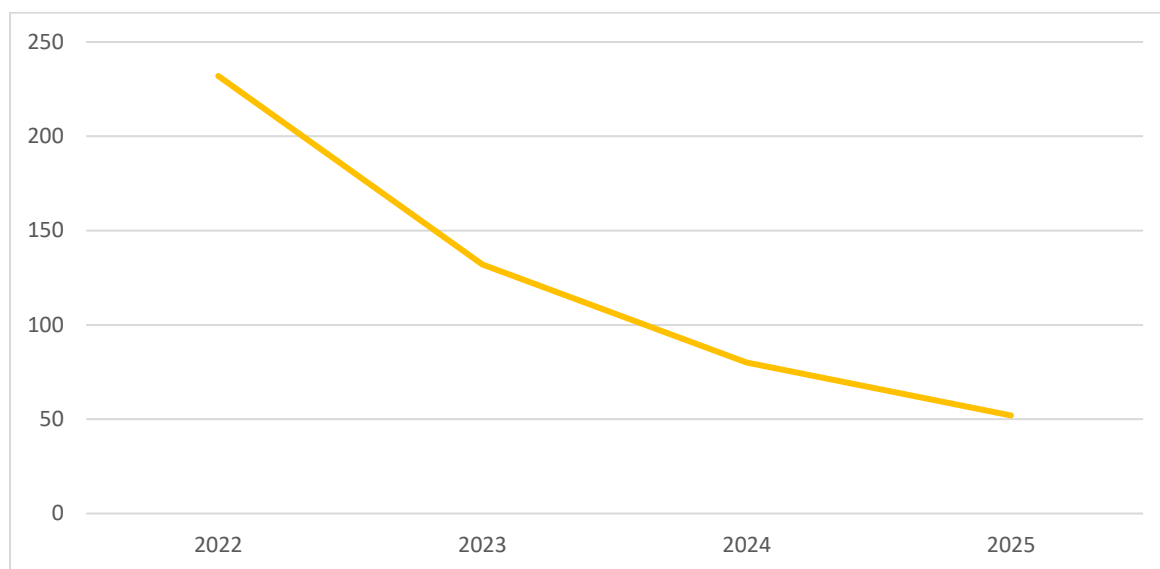
En samordnad individuell plan ska upprättas om någon inom regionens hälso- och sjukvård eller kommunal vård och omsorg uppmärksammar att en persons vård eller omsorgssituation sviktar eller kan samordnas bättre. Även den enskilde själv, en vårdnadshavare eller närstående kan begära att man ser över behovet av en plan. Målet är att alla som har behov av en SIP ska ha det.

Det finns en riktlinje för SIP som gäller för kommunerna och regionen. Syftet med riktlinjen är att tydliggöra det gemensamma ansvaret för arbetet med de samordnade individuella planerna. Riktlinjen innehåller ett avsnitt om ansvar. Det anges att den personal inom regionens och kommunens hälso- och sjukvård eller socialtjänst som uppmärksammar eller

får kännedom om att den enskilde har behov av samordnad individuell plan ska ta initiativ till att en sådan upprättas.

I regionens statistikportal finns siffror om antalet SIP som genomförts eller påbörjats under varje år från 2019 och framåt.¹⁰ Av totalt 156 färdiga SIP inom regionen under 2025 avser 52 stycken patienter i ålder 65 år och äldre. I nedan diagram ses utvecklingen av antal SIP för ålderskategorin 65 + från 2022 och framåt. Här ses en kraftig nedgång, från 232 genomförda SIP under 2022 ses en markant nedgång 2023-2025.

Diagram 1. Antal registrerade SIP i Cosmic Link för ålder 65 + i Region Värmland 2022-2025



Källa: Region Värmlands statistikportal, data hämtad 2025-12-11

Det saknas tillförlitlig nationell statistik rörande tillämpningen av SIP, varpå en sådan jämförelse inte är möjlig. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys konstaterar i en utredning 2025 att det finns stora variationer i uppfattning, tolkning och tillämpning av SIP över landet.¹¹

I intervjuer med regionen framkommer att SIP endast genomförs för de utskrivningsprocesser som klassas röda. I övrigt används en enklare form av utskrivningsplanering, som intervjuade beskriver innehåller flera gemensamma delar med SIP, men som inte utgör en fullständig samordnad individuell planering. Denna notering görs även i journal- och aktgranskningen, vars resultat presenteras i avsnitt 3.5.

Av intervjuer med kommunerna framgår att SIP sällan genomförs. Kommunerna beskriver att deras utskrivningsplanering (kommunerna använder begreppet hemtagningsplanering) i många fall motsvarar en SIP, men att SIP rent formellt inte används.

¹⁰ Statistik har inhämtats för åren 2019-2025, men uppgifterna avseende antal registrerade SIP 2019-2021 är enligt uppgift inte tillförlitliga på grund av bland annat felaktig kodning.

¹¹ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys *Samordning med svårigheter - tillämpningen av samordnad individuell plan, SIP* (Rapport 2025:2)

3.3. Utskrivningsprocessen i praktiken har flera praktiska utmaningar

Utskrivningsprocessen utifrån regionens perspektiv

Specialistvården

Akut- och slutenvård bedrivs i Karlstad, Arvika och Torsby. Slutenvård i form av närvårdsavdelningar finns i Kristinehamn och Säffle (12 respektive 10 platser).

De flesta avdelningar har en utskrivningssköterska, men rutinerna varierar vilket påverkar kvaliteten på informationsöverföringen och hur det organiseras. Intervjuade är samstämmiga i att samverkan med vissa kliniker fungerar bättre än andra.

Samverkan med kommunerna varierar i struktur och upplägg utifrån kommunernas storlek, där samverkan med mindre kommuner lättare blir närmre, med samma personer i flera roller och att kontaktvägarna blir korta och snabba. I större kommuner är fler personer involverade och det krävs fler kontaktvägar. Däremot kan vissa gemensamma satsningar genomföras lättare i större kommuner utifrån befolkningsunderlag och resurser.

Ambulansverksamheten i länet har sedan ett år tillbaka utrett och beslutat om egen larmcentral och hanterar nu alla ärenden själva. Beslutet ska ge möjlighet att ta ansvar för patientflödet och samlas kring patienten, oavsett om det berör rådgivning eller är akut. Det är sjuksköterska som möter patienter direkt vid samtal. Lokala chefer har ansvar att möta medicinskt ansvarig sjuksköterska i kommunerna löpande i gemensamma frågor, här ser förutsättningarna mellan kommunerna olika ut. Intervjuade lyfter att kommunerna har olika resurser och att det finns skillnader exempelvis i utrustning mellan vårdcentraler och mellan särskilda boenden. Detta påverkar vilka insatser som kan genomföras på plats.

Ett nytt projekt som pågår är att en välfärdssamordnare (biståndsbedömare) finns fysiskt på akutkliniken i Karlstad och möter patienter som kommer in akut. Funktionen kan då söka kommunala kontakter direkt vid behov. Ambitionen är att utveckla arbetet och identifiera mångbesökare tidigare.¹²

Intervjuade i Karlstad och Arvika lyfter att de mobila teamen är de största gränssnitten mellan huvudmännen och mellan specialist- och primärvård, som behöver fortsätta utvecklas avseende ägandeskap, resursfördelning och ansvar för vård som ges i hemmet.

På sjukhuset i Torsby arbetar avdelningarna med utskrivningssamordnare (undersköterskor) från att tidigare ha haft vårdplaneringssköterska (sjuksköterska). Sjukhuset har tre avdelningar, där samtliga kan ta emot alla patienter, men med inriktning mot ortopedi, medicin eller kirurgi. En praktisk utmaning som beskrivs utifrån betalningsansvaret är att beslut måste tas om patienten anses utskrivningsklar innan kl. 12 på dagen innan utskrivning ska ske. Det ses positivt att överenskommelsen nu ses över och att betalningsansvaret får mindre fokus, vilket ger möjlighet att fokusera på patientens bästa. Intervjuade lyfter ett gott samarbete med kommunerna och att det finns behov av någon form av mellanvårdsplatser i kommunen för exempelvis administrering av intravenös

¹² Arvika kommun har enligt uppgift under hösten 2025 startat upp med biståndshandläggare på akutmottagningen i Arvika en dag i veckan initialt för att under våren 2026 utökas till tre dagar i veckan. Målet är att jobba likt Karlstads välfärdssamordnare.

antibiotika. Klinikens mobila team har genomfört sin första blodtransfusion tillsammans med Hagsfors kommun vid tidpunkten för granskningen.

Direktinläggningar för att undvika akutmottagningen beskrivs av intervjuade ske i begränsad utsträckning och vara individberoende. När närvårdsavdelningarna används på avsett vis fungerar det arbetet bra, men intervjuade lyfter att dessa platser lätt tas i anspråk av andra patienter. När kommunernas korttidsplatser minskar, märks enligt intervjuade en effekt på akutmottagningarna.

Utifrån avvikelser rörande samverkan vi tagit del av framgår att mycket händer kring patienten från det att läkare bedömer patienten som utskrivningsklar till att överlämning till kommunen sker. Det kan handla om läkemedelsförändringar eller att epikrisen¹³ inte är färdigställd. Dessa förändrade förutsättningar kräver anpassning från kommunen som ska ta emot. Intervjuade i flera kommuner betonar att man inte litar på de uppgifter som står när patienten bedöms som utskrivningsklar, och det får till följd att planeringen inte görs med avsedd framförhållning.

Primärvården

Det finns 30 vårdcentraler av varierande storlek runt om i Värmland, varav ett antal drivs av privata aktörer med avtal.

Av intervjuer med verksamhetschefer och enhetschefer inom primärvården lyfts att vårdcentralerna arbetar olika. På vissa vårdcentraler arbetar man med att ansvarig läkare ska få ett meddelande när utskrivning sker. Härutöver ska det då finnas en fast vårdkontakt, en sjuksköterska som sköter telefonkontakten. Det kan både vara en samordnande sköterska som håller denna kontakt eller den fasta vårdkontakten.

I samband med utskrivningsplanering från slutenvården ska det alltid finnas en namngiven fast vårdkontakt inom öppenvården, som måste vara sjuksköterska i dessa fall, påkopplad till samordningsärendet. Flera intervjuade vårdcentraler beskriver en begränsad kommunikation eller involvering när patient skrivs ut och mottages i kommunen, vilket bekräftas av intervjuer inom specialistvården samt kommunerna.

Vissa vårdcentraler lyfter att det är svårt att veta vilka insatser som beviljas en patient av kommunen, då det är olika system. Trots gemensam rutin om att delge in- och utskrivningar, sker inte alltid detta på avsett vis. Intervjuade lyfter att det borde ske med automatik, istället för att vara en manuell överföring.

Avgörande för samverkan är personaltillgång och -kontinuitet. Där det finns upparbetade kontakter och erfarna medarbetare beskrivs samverkan löpa på, både inom slutenvården och kommunerna. När personer byts ut eller tjänster blir vakanta märks det snabbt i kvaliteten på samverkan.

Intervjuade lyfter bristande tillgång till varandras system och kvalitet på dokumentation som centrala frågor. Exempelvis kan en läkare i beredskap få förlita sig på andrahands- eller tredjehandsuppgifter rörande en patient.

¹³ En epikris är en avslutande, sammanfattande journalanteckning som beskriver ett avslutat vårdtillfälle, exempelvis vid utskrivning från sjukhus, och innehåller information om diagnos, behandling, resultat och fortsatt plan för patienten. Syftet är att ge en snabb helhetsbild till nästa vårdgivare för att säkerställa patientsäkerheten, och den innehåller viktig information som orsaker till vårdkontakt, genomförda undersökningar, läkemedelsändringar och kommande behov.

Av intervju framkommer att det pågår en intern granskning av utskrivningsprocessen, där uppgifter från slutenvården ska jämföras med uppgifter från vårdcentralerna.

Utskrivningsprocessen utifrån kommunernas perspektiv

Samtliga kommuner uppmärksammar i intervjuer att det är vanligt förekommande att utskrivningsdatum flyttas fram en dag i taget. Det beskrivs försvåra kommunernas planering av hemtagningen. Av journalgranskning framgår att i merparten av granskade journaler sker en förändring av utskrivningsdatum.

Därutöver framgår av intervjuer att det förekommer bristande informationsöverföring vid utskrivningsprocessen. Intervjuade biståndshandläggare i kommunerna anger att kvaliteten på informationen kan variera. Bristen på tydlig information bidrar till att det krävs kompletterande kontakt med slutenvården för att få tillräckligt med information inför hemtagningen.

Vidare anges att vårdcentralerna inte har en aktiv roll i utskrivningsprocessen. Merparten av kommunerna upplever att mer ansvar och uppgifter tilldelas kommunerna när vårdcentralerna inte är involverade. Intervjuade uppger att kontakten med vårdcentralen i flera fall kan vara begränsad. Det uppmärksammas finnas behov av mer samverkan med vårdcentralerna.

3.4. Resultat av akt- och journalgranskning

Inom ramen för granskningen har en akt- och journalgranskning genomförts. Sammantaget har åtta akter per kommun valts ut och därefter har en journal per kommun valts ut (16 stycken). Totalt har 16 journaler och 128 akter omfattats.

En sammanfattning av aktgranskningen presenteras i kommunrapporterna som utgör bilagor till denna rapport.¹⁴

I journalgranskningen har en journal valts ut från varje kommun.

- I nio ärenden har journalen korresponderat med en av de akter som mottagits inom ramen för aktgranskningen inom respektive kommun.
- I sju ärenden har vår kontaktperson på regionen valt ut ett ärende utifrån processfärg.

Åtta ärenden har bedömts vara en gul process, tre ärenden har bedömts vara grön process och fem ärenden har under vårdtiden ändrat processfärg - från grön till gul eller från gul till röd.

Nedan presenteras resultatet av journalgranskningen, utifrån de frågeställningar som utgjort utgångspunkt.

¹⁴ Av 16 kommuner har 11 inkommit med akter för granskning och 5 valt att inte inkomma med akter. För dessa kommuner har en egen självskattning av dokumentationen i akterna genomförts istället. För dessa 5 kommuner kan en revisionell bedömning av underlaget inte genomföras.

Figur 4. Sammanställning av resultat för journalgranskning

Framgår det av dokumentationen om kommunen har mottagit tillräcklig information från regionen för att kunna ta emot den enskilde på ett tryggt och säkert sätt vid hemgång?

Framgår det av dokumentationen om kommunen har lämnat tillräcklig information till regionen för att den enskilde ska kunna tas emot på ett bra sätt vid inskrivning?

Vi noterar i journalgranskningen att det finns löpande anteckningar i alla ärenden, både i regionens journalsystem och i Cosmic Link, där kommunen tar del av informationen.

Vi noterar att utvecklingen som sker under vårdtiden och ärendens komplexitet påverkar omfattningen av den kommunikation som sker i Cosmic Link. Det berör bland annat omfattningen av följdfrågor som kommunen ställer. Vi noterar i ett antal fall att det sker påminnelser om att uppdatera läkemedelslistor och att skicka med mediciner, diskussion om processfärg och medicinsk status. Det är tydligt att det sker mycket telefonkontakt utanför Cosmic Link för att inhämta förtydliganden/tydliggörande information.

Vi noterar att i majoriteten av journalerna har datum för utskrivning flyttats fram på grund av olika anledningar. I journalgranskningen kan vi se att planering inför utskrivning har skett över telefon mellan biståndshandläggare och den enskilde. I flera fall har avdelningssjuksköterska eller samordnare blivit mellanhand att förmedla beviljade insatser.

Framgår det av dokumentationen om/ hur den enskilde eller dess anhöriga varit delaktiga i planeringen?

I en tredjedel av ärendena framgår inte hur eller om anhöriga deltagit i planering inför utskrivning. I resterande ärenden framgår att anhöriga önskat delta, deltagit eller blivit informerade om planeringen.

Framgår det av dokumentationen om den enskilde behövt återinskrivas inom slutenvård inom 30 dagar från utskrivning till hemmet?

I en tredjedel av ärendena sker en oplanerad återinskrivning eller behov av en återinskrivning (som inte genomfördes på grund av platsbrist på den aktuella avdelningen).

Framgår det av dokumentationen om SIP har genomförts inför utskrivning?

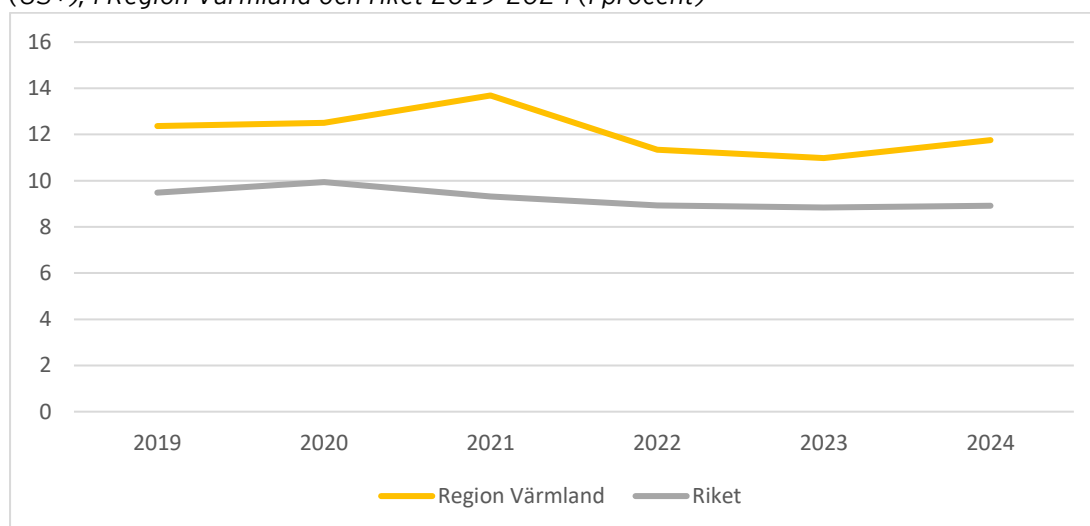
SIP har genomförts i två ärenden. Vid det ena tillfället saknas en dokumenterad SIP-planering och vid det andra tillfället noteras att patienten sover sig igenom mötet.

En övrig notering som görs i journalgranskningen är att det i ett ärende finns kännedom om våld i nära relation och kommunen gör en kommentar i Cosmic Link om att inte ha planering med anhöriga, men att detta sker ändå.

3.5. Andel oplanerade återinskrivningar ligger i linje med riket

Andelen oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar är en indikator som används nationellt för att belysa alltför tidig utskrivning från slutenvård, eller utskrivning där uppföljning och fortsatt omhändertagande vid regionens öppenvård eller kommunal hälso- och sjukvård inte är tillräcklig samordnad. Därtill kan tillgängliga resurser och medicinsk kvalitet i såväl slutenvården som det fortsatta omhändertagandet påverka utfallet.

Diagram 2. Andel oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar vid utvalda diagnoser bland äldre (65+), i Region Värmland och riket 2019-2024 (i procent)¹⁵



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Av statistiken framgår att Region Värmland ligger cirka 2-4 % över riket i andelen oplanerade återinskrivningar sedan 2019, med en viss ökning i skillnad under 2021.

3.6. Bedömning

Lagstiftningen rörande samverkan vid utskrivning syftar till att främja en god vård och en socialtjänst av god kvalitet för enskilda som efter utskrivning behöver insatser från socialtjänst, kommunalt finansierad hälso- och sjukvård eller regionfinansierad öppenvård. Vi bedömer att regionen och kommunerna arbetar utefter intentionerna i lagstiftningen, men noterar likt tidigare genomförd granskning, ett antal väsentliga områden för utveckling och förbättring.

Kvaliteten på informationsöverföringen och dokumentationen behöver stärkas. Av journalgranskningen framgår flera exempel där information inte räckt till, överensstämt med annan kommunikation eller där avlämnad information från kommunen inte tagits i tillräckligt beaktande. Av intervjuer framgår att det ofta krävs eftersökande av kompletterande information om den enskilde för att kunna ta emot i kommunen på ett bra sätt.

¹⁵ Indikatorns diagnoser vid det första vårdtillfället är valda för att fånga vanliga diagnoser hos äldre. Diagnoserna vid återinskrivningstillfället är valda för att återinskrivningar för dessa diagnoser bör ha kunnat förebyggas vid det första vårdtillfället eller genom efterföljande öppenvårds- och hemsjukvårdsinsatser. I urvalet ingår bland annat hjärtsvikt och lunginflammation som är de vanligaste orsakerna till oplanerade återinskrivningar för gruppen 65 år och äldre.

Vi noterar att det i ett fall genomförs planering med anhöriga, trots information om våld i nära relation, vilket vi bedömer allvarligt.

Vidare bedömer vi att vårdcentralerna inte är så synliga i utskrivningsprocessen som deras roll som nav i omställningsarbetet föreskriver.

Slutligen sker SIP i mycket begränsad utsträckning i länet, även om annan vårdplanering som genomförs innefattar delmoment av en samordnad individuell planering.

4. Läkemedelshantering

Detta avsnitt behandlar revisionsfrågan om regionens Hälso- och sjukvårdsnämnd säkerställt att en korrekt och uppdaterad läkemedelslista avlämnas till annan vårdgivare.

Av länsgemensam överenskommelse framgår rutiner för läkemedelslistan. I kommunens journal ska det finnas en skriftlig läkemedelslista utfärdad eller signerad av behandlande läkare. I Region Värmland är skriftlig läkemedelslista från Cosmic giltig ordinationshandling. Det framgår att läkemedelslistan i Cosmic *alltid ska* överensstämma med läkemedelslistan i Pascal avseende läkemedel på recept. Om sjuksköterska i den kommunala hälso- och sjukvården ansvarar för patientens läkemedel ska läkaren omgående meddela förändring i läkemedelsordinationen till vederbörande.

Därtill finns flertalet rutiner, riktlinjer och beskrivningar för läkemedelshantering. Nedan listas ett urval:

- ▶ Läkemedelshantering inom kommunal hälso- och sjukvård
- ▶ Dosexpedierade läkemedel
- ▶ Hantering av läkemedelslistan

Inom regionen finns en läkemedelskommitté¹⁶ och ett läkemedelscentrum. Läkemedelskommitténs uppdrag är bland annat att vara ett rådgivande organ i läkemedelsfrågor och följa upp förskrivningen av läkemedel i länet. Läkemedelscentrums uppdrag är att stödja vårdens verksamheter både strategiskt och operativt i läkemedelsfrågor.

I intervjuer med verksamhetschefer i regionen framgår att det inom samverkansnoderna sker ett aktivt arbete för att förbättra läkemedelshanteringen.

4.1. Läkemedelsgenomgångar för äldre

Av intervjuer framkommer att regionen arbetar med läkemedelsgenomgångar på vårdenheter. Inom regionen har det införts olika typer av farmaceutiskt stöd i olika delar av verksamheten. Inom öppenvården finns särskilt stöd bland annat inom:

- ▶ Särskilt boende och hemsjukvård (fördjupad läkemedelsgenomgång utifrån symtomskattningsformulär samt diskussion om läkemedelsbehandling under rond)
- ▶ Äldrevårdsteam Karlstad (fördjupad läkemedelsgenomgång vid inskrivning av nya patienter samt uppföljning)
- ▶ Vårdcentralen Gripen och Västerstrand (årskontroller, enkla och fördjupade läkemedelsgenomgångar)

Inom slutenvården erbjuds särskilt stöd på vårdavdelning 9 inom Centralsjukhuset i Karlstad (CSK), vårdavdelning 76 och 79 inom Sjukhuset i Arvika samt vårdavdelning 64 och 65 inom sjukhuset i Torsby.

På CSK deltar den kliniska farmaceuten i teamrond samt utför patientsamtal och enkla samt fördjupade läkemedelsgenomgångar. På avdelning 9 används metoden Comprehensive

¹⁶ Läkemedelskommittén består av 19 medlemmar, varav 12 läkare, 3 farmaceuter, 2 MAS:ar i Karlstads kommun och Torsby kommun, en distrikssköterska och en tandläkare.

Geriatric Assessment (CGA), vilket inkluderar en medicinsk, funktionell och psykosocial bedömning av patienten, och genomförs av ett multiprofessionellt team.

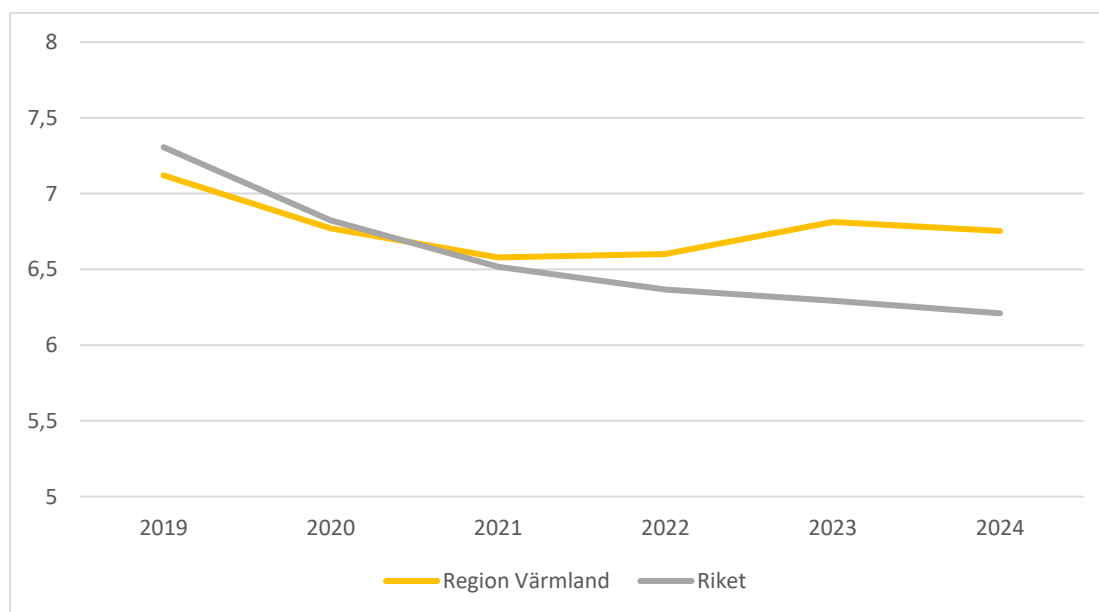
I Arvika och Torsby deltar den kliniska farmaceuten i rond samt utför patientsamtal och enkla läkemedelsgenomgångar, med syfte att patienten ska ha en korrekt och uppdaterad läkemedelslista. Det finns en rutin för enkel och fördjupad läkemedelsgenomgång.

Vårdenhetsfarmaceut är en nyare tjänst i regionen som ska avlasta sjuksköterskor och öka kvalitet i läkemedelshanteringen. Några uppgifter som ingår i tjänsten är att dela läkemedel i läkemedelsvagnar, iordningställa infusioner och injektioner utifrån dagligt behov på vårdavdelningen och iordningställa hemgångsdoser efter utskrivning. Vilka enheter som erbjuds tjänsten beslutas av hälso- och sjukvårdsledningen. På vissa avdelningar arbetar även beredningsfarmaceuter.

För att anlita kliniska farmaceuter på andra enheter än de som nämns ovan ska en remiss skickas i Cosmic. Av intervju framkommer att det har inkommit omkring 10 remisser senaste halvåret. Behovet av farmaceutstöd, både specifikt och via remiss, bedöms vara större än det som finns i regionen idag. Intervjuade lyfter vikten av att hitta en balans mellan resurstillgång samt efterfrågan i de olika uppdragen.

En indikator som följs på länsnivå är andelen äldre med läkemedel som bör undvikas. Med stigande ålder sker flera förändringar i kroppen som påverkar hur läkemedel omsätts och verkar i kroppen. Vissa läkemedel medför därmed en betydande risk för biverkningar hos äldre och bör därför undvikas i denna åldersgrupp. Dessa ingår i Socialstyrelsens nationella indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre.

Diagram 3. Andel äldre i befolkningen med minst ett läkemedel som bör undvikas till äldre om inte särskilda skäl föreligger (i procent). Avser personer 75 år och äldre.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Statistiken visar att andel äldre med minst ett olämpligt läkemedel i regionen har varit jämförbar med rikets nivåer, med en marginell ökning sedan 2022. År 2024 uppgår regionens andel till cirka 0,5 procentenheter över rikssnittet.

4.2. Betydande avvikelser knutet till läkemedel

Intervjuade i regionen är samstämmiga i att det finns väsentliga brister i informationsöverföringen knutet till läkemedelshantering. Den dubbla manuella hanteringen med två system utgör ett löpande problem. Härutöver beskrivs systemet Pascal vara svårhanterat för exempelvis nya läkare, varpå det lätt uppstår fel även om läkaren lägger in informationen enligt rutin. Enligt uppgift har försök gjorts att skapa en brygga mellan de två systemen för att uppdateringar i ett system automatiskt ska följa med till det andra, men vid tidpunkten för granskningen är frågan vilande. Flera intervjuade lyfter en frustration gällande denna fråga, då tekniken för en överbrygning enligt uppgift finns.

Samtliga kommuner uppmärksammar att läkemedelshantering fortsatt är en utmaning. Av intervjuer framgår att läkemedelslistorna från slutenvården inte är uppdaterade och aktuella. Intervjuade medicinskt ansvariga sjuksköterskor beskriver att kommunerna själva behöver lägga tid på att få uppdaterade läkemedelslistor, vilket anges vara tidskrävande. Kommunerna uppmärksammar i intervjuer att regionen behöver stärka efterlevnaden av rutiner och arbetssätt kopplat till läkemedelshantering och listor.

Vi redogör ytterligare för avvikelser knutet till läkemedel i avsnitt 5.3.

4.3. Bedömning

Vår bedömning är att hälso- och sjukvårdsnämnden inte säkerställt att en korrekt och uppdaterad läkemedelslista avlämnas till annan vårdgivare.

Av läns gemensam överenskommelse framgår tydliga rutiner för läkemedelslistan. Det framgår att läkemedelslistan i Cosmic *alltid ska* överensstämma med läkemedelslistan i Pascal avseende läkemedel på recept. Av granskningen framkommer att det finns väsentliga avvikelser knutet till läkemedel, då det ofta upptäcks skillnader mellan inlagd information i de olika systemen.

5. Uppföljning och utveckling

Detta avsnitt behandlar revisionsfrågan om det har implementerats ett gemensamt system för systematisk uppföljning av såväl rapporterade avvikelser som ingångna överenskommelser mellan regionen och länets kommuner.

5.1. Regionövergripande uppföljning av samverkan

Inom ramen för Nya Perspektiv sker en gemensam uppföljning årligen i sammanställningen Aktuellt perspektiv, där utvalda indikatorer visar förändringar över tid. Uppföljningen är en statistisk sammanställning för hela regionen samt respektive kommun.

Av 20 indikatorer per kommun är det 2 stycken som berör granskningsområdet:

- ▶ Fallskador bland personer 80+, 3 års medelvärde
- ▶ Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg- bemötande, förtroende, trygghet

På regionnivå följs ytterligare tre indikatorer upp avseende patientupplevd kvalitet i primärvården, dessa är dock inte avgränsade till patientgruppen äldre:

- ▶ Patientupplevd kvalitet, kontinuitet, koordinering i primärvård
- ▶ Patientupplevd kvalitet, respekt och bemötande i primärvård
- ▶ Patientupplevd kvalitet, emotionellt stöd i primärvård.

Aktuellt perspektiv innehåller ingen analys eller utvärdering utifrån målsättningarna i inriktningsdokumentet, det finns heller inget målvärde per år. I övrigt betonas att inriktningen för arbetet ska förankras och införlivas i huvudmännens ordinarie styrning och uppföljning.

Arbetet med systemledning ska utvärderas för första gången under våren 2026, vilket då blir en halvtidsutvärdering.

Vi har tagit del av minnesanteckningar för 2025 från ordföranderådet. Vid ordförandeberedningens sammanträdet 11 april 2025 behandlades remissvar för det politiska inriktningsdokumentet, där bland annat följande lyftes fram:

- ▶ Flera huvudmän önskar ett förtydligande av hur mål ska beaktas och implementeras i den egna organisationen
- ▶ Politiska styrgruppens mandat, ansvar och uppföljningsroll bör tydliggöras.
- ▶ Tydliggör hur det politiska ägarskapet och den politiska förankringen kan breddas.

5.2. Uppföljning av länsgemensamma avtal och överenskommelser

Uppföljningen för ingångna avtal och överenskommelser sker på olika sätt. Av överenskommelserna framgår i flera fall rutiner för översyn/revidering av själva dokumenten, men inga tydliga former för hur följsamhet till innehållet ska följas upp eller utvärderas. Det framkommer heller inga skrivningar om vilka effekter som ska nås över tid.

Av intervjuer i regionen framgår att uppföljningen av det praktiska samverkansarbetet sker i gemensamma forum och arbetsgrupper inom ramen för lokal samverkan och arbetet med systemledningen. Där upplevs finnas en god dialog om aktuella frågor och att utmaningar som uppstår diskuteras. Däremot framkommer ingen formell uppföljning eller utvärdering av huruvida målsättningarna med samverkansarbetet nås samt om väsentliga brister noteras i något avseende (och hur dessa isåfall hanteras).

Tabell 2. Former för uppföljning i samverkansdokument (EYs sammanställning)

Samverkansdokument	Former för uppföljning
Länsgemensam överenskommelse i Värmland 2024-2025 mellan länets vårdcentraler och kommunal hälso- och sjukvård	Det framgår att patientsäkerhet och kvalitet ska följas upp gemensamt inom de områden där samverkan sker. Uppföljningen ska utgå ifrån länsövergripande indikatorer: - Olämpliga läkemedel till äldre - Fast läkarkontakt för boende på SÄBO - Påverkbar slutenvård vid kronisk sjukdom - Fallskador Det framgår inte hur effekter av samverkansarbetet ska utvärderas.
Rutin för samverkan mellan ambulanssjukvård och kommunal sjukvård	Det framgår inte hur följsamheten till överenskommelsen ska följas upp eller utvärderas.
Samverkansöverenskommelse vid in- och utskrivning från slutenvården	Beredningsgruppen har utsett en arbetsgrupp "Samverkan vid utskrivning från slutenvård" som arbetar på uppdrag av Beredningsgruppen med att följa upp överenskommelsen om Samverkan för utskrivning från slutenvård samt riktlinjer kopplat till denna. Utifrån uppföljning görs eventuella revideringar av överenskommelsen och riktlinjer.
Samverkan och arbetssätt vid förskrivning av hjälpmedel Samordnad individuell planering (riktlinje) Samordnad individuell plan (SIP) med Cosmic Link	Det framgår inte hur följsamheten till överenskommelsen ska följas upp eller utvärderas.
Samverkansavtal ¹⁷ mellan Region Värmland och Värmland kommuner: livsmedel för speciella medicinska ändamål	Kontaktpersonerna för avtalet ansvarar för årlig revidering. Revidering baseras på inkomna synpunkter från huvudmännens verksamheter. Det framgår inte någon information om avtalsuppföljning.
Samverkansavtal ¹⁸ mellan Region Värmland och Värmlands kommuner: Förbrukningsartiklar och förbrukningshjälpmedel	Den årliga revideringen baseras på inkomna synpunkter från huvudmännens verksamheter. Det framgår inte någon information om avtalsuppföljning.
Överenskommelse gällande medföljande i vården mellan Region Värmland och kommunerna	Det framgår inte hur följsamheten till överenskommelsen ska följas upp eller utvärderas.
Överenskommelse mellan Region Värmland och kommunerna kring vaccination	Region Värmland ansvarar för att sammankalla gruppen inför revidering. Det framgår inte hur följsamheten till överenskommelsen ska följas upp eller utvärderas.

Intervjuade i regionen är samstämmiga i att formerna för uppföljning och utvärdering av arbetet som sker i samverkan och avseende omställningen kan och bör stärkas. En iakttagelse från intervjuerna är att formerna för uppföljning inte aktualiseras när styrdokument beslutas eller pilotprojekt startar, utan att det uppmärksammas först när

¹⁷ Avtalstid 20250601-20260601

¹⁸ Avtalstid 20250601-20260601

arbetet varit igång ett tag. Då försvåras inhämtning av relevant data och information att följa.

Av intervjuer med kommuner framkommer att det finns behov av att förbättra uppföljningen och utvärderingen av överenskommelsen kopplat till utskrivningsprocessen. Intervjuade kommuner anger att överenskommelsen årligen ses över och att innehållet i den stämmer. Dock genomförs ingen utvärdering av vilka effekter överenskommelsen har givit.

5.3. Avvikelsehantering

Av Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9 5 kap § 3-8) framgår att rapporteringsskyldighet kring missförhållanden och risker är reglerad i respektive lagstiftning för hälso- och sjukvård, socialtjänst samt LSS. Detta innebär att personal och verksamhetsutövare måste rapportera och dokumentera avvikelser, utreda dem och vidta åtgärder utan dröjsmål.

Alla inkomna rapporter, klagomål och synpunkter ska sammanställas och analyseras för att kunna identifiera mönster eller trender som tyder på brister i verksamhetens kvalitet. Utifrån analysen ska nödvändiga åtgärder vidtas för att säkra och förbättra verksamhetens kvalitet, inklusive förbättring av processer och rutiner om de visar sig vara otillräckliga.

Det finns vid tidpunkten för granskningen inget gemensamt system för uppföljning av avvikelser mellan regionen och kommunerna. I den länsgemensamma överenskommelsen mellan vårdcentraler och kommunal hälso- och sjukvård framgår ansvaret för samtliga medarbetare inom hälso- och sjukvården att rapportera vårdskador samt händelser som hade kunnat medföra vårdskada. Vidare lyfts skyldigheten att rapportera andra skador till följd av säkerhetsbrister. Rapportering av avvikelser ska ske till vårdgivaren enligt fastställd rutin. Kommun och region (inklusive privata aktörer) har ett gemensamt ansvar att rapportera avvikelser som rör annan huvudman. Avvikelser som berör samverkan skrivs på särskild blankett, som skickas in till regionens patientsäkerhetsenhet. Vid behov ska huvudmännen samverka i utredning och åtgärder då avvikelser inträffar.

En utvecklingsledare vid regionens patientsäkerhetsenhet sammanställer inkomna avvikelser mellan regionen och kommunerna två gånger per år. Enligt intervjuade tar hälso- och sjukvårdsledningen i regionen del av sammanställningarna sedan 2024. Avvikelser kategoriseras i följande områden: *vård och behandling, kommunikation, transport och övrigt*. En underkategori till vård och behandling är *läkemedelsadministrering*.

Enligt sammanställningen som gjordes för helåret 2024 rapporterades 466 avvikelser från kommunerna till regionen och 73 avvikelser rapporterades från regionen till kommunerna. Av samtliga avsåg 59 avvikelser läkemedel. Efter första halvan av 2025 hade 306 avvikelser rapporterats från kommunerna till regionen. Regionen rapporterade 53 avvikelser. Dokumenterade avvikelser mellan regionen och kommunerna som rör läkemedel var 41 2025. I sammanställningen 2025 anges att avvikelser avseende läkemedel främst kretsar kring hur läkemedel ordinerar, dokumenteras och kommuniceras. Bedömningen att antalet avvikelser rörande läkemedel är betydande görs av samtliga intervjuade funktioner med insyn i arbetet.

I merparten av kommunerna är det respektive medicinskt ansvarig sjuksköterska som ansvarar för avvikelserapporteringen till regionen. Intervjuade uppmärksammar att kommunerna kan bli bättre på att rapportera in fler avvikelser. Vanligt förekommande avvikelser som ofta inte rapporteras från kommunerna är när inskrivningsmeddelanden

saknar administrativa kommentarer eller när ADL-status¹⁹ inte stämmer överens med övrig information som förmedlas.

Därutöver framgår av intervjuer att kommunerna ofta får sen eller ingen återkoppling alls från regionen av de inrapporterade avvikelserna. I merparten av kommunerna upplevs det att inrapporterade avvikelser inte leder till förbättringar. Det gör att avvikelser inte rapporteras i den utsträckning som önskas.

5.4. Hälso- och sjukvårdsnämndens uppföljning

Vi har granskat hälso- och sjukvårdsnämndens protokoll januari – december 2025. En stående punkt på nämndens möten är *Hälso- och sjukvårdsdirektören informerar*. Under 2025 delgavs information om utvecklingsplanen, återkoppling på uppdrag från nämnden, budgetläget och liknande. Vid vissa möten lämnar även andra tjänstepersoner information om sina respektive områden. En annan stående punkt är *månadsuppföljning*. Nämnden genomför månadsuppföljningar som en del i regionens system för intern kontroll. Rapporterna innehåller uppföljning av resultatmål och indikatorer utifrån regionens fyra effektmål.

Nämnden tar årligen del av tematiska uppföljningar utifrån internkontrollplanen. År 2025 omfattade dessa uppföljningar områdena *tillgänglig vård på lika villkor, ekonomi i balans, arbetsmiljö och personalfrågor* samt *samverkan och utveckling av vården*. Avseende området *samverkan och utveckling av vården* var det flera av regionens områdeschefer som rapporterade om detta vid nämndens sammanträde. Presentationsmaterialet, som finns bifogat till nämndens protokoll, innehåller information om systemledning, omställningen till god och nära vård samt länsövergripande insatser för äldre och mobila team.

Därtill tar nämnden årligen del av patientsäkerhetsberättelse, delårsrapport, tertialrapporter och årsredovisning. Delår- och tertialrapporter samt årsredovisning innehåller bland annat uppföljning av effektmålen. I patientsäkerhetsberättelsen 2024 följs bland annat avvikelser och vårdskador upp.

Vid ett av nämndens möten 2025 har områdeschef för allmänmedicin och rehabilitering informerat om nära vård i västra Värmland och om pilotprojektet Team Utsocknes. Av underlaget framgår att projektet handlar om ett mobilt team bestående av en undersköterska och en sjuksköterska som utgår från vårdcentralen i Eda. Nämnden beslutade att ge förvaltningen i uppdrag att tillsammans med kommunerna utvärdera om det är önskvärt att införa Team Utsocknes i fler kommuner.

5.5. Bedömning

Ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet samt planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Ett viktigt led i att säkerställa kvalitet är dokumenterade processer samt ett systematiskt förbättringsarbete med riskanalyser, egenkontroller samt hantering av avvikelser.

¹⁹ ADL-status (Aktiviteter i det dagliga livet) är en bedömning av en persons förmåga att klara grundläggande vardagssysslor som att äta, klä sig, sköta hygien och förflytta sig, samt mer komplexa aktiviteter som matlagning och inköp. Statusen används som underlag för att utreda behov av stöd från kommunen eller Försäkringskassan, exempelvis personlig assistans, och görs ofta av en arbetsterapeut.

Vid samverkan mellan huvudmän med gemensamma målsättningar och patient/brukargrupper behöver det vara tydligt vilken egenkontroll, uppföljning och hantering av avvikelser som bör ske i samverkan samt vilka frågor som ska omhändertas av respektive huvudman.

För de gemensamma styrdokument, överenskommelser och riktlinjer som berör vårdkedjor för äldre noterar vi genomgående att det finns rutiner för revidering av dokumenten, men inte fastställda former för hur *följsamheten* till dokumenten ska följas upp och utvärderas.

Det framkommer i granskningen en välutvecklad struktur för dialog och gemensamma forum för att hantera löpande frågor i samverkan. Vi noterar dock ingen sammanhållen uppföljning eller utvärdering, där utfall eller effekter av arbetsmetoder eller genomförda insatser sammanställs eller analyseras. Vissa länsövergripande indikatorer följs, men vi noterar ingen analys utifrån utvecklingen. I nämndernas egen uppföljning fångas vissa parametrar av samverkansarbetet och omställning till nära vård, medan andra inte beaktas.

Omställningsarbetet har vid tidpunkten för granskningen ingen tydlig ram för hur utvecklingen ska följas upp och utvärderas. Flera lokala initiativ och insatser genomförs och för vissa har vi tagit del av specifika utvärderingar. Sammantaget är det dock svårt att få en bild över huruvida arbetet går i avsedd takt, med avsedda effekter samt i vilken utsträckning väsentliga avvikelser noteras.

Sammantaget bedömer vi att hälso- och sjukvårdsnämndens uppföljning och utvärdering av samverkan rörande äldre samt omställningsarbetet bör systematiseras och utvecklas, för att säkerställa en god intern kontroll avseende vårdkedjor för äldre.

6. Svar på revisionsfrågor

Revisionsfråga	Svar
Vilka avtal och överenskommelser finns mellan Region Värmland och berörda kommuner och är de ändamålsenliga?	Det finns ett flertal avtal, överenskommelser och riktlinjer samt rutiner som berör samverkansarbetet mellan regionen och kommunerna. Det har inte framkommit några iakttagelser i granskningen som tyder på att innehållet är inaktuellt eller ej relevant. Däremot bedömer vi att formerna för uppföljning och utvärdering av följsamheten till dokumenten bör stärkas.
Hur har kommunerna och regionen utvecklat den formella styrningen för samverkan mellan kommunerna och regionen utöver Nya Perspektiv?	Den tydligaste utvecklingen av styrningen ligger på tjänstepersonsnivå, där systemledning införts under 2025 och ska testas fram till 2027. Det har inte skett någon utveckling av hur den politiska styrningen och uppföljningen genomförs.
Har kommunerna och regionen ensat utformningen och omfattningen av samt målsättningen i de lokala överenskommelserna mellan regionens öppenvård och kommunerna för att möjliggöra en likvärdig kvalitet i hela länet?	Delvis. Det finns en länsövergripande överenskommelse mellan regionens vårdcentraler och kommunerna, vilka stipulerar gemensamma riktlinjer. Vi noterar dock fortsatt att det finns lokala skillnader i kompletterade överenskommelser, arbetssätt, resurser, kontaktvägar och initiativ.
Har regionens Hälso- och sjukvårdsnämnd säkerställt att en korrekt och uppdaterad läkemedelslista avlämnas till annan vårdgivare?	Nej. Granskningen visar att det fortsatt finns väsentliga avvikelser knutet till läkemedel. Avvikelserna härrör till stor del från att två olika systemstöd - Cosmic och Pascal - behöver uppdateras med samma information, vilket inte sker. Oftast uppdateras endast ett systemstöd. Detta medför att kommunerna i flera fall har fått utveckla egna kvalitetssäkringsrutiner för att säkerställa korrekt läkemedelslista.
Har regionen och kommunerna säkerställt följsamhet till överenskommet styrdokument med fokus på patientens vårdupplevelse?	Nej. Det har inte skett någon specifik uppföljning av gemensamma styrdokument med fokus på patientens vårdupplevelse. Följsamheten till överenskommelser följs företrädesvis i dialog samt att vissa kvalitetsindikatorer följs upp. Uppföljningen och utvärderingen av följsamhet till samverkansdokumenten bör stärkas överlag.
Hur efterlever regionen och kommunerna Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (2017:612)?	En överenskommelse har gjorts om att låta betalningsansvaret "vila" under 2026 och utvärdera effekterna. Detta indikerar en god samverkan vid utskrivning från slutenvården, i meningen att kommunerna tar emot utskriven patient inom stipulerad tidsgräns. Av granskningen framkommer dock fortsatt ett antal utvecklingsområden knutet till informationsöverföring, kommunikation, hantering av avvikelser och läkemedelshantering.
Har kommunerna och regionen implementerat ett gemensamt	Nej.

system för systematisk uppföljning av såväl rapporterade avvikelser som ingångna överenskommelser mellan regionen och länets kommuner?	Det finns inget gemensamt system för systematisk uppföljning av rapporterade avvikelser. Ingångna överenskommelser mellan regionen och länets kommuner följs upp i olika utsträckning, i olika forum och med olika tydlighet. Enligt uppgift pågår arbete med en riktlinje rörande hantering och uppföljning av länsgemensamma dokument.
Har omställningen till nära vård, i enlighet med den målbild och den färdplan som beslutats av samtliga huvudmän, förbättrat förutsättningarna för en "sömlös" vårdkedja och i så fall på vilket sätt?	Delvis. Av granskningen framkommer en förbättrad dialog och samsyn rörande gemensam kommunikation och arbetssätt mellan huvudmännen, där målbild och färdplan ingår. Samtliga intervjuade i regionen lyfter ett bättre samverkansklimat än tidigare och fler lokala initiativ som överbryggar gränssnitt för att bättre bemöta patientens behov. Däremot tydliggörs inte kopplingen till den övergripande styrningen eller uppföljningen rörande omställningsarbetet. Färdplanen följdes upp 2023. Den uppföljning som då genomfördes fokuserade på genomfört arbete snarare än resultat och effekter.

Karlstad, 2026-02-05

Anja Nilsson Roos
Certifierad kommunal yrkesrevisor

Josefine Algotsson
Certifierad kommunal yrkesrevisor

Albin Oskarsson
Verksamhetsrevisor

Tilda Nilsson
Verksamhetsrevisor

Charlotta Josefson
Specialistläkare Rehabiliteringsmedicin
 Specialist

Mikaela Gretzer
Certifierad kommunal yrkesrevisor
 Kvalitetssäkrare

Källförteckning

Intervjuade funktioner

- ▶ Ordförande hälso- och sjukvårdsnämndens presidium
- ▶ Andra vice ordförande hälso- och sjukvårdsnämndens presidium
- ▶ Hälso- och sjukvårdsdirektör
- ▶ Biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör
- ▶ Två utvecklingsledare samverkan
- ▶ Ledningsstrateg Nya perspektiv
- ▶ Ledningsstrateg Nära vård
- ▶ Områdeschef medicinska specialiteter
- ▶ Verksamhetschef medicinkliniken Karlstad
- ▶ Verksamhetschef Akutkliniken Karlstad
- ▶ Verksamhetschef slutenvård Arvika
- ▶ Områdeschef sjukhuset Torsby
- ▶ Verksamhetschef Medicin Torsby
- ▶ Verksamhetsutvecklare Torsby
- ▶ Områdeschef Medicinskt stöd och service
- ▶ Verksamhetschef Läkemedelscentrum
- ▶ Enhetschef Läkemedelscentrum
- ▶ Ordförande Läkemedelskommittén
- ▶ Områdeschef anopiva och prehospital vård
- ▶ Verksamhetschef ambulanssjukvård
- ▶ Områdeschef allmänmedicin och rehabilitering
- ▶ Verksamhetschef Vårdcentralsområden norra Värmland
- ▶ Verksamhetschef Vårdcentralsområden södra Karlstad
- ▶ Verksamhetschef Vårdcentralsområde västra Värmland
- ▶ Verksamhetschef Vårdcentralsområde östra Värmland
- ▶ Verksamhetschef Habilitering, syn och hjälpmedel
- ▶ Tre verksamhetschefer för privata vårdgivare
- ▶ Enhetschef Hjälpmedelsservice
- ▶ Enhetschef, vårdcentralen Kronoparken
- ▶ Enhetschef, vårdcentralen Årjäng
- ▶ Enhetschef, Äldrevårdsteamet Karlstad
- ▶ Utvecklingsledare, patientsäkerhetsenheten
- ▶ Chefläkare, patientsäkerhetsenheten

Granskad dokumentation

- ▶ Ärendebeskrivning - Resultatmål och indikatorer 2025
- ▶ Årsredovisning 2024 - Hälso- och sjukvårdsnämnd
- ▶ Delårsrapport 2025 - Hälso- och sjukvårdsnämnd
- ▶ Läkemedelsbehandling av de mest sjuka och sköra äldre - behandlingsrekommendationer 2024
- ▶ Regionplan och budget 2025 med flerårsplan 2026-2027

- ▶ Region Värmlands utvecklingsplan för framtidens hälso- och sjukvård (Remissversion)
- ▶ Strategi och inriktning avseende vården för äldre - Vårdgivarwebben
- ▶ Äldrevårdsteam Karlstad -Vårdgivarwebben
- ▶ Hemsjukvårdsläkare - Vårdgivarwebben
- ▶ Närsjukvårdsteam - Vårdgivarwebben
- ▶ Lokal rutin för kommunikation via Cosmic Messenger mellan Filipstads kommun och vårdcentralen Filipstad
- ▶ Lokal överenskommelse för samverkan i Filipstads kommun
- ▶ Lokal överenskommelse mellan Region Värmlands vårdcentral Forshaga/Deje och kommunal hälso- och sjukvård i Forshaga kommun
- ▶ Överenskommelse för samverkan mellan Hagfors kommun och vårdcentralen Hagfors/Ekshärad
- ▶ Överenskommelse för samverkan mellan Hammarö kommun och vårdcentralen Skoghall
- ▶ Rutin Uppföljning av personer med demensdiagnos i samverkan med vårdcentralen i Kil
- ▶ Överenskommelse för samverkan mellan Munkfors äldreomsorg och Munkfors Vårdcentral
- ▶ Lokal överenskommelse minnesmottagning i Sunne kommun
- ▶ Avtal och överenskommelser - Vårdgivarwebben
- ▶ Länsgemensam överenskommelse i Värmland 2024 - 2025
- ▶ Överenskommelse mellan Region Värmland och kommunerna Medföljare i vården
- ▶ Överenskommelse gällande vaccination mellan Region Värmland och kommunerna
- ▶ Rutin Samverkan mellan Ambulanssjukvård och Kommunal hälso- och sjukvård
- ▶ Samverkansavtal gällande kostnadsfördelning mellan Region Värmland och Värmlands kommuner - förbrukningsartiklar/förbrukningshjälpmedel
- ▶ Samverkansavtal gällande kostnadsfördelning mellan Region Värmland och Värmlands kommuner - Livsmedel för speciella medicinska ändamål
- ▶ Gemensam plan primärvård Värmland
- ▶ Handlingsplan för äldre och insatser - Vårdgivarwebben
- ▶ Värmlands målbild - Vårdgivarwebben
- ▶ Nära vård färdplan
- ▶ Nära vård i Värmland - Vårdgivarwebben
- ▶ Uppföljning 2023 av färdplan för nära vård, hälsa och omsorg
- ▶ Samverkansrutin kontakt efter utskrivning, fast vårdkontakt Vårdcentral - Karlstads kommun
- ▶ Aktuellt perspektiv 2025
- ▶ Nya perspektiv - Politiskt inriktningsdokument 2025-2028
- ▶ Instruktion Cosmic Link – informationsöverföring från regionens rehab till kommunens rehab
- ▶ Praktisk checklista inför utskrivning/hemgång
- ▶ Riktlinje Riskbedömning för avancerad hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet
- ▶ Riktlinje Samverkan vid utskrivning av vuxna från sluten hälso- och sjukvård
- ▶ Samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård - Vårdgivarwebben
- ▶ Rutin Samverkan och arbetssätt vid förskrivning av hjälpmedel
- ▶ Överenskommelse mellan Region Värmland och kommunerna i Värmland om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård i Värmland
- ▶ Processen för samordnad individuell plan (SIP) - Vårdgivarwebben
- ▶ Patientsäkerhetsberättelse 2024 - hälso- och sjukvårdsnämnden
- ▶ Mall Ordination enligt generella direktiv

- ▶ Förskrivna läkemedel - Vårdgivarwebben
- ▶ Hantera läkemedel inom kommun -Vårdgivarwebben
- ▶ Rutin Läkemedelsbeställningar till kommunala läkemedelsförråd och generella direktiv
- ▶ Läkemedelsgenomgångar - Vårdgivarwebben
- ▶ Riktlinje Läkemedelshantering inom kommunal hälso- och sjukvård
- ▶ Läkemedelshantering - Vårdgivarwebben
- ▶ Rutin iordningställande och administrering eller överlämnande av läkemedel
- ▶ Riktlinje Ansvar för ledningsuppgifter inom läkemedelshantering
- ▶ Riktlinje Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård
- ▶ Riktlinje Ordination av läkemedel
- ▶ Riktlinje Ordination enligt generella direktiv
- ▶ Rutin Kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen
- ▶ SELMA Funktionalitet och innehåll
- ▶ Genomlysning av närvårdsavdelningarna i Region Värmland
- ▶ Mobila team
- ▶ Rapport kvalitetsgranskning läkemedelshantering Område allmänmedicin och rehabilitering öppenvård 2024
- ▶ Rutin Identifiering och uppföljning av sköra patienter, användning av Selma-rapporten
- ▶ Rapport kvalitetsgranskning Medicin CSK 2023
- ▶ Sammanställning avvikelser Värmlands kommuner och region Värmland 2024
- ▶ Sammanställning avvikelser kommun och region januari-juni 2025
- ▶ Protokoll för hälso- och sjukvårdsnämnden möten 2025
- ▶ Minnesanteckningar politisk styrgrupp 2025

Bilaga 1 - Revisionskriterier

Kommunallagen (2017:727)

Det är enligt 6 kap. 1 § styrelsens uppgift att leda och samordna förvaltningen av kommunens angelägenheter och ha uppsikt över övriga nämnders och eventuella gemensamma nämnder. Kommunstyrelsen ska, enligt 6 kap. 2 §, uppmärksamta följa de frågor som kan inverka på kommunens utveckling och ekonomiska ställning.

Kommunallagens 6 kap 6 § anger att nämnderna inom sitt ansvarsområde ska se till att verksamheten bedrivs i enlighet med Kommunfullmäktiges mål och riktlinjer, samt i enlighet med lagar och författningar som gäller för verksamheten.

Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (2017:612)

När en patient skrivs in i den slutna vården och den behandlande läkaren bedömer att patienten efter utskrivningen kan behöva insatser från annan hälso- och sjukvård (till exempel hemsjukvård eller primärvård/regionens öppenvård) eller från socialtjänsten, så ska den slutna vården skicka ett inskrivningsmeddelande till de berörda enheterna. Genom inskrivningsmeddelandet får enheterna en signal om att patienten kan behöva insatser efter utskrivningen. Enheterna kan då börja planera för det. Inskrivningsmeddelandet ska innehålla upplysningar om patientens namn, personnummer och folkbokföringsadress samt beräknad tidpunkt för utskrivning.

Ett inskrivningsmeddelande ska skickas senast 24 timmar efter det att patienten har skrivits in i den slutna vården. Om den behandlande läkaren först senare under vårdförloppet bedömer att patienten kommer att behöva insatser efter utskrivningen, så ska inskrivningsmeddelandet i stället skickas senast 24 timmar efter den bedömningen.

När en enhet i den regionfinansierade öppenvården har tagit emot ett inskrivningsmeddelande, så ska verksamhetschefen vid den enheten utse en fast vårdkontakt för patienten, om patienten inte redan har en sådan.

När en berörd enhet har fått ett inskrivningsmeddelande ska enheten börja planera nödvändiga insatser för att patienten på ett tryggt och säkert sätt ska kunna lämna den slutna vården. Meningen är att patienten efter utskrivningen ska få sina behov av socialtjänst eller hälso- och sjukvård tillgodosedda.

När den behandlande läkaren har bedömt att en patient är utskrivningsklar, ska den slutna vården så snart som möjligt underrätta de berörda enheterna om denna bedömning. För psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård finns det särskilda bestämmelser när det gäller utskrivningen. Den slutna vården ska ge de berörda enheterna nödvändig information i samband med utskrivningen av patienten, så att enheterna kan ge patienten den socialtjänst eller hälso- och sjukvård som hen behöver. Informationen ska överföras senast samma dag som patienten skrivs ut från den slutna vården. För underrättelsen om att patienten är utskrivningsklar och informationen i samband med utskrivningen, gäller de vanliga reglerna om sekretess och tystnadsplikt.

Om patienten behöver insatser från både region och kommun i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst efter utskrivningen, så ska en samordnad individuell planering genomföras av representanter för de enheter som ansvarar för insatserna. Vid den samordnade individuella planeringen ska enheterna upprätta en individuell plan (SIP). En SIP får bara upprättas om patienten samtycker till det. Det kan exempelvis innebära att om patienten

bara har behov av, eller bara samtycker till, socialtjänst så behövs det inte någon samordnad individuell planering.

SOSFS 2011:9 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Denna föreskrift och allmänna råd ska tillämpas i arbetet med att utveckla och säkra kvaliteten inom bland annat verksamhet som hälso- och sjukvården.

Vårdgivaren är ansvarig för att det finns ett ledningssystem för verksamheten, ledningssystemet används för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Vårdgivaren med stöd av ledningssystemet planerar, leder, kontrollerar, följer upp och förbättrar verksamheten.

Föreskriften anger att vårdgivaren ska utföra egenkontroll för att säkerställa kvaliteten i verksamheten. Detta kan innebära jämförelser av verksamhetens resultat med data från nationella eller regionala kvalitetsregister, samt med resultat från andra verksamheter och tidigare resultat inom den egna verksamheten. Resultaten från egenkontrollen ska leda till åtgärder som säkrar verksamhetens kvalitet. Vårdgivaren ska även kontinuerligt göra riskanalyser för att identifiera händelser som kan orsaka brister i verksamheten.

Granskning av vårdkedjor, läkemedelshantering och införandet av nära vård

Torsby kommun



Innehåll

Sammanfattande bedömningar och rekommendationer	2
1. Inledning	3
1.1. Bakgrund	3
1.2. Syfte och revisionsfrågor	3
1.3. Ansvarig nämnd	4
1.4. Metod och genomförande	4
1.5. Revisionskriterier	4
2. Styrning av vård, omsorg och stöd i Torsby kommun	5
2.1. Gemensamma målsättningar mellan regionen och kommunerna	5
2.2. Nämnden har inga mål med koppling till vårdkedjor, läkemedelshantering och omställning till nära vård	6
2.3. Det finns en överenskommelse i länet som styr samarbetet	6
2.4. Lokala överenskommelser	6
2.5. Interna styrdokument	6
3. Hur utskrivningsprocessen organiseras	7
3.1. Överenskommelse mellan regionen och kommunerna	7
3.2. Biståndsbedömning, vård och omsorg	7
3.3. Samordnad individuell planering - SIP	7
3.4. Samverkan med regionen fungerar bra, men det finns utvecklingspotential	8
3.5. Aktgranskning	8
4. Uppföljning och utveckling	9
4.1. Kommunens egen uppföljning	9
4.2. Uppföljning av länsgemensamma avtal och överenskommelser	9
4.3. Avvikelsehantering	10
4.4. Arbetet med omställningen till nära vård	11
5. Svar på revisionsfrågor	12
Bilaga 1 Källförteckning	14

Sammanfattande bedömningar och rekommendationer

EY har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Region Värmland och de förtroendevalda revisorerna i respektive kommun granskat om Region Värmland och kommunerna, utifrån sina respektive ansvar och uppdrag, har säkerställt arbets- och samverkansformer, rutiner för informationsöverföring samt förskrivning och hantering av läkemedel i syfte att tillgodose äldres behov av vård och omsorg. Granskningen har även innefattat en uppföljning av de rekommendationer som gavs i revisionsrapporten "Granskning av vårdkedjor och läkemedel för äldre" från 2018.

Vår sammanfattande bedömning är att Region Värmland och kommunen delvis säkerställt fungerande arbets- och samverkansformer, rutiner för informationsöverföring samt förskrivning och hantering av läkemedel i syfte att tillgodose äldres behov av vård och omsorg.

Denna rapport är en bilaga till den samlade rapporten, *Granskning av vårdkedjor, läkemedelshantering och införandet av nära vård - Region Värmland och värmländska kommuner*, och beskriver iakttagelser som är specifika för Torsby kommun. Informationen behöver förstås utifrån den samlade bilden som beskrivs i den gemensamma rapporten.

Vi noterar att kommunen inte har uttalade politiska mål för det granskade området.

Vi noterar att det samverkansarbete som sker i den regionala noden och i professionsnätverken fungerar relativt väl och bidrar till erfarenhetsutbyte. Vi bedömer dock att målsättningar och mätetal för samverkan tydligare bör integreras i nämndens ordinarie styrning. Uppföljning och utvärdering av arbetssätt och genomförda insatser behöver stärkas för att ge en tydlig bild av vilka åtgärder som ger effekt.

Vi bedömer att det finns arbets- och samverkansformer samt rutiner för informationsöverföring i enlighet med lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård (2017:612) samt den länsgemensamma överenskommelsen kring samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård. Trots det noterar vi väsentliga utmaningar i den praktiska samverkan mellan kommunen och regionen. Dessa avser bland annat bristande informationsöverföring, korrekta läkemedelslistor och framflyttade utskrivningsdatum - vilket gör det svårt för kommunen att planera inför utskrivning. Vi noterar att Torsby kommun arbetar med samarbetsgrupper för att planera utskrivningar och ett trygghemgångsteam, vilket vi ser som positivt.

Enligt socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen ska kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Vi noterar att kommunen följer upp interna avvikelser kopplat till området, men att avvikelser kopplat till samverkan med regionen behöver förbättras.

Utifrån vad som framkommit i granskningens bilaga rekommenderar vi att Socialnämnden i Torsby kommun:

- ▶ Tydliggör omhändertagandet av mål och målvärden för samverkan rörande äldre i nämndens ordinarie styrkedja
- ▶ Tillse ett gemensamt system tillsammans med regionen för uppföljning och analys av avvikelser rörande samverkan, inklusive läkemedelshantering
- ▶ Tydliggör uppföljning och utvärdering av länsgemensamma överenskommelser, styrdokument, avtal och riktlinjer som berör äldre med fokus på resultat och effekter. Formerna för uppföljning och utvärdering bör inkludera ansvar för uppföljning, frekvens samt mottagande beslutande instans

1. Inledning

1.1. Bakgrund

Revisorerna i Region Värmland har under en följd av år genomfört gemensamma granskningar tillsammans med revisorerna i länets kommuner beträffande de områden där regionen och kommunerna har ett gemensamt ansvar.

Områden som dessa avser vårdkedjor, läkemedelshantering och arbetet med att införa nära vård. Det finns flera beröringspunkter mellan kommunernas och regionens verksamheter. Beröringspunkterna är tydligast i den vård och omsorg som utförs av de olika huvudmännen i så kallade vårdkedjor. Brister i någon del av vårdkedjan kan medföra sämre förutsättningar för andra enheter att fullgöra sin del av arbetet. Läkemedelshantering är en viktig faktor för att vårdkedjan ska fungera. Sedan 2020 utgår även omställningen till nära vård en del i regionens och kommunernas samverkan kring vården av bland annat äldre. Under 2018 genomfördes en granskning inom samma område, som påvisade ett antal brister.

Mot denna bakgrund har revisorerna i Region Värmland och länets samtliga kommuner genomfört en gemensam granskning av vårdkedjor, läkemedelshantering och införandet av nära vård. Denna rapport avser iakttagelser specifika för Torsby kommun; för fortsatt läsning kring länsgemensamma iakttagelser se även den samlade granskningsrapporten *Granskning av vårdkedjor, läkemedelshantering och införandet av nära vård - Region Värmland och varmländska kommuner*.

1.2. Syfte och revisionsfrågor

Granskningens syfte är att granska om Region Värmland och kommunerna, utifrån sina respektive ansvar och uppdrag, har säkerställt arbets- och samverkansformer, rutiner för informationsöverföring samt förskrivning och hantering av läkemedel i syfte att tillgodose äldres behov av vård och omsorg. Granskningen har även innefattat en uppföljning av de rekommendationer som gavs i revisionsrapporten "Granskning av vårdkedjor och läkemedel för äldre" från 2018.

Granskningen besvarar följande revisionsfrågor:

- ▶ Vilka avtal och överenskommelser finns mellan Region Värmland och berörda kommuner och är de ändamålsenliga?
- ▶ Hur har kommunerna och regionen utvecklat den formella styrningen för samverkan mellan kommunerna och regionen utöver Nya Perspektiv?
- ▶ Har kommunerna och regionen ensat utformningen och omfattningen av samt målsättningen i de lokala överenskommelserna mellan regionens öppenvård och kommunerna för att möjliggöra en likvärdig kvalitet i hela länet?
- ▶ Har regionens Hälso- och sjukvårdsnämnd säkerställt att en korrekt och uppdaterad läkemedelslista avlämnas till annan vårdgivare?
- ▶ Har regionen och kommunerna säkerställt följsamhet till överenskommet styrdokument med fokus på patientens vårdupplevelse?
- ▶ Hur efterlever regionen och kommunerna Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (2017:612)?
- ▶ Har kommunerna och regionen implementerat ett gemensamt system för systematisk uppföljning av såväl rapporterade avvikelser som ingångna överenskommelser mellan regionen och länets kommuner?

- ▶ Har omställningen till nära vård, i enlighet med den målbild och den färdplan som beslutats av samtliga huvudmän, förbättrat förutsättningarna för en "sömlös" vårdkedja och i så fall på vilket sätt?
- ▶ Om det i granskningen identifierats brister, vilka åtgärder behöver vidtas?

1.3. Ansvarig nämnd

Denna granskningsrapport avser socialnämnden i Torsby kommun som är huvudman och ansvarar för att tillhandahålla och fullgöra kommunens uppgifter inom vård och omsorg för äldre.

1.4. Metod och genomförande

Granskningen har genomförts genom intervjuer med tjänstepersoner samt nämndens presidium. Granskningen har även genomförts genom dokumentstudier av relevanta dokument. Samtliga intervjuade funktioner samt granskade dokument framgår i källförteckningen i bilaga 1.

Granskningen har även omfattat en aktgranskning som syftat till att ge inblick i kommunens arbetsprocesser och följsamheten till överenskommelser och lokala rutiner gällande in- och utskrivningsprocessen samt samverkan. Totalt har 8 akter granskats för att se exempel på överlämningen mellan huvudmännen och inom kommunen. Fokus i aktgranskningen har legat på tydlighet och enhetlighet i informationen som lämnas över. Resultatet av aktgranskningen presenteras i avsnitt 3.5.

Granskningen har följt god revisionssed. En prövning har skett av de sakkunnigas oberoende och integritet i relation till uppdraget och det har inte framkommit några omständigheter som strider mot att någon av medarbetarna ska kunna agera oberoende i denna granskning. Utöver intern kvalitetssäkring har samtliga intervjuade haft möjlighet att komma med synpunkter på rapportutkastet, detta för att säkerställa att revisionsrapporten bygger på korrekta uttalanden.

1.5. Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses bedömningsgrunder som används i granskningen för analyser, slutsatser och bedömningar. Revisionskriterierna kan hämtas från lagar och förarbeten eller interna regelverk beslutade av fullmäktige. I denna granskning utgörs de huvudsakliga revisionskriterierna av:

- ▶ Kommunallagen (2017:727)
- ▶ Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (2017:612)
- ▶ Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)
- ▶ Socialtjänstlag (2025:400)
- ▶ SOSFS 2011:9 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Tillämpliga paragrafer och avsnitt återges löpande i rapporten.

2. Styrning av vård, omsorg och stöd i Torsby kommun

Det finns ett delat ansvar mellan regionen och kommunen gällande vård, omsorg och stöd till äldre. Ansvaret regleras bland annat i hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen. Nedan beskrivs ett antal observationer specifika för Torsby kommuns styrning inom området vård, omsorg och stöd för äldre.

2.1. Gemensamma målsättningar mellan regionen och kommunerna

Nya Perspektiv är en samverksansstruktur mellan regionen och kommunerna, som styrs av ett politiskt inriktningsdokument för 2025-2028.¹ Samverkan inom Nya Perspektiv syftar till att bygga förtroende, tillit och relationer mellan regionen och kommunerna. Det i syfte att skapa förutsättningar för en god och jämlik hälsa, ett hälsofrämjande och proaktivt arbete och en sammanhållen välfärd.

Regionen och kommunerna i länet har enats om gemensamma målsättningar kopplat till vård och omsorg för äldre inom ramen för *Nya perspektiv*. Av inriktningsdokument framgår fem inriktningsmål för samverkan:

- ▶ God och jämlik hälsa
- ▶ Etablerat hälsofrämjande och proaktivt arbete
- ▶ Sammanhållen välfärd
- ▶ Långsiktig tillit och trygghet
- ▶ Robust välfärd

Vidare framgår att regionen och kommunerna var för sig ansvarar för att arbeta mot målen. För att följa utvecklingen av inriktningsmålen följs ett antal indikatorer och ambitionsmål upp inom regionen och respektive kommun. Inom ramen för Nya perspektiv sker en gemensam uppföljning årligen i sammanställningen *Aktuellt perspektiv*, där utvalda indikatorer visar förändringar över tid. I övrigt betonas att inriktningen för arbetet ska förankras och införlivas i huvudmännens ordinarie styrning och uppföljning. Kopplat till Nya perspektiv finns olika nätverk för samverkan över kommungränserna bland annat socialchefnätverket och MAS- nätverket (medicinskt ansvarig sjuksköterska).

Systemledning för god och nära vård, hälsa och omsorg beskrivs vara en angränsande struktur till Nya Perspektiv. Formalisering av systemledarskapet genomfördes 2024 och strukturen testas under perioden 2025-2027, med utvärdering under 2026. Systemledningen är länsgemensam och har det övergripande ansvaret att styra, leda och driva utvecklingsarbetet mot framtidens nära vård, hälsa och omsorg. Syftet är att skapa ett enhetligt arbete mellan regionen och kommunerna.

Inom ramen för systemledningen finns fyra samverkansnoder. Samverkansnoderna är ett forum där kommunerna i länet har delats in i områdesnoder där samverkan kan bedrivas gemensamt mellan ett antal kommuner. I varje nod deltar chefer och ansvariga för både kommun och region. Torsby kommun tillhör tillsammans med Sunne, Hagfors och Munkfors den norra samverkansnoden.

¹ Det politiska inriktningsdokumentet sätter riktningen för samverkansarenan. Dokumentet revideras vart fjärde år och ligger till grund för ordinarie planerings- och budgetprocesser hos respektive huvudman. Det innebär att egna mål ska vara förenliga med de övergripande inriktningsmålen.

2.2. Nämnden har inga mål med koppling till vårdkedjor, läkemedelshantering och omställning till nära vård

Nämnden har i sin verksamhetsplan för 2025 inte beslutat om mål med en uttrycklig koppling till inriktningarna i Nya perspektiv. Nämnden har för 2025 beslutat om ett antal mål med tillhörande indikatorer, bland annat "Rikare liv för människor som behöver ta del av socialnämndens verksamheter" med indikatorer för brukarbedömning inom särskilt boende och hemtjänst. Det finns inga mål med bäring på granskningens fokusområde.

2.3. Det finns en överenskommelse i länet som styr samarbetet

Regionen och kommunernas ansvar och uppdrag i utskrivningsprocessen regleras i *överenskommelse om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård*. I överenskommelsen beskrivs moment i utskrivningsprocessen stegvis från inskrivning till att en individ anges vara utskrivningsklar. Det finns även en riktlinje för samverkan vid utskrivning av vuxna från sluten hälso- och sjukvård som syftar till att ge stöd i det dagliga arbetet.² Riktlinjen anger ansvarsfördelningen för slutenvård, öppenvården, kommunal hälso- och sjukvård samt socialtjänst utifrån delarna i processen. För mer information om utskrivningsprocessens olika delar se den samlade rapporten *Granskning av vårdkedjor, läkemedelshantering och införandet av nära vård - Region Värmland och värmländska kommuner*.

2.4. Lokala överenskommelser

Kommunen har utöver de länsgemensamma överenskommelserna inga lokala överenskommelser.

I revisionsrapporten från 2018 lämnades följande rekommendation till Torsby kommun:

"Gemensamt med landstinget revidera överenskommelse mellan vårdcentraler på orten och kommunens hälso- och sjukvård inom stipulerad tid och tillse att kvalitet är likvärdig som länet i övrigt". I aktuell granskning konstateras att det har upprättats en länsgemensam överenskommelse mellan länets vårdcentraler och den kommunala hälso- och sjukvården.

2.5. Interna styrdokument

Utöver länsövergripande riktlinjer och rutiner har socialförvaltningen upprättat en lokal rutin för handhavande vid läkemedelshantering. Rutinen upprättades 2021 och reviderades senast augusti 2024.

Rutinen redogör för roller och ansvar kopplat till läkemedelshantering för följande funktioner:

- ▶ Medicinskt ansvarig sjuksköterska
- ▶ Sjuksköterska
- ▶ Sjuksköterskestuderande
- ▶ Omvårdnadspersonal/baspersonal

Av rutinen framgår beskrivning av arbetssätt kopplat till bland annat förvaring av läkemedel, läkemedelshantering vid olika vårdformer och kassering av läkemedel. Rutinen innehåller ingen information om hur eller när den ska följas upp eller revideras.

² Riktlinjen är framtagen av en länsgemensam arbetsgrupp för samverkan vid utskrivning i Värmland inom ramen för Nya perspektiv.

3. Hur utskrivningsprocessen organiseras

3.1. Överenskommelse mellan regionen och kommunerna

Enligt överenskommelsen ska regionens slutenvård, inom 24 timmar, efter att en individ har skrivits in informera berörda kommuner och regionens öppenvård genom ett inskrivningsmeddelande i det gemensamma kommunikationssystemet Cosmic Link. Regionens öppenvård ska efter att ha tagit del av ett inskrivningsmeddelande utse en fast vårdkontakt. När berörd kommun får ett inskrivningsmeddelande ska utredning och planering för individens hemgång starta omgående.

När en individ bedöms vara utskrivningsklar ska slutenvården underrätta berörd kommun och öppenvård. Den fasta vårdkontakten inom öppenvården ansvarar i samband med att en individ bedöms vara utskrivningsklar för att vid behov kalla inblandande parter till en samordnad individuell plan (SIP). Kommunerna ansvarar för att individer, efter de blivit utskrivningsklara, ska kunna återgå till hemmet inom tre dagar. Överenskommelsen reglerar även formerna för kommunernas betalningsansvar.

3.2. Biståndsbedömning, vård och omsorg

Enligt socialtjänstlagen (2025:400 10 -11 kap.) ansvarar socialnämnden för att erbjuda insatser i form av rådgivning, omsorg, vård, stöd och annan hjälp till enskilda som behöver det. Insatser, så som hemtjänst eller särskilt boende, tillhandahålls efter att den enskilde gör en ansökan samt att behovet av insatsen utreds och beviljas. Kommunens ansvar inskränker inte det ansvar som andra huvudmän har.

I kommunen finns det en bistånd- och LSS enhet. Enheten ansvarar för att utreda och besluta om insatser utifrån socialtjänstlagen. På enheten arbetar fyra biståndshandläggare som arbetar med både insatser utifrån socialtjänstlagen och LSS. I intervjuer framgår att biståndshandläggarna har fördelat sina ärenden utifrån geografiska områden. Samtliga biståndshandläggare arbetar i Cosmic-Link och ansvarar för sina respektive utskrivningar.

För att planera utskrivningar från slutenvården finns det i kommunen samarbetsgrupper där biståndshandläggare, sjuksköterskor och rehabiliteringspersonal ingår. Samarbetsgrupperna träffar varandra en gång i veckan för att planera utskrivningar.

I kommunen finns det ett tryggt hemgångsteam. Teamet erbjuder hjälp till patienter under en begränsad tid för att säkerställa en god och trygg hemgång med rätt insatser. Arbetet består i att teamet identifierar lämpliga omsorgstagare genom information från Cosmic Link och samverkan med bland annat biståndshandläggare.

Kommunen har tillgång till tio korttidsplatser.

3.3. Samordnad individuell planering - SIP

Enligt socialtjänstlagen (10 kap. 8-9 §) ska kommunen erbjuda samordnade individuella planer (SIP) till den som har behov av insatser från kommunen enligt socialtjänstlagen och från regionen enligt hälso- och sjukvårdslagen (16 kap. 4 §). Planen ska vara skriftlig och utgå från den enskildes bakgrund, behov och mål samt ska omfatta åtgärder från berörda verksamheter. Aktgranskningen indikerar att Torsby kommun tillämpar samordnad individuell planering i liten utsträckning. Enligt statistik från Region Värmland har Torsby kommun under 2025 inte upprättat någon SIP för personer över 65 år. I intervjuer framförs att SIPar sällan genomförs och att de främst sker vid komplexa ärenden.

3.4. Samverkan med regionen fungerar bra, men det finns utvecklingspotential

I intervjuer framgår att samverkan på en länsövergripande nivå fungerar bra. Intervjuade upplever att samverkan som sker inom regionen mer välfungerande jämfört med andra regioner och att det i Värmland finns förutsättningar för samverkan. Enligt intervjuade bidrar professionsnätverken och systemledningen till att skapa samverkansstrukturer. I intervjuer framförs dock att det finns en utmaning att bryta ned det länsövergripande arbetet på lokal nivå, både i samverkansnoderna och i kommunerna. Det uppmärksammas att det är en utmaning för mindre kommuner att få en god representation i samtliga nätverk inom Nya perspektiv.

Av intervjuer framkommer upplevelsen av att vårdcentralerna inte tar initiativ i samband med utskrivningsplaneringar. Därtill anges att bristen på läkare och användningen av hyrläkare påverkar kontinuiteten negativt kopplat till samverkan mellan kommunen och vårdcentralerna.

I intervjuer framkommer ett antal utmaningar kopplat till slutenvården. Bland annat att det förekommer att läkemedelslistor i samband med utskrivningar inte stämmer överens i Cosmic Link och Pascal (system för dosdispenserade läkemedel). Konsekvensen blir att kommunens sjuksköterskor får lägga extra tid på att kontrollera läkemedelslistorna. Intervjuade upplever dock att det blivit bättre sedan 2018, men att det fortsatt förekommer avvikelser mellan listorna.

Vidare framförs att informationen från slutenvården kan variera. Upplevelsen är att slutenvården inte har förståelse för den kommunala hälso- och sjukvården, vilket bidrar till att det förekommer bristfällig kommunikation mellan slutenvården och kommunen.

3.5. Aktgranskning

Inom ramen för granskningen har en journal- och aktgranskningen genomförts där 16 journaler från regionen och 128 akter från kommunerna ingått. För mer information se den samlade granskningsrapporten *Granskning av vårdkedjor, läkemedelshantering och införandet av nära vård - Region Värmland och värmländska kommuner*.

Våra samlade iakttagelser från journal- och aktgranskningarna är att det finns löpande anteckningar i ärendena och vi noterar att utvecklingen som sker under vårdtiden och ärendens komplexitet påverkar omfattningen av den kommunikation som sker i Cosmic Link. Det berör bland annat omfattningen av följdfrågor som kommunen och regionen ställer. Det är tydligt att det sker telefonkontakt utanför Cosmic Link för att inhämta förtydliganden/tydliggörande information. Vi noterar att i en stor del av akterna har planerat utskrivningsdatum flyttas fram under vårdtiden. Vi har inte noterat att SIP genomförs i någon större omfattning, men att andra typer av planeringar vid utskrivning sker. Akterna från Torsby kommun följer ovanstående mönster.

4. Uppföljning och utveckling

4.1. Kommunens egen uppföljning

Av kommunallagen (6 kap. 6 §) framgår att nämnden ska inom sitt område säkerställa att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har beslutat, samt följa andra relevanta lagar som gäller för verksamheten. Nämndens ska även säkerställa att den interna kontrollen är tillräcklig för att förebygga fel och oegentligheter och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.

I Socialtjänstlagen (5 kap. 1-3 §) framgår att insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet. Utförande personal ska ha lämplig utbildning och erfarenhet, och kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

Nämndens uppföljning sker vid delår och helår samt genom internkontrollen. Av delårsrapport per augusti 2025 framgår uppföljning av ekonomi och verksamhet kopplat till vård och omsorg. Det sker ingen uppföljning av nämndens beslutade mål.

Verksamhetsberättelsen 2024 och delårsrapporten 2025 innehåller ingen analys eller utvärdering av samverkan med regionen eller av arbetet som sker kopplat till Nya perspektiv.

Nämnden har i sin internkontrollplan för 2025 beslutat om fyra risker, varav en avser hälso- och sjukvården. Risken innefattar risk för brister i strukturerad samverkan, uppföljning och utvärdering utifrån avsaknaden av gemensamma arbetssätt. Av uppföljningen av internkontrollplanen 2025 framgår beskrivning av vilken samverkan som sker externt. I uppföljningen bedömer nämnden att samverkan intern och externt fungerar väl, men att det finns enstaka händelser där kommunikationsbrister har uppstått mellan aktörer. Vilka aktörer som avses framgår inte.

Nämnden tar årligen del av en patientsäkerhetsberättelse. Patientsäkerhetsberättelsen för 2024 innehåller uppföljning av övergripande mål och strategier. I patientsäkerhetsberättelsen finns ett avsnitt om vilken samverkan med regionen som skett under 2024. Avsnittet redogör ett antal samverkansforum och insatser som skett tillsammans med regionen. Avsnittet innehåller ingen analys eller utvärdering över samverkan med regionen har fungerat under 2024.

4.2. Uppföljning av länsgemensamma avtal och överenskommelser

Uppföljningen för ingångna avtal och överenskommelser sker på olika sätt. Av överenskommelserna framgår i flera fall rutiner för översyn/revidering av själva dokumenten, men inga tydliga former för hur följsamhet till innehållet ska följas upp eller utvärderas. Det framkommer heller inga skrivningar om vilka effekter som ska nås över tid. För ytterligare observationer kring uppföljning av länsgemensamma avtal och överenskommelser, se den samlade rapporten *Granskning av vårdkedjor, läkemedelshantering och införandet av nära vård - Region Värmland och värmländska kommuner*.

Vi har inom ramen för granskningen inte tagit del av någon dokumenterad uppföljning av de länsgemensamma avtalen och överenskommelserna. I intervjuer framförs att det sker samverkansmöten med vårdcentraler och regionen där samverkan följs upp.

Uppföljning av rekommendationer från 2018

I revisionsrapporten från 2018 lämnades följande rekommendation till Torsby kommun:

- ▶ Gemensamt med landstinget säkerställa att lokala riktlinjer och rutiner gällande läkemedelshantering efterlevs i syfte att säkerställa en god och patientsäker vård.

I aktuell granskning konstateras att det finns en lokal rutin för handhavande av läkemedel. Av patientsäkerhetsberättelsen för 2024 framgår att verksamheten under 2024 haft lokala mål om säker läkemedelshantering, vilket även anges ska vara gällande 2025. Vidare framgår av patientsäkerhetsberättelsen att läkemedelsautomater har införts vilka beskrivs öka patientsäkerheten.

Under 2024 har verksamheten haft ett projekt med fokus på att minska olämpliga läkemedel hos äldre på särskilt boende. Projektet har innefattat bland annat läkemedelsgenomgångar på samtliga omsorgstagare, genomgång av olämpliga läkemedel av ansvarig läkare och sjuksköterska samt kontroll av att läkemedelslistor stämmer överens i Cosmic Link och Pascal. I patientsäkerhetsberättelsen framgår att projektets arbetssätt även har implementerats i hemsjukvården, där läkemedelsgenomgångar görs regelbundet.

Statistik från Kolada visar därtill att andelen personer 75 + i särskilt boende med olämpliga läkemedel har minskat från 8,8 procent år 2022 till 2 procent år 2024. Motsvarande statistik för personer 75 + i hemtjänsten visar att olämpliga läkemedel har ökat från 10,6 procent år 2022 till 11,0 år 2024³.

4.3. Avvikelsehantering

Av Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9 5 kap § 3-8) framgår att rapporteringsskyldighet kring missförhållanden och risker är reglerad i respektive lagstiftning för hälso- och sjukvård, socialtjänst samt LSS. Detta innebär att personal och verksamhetsutövare måste rapportera och dokumentera avvikelser, utreda dem och vidta åtgärder utan dröjsmål.

Alla inkomna rapporter, klagomål och synpunkter ska sammanställas och analyseras för att kunna identifiera mönster eller trender som tyder på brister i verksamhetens kvalitet. Utifrån analysen ska nödvändiga åtgärder vidtas för att säkra och förbättra verksamhetens kvalitet, inklusive förbättring av processer och rutiner om de visar sig vara otillräckliga.

Det finns vid tidpunkten för granskningen inget gemensamt system för uppföljning av avvikelser mellan regionen och kommunerna. Kommun och region (inklusive privata aktörer) har ett gemensamt ansvar att rapportera avvikelser som rör annan huvudman. Avvikelser som berör samverkan skrivs på särskild blankett, som skickas in per post till regionens patientsäkerhetsenhet.

Av patientsäkerhetsberättelsen framgår att samtliga medarbetare är ansvariga för att avvikelser och vårdskador rapporteras när de inträffar eller upptäcks.

I patientsäkerhetsberättelsen framgår uppföljningar av statistik och analys av avvikelser. Avvikelserna avser främst läkemedel och fall. Under 2024 rapporterades 175 avvikelser kopplat till läkemedel och 830 avvikelser avseende fall.

Merparten av läkemedelsavvikelserna avser utebliven dos och bristande hantering av läkemedel. Avseende fallavvikelserna framgår att fallolyckor är den vanligaste orsaken till att äldre skadar sig med allvarliga konsekvenser. Det framgår ingen beskrivning av vanliga orsaker bakom fallen.

³ Kolada och måttet är ett standardiserat mått för att möjliggöra jämförelser mellan olika kommuner i landet. Statistik för 2025 saknas vid granskningstillfället.

Av patientsäkerhetsberättelsen framgår att kommunen har skickat fyra avvikelser till annan vårdgivare, vilka är sjukhuset i Torsby, Centralsjukhuset Karlstad och de lokala vårdcentralerna. Det framgår ingen beskrivning av vad avvikelserna har avsett. Intervjuade upplever att inrapporterade avvikelser inte ger någon effekt, då det dels finns en bristande kontinuitet bland läkare och att vissa läkare inte upplevs efterleva beslutade rutiner.

I intervjuer framkommer att det sker avstämningsmöten med slutenvården och vårdcentralerna kring avvikelser. Under mötena diskuterar inblandande aktörer vanligt förekommande brister och problem.

4.4. Arbetet med omställningen till nära vård

I intervjuer framgår att det sker ett arbete kopplat till omställningen till nära vård. Dock framkommer upplevelsen av att det strategiska arbetet inte förankrats på en operativ nivå i en tillräcklig utsträckning.

Av intervjuer framkommer att arbetet som sker inom kommunens team för trygg hemgång ligger i linje med omställningen genom att förebygga behovet av insatser. Därutöver anger intervjuade att kommunen fått stöd genom "Stepping on"⁴ och föreläsningar om olämpliga läkemedel som ökat kunskapen om insatser som främjar omställningen till nära vård.

Vidare finns det en ambition i kommunen att införa vissa icke-biståndsbedömda insatser så som trygghetslarm.

⁴ Stepping on är en kurs som riktar sig till äldre medborgare som varit med om en fallolycka eller är oroliga att vara med om en.

5. Svar på revisionsfrågor

Revisionsfråga	Svar
<i>Vilka avtal och överenskommelser finns mellan Region Värmland och berörda kommuner och är de ändamålsenliga?</i>	Det finns ett flertal avtal, överenskommelser och riktlinjer samt rutiner som berör samverkansarbetet mellan regionen och kommunerna. Det har inte framkommit några iakttagelser i granskningen som tyder på att innehållet är inaktuellt eller ej relevant. Däremot bedömer vi att formerna för uppföljning och utvärdering av följsamheten till dokumenten bör stärkas.
<i>Hur har kommunerna och regionen utvecklat den formella styrningen för samverkan mellan kommunerna och regionen utöver Nya Perspektiv?</i>	Den tydligaste utvecklingen av styrningen ligger på tjänstepersonsnivå, där systemledning införts under 2025 och ska testas fram till 2027. Det har inte skett någon utveckling av hur den politiska styrningen och uppföljningen genomförs, utöver Nya perspektiv.
<i>Har kommunerna och regionen ensat utformningen och omfattningen av samt målsättningen i de lokala överenskommelserna mellan regionens öppenvård och kommunerna för att möjliggöra en likvärdig kvalitet i hela länet?</i>	Delvis. Det finns en länsövergripande överenskommelse mellan regionens vårdcentraler och kommunerna, vilka stipulerar gemensamma riktlinjer. Vi noterar dock fortsatt att det finns lokala skillnader i kompletterade överenskommelser, arbetssätt, resurser, kontaktvägar och initiativ.
<i>Har regionens Hälso- och sjukvårdsnämnd säkerställt att en korrekt och uppdaterad läkemedelslista avlämnas till annan vårdgivare?</i>	Nej. Granskningen visar att det fortsatt finns väsentliga avvikelser knutet till läkemedel. Avvikelserna härrör till stor del från att två olika systemstöd - Cosmic Link och Pascal - behöver uppdateras med samma information, vilket inte sker. Oftast uppdateras endast ett systemstöd. Detta medför att kommunerna i flera fall har fått utveckla egna kvalitetssäkringsrutiner för att säkerställa korrekt läkemedelslista. I Torsby upplever man samma problem avseende läkemedelslistorna. Det bidrar till att kommunens HSL personal behöver genomföra kontroller för att säkerställa aktuella listor.
<i>Har regionen och kommunerna säkerställt följsamhet till överenskommet styrdokument med fokus på patientens vårdupplevelse?</i>	Nej. Det har inte skett någon specifik uppföljning av gemensamma styrdokument med fokus på patientens vårdupplevelse. Följsamheten till överenskommelser följs företrädesvis i dialog samt att vissa kvalitetsindikatorer följs upp. Uppföljningen och utvärderingen av följsamhet till samverkansdokumenten bör stärkas över lag. Torsby ingår i Norra noden, där det sker uppföljning av den operativa samverkan och gemensamma utmaningar i samband med utskrivningsprocessen.
<i>Hur efterlever regionen och kommunerna Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (2017:612)?</i>	Det finns en samverkan och strukturer för informationsöverföring mellan kommunen och slutenvården. I Torsby finns samarbetsteam som arbetar utskrivningar. Teamen består av både HSL och SoL professioner.

	Dock finns det fortsatt utmaningar i samverkan med vårdcentralen och slutenvården i samband med utskrivning.
<i>Har kommunerna och regionen implementerat ett gemensamt system för systematisk uppföljning av såväl rapporterade avvikelser som ingångna överenskommelser mellan regionen och länets kommuner?</i>	Nej. Det finns inget gemensamt system för systematisk uppföljning av rapporterade avvikelser. Ingångna överenskommelser mellan regionen och länets kommuner följs upp i olika utsträckning, i olika forum och med olika tydlighet. I kommunens patientsäkerhetsberättelse redovisas arbetet med kommunens egen avvikelsehantering.
<i>Har omställningen till nära vård, i enlighet med den målbild och den färdplan som beslutats av samtliga huvudmän, förbättrat förutsättningarna för en "sömlös" vårdkedja och i så fall på vilket sätt?</i>	Delvis. Av granskningen framkommer en förbättrad dialog och samsyn rörande gemensam kommunikation och arbetssätt mellan huvudmännen, där målbild och färdplan ingår. I Torsby finns det inga beslutade mål med uttrycklig koppling till omställningen. Av granskningen framkommer att det i Torsby finns pågående insatser kopplat till omställningen. Bland annat utbildningsinsatser och 'Stepping on'. Dock anges att det strategiska arbetet kopplat till omställningen inte brutits ned på operativ nivå i en tillräcklig utsträckning.

Karlstad 5 februari 2026

Albin Oskarsson
Verksamhetsrevisor

Josefine Algotsson
Certifierad kommunal yrkesrevisor

Mikaela Gretzer
Certifierad kommunal yrkesrevisor
Kvalitetssäkrare

Bilaga 1 Källförteckning

Intervjuade funktioner

- ▶ Biståndshandläggare
- ▶ Medicinskt ansvarig sjuksköterska och sjuksköterska
- ▶ Socialchef
- ▶ Socialnämndens presidium

Granskad dokumentation

- ▶ Delårsbokslut 2025-04-30 och 2025-08-31 Verksamheternas berättelse - socialnämnden
- ▶ Internkontrollplan 2025
- ▶ Rutin Samverkan mellan Ambulanssjukvård och Kommunal hälso- och sjukvård
- ▶ Gemensam plan för primärvård Värmland
- ▶ Riktlinje Hantering av läkemedelslistan
- ▶ Instruktion: Statusmeddelande inför inskrivning
- ▶ Rutin Läkemedelsbeställningar till kommunala läkemedelsförråd och generella direktiv
- ▶ Riktlinje Läkemedelshantering inom kommunal hälso- och sjukvård
- ▶ Rutin för kommunikation via Cosmic Messenger mellan Värmlands kommuner och vårdcentraler
- ▶ Överenskommelse gällande vaccination mellan Region Värmland och kommunerna
- ▶ Patientsäkerhetsberättelse 2024
- ▶ Rekommenderade läkemedel för generella direktiv för sjuksköterskor inom Värmlands kommuner
- ▶ Riktlinje Dosexpedierade läkemedel
- ▶ Riktlinje Samordnad individuell planering (SIP)
- ▶ Riktlinje Samverkan vid utskrivning från slutenvård i Värmland
- ▶ Riktlinje palliativ vård, Värmlands kommuner
- ▶ Rutin Läkemedel vid palliativ vård i livets slutskede
- ▶ Rutin Flödesschema för samordningsplanering - Link
- ▶ Rutin Samordnad individuell plan (SIP) med Cosmic Link
- ▶ Rutin Kommunikation via Cosmic Messenger mellan Värmlands kommuner och Region Värmland
- ▶ Rutin Mobilt Närsjukvårdsteam
- ▶ Rutin Iordningställande och administrering eller överlämnande av läkemedel
- ▶ Rutin Handhavande vid läkemedelshantering i kommunal verksamhet
- ▶ Läns-gemensam överenskommelse i Värmland 2024 - 2025 Torsby & Likenäs vårdcentraler och Torsbys kommunala hälso- och sjukvård
- ▶ Verksamhetsberättelser Årsbokslut 2024 - socialnämnden
- ▶ Verksamhetsplan 2024 - Socialförvaltningen

PROTOKOLL
2026-04-14

§ 58 Reviderat mål- och styrdokument gällande bostad med särskild service för vuxna inom Funktionsstöd, Torsby kommun.

Diarienummer SOC 2026/176

Socialnämndens beslut

Socialnämnden antar reviderat mål- och styrdokument avseende bostad med särskild service för vuxna inom Funktionsstöd, Torsby kommun.

Sammanfattning av ärendet

Mål- och styrdokumentet som antogs av socialnämnden 2021-05-25, är framtaget utifrån lag om stöd och service till vissa funktionshindrade samt FN:s konvention om mänskliga rättigheter för personer med funktionsnedsättning. Dokumentet är avsett att fungera som ett verktyg för att kvalitetssäkra, planera, genomföra och följa upp insatsen, i syfte att säkerställa goda levnadsvillkor för omsorgstagare som bor i bostad med särskild service för vuxna enligt LSS. Dokumentet ska komplettera lagar och föreskrifter som finns inom området.

Mål- och styrdokumentet har reviderats i syfte att öka användarvänligheten och begripligheten i verksamheterna genom ett förenklat språk och sammanfattning av tidigare texter. Rubrik har reviderats i syfte att följa aktuell organisation. Dokumentets innehåll i sak är i sin helhet oförändrat jämfört med tidigare version.

Handlingar i ärendet

1. Tjänsteskrivelse från SAS Susanne Axelsson.
2. Mål- och styrdokument gällande bostad med särskild service för vuxna inom Funktionsstöd, Torsby kommun, bilaga till protokollet.

Beslutet skickas till

Lukas Löfstrand, socialchef
Martina Ullenius, verksamhetschef IFO/fs
Susanne Axelsson, socialt ansvarig samordnare

Mål- och styrdokument

Gällande bostad med särskild service för
vuxna inom Funktionsstöd, Torsby kommun.

Dokumenttyp Styrdokument	Ansvarig verksamhet Socialförvaltningen	Antagen av Socialnämnden
Dokumentägare Susanne Axelsson, SAS Martina Ullenius, verksamhetschef	Giltig fr.o.m. 2021-05-18	Reviderad datum 2026-04-09

Innehållsförteckning

Inledning.....	4
Bostad med särskild service enligt LSS.....	4
Helhetssyn på omsorgstagaren.....	5
Kognitiva funktioner och perceptioner.....	5
Kommunikation och kommunikativt stöd	6
Utmanande beteende	7
Hälsa och livsstil.....	7
Fysisk aktivitet	7
Kultur-och fritidsaktiviteter	8
Återhämtning och vila	8
Kost.....	8
Sexualitet och sexuell identitet	9
Relationer.....	9
Psyisk och fysisk hälsa	10
Psyisk ohälsa.....	10
Skadligt bruk och beroende	10
Våld och våldsutsatthet	11
Demenssjukdom	11
Stöd i livets slutskede och dödsfall.....	11
Vårdkontakter och läkemedel	12
Hjälpmedel	13
Rättsligt företräde och fullmaktshavare.....	13
Social dokumentation.....	14
Genomförandeplan – upprättande och delaktighet.....	14
Bostad.....	15
Flytt.....	15
Omsorgstagarens bostad och hemliv	15
Gemensamhetsutrymmen.....	15
Allmänt	16
Värdegrund	16
Integritet	16
Integritet, etik och samtycke	16

Skyddsåtgärder.....	17
Evidensbaserad praktik.....	17
Ledningssystem.....	18
Systematiskt kvalitets-och förbättringsarbete	18
Riskanalyser	18
Egenkontroller	19
Avvikelsehantering	19
Bemanning.....	19
Kompetens.....	20

Inledning

Detta dokument är framtaget utifrån lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) samt FN:s konvention om mänskliga rättigheter för personer med funktionsnedsättning.

LSS är en rättighetslag som innehåller bestämmelser om insatser för särskilt stöd och service för personer tillhörande personkrets 1 - 3.

Dokumentet är avsett som ett verktyg att använda för att kvalitetssäkra, planera, utföra och följa upp tjänsten för att den enskilde ska säkerställas goda levnadsvillkor. Dokumentet ska komplettera de lagar och föreskrifter som finns inom området.

För att säkerställa god kvalitet gällande stöd, service och omvårdnad med omsorgstagarens behov i centrum tillämpar verksamheten en evidensbaserad praktik, det vill säga att stödet ska grunda sig på bästa tillgängliga forskningskunskap med professionell expertis utifrån den enskildes unika situation.

Omsorgstagaren har tolkningsföreträde av vad som utgör goda levnadsvillkor och har rätt att i största möjliga mån påverka utformningen av stödet.

I dokumentet lyfts vikten av omsorgstagarens fokus och lika villkor.

Bostad med särskild service enligt LSS

Bostad med särskild service kan vara en gruppboende eller en serviceboende med beslut enligt 9:9 LSS.

Gruppboende är avsedd för ett begränsat antal personer som har behov av tillsyn- och omvårdnad dygnet runt. Serviceboende är en boendeform för personer med omfattande funktionsnedsättningar men som behöver stöd för att bo självständigt.

Bostaden är omsorgstagarens hem och skillnaden mellan de två boendeformerna är främst boendets utformning samt antal personer som bor där. I en bostad med särskild service ingår fast bemanning, omvårdnad och gemensamhetsutrymmen.

Antal kontakter på boendet bör anpassas efter omsorgstagarens förmåga samt att gruppens sammansättning har betydelse för att skapa och möjliggöra en gemenskap för omsorgstagaren.

Vi arbetar utifrån en helhetssyn där vi tillgodoser omsorgstagarens psykiska, fysiska och sociala behov.

Helhetssyn på omsorgstagaren

Genom kartläggning av omsorgstagarens förmåga att genomföra olika aktiviteter, funktionstillstånd och grad av delaktighet får verksamheten kännedom om vad som påverkar omsorgstagarens hälsa och välbefinnande.

Självbestämmande och kontroll i kombination med kontinuitet och förutsägbarhet är viktigt för omsorgstagaren. Sammanhanget har betydelse för välbefinnandet som tex boende, sysselsättning/arbete. Andra faktorer som är av vikt är kost, hälsa, sömn och förekomst av sjukdomar mm.

Omsorgstagarens inflytande och delaktighet kan stärkas med stöd av olika pedagogiska metoder och arbetssätt. Personalen ska medverka till att skapa förutsättningar för omsorgstagaren att leva så självständigt som möjligt. Som personal är det viktigt att aktivt lyssna och återkoppla till omsorgstagaren genom att ställa öppna frågor.

Verksamheten ska:

- Säkerställa att stödet planeras, följs upp och utvärderas utifrån en helhetssyn och delaktighet med omsorgstagaren.
- Säkerställa att omsorgstagaren får stöd att skapa ett socialt sammanhang.
- Säkerställa att omsorgstagaren känner sig trygg med personalen.
- Säkerställa att personalen respekterar omsorgstagarens integritet.
- Säkerställa att omsorgstagaren ges möjlighet att påverka sitt stöd genom delaktighet i genomförandeplan.
- Säkerställa att omsorgstagarens ges förutsättningar och stöd för att uttrycka sin vilja.

Kognitiva funktioner och perceptioner

Kognition handlar om våra mentala processer som vi oftast styr med vilja. Det inkluderar till exempel minne, inläring och problemlösning.

Perception är de processer som gör att vi kan tolka information från våra sinnen. Det innebär att vi uppfattar och förstår intryck som föremål, bilder, skrivna ord och talat språk.

Nedsatt kognitiv förmåga och nedsatt/annorlunda perception kan ge begränsningar såsom minskad förmåga att utföra aktiviteter och/eller svårigheter vid social delaktighet. Nedsatt/annorlunda perception kan bestå av under eller överkänslighet för sinnesintryck, beröring, svårigheter att tolka kroppens signaler samt nedsatt kroppsuppfattning.

Blinkande ljus, folksamlingar och höga ljud är exempel på hur omgivningen påverkar och kan innebära konsekvenser för den omsorgstagaren.

Verksamheten ska säkerställa att:

- Personalen har kompetens inom kognitiv funktionsnedsättning, kognitiv tillgänglighet samt kognitivt stöd.
- Omsorgstagaren ska erbjudas stöd att förstå konsekvenser av sina val.
- Omsorgstagaren ska få stöd att förmedla information.
- Omsorgstagaren ges möjlighet att utveckla och bibehålla sin kognitiva förmåga.
- Personalen har kunskap om och tar hänsyn till omsorgstagarens perception och kognition tex när det gäller över- och underkänslighet.

Kommunikation och kommunikativt stöd

Möjlighet till kommunikation är ett grundläggande mänskligt behov och en förutsättning för delaktighet, social gemenskap samt makt över sitt liv. Kommunikation kan vara både verbal och icke verbal. Även den som har ett talat språk kan ha behov av kommunikationsstöd. Det är viktigt att vara lyhörd för omsorgstagarens behov och skapa förutsättningar för delaktighet och självbestämmande.

De kognitiva förmågorna påverkar omsorgstagarens möjlighet till kommunikation men även den fysiska och sociala miljön kan vara stödjande eller begränsande för omsorgstagaren. Pedagogiskt förhållnings- och arbetssätt bidrar till fungerande kommunikation och skapar förutsättningar för omsorgstagaren att göra sig förstådd. Genom alternativ och kompletterande kommunikation (AKK) skapas förutsättningar för att minska hinder och begränsningar i omgivningen.

Verksamheten ska säkerställa att:

- Omsorgstagarens behov av kommunikativt stöd kartläggs och dokumenteras.
- Omsorgstagaren får stöd att förmedla nödvändig och adekvat information om sin situation.
- Omsorgstagaren får stöd att utveckla och bibehålla sin förmåga att kommunicera och använda kommunikationshjälpmedel om det finns behov av det.
- Omsorgstagaren förstår kommunikationen som används.
- Personalen har kompetens när det gäller kommunikation och dess betydelse, alternativ kommunikationssätt samt hjälpmedel för kommunikation.

Utmanande beteende

Den vanligaste orsaken till att ett utmanande beteende uppstår är att det ställs för höga krav på omsorgstagaren. Det utmanande beteendet kan vara ett resultat av smärta, känslomässig reaktion eller fysiska funktionsnedsättningar. Orsaker till beteendet behöver kartläggas så att rätt stöd kan utformas och beteendet förebyggas.

Verksamheten ska säkerställa att:

- Personalen har kunskap om omsorgstagarens funktionstillstånd, fysiska och psykiska hälsa samt konsekvenserna av omsorgstagarens funktionsnedsättningar.
- Individuellt anpassad och tydliggörande pedagogik används för att förbereda omsorgstagaren på och skapa förutsägbarhet samt förståelse i vardagen.
- Arbets-, kommunikations och förhållningssätt ska följas upp regelbundet och förändras vid behov.
- Genom kompetensutveckling stärks personalen i hur de ska bemöta personer som har svårt med känslokontroll på ett lågaffektivt sätt.
- Arbetssätt och förhållningssätt ska baseras på beprövade metoder och finnas dokumenterade i den enskildes sociala dokumentationen.

Hälsa och livsstil

Personer med funktionsnedsättning löper en ökad risk för psykisk och fysisk ohälsa jämfört med övriga befolkningen.

Det ska finnas processer och rutiner för kontakt och samverkan med hälso- och sjukvården vid särskilda behov och sjukdomstillstånd.

Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet främjar psykisk och fysisk hälsa. Omsorgstagaren behöver stöd till motivation för att planera, boka och genomföra fysisk aktivitet.

Verksamheten ska säkerställa att:

- Personalen arbetar motiverande för en hälsosam livsstil.
- Omsorgstagaren erbjuds stöd till regelbunden fysisk aktivitet.
- Personalen har kompetens när det gäller vikten av fysisk aktivitet för att kunna stötta omsorgstagaren.
- Verksamheten samverkar med föreningslivet.

Kultur-och fritidsaktiviteter

I insatsen bostad med särskild service enligt LSS ingår stöd till kultur- och fritidsaktiviteter.

Personalen ska medverka till att utveckla individuella fritidsintressen.

Verksamheten ska:

- I genomförandeplanen beskriva omsorgstagarens kultur- och fritidsintressen.
- Ge stöd för ett kontinuerligt genomförande av omsorgstagarens olika kultur- och fritidsaktiviteter.
- Ge stöd för att utveckla och bibehålla omsorgstagarens kultur- och fritidsintressen.
- Säkerställa att omsorgstagaren erbjuds stöd och stimulans för att delta i samhällets gemenskap utifrån sina individuella behov och önskemål.
- Samverka med berörda förvaltningar och föreningar.

Återhämtning och vila

Möjlighet till vila och återhämtning är viktiga faktorer för en god hälsa.

Verksamheten ska säkerställa att:

- Omsorgstagaren får stöd att skapa en fungerande sömnrutin och tid för återhämtning.
- Personalen ger stöd till omsorgstagaren när det gäller att identifiera vilka aktiviteter som ger respektive tar energi.

Kost

Omsorgstagaren kan behöva stöd för att göra hälsosamma val. Både övervikt samt undervikt är vanligare hos personer med intellektuell funktionsnedsättning än hos befolkningen generellt.

Verksamheten ska:

- Säkerställa att personalen har kunskaper om hur kost inverkar på den psykiska och fysiska hälsan.

- Säkerställa att omsorgstagaren ges stöd vid måltidsplanering utifrån önskemål och behov.
- Anpassa måltidsmiljön utifrån omsorgstagarens önskemål och behov.

Sexualitet och sexuell identitet

Sexualitet påverkar tankar, känslor och handlingar vilket påverkar vår psykiska och fysiska hälsa.

Verksamheten ska:

- Säkerställa att personalen har kompetens om sexualitet och normkritiskt förhållningssätt.
- Erbjuda omsorgstagaren stöd kring sexualitet, oavsett hur sexualiteten eller könsidentiteten definieras.
- Stötta omsorgstagaren att använda de samhällsresurser som är specialiserade inom området (tex ungdomsmottagning, kurator, regionen osv).

Relationer

En relation kan vara vänskaps-, kärleks- familje- eller arbetsrelaterad.

Olika funktionsnedsättningar kan påverka omsorgstagarens förutsättningar att skapa och bibehålla relationer med andra och omsorgstagaren kan behöva stöd i detta. Det kan behövas hjälp att tolka och förstå känslor hos sig själva och andra och att förstå relationer.

Kunskap om omsorgstagarens sociala nätverk ger information om hur stödet kan ges.

Om närstående och omsorgstagarens uppfattning om omsorgstagarens behov står i konflikt med varandra är det omsorgstagaren som beslutar.

Verksamheten ska:

- Säkerställa att samtycke för personlig information som eventuellt lämnas till närstående inhämtas från omsorgstagaren.
- Att omsorgstagaren får stöd i att bibehålla för den viktiga relationer.
- Personalens kommunikation med närstående präglas av professionalism och respekt.
- Ge stöd till omsorgstagaren att förstå och tolka sociala koder.

Psykisk och fysisk hälsa

Personer med funktionsnedsättning har ofta en sämre hälsa än befolkningen i övrigt. En funktionsnedsättning innebär inte i sig en försämrad hälsa, men utgör en hälsorisk som hör ihop med de livsvillkor som en person med funktionsnedsättning har. Villkor som svagt inflytande, ekonomisk otrygghet, diskriminering och bristande tillgänglighet försämrar förutsättningarna för god hälsa.

Psykisk ohälsa

Personer med funktionsnedsättning löper en ökad risk för psykisk ohälsa jämfört med övriga befolkning. Personalen ska vara lyhörd för förändringar hos omsorgstagaren för att uppmärksamma tidiga signaler som kan förhindra problem och lidande som kan leda till psykisk ohälsa.

Verksamheten ska säkerställa att:

- Personal har kunskap om psykisk ohälsa.
- Att det finns rutiner för uppföljning samt samverkan med hälso- och sjukvårdsansvarig samt psykiatrik utifrån omsorgstagarens behov.
- Att det finns rutiner i den sociala dokumentationen för upprättande av individuella riskbedömningar och handlingsplaner.

Skadligt bruk och beroende

Genom att uppmärksamma tidiga signaler på riskbruk kan problem och lidande förebyggas. Skadligt bruk och beroende kan handla om pengar, alkohol och andra droger, sex, mat, shopping, dataspel mm.

Verksamheten ska säkerställa:

- Att personalen har kompetens att uppmärksamma, fråga och agera vid misstanke om skadligt bruk och beroende.
- Att det finns dokumenterade rutiner och processer för samverkan med relevanta aktörer som erbjuder behandling inom området.
- Att det finns rutiner i den sociala dokumentationen för upprättande av individuella riskbedömningar och handlingsplaner.

Våld och våldsutsatthet

Om omsorgstagaren utsatts för våld eller övergrepp har personalen en viktig roll att upptäcka och uppmärksamma det. Våld kan vara fysiskt, psykiskt, sexuellt, hedersrelaterat, ekonomiskt, materiellt, försummelse eller digitalt.

Verksamheten ska:

- Säkerställa att personalen har kompetens att uppmärksamma, fråga och agera vid misstanke om våld.
- Säkerställa att det finns rutiner och processer för hur personalen ska agera vid misstanke om att omsorgstagaren utsätts eller har utsatts för våld.
- Upprätta en handlingsplan till stöd och hjälp om omsorgstagaren utsätts eller har utsatts för våld.

Demenssjukdom

För personer med intellektuell funktionsnedsättning kan de första symptomen komma redan i 40-års åldern. Symptomen kan vara svåra att upptäcka och försvåras ofta av att omsorgstagarens kognitiva förmåga redan är nedsatt. Symptom som ofta uppträder sent i sjukdomsförloppet vid demens kan i stället vara tidiga tecken på demens hos personer med intellektuell funktionsnedsättning.

Verksamheten ska säkerställa att:

- Personalen har den kompetens som krävs för att tidigt uppmärksamma och dokumentera tecken på demenssjukdom.
- Det finns rutiner och processer och för samverkan med kommunens kognitiva team när tidiga tecken på demenssjukdom uppmärksammas.
- Bemötande, arbetssätt och metoder anpassas till behoven hos omsorgstagaren när en demensdiagnos ges samt att boendeformen ska prövas utifrån var omsorgstagaren kan ges bästa vård och stöd.

Stöd i livets slutskede och dödsfall

Vård och stöd i livets slutskede innebär att främja välbefinnande, livskvalitet och ge god symptomlindring.

Ett pedagogiskt förhållningssätt och arbetssätt används för att skapa förutsättningar för omsorgstagaren att vara delaktig och skapa möjlighet att

hantera situationen. Samverkan med närstående och rättsliga företrädare kan vara betydelsefullt för omsorgstagaren.

Verksamheten ska ha beredskap för att hantera dödsfall.

Verksamheten ska säkerställa att:

- Omsorgstagarens önskemål vid livets slut tillgodoses så långt som det är möjligt.
- Det finns rutiner och processer för samarbete och uppföljning med såväl professionella aktörer som närstående, under och efter den palliativa vården.
- Personalen har kunskap inom området omvårdnad och omsorg i livets slut.
- Personalen har kunskap och förutsättningar att anpassa vården och omhändertagandet efter döden anpassat till omsorgstagarens önskemål och/eller sedvanor som kan betingas av kulturell eller religiös bakgrund.
- Personalen och andra omsorgstagare i boendet får stöd i form av möjlighet till samtal och reflektioner

Vårdkontakter och läkemedel

Personalen ska uppmärksamma förändringar hos omsorgstagarens fysiska och psykiska hälsotillstånd.

Omsorgstagaren behöver stöd av personalen vid kontakt med hälso- och sjukvården.

Den som bedriver verksamheten ska säkerställa att:

- Det finns rutiner och processer för att omsorgstagaren ska få relevant hälso- och sjukvård samt tandvård utifrån omsorgstagarens behov.
- Omsorgstagaren ges pedagogiskt och praktiskt stöd i kontakter med hälso- och sjukvård, tandvård, habilitering och liknande insatser.
- Omsorgstagaren får stöd i att förmedla och förstå nödvändig och adekvat information om sin livssituation samt sina fysiska och psykiska funktionstillstånd, som kan vara underlag för behandling.
- Det finns rutiner och processer för samarbete med hälso- och sjukvårdsansvarig personal för delegering och ansvarsfördelning av hälso- och sjukvårdsinsatser och läkemedelshantering gällande omsorgstagaren.

Hjälpmedel

Hjälpmedel kan underlätta för omsorgstagaren att leva ett aktivt och självständigt liv och känna delaktighet och trygghet.

Den som bedriver verksamheten ska säkerställa att:

- Personalen har kunskap om hur hjälpmedel kan bidra till ökad självständighet och ökat självbestämmande för omsorgstagaren.
- Omsorgstagarens behov av hjälpmedel och/eller förändringar av behov uppmärksammas och ansvarar för att omsorgstagarens behov av hjälpmedel tillgodoses.
- Omsorgstagaren ges stöd i att använda, underhålla och sköta sina hjälpmedel.
- Omsorgstagaren ges stöd och motiveras till digitala lösningar.

Rättsligt företräde och fullmaktshavare

Personer som har behov av stöd kan även ha behov av rättslig företrädare.

En god man arbetar på omsorgstagarens uppdrag, samråder och stödjer och bevakar intresse samt har rätt att agera om samtycke finns. En god man har inte tystnadsplikt.

Överförmyndarens eller tingsrättens beslut styr det specifika uppdrag som god man eller förvaltare har.

Verksamheten ska:

- Säkerställa att personalen har kunskap om vad den rättslig företrädarens uppdrag innebär.
- Begära registerutdrag om ställföreträdarskap eller fullmakt för rättsligt företräde.
- Ge omsorgstagaren stöd i att kommunicera med sin rättsliga företrädare genom tex kommunikativt stöd.
- Uppmärksamma och informera överförmyndaren vid brister i utförandet av det rättsliga företrädarens uppdrag eller förändrat behov av rättslig företrädare eller fullmakt.

Social dokumentation

Dokumentation innefattar en social dokumentation och genomförandeplan.

Den sociala dokumentationen ska ske fortlöpande och utan oskäligt dröjsmål.

Dess syfte är att skildra händelser som är av vikt i omsorgstagarens liv och hur insatser utförts och på så sätt ligga till grund för en systematisk uppföljning.

Dokumentationen ska ske i verksamhetssystemet enligt IBIC.

Verksamheten ska säkerställa att:

- Verksamheten har dokumenterade rutiner gällande social dokumentation.
- Sociala journalen skrivs på ett lättförståeligt och objektivt sätt.

Genomförandeplan – upprättande och delaktighet

Genomförandeplanen utgör grunden för utformningen av stödet till omsorgstagaren baserat på individuella behov och önskemål, i genomförandeplanen beskrivs pedagogiska arbetssätt och förhållningssätt som är relevant för omsorgstagaren. Innehållet i genomförandeplanen tar omsorgstagaren och verksamhet fram tillsammans.

Verksamheten ska:

- Säkerställa att omsorgstagarens behov av stöd och service tillgodoses även innan genomförandeplanen upprättas med utgångspunkt av vad som framgått för behov i tidigare utredning.
- Säkerställa att rutin för genomförandeplan följs.
- Säkerställa att de delar av genomförandeplanen som omsorgstagaren uppfattar som viktig finns i en version som är begriplig för hen (bildstöd eller lättläst svenska).

Bostad

Flytt

För omsorgstagaren kan det vara en stor omställning och ta mycket energi och kraft att flytta.

Det är viktigt att personalen är lyhörd och tillvaratar erfarenheter från närstående och eventuellt tidigare personal genom att göra dem delaktiga vid planering. Samtycke för att hämta in information krävs.

Verksamheten ska:

- Göra planering för omsorgstagarens behov under in- och utflyttning.
- Säkerställa att omsorgstagaren får det stöd den behöver under in- och utflytt till exempel möblering.

Omsorgstagarens bostad och hemliv

En bostad med särskild service är omsorgstagarens hem, oavsett om bostaden är en grupp- eller servicebostad. Boendemiljön ska vara tillgänglig och vara utformad så att den underlättar vardagen för omsorgstagaren. När det gäller att tillgodose omsorgstagarens behov kan ett byte av boende ibland ha en positiv effekt.

För att få ett så självständigt liv som möjligt är det viktigt att omsorgstagaren erbjuds delaktighet efter förmåga och önskemål i vardagliga hushållssysslor.

Den som bedriver verksamhet ska säkerställa att:

- Omsorgstagaren erbjuds stöd vid utformandet av sitt eget boende utifrån dennes individuella behov. Det kan vara stöd i möblering, färgsättning och kommunikationsstöd.
- Personalen har kunskap om hur en anpassad miljö kan bidra till ökad självständighet och ökat självbestämmande för omsorgstagaren.
- Bostaden och stödet anpassas efter omsorgstagarens förändrade behov.

Gemensamhetsutrymmen

Syftet med gemensamhetsutrymmen är att skapa möjlighet till gemenskap och samvaro för de som delar gruppboenden eller serviceboenden. I en gruppboende finns gemensamhetsutrymmet direkt eller i nära anslutning till omsorgstagarens lägenhet och för serviceboenden kan det ligga i närområdet.

Den som bedriver verksamheten ska säkerställa att:

- Omsorgstagaren har delaktighet och inflytande över hur gemensamhetsutrymmen används, till exempel genom husmöte/boråd.
- Inredning och utformningen av gemensamma utrymmena anpassas utifrån omsorgstagarnas behov, önskemål, intresse, kommunikationsmöjligheter och andra förutsättningar.

Allmänt

Värdegrund

Svensk funktionshinderspolitik utgår från FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning.

Centrala punkter i konventionen är:

- *Rätt att leva självständigt och att delta i samhället*
- *Tillgänglighet*
- *Självbestämmande och rättskapacitet*
- *Rätt till bästa möjliga hälsa*
- *Rättigheter för personer med funktionsnedsättning*

LSS värdegrund bygger på principer som helhetssyn, delaktighet, självbestämmande och inflytande för att möjliggöra för personer med funktionsnedsättning att leva ett självständigt och jämlikt liv med goda levnadsvillkor, likt andra i samhället. Det handlar om att ge rätt till insatser som främjar utveckling, meningsfullhet och gemenskap, där individens behov, önskemål och vilja är centrala i planeringen och genomförandet av stödet.

Verksamheten ska:

- Säkerställa att FN:s konvention och LSS värdegrund efterlevs och är känd hos all personal.

Integritet

Integritet, etik och samtycke

Insatser enligt LSS präglas av respekt för omsorgstagarens självbestämmande och integritet.

Man behöver vara medveten om att maktobalans föreligger mellan omsorgstagare och personal.

Den som bedriver verksamheten ska säkerställa att:

- Det finns dokumenterade rutiner för hur samtycke inhämtas i olika sammanhang (samtycke kan när som helst upphävas av omsorgstagaren).
- Det förs en dialog kring etiska dilemman.
- Personalen kontinuerligt reflekterar över förtrolig information som omsorgstagaren lämnar till personal.

Skyddsåtgärder

Syftet med skyddsåtgärder är att ge omsorgstagaren stöd att hantera olika situationer och ge strategier så att omsorgstagaren kan hantera situationen på det sätt hen önskar.

Personal reflekterar och diskuterar regelbundet vilka arbetssätt och metoder som används. För skyddsåtgärder krävs alltid samtycke från omsorgstagaren vilket kan återkallas när som helst.

Verksamheten ska:

- Säkerställa att rutin kring skyddsåtgärder efterlevs
- Inhämta omsorgstagarens samtycke för varje enskild skyddsåtgärd.

Evidensbaserad praktik

Verksamhetens arbetssätt och metoder ska bygga på evidensbaserad praktik, dvs att integrera bästa tillgängliga kunskap, personalens egen kompetens och erfarenhet, samt den enskilda individens personliga situation, erfarenheter och önskemål.

Verksamheten ska:

- Ska systematiskt utvärdera och följa upp de arbetssätt och metoder som används i verksamheten

Ledningssystem

Ledningssystemet är det ramverk för processer och rutiner som används för att säkerställa en verksamhets kvalitet.

Systematiskt kvalitets-och förbättringsarbete

Systematiskt kvalitetsarbete kan bidra till att upprätthålla kvalitet. Med stöd av rutiner och processer kring systematiskt förbättringsarbete kan god kvalitet uppnås i verksamheten.

Det systematiska förbättringsarbetet omfattar riskanalyser, egenkontroll och hantering av avvikelser.

Verksamheten ska säkerställa att:

- Personalen ges möjlighet till inflytande och medverkande i det systematiska kvalitetsarbetet.
- Ansvar och roller samt rutiner och processer ska finnas beskrivna och dokumenterade för dem som berörs.
- De processer där samverkan behövs med andra aktörer har identifierats och dokumenterats i rutiner och processer (tex myndigheter, vårdgivare och föreningar).

Risikanalyser

Risikanalyser kan genomföras både med ett arbetsmiljöperspektiv och ett omsorgstagarperspektiv. Riskanalyser på individnivå genomförs i syfte att identifiera händelser som kan innebära risk för omsorgstagaren eller kvaliteten på stödet till omsorgstagaren.

Den som bedriver verksamheten ska säkerställa att:

- En individuell riskanalys genomförs vid behov i delaktighet med omsorgstagare.
- Att riskanalyser följs upp och utvärderas
- En riskanalys genomförs på verksamhetsnivå vid förändringar.
- Det finns kontinuitetsplaner för krissituationer (tex värmebölja, brand).

Egenkontroller

Egenkontroller innebär en systematisk uppföljning och utvärdering av verksamhetens kvalitet.

Den som bedriver verksamheten ska säkerställa att:

- Att omsorgstagarens perspektiv och upplevelser beaktas.
- Egenkontroller genomförs och dokumenteras.
- En handlingsplan upprättas om det framkommer brister i verksamheten.

Avvikelsehantering

Avvikelsehantering innebär att rapportera, kartlägga och identifiera brister utifrån omsorgstagarens perspektiv.

Avvikelser ska resultera i förbättringar i verksamheten. Fokus i analysen är att identifiera orsaker till det inträffade och att arbeta med åtgärder i ett förebyggande syfte.

Verksamheten ansvarar för:

- Säkerställa att omsorgstagaren och dennes närstående på ett tillgängligt och begripligt sätt informeras om möjlighet att lämna synpunkter och klagomål.
- Säkerställa att personal har kunskap om avvikelsehantering
- Aktivt arbeta för ett öppet arbetsklimat där personalen uppmuntras att rapportera och följa upp kvalitetsbrister (avvikelser och lex Sarah).
- Säkerställa omsorgstagarens delaktighet om det är möjligt samt lämna i det som rapporteras och uppföljningen av detta.

Bemanning

Verksamhetens bemanning och personalens kompetens ska möjliggöra stöd och service av god kvalitet.

Verksamheten ska säkerställa att:

- Arbetets fokus är att omsorgstagaren får det stöd den behöver.
- Personalen ska ha avsatt tid för, personalmöte, kompetens- och kvalitetsutveckling.

- Personalen ska ha tillräcklig med tid för att kartlägga, genomföra, dokumentera och följa upp det överenskomna stödet till omsorgstagaren.

Kompetens

Kompetens handlar om kunskap, vilja och förmåga. Omsorgstagarens möjligheter till goda levnadsvillkor och möjlighet att leva som andra är beroende av personalens kunskap och kompetens.

Verksamheten ska säkerställa att:

- Den som ansvarar för verksamheten har en adekvat högskoleutbildning som bör omfatta minst 180 högskolepoäng.
- Personalen har kompetens som är anpassad till målgruppen.
- Personalen behärskar svenska i enlighet med språkravet.
- Nyanställda ska genomgå introduktion.

PROTOKOLL
2026-04-14

§ 59 Överenskommelse om samverkan kring personer med psykiska funktionsnedsättningar och personer med skadligt bruk och beroendeproblematik

Diarienummer SOC 2026/137

Socialnämndens beslut

Socialnämnden antar överenskommelsen.

Sammanfattning av ärendet

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

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

Handlingar i ärendet

1. Sn au protokoll 2026-03-31 § 35.
2. Överenskommelse om samverkan kring personer med psykiska funktionsnedsättningar och personer med skadligt bruk och beroendeproblematik, bilaga till protokollet.

Beslutet skickas till

Mona Björn, region Värmland
Lukas Löfstrand, socialchef

Dokumenttyp Riktlinje	Framtagen inom Samverkansarenan Nya perspektiv	Organisation Region Värmland	Version 1
Dokumentägare Marie Pettersson Utvecklingsledare	Fastställare Beredningsgruppen Nya perspektiv	Giltig fr.o.m. 2026-02-24	Giltig t.o.m. 2028-02-24

Överenskommelse om samverkan kring personer med psykiska funktionsnedsättningar och personer med skadligt bruk och beroendeproblematik

Gäller för: Hälso- och sjukvård, Kommunal vård och omsorg och skola
Utarbetad av: Marie Pettersson, Pernilla Öhrman, Annika Englund i samverkan med
kommun- och regionrepresentanter i olika arbetsgrupper

Värmlands kommuner | Region Värmland

Innehållsförteckning

Kommun- och regiongemensamma dokument	3
Utgångspunkter för samverkan.....	3
Avvikelsehantering och hantering av tvister.....	3
Syfte	4
Ingående parter.....	4
Målgrupp och omfattning.....	4
Mål	4
Inledning.....	5
Utgångspunkter.....	5
Nationell strategi	5
Nationella riktlinjer och nationella vård- och insatsprogram	6
Lagstiftning med koppling till överenskommelsen	6
Delaktighet av brukare/patienter.....	6
Ledning	6
Samordnade stödinsatser och kompetensutveckling	7
Anhörigstöd.....	7
Samordnad individuell plan, SIP	7
Samverkan vid in- och utskrivning från slutenvården	7
Hjälpmedel.....	7
Kompetensutveckling.....	8
Definitioner och begrepp.....	8
Plan för uppföljning	8
Mätpunkter	8
Uppföljning.....	9
Plan för implementering och kommunikation.....	9
Stöd för implementering	9
Kommunikation och publicering	9
Bilaga	9
Personer med skadligt bruk och beroende.....	9
Värmlands läns vårdförbunds ansvar	10

Värmlands kommuner | Region Värmland

Samordning och gemensam utveckling	10
Personer med psykiska funktionsnedsättningar	11

Kommun- och regiongemensamma dokument

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

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

Utgångspunkter för samverkan

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

De gemensamma utgångspunkterna är:



Avvikelsehantering och hantering av tvister

Oenighet om tolkning av detta dokument får inte leda till att enskilda inte får sina behov tillgodosedda. Om en part anser att dokumentet inte följs, ska detta i första hand lösas genom dialog mellan chefer på motsvarande nivå i kommunen och Region Värmland. Frågor av mer övergripande eller generell karaktär lyfts till Beredningsgruppen för Nya perspektiv för vidare hantering.

Krävs ändringar i dokumentet inom giltighetstiden lyfts frågan till Beredningsgruppen för Nya Perspektiv.

Värmlands kommuner | Region Värmland

Titel	Dokumentidentitet	Version	Giltig t.o.m.	Sida
Överenskommelse om samverkan kring personer med psykiska funktionsnedsättningar och personer med skadligt bruk och beroendeproblematik	RIK-33008	1	2028-02-24	3 (11)

Syfte

Överenskommelsen ska tydliggöra ansvarsfördelning och stärka samverkan mellan kommunerna och Region Värmland samt utgöra grund för det lokala arbetet avseende personer i ovanstående målgrupper och som är i behov av insatser från både kommun och regionen.

Syftet med denna överenskommelse är att bidra till att samordnad vård och stöd ges.

Ingående parter

Region Värmland samt Värmlands kommuner (Arvika, Eda, Filipstad, Forshaga, Grums, Hagfors, Hammarö, Karlstad, Kil, Kristinehamn, Munkfors, Storfors, Sunne, Säffle, Torsby, Årjäng).

Målgrupp och omfattning

I socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen finns likalydande bestämmelser om överenskommelser som kommuner och regioner är skyldiga att upprätta för målgrupper som ofta är i behov av samplanerade insatser från båda huvudmännen. Det gäller personer med psykisk funktionsnedsättning och personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar (fortsättningsvis ersätts benämningen missbruk med skadligt bruk och beroende i detta dokument).

Överenskommelsen är åldersövergripande

Mål

De målbilder som är framtagna med utgångspunkt i samsjuklighetsutredningen är också en målbild för arbetet i Värmland och stämmer väl överens med målbilder som är framtagna i arbete med Nära vård-omställningen



Tidig hjälp med psykisk ohälsa och missbruk



Bli lyssnad på, få förståelse och bli behandlad med samma respekt som andra



Stöd och vård som är lätt att hitta, komma i kontakt med och som är tillgänglig när jag behöver den



Bli stärkt i min egen förmåga att hantera min situation och ha inflytande över min vård och omsorg



Tillgång till fungerande behandling och möjlighet att välja utifrån det som passar mig



En fungerande vardag och ett meningsfullt sammanhang



Stöd och vård som hänger ihop som en helhet



En person som jag kan lita på och som följer med i hela processen



Inte bli utesluten från stöd och vård och få hjälp med både beroende och psykisk ohälsa



Att vården och omsorgen lyssnar på, involverar och ger stöd till mitt nätverk

Inledning

Det politiska inriktningsdokumentet "Nya Perspektiv på styrning och ledning" ger ramarna för samverkan i Värmland mellan skola, socialtjänst och Region Värmlands hälso- och sjukvård.

Lokala rutiner behöver anpassas efter lokala behov och förutsättningar. De tas fram i dialog mellan huvudmännen i gällande samverkansstruktur och ska beskriva hur samverkan och samarbete ska ske i respektive kommun.

Alla beslutade kommun- och regiongemensamma överenskommelser och riktlinjer inom områdena socialtjänst och angränsande hälso- och sjukvård samt skola samlas på gemensam webbplats tillgänglig för länets kommuner och Region Värmlands verksamheter på vårdgivarwebben.

Hälso- och sjukvård i detta dokument kan syfta på såväl regional som kommunal hälso- och sjukvård

Inför revidering av denna överenskommelse har dialog genomförts i olika forum med representanter från socialtjänst, skola, hälso- och sjukvård, patient-, brukar- och anhörigföreningar för att tillsammans diskutera erfarenheter och lärande.

Utgångspunkter

Nationell strategi

Nationell strategi psykisk hälsa och suicidprevention "Det handlar om livet" visar på riktningen för arbetet i Värmland, [Det handlar om livet – nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention - Regeringen.se](#).

Varje huvudman ansvarar för att främja en kultur av ansvarstagande för samverkanssystemet som helhet och för att de gemensamma inriktningsmålen beaktas vid planering och uppföljning av den egna verksamheten.

Länssamordning för psykisk hälsa och suicidprevention koordinerar arbetet i Värmland.

Värmlands kommuner | Region Värmland

Nationella riktlinjer och nationella vård- och insatsprogram

Socialstyrelsen anger genom nationella riktlinjer vilka insatser huvudmännen i första hand ska genomföra för personer som omfattas av överenskommelsen. Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd och riktlinjer för vård och stöd vid skadligt bruk och beroende är viktiga exempel på detta. Nationella vård- och insatsprogram utvecklas kontinuerligt inom området. Utifrån dessa vård- och insatsprogram arbetar vi i Värmland.

[Kunskapsstyrning vård | SKR](#)

[NPO psykisk hälsa | Kunskapsstyrning vård | SKR](#)

Lagstiftning med koppling till överenskommelsen

Socialtjänstlagen-SOL (SFS 2025:400): Reglerar kommunernas ansvar och åtgärder för att stödja personer med skadligt bruk och beroendeproblem inklusive remisskrav och individuella planer.

Hälso- och sjukvårdslagen - HSL (SFS 2017:30): Styr hälso- och sjukvårdens ansvar, exempelvis vad gäller uppföljning, behandling och samverkan med socialtjänsten.

Patientlagen (2014:821): Inkluderar bestämmelser som säkerställer patientens rätt till information, delaktighet och valfrihet vilket är viktigt vid vårdplanering.

Förvaltningslagen (2017:900): Påverkar hur beslut fattas och hur samverkan ska genomföras mellan olika myndigheter.

Barnkonventionen: Viktig när det gäller barns rättigheter, särskilt om ärenden rör barn till föräldrar med skadligt bruk eller beroendeproblematik.

Delaktighet av brukare/patienter

En utgångspunkt i samverkan mellan huvudmännen är att öka individens och patient-, brukar- och anhörigorganisationernas medverkan för att utveckla vård- och stödinsatser. Personer med egen erfarenhet är en viktig källa till kunskap och ska finnas med i utvecklingsarbete så långt det är möjligt.

Det är angeläget att ha regelbundna dialoger på alla nivåer (individnivå, verksamhetsnivå och systemnivå) med frivilligorganisationer inom området, detta både för att ta del av deras synpunkter och att tillsammans utveckla arbetet.

Ledning

Värmlandsrådet/ordföranderådet (VR/OR) är det politiska forum som ytterst tar ställning till inriktningen för samverkansarenan.

Beredningsgruppen för Nya Perspektiv fungerar som en central grupp som lyfter utmaningar och uppdrag mellan tjänstepersonsnivå och politik inom samverkansarenan Nya Perspektiv och mellan nätverk i systemledningen. Beredningsgruppen ansvarar för att bereda ärenden till politiska styrgruppen samt agenda och ärenden till systemledningen. De tar vid behov fram, reviderar och följer upp överenskommelser, avtal och riktlinjer samt tillser att förteckningen över befintliga överenskommelser, avtal och riktlinjer hålls aktuell

Tre strategiska utvecklingsgrupper: Barn och unga, Vuxna samt Äldre. Syftet med utvecklingsgrupperna är att stimulera samverkan och driva gemensam utveckling i länet inom respektive område med fokus på värde för invånaren.

Samordningsgrupper tillsätts för att koordinera resurser och arbetsinsatser kring ett särskilt satsningsområde som sträcker sig över åldersgränser. Uppdraget kan se olika ut beroende på område och utformas då samordningsgruppen tillsätts.

Samordnade stödinsatser och kompetensutveckling

Anhörigstöd

Regionens hälso- och sjukvård har ett allmänt ansvar för att förebygga ohälsa och har därutöver ett särskilt ansvar i relation till barn som anhöriga. Vårdgivaren ska utifrån ett barns behov erbjuda information, råd och stöd till barnet om barnets förälder, syskon, styvsyskon eller någon annan vuxen som barnet bor tillsammans med:

- har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning
- har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada
- har ett missbruk av alkohol, annat beroendeframkallande medel eller spel om pengar
- utsätter eller har utsatt barnet eller en närstående till barnet för våld eller andra övergrepp
- eller oväntat avlider.

Både hälso- och sjukvård och socialtjänst har ansvar för att tillämpa ett anhörigperspektiv i sina verksamheter.

Enligt socialtjänstlagen (2025:400), SoL, ska socialnämnden ”erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller som stödjer en närstående som har funktionshinder”.

Socialtjänsten har det primära ansvaret för stödet till anhöriga. Socialnämnden ska erbjuda stöd till den som vårdar eller stöder en närstående som är äldre eller långvarigt sjuk och den som stöder en närstående med funktionsnedsättning.

Samordnad individuell plan, SIP

Personer med behov av insatser och stöd från både hälso- och sjukvård och socialtjänst kan behöva samordning av dessa. Samordnad individuell plan, SIP, är ett verktyg som ska användas vid behov av samordning och som bidrar till ett helhetsperspektiv, delaktighet och avlastning för individen.

En SIP ska göra det tydligt för den enskilde personen, för närstående och för personalen vem som ansvarar för vad i efterföljande vård och omsorg. SIP ger också möjlighet att bli delaktig i sin egen vård och att medverka i planeringsarbetet, med målet att få en fungerande vardag

Den som arbetar inom kommun eller region och upptäcker ett behov av samordning har ett ansvar för att starta upp arbetet med en SIP. Även en enskild person, dennes närstående eller vårdnadshavare kan efterfråga en SIP. Den som arbetar enligt Socialtjänstlagen (SoL) eller Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och blir tillfrågad är skyldig att utreda behovet och eventuellt starta upp arbetet med planering av ett SIP-möte. Den som arbetar enligt HSL eller SoL är enligt lag skyldig att medverka om den blir kallad till en SIP. Även skola och elevhälsa har en viktig roll i SIP-arbetet och kan initiera en SIP.

Läs mer om samordnad individuell plan (SIP) på vårdgivarwebben.

Samverkan vid in- och utskrivning från slutenvården

Kommuner och regionen ska samarbeta kring och med patienter vid in- och utskrivning från slutenvård för att erbjuda en god och säker vård och omsorg med kontinuitet. Övergången mellan olika vårdgivare ska ske så smidigt som möjligt för patienten/klienten/brukaren.

Hjälpmedel

Hjälpmedelsservice är en del av hjälpmedelsorganisationen i Värmland. En gemensam hjälpmedelsnämnd finns i länet. Nämnden ansvarar för att hjälpmedelsförsörjningen i Värmland ska ske på lika villkor oavsett var individen bor i länet genom riktlinjer för förskrivning och vilka produktgrupper inom hjälpmedelsområdet som ska tillhandahållas. Regionen ansvarar för hjälpmedel till barn och unga samt

tekniskt avancerade hjälpmedel till vuxna personer med funktionsnedsättningar inom rörelse-, kognitions- och kommunikationsområdet. Kommunerna ansvarar för resterande hjälpmedel till vuxna.

Kompetensutveckling

Gemensam kompetensutveckling i länet bör eftersträvas. Särskilt gäller detta för nationella riktlinjer och nya nationella vård- och insatsprogram samt nya lagar och förordningar som har betydelse för samverkan kring målgruppen.

Definitioner och begrepp

Anhöriga och närstående: Används som samlande begrepp både för de personer som är anhöriga till individen juridiskt sett och de personer som individen själv anser sig ha en nära relation till.

Barn: Individer under 18 år.

Beroende: En konsumtion som ger toleransutveckling, abstinens, kontrollförlust och man fortsätter trots risk för kroppsliga skador och där användning prioriteras. För exakt definition se ICD-10.

Individ/person: Används som samlande begrepp för klient, brukare och patient. Begreppet har valts för att det är neutralt och kan användas även i texter som berör både hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Psykisk ohälsa: Psykisk ohälsa är ett sammanfattande begrepp som inkluderar både mindre allvarliga psykiska tillstånd och mer allvarliga symtom som uppfyller kriterierna för en psykiatrisk diagnos.

Psykisk funktionsnedsättning: En psykisk funktionsnedsättning innebär att man har nedsatta kognitiva förmågor som gör det svårt för en person att fungera i vardagen. Det kan vara i olika grad och påverka livet olika mycket.

Samsjuklighet: Skadligt bruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos och närliggande tillstånd (samsjuklighetsutredningen 2023).

Skadligt bruk: En konsumtion som kan orsaka omfattande psykiska, fysiska och sociala konsekvenser för individen. För exakt definition se ICD-10.

Socialtjänst: Med socialtjänst avses i första hand den verksamhet som regleras genom bestämmelser i socialtjänstlagen (SoL), Lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU), Lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) och Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

SIS: Staten verkställer vård enligt LVU och LVM efter beslut av kommun och domstol.

Plan för uppföljning

Mätpunkter

Framgångsfaktorer

Antal verksamheter som beskriver fungerande samverkan och vilka modeller/metoder som används.

Brister

Antal återkommande hinder till exempel kompetens, rutiner eller informationsöverföring.

Utvecklingsområden

Områden som identifieras i brukarrevision, dialoger, avvikelser eller systemledningens diskussioner.

Uppföljning

Ansvar

Beredningsgruppen för Nya Perspektiv: Initierar uppföljning vart tredje år i samband med revidering.

Strategiska utvecklingsgrupper: Samlar in data, sammanställer underlag, analyserar.

Systemledningen: Tar emot resultatet, beslutar om åtgärder, säkerställer spridning.

Brukarorganisationer: Genomför brukarrevisioner och ger återkoppling.

Huvudmännen: Säkerställer att verksamheter följer överenskommelsen och bidrar med data.

Plan för implementering och kommunikation

Varje huvudman har ansvar för implementering av överenskommelsen. Samverkan och implementering sker inom systemledningsstrukturen och berörda verksamheter. Strategiska utvecklingsgrupper bidrar till framttagande, revidering och avveckling av lagstadgade länsgemensamma överenskommelser.

Stöd för implementering

Två digitala tillfällen anordnas som stöd för implementering, där det finns möjligheter till frågor.

Information ges också på lämpliga tillfällen i systemledningen.

Information ges till brukarorganisationerna

Kommunikation och publicering

Samtliga beslutade kommun- och regiongemensamma dokument publiceras på [webbplats](#) som är lätt tillgänglig och känd för kommuner och regionen. Publiceringen länkar till Vida (extern åtkomst).

Bilaga

De ansvar som listas används som en grund för att utveckla och förstärka samverkan snarare än enbart för att beskriva vem som gör vad.

Personer med skadligt bruk och beroende

Problematiken kring skadligt bruk och beroende är ofta komplex vilket kräver samordnade insatser för att möta individens hela livssituation. Dessa insatser kan ske parallellt. Vården och stödet omfattar ett brett spektrum av insatser inom både det sociala och medicinska området.

Kommuner och regioner har ett gemensamt ansvar för att:

- Erbjuda stöd och behandling till personer med skadligt bruk eller beroende utifrån sina ansvarsområden.
- Socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens uppgifter ska samordnas i ett välfungerande vård- och stödsystem som utgår från individernas olika behov och önskemål.
- Kommuner och regioner har olika formella möjligheter att erbjuda behandling och stöd. Båda huvudmännen kan enligt lagstiftningen erbjuda psykosocial behandling.

Socialtjänsten:

- Ska arbeta förebyggande för att upptäcka och ingripa tidigt och erbjuda lättillgängliga och snabba insatser även utan individuell behovsprövning.
- Har ett ansvar för att den enskilde får stöd och vård för att komma ur ett skadligt bruk och beroende.

Värmlands kommuner | Region Värmland

- När det gäller barn och unga har socialtjänsten ett särskilt ansvar. Socialnämnden ska aktivt arbeta för att förebygga och motverka skadligt bruk och beroende bland barn och unga.
- Har ett generellt ansvar för stödinsatser. Den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt har rätt till bistånd av socialnämnden för sin försörjning och för sin livsföring i övrigt.
- Ska i sin verksamhet främja den enskildes rätt till arbete, bostad och utbildning. För människor med funktionsnedsättningar (där personer med samtidigt skadligt bruk eller beroende kan vara en grupp) ska socialnämnden medverka till att den enskilde får en meningsfull sysselsättning och får bo på ett sätt som är anpassat efter hans eller hennes behov av särskilt stöd.
- Ansvarar för att ansöka om tvångsvård hos förvaltningsrätten enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM, när det finns skäl att tvångsvårda någon på grund av skadligt bruk eller beroende.

Regionen ansvarar för:

- Att erbjuda medicinsk behandling inklusive
 - läkemedelsbehandling (till exempel LARO-behandling)
 - abstinensvård
 - behandling av fysiska sjukdomar eller andra psykiatriska tillstånd som uppstår till följd av beroendet
- Att samarbeta med kommunerna för en helhetssyn.
- Hälso- och sjukvården, vilket inkluderar att medicinskt förebygga, utreda och behandla skadligt bruk och beroende.

Värmlands läns vårdförbunds ansvar

Värmlands läns vårdförbund är ett kommunalförbund där Värmlands 16 kommuner är medlemmar. Förbundet ska tillvarata medlemskommunernas gemensamma intressen och verka för samarbete över kommungränserna. Verksamheten inom förbundet ska, inom ramen för den kommunala självstyrelsen, vara till kommunal nytta och skapa mervärde för medlemmarna.

Förbundet har som uppdrag att bidra till att kommunernas behov av insatser för barn, ungdomar och vuxna enligt de bestämmelser som anges i socialtjänstlagen (SOL) och lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU), tillgodoses. Uppdraget omfattar att driva HVB (hem för vård eller boende) för barn, familjer, ungdomar och vuxna. Förbundet har ett särskilt uppdrag att bidra till den övergripande utvecklingen av arbetet kring personer med skadligt bruk och beroende.

Värmlands läns vårdförbund medges också att, när medlemmarna så önskar, vara huvudman för andra kommunala kompetensområden, företrädesvis sociala verksamheter, annan vård och omsorg, boende samt rådgivning.

Samordning och gemensam utveckling

Region Värmland och länets kommuner har bildat en **samordningsgrupp** med strategiskt uppdrag att hålla ihop det fortsatta arbetet i samsjuklighetsutredningens riktning. Länets kommuner och Region Värmland ansvarar för att representation finns från verksamheter som berörs. Samordningsgruppen är en del av **systemledningen i Värmland** och kan lyfta frågor till beredningsgrupp och politisk ledning.

Samordningsgruppen ska:

- Skapa förutsättningar för utveckling.
- Hantera resursfrågor öppet och respektfullt.
- Initiera och följa upp piloter och utvecklingsinsatser.
- Verka för att ”tänka nytt” och testa nya arbetssätt som främjar målgruppen.

Värmlands kommuner | Region Värmland

Titel	Dokumentidentitet	Version	Giltig t.o.m.	Sida
Överenskommelse om samverkan kring personer med psykiska funktionsnedsättningar och personer med skadligt bruk och beroendeproblematik	RIK-33008	1	2028-02-24	10 (11)

Samordningsgruppen har ett inledande fokus på fyra områden:

1. **Starkare vårdkedja**
2. **Förstärkt samverkan**
3. **Första linjens primärvård**
4. **Barn och unga**

Arbetet sker i samspel mellan samordningsgruppen, arbetsgrupper och berörda aktörer där samordningsgruppen har ett särskilt ansvar för uppföljning.

Länets kommuner och Region Värmland arbetar med inriktning för en sammanhållen vårdkedja. Det innebär att kommunikation förs mellan kommun och regionens hälso- och sjukvård samt andra eventuella huvudmän.

Personer med psykiska funktionsnedsättningar

Kommunens ansvar för målgruppen

- Bedriva uppsökande arbete och upplysa om kommunens verksamheter.
- Utredda och utfärda biståndsbeslut på grund av psykisk funktionsnedsättning enligt LSS.
- Tillhandahålla boende och stöd i vardagen så att personen får möjlighet att bo på ett sätt som är anpassat för hens behov.
- Medverka vid öppen psykiatrisk tvångsvård enligt vårdplaner som upprättas.
- Erbjuder meningsfull sysselsättning och/eller stöd för att arbeta eller studera samt arbetsrehabilitering.
- Erbjuder stöd till anhöriga och närstående.
- Ansvara för LVU och LVM.
- Ansvara för att erbjuda barn i förskola och skolan adekvat stöd och hjälp vid psykisk funktionsnedsättning.
- Ansvara för personliga ombudsverksamheten.
- Erbjuder gemensamma utbildningsinsatser för personal från båda huvudmännen där så är möjligt.

Region Värmlands ansvar för målgruppen

- Erbjuder hälso- och sjukvård. Medicinskt bedöma, utreda och behandla sjukdomar och skador för målgruppen (de olika delarna inom hälso- och sjukvården har här olika ansvar vilket regleras i interna dokument i regionen).
- Tvångsvård i enlighet med LPT (lag om psykiatrisk tvångsvård) och LRV (lag om rättspsykiatrisk vård), sluten- eller öppenvård.
- Motverka somatisk ohälsa, skada och förtida död samt uppmärksamma behov av tandvård.
- Upprätta säkerhetsplaner vid behov.
- Erbjuder stöd till anhöriga och närstående.
- Erbjuder gemensamma utbildningsinsatser för personal från båda huvudmännen där så är möjligt.
- Råd stöd i enlighet med LSS (Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade).

PROTOKOLL
2026-04-14

§ 60 Information, pågående projekt

Diarienummer SOC 2026/61

Socialnämndens beslut

Socialnämnden tackar för informationen.

Sammanfattning av ärendet

Socialchef Lukas Löfstrand informerar om pågående projekt.

- Nya socialtjänstlagen
- Skolsamverkan 2.0
- Skolsociala team
- Värmlands unga i arbete
- Värmland samArbetar
- Bryggan

Beslutet skickas till

Lukas Löfstrand, socialchef

PROTOKOLL
2026-04-14

§ 61 Information från politiker

Diarienummer SOC 2026/59

Socialnämndens beslut

Socialnämnden tackar för informationen.

Sammanfattning av ärendet

Ordförande Tommy Olsson (S) informerar från vårdförbundet om samsjuklighet.

Gunilla Toreheim (S) informerar om en bok "Feel it Heal it". Det är ett UF-företag som producerar en boken som ger en introduktion till psykisk ohälsa och diagnoser. Med fokus på att öka kunskapen om ämnet.

PROTOKOLL
2026-04-14

§ 62 Information från socialförvaltningen

Diarienummer SOC 2026/60

Socialnämndens beslut

Socialnämnden tackar för informationen.

Sammanfattning av ärendet

Chef central administration Petra Frykensjö informerar hur arbetet fortskrider,

- Schemaläggning
 - Verksamhetsbesök - Dalbygården
 - Periodplanering - sommaren
 - Hållbara scheman - Studiebesök
- Samverkan
 - Kommunal, Nästa träff i Maj
 - HR, Antal pass i rad
 - Rutin för semesterdagar & fridagar
- Rekrytering
 - GoCare
 - Facebook
 - Snapchat
 - Tiktok
 - Torsbybladet 15/4
 - Flest ansökningar sker statistiskt i maj
 - 114 ansökningar timvik/sommarvik (71 tidigare)
 - 14 klara (7 tidigare)
 - 37 under upplärning (31 tidigare)
 - 4 inbokade på intervju (9 tidigare)
 - 33 ej aktuella (16 tidigare)
 - 2 annan anställningform
 - Resterande inget svar/pågående tidsbokning (24)

PROTOKOLL
2026-04-14

- Planering hemtjänst
 - Omorganisering hemtjänst
 - Omfördelning av områden planerare 14/4 (start 25/5)
 - Ny rekrytering planerare, start 1/5

Verksamhetschef vård och omsorg Carina Stolpe informerar om renoveringsarbetet som var klart januari 2026 på Lövenenstran. Under vecka 15 såg man att ett rör gått sönder i det nya köket på avdelningen Nyhem. Nu väntar man på att det ska fuktmätas för att se vad man ska göra för åtgärder.

Socialchef Lukas Löfstrand informerar om svaret på OSA-enkäten.

Handlingar i ärendet

PowerPoint från chef central administration Petra Frykensä, bilaga till protokollet.

Beslutet skickas till

Lukas Löfstrand, socialchef

Carina Stolpe, verksamhetschef vård och omsorg

Petra Frykensä, chef central administration

Central administration

2026-04-14

Schemaläggning

- Verksamhetsbesök
 - Dalbygården
- Periodplanering sommaren
- Hållbara scheman
 - Studiebesök

Samverkan

Kommunal
- Nästa träff i Maj

HR
- Antal pass i rad
- Rutin för
semesterdagar &
fridagar

Rekrytering

- GoCare
 - Facebook
 - Snapchat
 - Tiktok(Ändrat algoritmer)
- Torsbybladet 15/4
- Flest ansökningar sker statistiskt i maj

Rekrytering

- 114 ansökningar timvik/sommarvik (71 tidigare)
 - 14 klara (7 tidigare)
 - 37 under upplärning (31 tidigare)
 - 4 inbokade på intervju (9 tidigare)
 - 33 ej aktuella (16 tidigare)
 - 2 annan anställningform
 - Resterande inget svar/pågående tidsbokning (24)

Planering hemtjänst

- Omorganisering hemtjänst
- Omfördelning av områden planerare 14/4 (start 25/5)
- Ny rekrytering planerare, start 1/5