

Omvårdnadsnämnden

Kallelse och föredragningslista

Sammanträdatedatum: 2026-03-24

Sammanträdestid: kl. 08:30-12:00

Plats: Valfärd Gävle, Magasinsplan 19, Gevaliasalen

Övrig information:

Om du inte kan delta anmäler du det till Lena Wigg.

Gruppmöten:

Den 24 mars, klockan 07.30-08.30, Magasinsplan 19. Lokaler finns tillgängliga enligt följande:

(S), (MP), (C), (L), (KD): Gevaliasalen

(M): Intensivo, plan 1

(SD), Ebony, plan 1

(V): Espresso, plan 2

Presskonferens:

Den 24 mars kl 13.00, Valfärd Gävle, Magasinsplan 19 (separat inbjudan kommer).

Eva Älander (S), ordförande

1. Mötets öppnande

2. Upprop

3. Val av justerare

4. Fastställande av föredragningslista

5. Anmälan av beredning

Ärendebeskrivning

Beredning har ägt rum 2026-03-11, kl 08.15- 08.40

Närvarande var ordförande Eva Ålander (S) 1:e vice ordförande Ullrica Hurtig Hedin (KD) och 2:e vice ordförande Anders Jansson Gladh (M).

6. Informationsärende: Aktuellt från sektor Velfärd

Ärendebeskrivning

Informationsärende. Föredragande: Magnus Höijer.

- Svar på frågor från (V) - Livsmedelsförsörjning
- Svar på frågor från (V) - Projekt hemtjänst Brynäs
- Svar på frågor från (M) - Hur många kunder har en undersköterska ansvar för som fast omsorgskontakt?
- Frågor från (M) - Obesvarade frågor kring boendeplanen för 2026 (svar i april)
- Frågor från (M) - Vad innebär bom tid? (svar i april)

Handlingar i ärendet

- Borttagen på grund av sekretess
- Borttagen på grund av sekretess
- Svar på frågor från (V) - Projekt inom hemtjänsten Brynäs
- Frågor från (V) till sektor Velfärd – Projekt hemtjänst Brynäs
- Svar på frågor från (M) - Antal kunder för undersköterska som fast omsorgskontakt
- Frågor från (M) – Hur många kunder har en undersköterska ansvar för som fast omsorgskontakt?

- Frågor från (M) – Obesvarade frågor kring boendeplanen för 2026
- Frågor från (M) – Vad innebär bom tid?

7. Beslutsärende: Ekonomisk månadsrapport för Omvårdnadsnämnden, februari 2026

Diarienummer: 26ON54

Förslag till beslut

- Att godkänna den ekonomiska månadsrapporten för omvårdnadsnämnden avseende februari 2026.

Ärendebeskrivning

Beslutsärende. Föredragande: Emma Edorsson.

Handlingar i ärendet

- Missiv Ekonomisk månadsrapport för Omvårdnadsnämnden, februari 2026
- Bilaga 1 Ekonomisk månadsrapport för Omvårdnadsnämnden, februari 2026

8. Beslutsärende: Omvårdnadsnämndens plan för Intern styrning och kontroll år 2026

Diarienummer: 26ON53

Förslag till beslut

-

Att anta plan för intern styrning och kontroll med internkontrollplan år 2026.

Ärendebeskrivning

Beslutsärende. Föredragande: Martin Wagner.

Handlingar i ärendet

- Missiv, Omvårdnadsnämndens plan för Intern styrning och kontroll år 2026
- Omvårdnadsnämndens plan för Intern styrning och kontroll år 2026

9. Beslutsärende: Demensstrategi

Diarienummer: 26ON68

Förslag till beslut

- Att Omvårdnadsnämnden antar Demensstrategin som sin egen, samt
- Att strategin och de aktiviteter som genomförs i handlingsplanen återskapas till Omvårdnadsnämnden i samband med delår.

Ärendebeskrivning

Beslutsärende. Tillgänglig vid frågor: Helén Polmé.

Handlingar i ärendet

- Tjänsteskrivelse - Demensstrategi 2026-2030
- Demensstrategi 2026-2030
- Svar från Demensföreningen
- Svar från Kommunala pensionärsrådet

10. Beslutsärende: Yttrande - Uppföljande granskning avseende läkemedel

Diarienummer: 26ON27

Förslag till beslut

- Att anta yttrandet som sitt eget,
- Att sektor Valfärd Gävle får i uppdrag att arbeta vidare enligt föreslagen handlingsplan, samt

- Att en uppföljning av genomförandet av handlingsplanen ges till Omvårdnadsnämnden i maj samt december 2026, samt
- Att paragrafen förklaras omedelbart justerad.

Ärendebeskrivning

Beslutsärende. Tillgänglig vid frågor: Anneli Lindblom.
OBS svar 25/3.

Handlingar i ärendet

- Yttrande - Uppföljande granskning av läkemedelshantering inom sjukvård och hemtjänst
- Uppföljande granskning av läkemedelshantering inom sjukvård och hemtjänst, dnr:25REK32
- Granskningsrapport - Uppföljande granskning av läkemedelshantering inom hemsjukvård och hemtjänst (25REK32-2)

11. Beslutsärende: Initiativärende (V) – Flyttlots för äldre

Diarienummer: 26ON99

Ärendebeskrivning

Beslutsärende. Föredragande: Magnus Höijer/Caroline Engberg.

Handlingar i ärendet

- Initiativärende (V) – Flyttlots för äldre

12. Beslutsärende: Delegationsbeslut

Diarienummer: 26ON55

Förslag till beslut

- Att godkänna redovisningen av delegationsbeslut.

Ärendebeskrivning

Beslutsärende.

Handlingar i ärendet

- Delegationsbeslut - sammanställning
- Borttagen på grund av sekretess
- Borttagen på grund av sekretess

13. Beslutsärende: Kurser/konferenser

Ärendebeskrivning

Beslutsärende.

14. Kommande beslut: Upphandling av vård- och omsorgsplatser

Diarienummer: 26ON89

Ärendebeskrivning

Kommande beslut. Föredragande: John Larsson.

Handlingar i ärendet

- Tjänsteskrivelse - Upphandling vård- och omsorgsplatser
- Checklista Näringslivskonsekvensanalys 26ON89
- Barnchecklista 26ON89

15. Kommande beslut: Motion från Vänsterpartiet (V) - Trygghetslarm

Diarienummer: 26ON45

Ärendebeskrivning

Kommande beslut. Föredragande: Elin Fridell.

Handlingar i ärendet

- Yttrande - Motion (V) - Trygghetslarm
- Missiv från Vänsterpartiet (V) - Trygghetslarm, 25KS338. Svarsdatum 260522.
- Motion från Vänsterpartiet (V) - Trygghetslarm. 25KS338.

16. Informationsärende: Information om Hjärnkontakt

Ärendebeskrivning

Informationsärende. Föredragande: Marie Bengtsson.

17. Informationsärende: Anmälningssärenden

Diarienummer: 26ON80

Ärendebeskrivning

Informationsärende.

Handlingar i ärendet

- Riktlinje för Kommunstyrelsens uppsiktsplikt. Beslutad i KF 2026-02-16 § 7(644164)
- §7 KF Riktlinje för kommunstyrelsens uppsiktsplikt(647527)
- §6 KF Omfördelning av kommunbidrag år 2026(647525)
- Policy för försäkring av egendom, ansvar och olycksfall. Beslutad i KF 2026-02-16 § 8(643703)
- §8 KF Försäkringspolicy(647531)
- Protokollsutdrag § 27 Anmälningssärenden

Informationsärendet: Aktuellt från sektor Valfärd

6



Tjänsteskrivelse

2026-03-09

Handläggare:

Helén Polmé
Tfn 026- 17 80 00
helen.polme@gavle.se

Diarienummer: 26ON95

Nämnd:

Omvårdnadsnämnden

Sektor Vårlds svar på frågor från (V) – Projekt inom hemtjänsten Brynäs

Bakgrund

Maud Liljeqvist (V) har inkommit med frågor till Sektor Vårld angående projekt inom hemtjänsten Brynäs.

Sektor Vårlds svar på frågorna

"Det har under ett par år pågått ett projekt inom hemtjänsten på Brynäs, initierat av enhetschef Kicki Råstock. Det handlade dels om arbetsfördelning som innebar att tjänstgörande undersköterskor planerade och fördelade kunderna mellan sig. Syftet var delaktighet och samverkan."

Är det projektet fortfarande levande?

Projektet är i nuläget inte aktivt och drivs därför inte vidare.

Beskriv effekten av projektet oavsett om svaret är ja eller nej

En bra effekt av uppdraget är att ett antal undersköterskor har erbjudits och genomfört en repetitionsutbildning i delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter, vilket bidrar till en ökad kunskap och trygghet i befintligt arbete.

"Brynäs hemtjänst jobbade även med kompetensutveckling hos personalen i samverkan med hemsjukvården."

Hur fungerar det i dag?

Tidigare projekt gällande fortbildning i delegerade hälso- och sjukvårdsuppdrag är inte längre aktuellt.

Teamsamverkan mellan hemsjukvården och hemtjänsten fortsätter. Möjlighet till kompetensutveckling finns, men den påverkas ibland av tillgängliga resurser.

Genomförs det på andra områden, såsom andra hemtjänstområden eller vård- och omsorgsboende?

Kompetensutveckling pågår kontinuerligt inom enheter utifrån identifierade behov och tillgängliga resurser. Insatserna syftar till att stärka personalens kunskap och säkerställa kvalitet och patientsäkerhet. Utbildning genomförs även på individnivå med fokus på delegeringsbara uppgifter för att säkerställa korrekt och trygg hantering.

Vad kan det röra sig om för kompetensutveckling?

Det är inom hälso- och sjukvård för omvårdnadspersonal som omfattar grundläggande omvårdnad, hygienrutiner, observation av hälsotillstånd samt hantering av delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter.

Förflytningsutbildning har påbörjats under februari 2026 för all omvårdnadspersonal. Utbildning i HLR kommer även fortsättningsvis att genomföras för att säkerställa personalens kunskap och beredskap i akuta situationer.

Vilken effekt har kompetensutveckling som genomförts?

All genomförd kompetensutveckling bidrar till ökad kunskap och trygghet hos personalen samt stärker kvaliteten i vård- och omsorgsarbetet. Samtidigt finns ett fortsatt behov av att planera och genomföra ytterligare kompetensutvecklingsinsatser för att möta verksamhetens behov och säkerställa en god kvalitet.

Magnus Höjer
Sektorchef
Sektor Velfärd



Frågor till omvårdnadsnämnden i Gävle kommun

Det har under ett par år pågått ett projekt inom hemtjänsten på Brynäs, initierat av enhetschef Kicki Råstock. Det handlade dels om arbetsfördelning som innebar att tjänstgörande undersköterskor planerade och fördelade kunderna mellan sig. Syftet var delaktighet och samverkan.

1. Är det projektet fortfarande levande?
2. Beskriv effekten av projektet oavsett om svaret är ja eller nej.

Brynäs hemtjänst jobbade även med kompetensutveckling hos personalen i samverkan med hemsjukvården.

1. Hur fungerar det i dag?
2. Genomförs det på andra områden, såsom andra hemtjänstområden eller vård- och omsorgsboende?
3. Vad kan det röra sig om för kompetensutveckling?
4. Vilken effekt har kompetensutveckling som genomförts?

Hedesunda 17 februari 2026
Maud Liljeqvist, Vänsterpartiet



Tjänsteskrivelse

2026-03-13

Handläggare:

Lisa Allemo
Tfn 026- 17 80 00
lisa.allemo@gavle.se

Diarienummer: 26ON140

Nämnd:

Omvårdnadsnämnden

Sektor Velfärds svar på frågor från (M) – Hur många kunder har en undersköterska ansvar för som fast omsorgskontakt?

Bakgrund

Anders Jansson Gladh (M) har inkommit med frågor till Sektor Velfärd angående antal kunder för en undersköterska som fast omsorgskontakt.

Sektor Velfärds svar på frågorna

En fast omsorgskontakt är en utsedd undersköterska inom hemtjänsten som ansvarar för att samordna, anpassa och skapa trygghet kring en äldre persons stöd. Sedan 1 juli 2022 har alla med hemtjänst rätt till detta, och från juli 2023 krävs att personen är utbildad undersköterska för att öka kontinuitet och kvalitet i vården.

2023 införde Velfärd Gävle fast omsorgskontakt även inom vård- och omsorgsboende.

Socialtjänstlagen reglerar *att* en fast omsorgskontakt ska utses inom hemtjänsten men det finns inga direktiv kring hur många kunder en undersköterska kan vara fast omsorgskontakt för. Det blir därför enhetschefens ansvar att fördela arbetet utifrån kundernas behov och verksamhetens förutsättningar.

För att kunna besvara de inkomna frågorna har kontakt tagits direkt med enhetscheferna både inom kommunal och privat hemtjänst respektive vård- och

omsorgsboende. Det förekommer att kunderna får två utsedda omsorgskontakter där oftast en är den huvudsakliga kontakten och en går in vid frånvaro. Det saknas svar från några utförare.

Hur många kunder i medeltal har en undersköterska i hemtjänsten?

Inom kommunal hemtjänst är en undersköterska fast omsorgskontakt för ungefär sex kunder.

Inom privat hemtjänst är en undersköterska fast omsorgskontakt för ungefär sju kunder.

Hur många kunder i medeltal har en undersköterska i vård- och omsorgsboenden?

I kommunala vård- och omsorgsboenden är en undersköterska fast omsorgskontakt för ungefär två kunder.

I privata vård- och omsorgsboenden är en undersköterska fast omsorgskontakt för ungefär två kunder.

Magnus Höijer
Sektorchef
Sektor Velfärd



Fråga till Sektor Velfärd – Hur många kunder har en Undersköterska ansvar för som fast omsorgskontakt?

En fast omsorgskontakt är en utsedd undersköterska inom hemtjänsten som ansvarar för att samordna, anpassa och skapa trygghet kring en äldre persons stöd. Sedan 1 juli 2022 har alla med hemtjänst rätt till detta, och från juli 2023 krävs att personen är utbildad undersköterska för att öka kontinuitet och kvalitet i vården.

Fråga 1) Hur många kunder i medeltal har en undersköterska i hemtjänsten?

Fråga 2) Hur många kunder i medeltal har en undersköterska i Vård- och omsorgsboenden?

Anders Jansson Gladh (M)

Fråga till Sektor Välfärd – Obesvarade frågor rörande Boendeplan för särskilt boende för äldre 2026 – 2030 med utblick mot 2035.

Vid Omvårdnadsnämnden sammanträde den 2026-02-24 redovisades Boendeplan för särskilt boende för äldre 2026 – 2030 med utblick mot 2035. Vi Moderater hade ett antal frågor om brytpunkten för när hemtjänst blir dyrare än att flytta in på särskilt boende i Gävle kommun och R9 kommunerna samt när befolkning över 65+ flyttar in på vård- och omsorgsboenden. Tyvärr kunde ingen svara på detta före beslut i nämnden.

Fråga 1)

Vilken är medelkostnaden för en plats på Vård- och omsorgsboende i Gävle kommun samt medelkostnaden för en plats på Särskiltboende i R9 kommuner?

Fråga 2)

Vilken är medelkostnaden för en hemtjänststimme i Gävle kommun samt medelkostnaden för en hemtjänststimme i R9 kommuner?

Fråga 3)

Varför har Gävle en betydligt högre brytpunkt, då det är för kommunen mera lönsamt att erbjuda plats på Vård- och omsorgsboende, på 128 timmar/hemtjänsttagare än de övriga R9 kommuner med en brytpunkt på 77,7 timmar/hemtjänsttagare?

Fråga 4)

Varför visar statistik att Gävle kommuns befolkning över 65+ nyttjar betydligt fler timmar av hemtjänst (ca 70 timmar/hemtjänsttagare) månaden innan inflytt till vård- och omsorgsboende, än vad liknande kommuners (R9) invånare gör (56,3 timmar/hemtjänsttagare)?

Anders Jansson Gladh (M)



Fråga till Sektor Velfärd – Vad innebär bom tid?

Vi Moderater har vid verksamhetsbesök inom omsorgen fått frågan om bom tid, vi har även fått olika förklaringar vad det är och hur det beräknas. Bom tid är hemtjänsttid man ej får ersättning för. Hur räknas bom tid?

Anders Jansson Gladh (M)

Beslutsärende: Ekonomisk
månadsrapport för
Omvårdnadsnämnden,
februari 2026

7

26ON54



Tjänsteskrivelse

2026-03-13

Diarienummer: 26ON54

Handläggare:

Emma Edorsson
026-17 88 37
emma.edorsson@gavle.se

Nämnd:

Omvårdnadsnämnd

Ekonomisk månadsrapport för omvårdnadsnämnden, februari 2026

Förslag till beslut

Att godkänna den ekonomiska månadsrapporten för omvårdnadsnämnden
avseende februari 2026.

Ärendebeskrivning

Akkumulerat resultat uppgår till -1,2 mnkr för hela nämndens ansvarsområde. Utfallet avviker mot budget med -8 mnkr.

Nämndens personalkostnader avviker med -8 mnkr, den största avvikelsen avser vård- och omsorgsboende men även hemtjänsten har negativ avvikelse mot budget som delvis har att göra med volymen utförd tid. Hemtjänstverksamheten har lägre volymer är förväntat i både egen och extern regi. I externa vård- och omsorgsboenden har det under ackumulerad period funnits tomma platser, vilket innebär positiv avvikelse för köpt verksamhet. Kostnaderna för inhyrda sjuksköterskor är fortsatt höga och uppgår till ca 6 mnkr.

Vissa riktade statsbidrag är budgeterade, dock har ansökningsperioden för dessa statsbidrag inte börjat vilket resulterar i negativ avvikelse. Även taxor och avgifter har negativ avvikelse mot budget och är lägre än för samma period föregående år. Detta har att göra med att Konsumentverkets rekommendationer om kostnader för mat har lägre nivå än föregående år, vilket innebär lägre avgifter för våra kunder men även negativ avvikelse på nämndens intäkter.

Gällande vård- och omsorgsboenden är målsättningen att arbeta hem så mycket det går av avvikelserna utifrån de planerade och pågående åtgärderna. Det handlar om dialoger och arbeten i personalgrupperna, analyser med hjälp av schema- och planeringsteamet samt arbete med utvecklingsstegen. Även hemtjänsten förväntas kunna arbeta hem negativ avvikelse under året. Det pågår redan åtgärder i form av personalplanering samt arbete med korttidsfrånvaron. För hälso- och sjukvården befaras kostnader för hyrsköterskor överskrida budget.

Nämnden förväntas få riktade statsbidrag som ännu inte är ansökta/beslutade, vilket kan komma att täcka delar av de kostnader vi har som faller inom villkoren för dessa bidrag, i syfte att förbättra verksamheterna. I och med detta lämnar nämnden en prognos i noll. Ett större prognosarbete görs i delår 1.

Investeringsbudget för året uppgår till 9,6 mnkr. Inga investeringar har gjorts för ackumulerad period.

Beslutsunderlag

I bifogad bilaga 1 redovisas omvårdnadsnämndens resultat och investeringar för februari 2026.

Magnus Höjjer

Sektorchef

Sektor Valfärd

Månadsrapport till nämnd

Omvårdnadsnämnd

Feb 2026

2026-03-13

Diarienummer: 26ON54

Handläggare: Emma Edorsson

Innehållsförteckning

1 Resultatrapport.....	3
2 Resultat	3
3 Årsprognos	6
4 Investeringsverksamhet	7
5 Sammanfattande kommentarer till kommunstyrelsen (FU).....	7

1 Resultatrapport

Omvårdnadsnämnden	Utfall fg år	Utfall	Budget	Avvikelse mot budget	Förändring %	Budget
	202501-202502	202601-202602	202601-202602		2026 / 2025	202601-202612
Intäkter						
Taxor och avgifter	20 220	19 638	20 551	-914	-2,9%	123 308
Hysesintäkter	9 349	9 391	9 493	-102	0,4%	56 957
Statsbidrag	1 459	188	3 806	-3 617	-87,1%	22 834
Övriga intäkter	11 795	9 855	9 802	53	-16,4%	59 820
Kommunbidrag	246 710	245 477	245 477	0	-0,5%	1 472 862
Summa intäkter	289 532	284 549	289 129	-4 580	-1,7%	1 735 781
Kostnader						
Personalkostnader	-139 724	-145 852	-137 835	-8 017	4,4%	-848 681
Inhyrd personal och konsulter	-6 372	-6 892	-343	-6 549	8,2%	-2 057
Bidrag och transfereringar	-500	-344	-274	-70	-31,2%	-1 645
Köp av verksamhet och entreprenader	-88 346	-83 125	-90 077	6 952	-5,9%	-557 258
Hyror och fastighetskostnader	-29 369	-28 722	-29 580	858	-2,2%	-180 224
Övriga kostnader	-5 414	-5 417	-7 183	1 767	0,0%	-43 100
Material och förbrukning	-5 846	-5 677	-6 641	964	-2,9%	-39 848
Fordon och transporter	-3 036	-3 217	-3 498	281	6,0%	-20 988
Måltider	-4 835	-4 582	-4 977	395	-5,2%	-30 641
Avskrivningar och intern ränta	-1 879	-1 874	-1 890	15	-0,3%	-11 339
Summa kostnader	-285 320	-285 702	-282 299	-3 403	0,1%	-1 735 781
Resultat	4 212	-1 152	6 830	-7 982		0

2 Resultat

Sammanfattning av resultatet för omvårdnadsnämnden, februari 2026

Ackumulerat resultat uppgår till -1,2 mnkr för hela nämndens ansvarsområde. Utfallet avviker mot budget med -8 mnkr.

Nämndens personalkostnader avviker med -8 mnkr, den största avvikelsen avser vård- och omsorgsboende men även hemtjänsten har negativ avvikelse mot budget som delvis har att göra med volymen utförd tid.

Hemtjänstverksamheten har lägre volymer är förväntat i både egen och extern regi. I externa vård- och omsorgsboenden har det under ackumulerad period funnits tomma platser, vilket innebär positiv avvikelse för köpt verksamhet.

Kostnaderna för inhyrda sjuksköterskor är fortsatt höga och uppgår till ca 6 mnkr.

Vissa riktade statsbidrag är budgeterade, dock har ansökningsperioden för dessa statsbidrag inte börjat vilket resulterar i negativ avvikelse. Även taxor och avgifter har negativ avvikelse mot budget och är lägre än för samma period föregående år. Detta har att göra med att Konsumentverkets rekommendationer om kostnader för mat har lägre nivå än föregående år, vilket innebär lägre avgifter för våra kunder men även negativ avvikelse på nämndens intäkter.

Kommunstyrelsen har i februari beslutat tillföra nämnden kompensation för helårseffekt av hyror och kapitaltjänstkostnader för investeringar gjorda under 2025 med 809 tkr.

Kommentarer och åtgärder till större avvikelser i resultatet per verksamhetsområde

Vård- och omsorgsboende egen regi / Avlösningstvistelse -7,3 mnkr

Verksamheterna saknar intäkter från statsbidrag vilket utgör 1 mnkr av den totala avvikelserna.

Hög sjukfrånvaro inom området under årets två första månader, vilket resulterat i ökade kostnader för timvikarier och övertid. Behov av förstärkningar inom verksamheterna har också bidragit till ökade kostnader för timvikarier. Några enheter har även rapporterat om behov av förstärkning på natten vilket bidragit till ökade OB-kostnader. Negativ avvikelse på semesteruttag på grund av att många fått sin sparade semester utbetald i februari. Semesteruttagen står för 2,2 mnkr av den totala avvikelserna. Negativ avvikelse på månadslön på enheterna där resursturerna inte kunnat nyttjas på ett effektivt sätt utifrån schema/planering. Detta på grund av att det är svårt för Bemanningsenheten att lösa korta resursturer samt att det finns ett fortsatt behov kring samordning av resursturer.

Föreslagna åtgärder är att arbeta med korttidsfrånvaron samt nyttjandet av resursturer.

Hemtjänst egen regi -2,5 mnkr

Varav ytterområden -0,6 mnkr, innerområden -1,9 mnkr.

Negativ avvikelse på intäkterna pga lägre ersättning till följd av lägre volymer än budgeterat. Kostnaderna har inte minskat i motsvarande utsträckning och därför uppvisas en negativ avvikelse för perioden. En anledning till de ökade kostnaderna är ovärdet som drabbade oss i början av året med ökade kostnader för timvikarier, övertid och OB-ersättning som följd. Hög sjukfrånvaro inom området under årets två första månader har också resulterat i ökade kostnader för timvikarier, övertid samt OB-ersättning. Negativ avvikelse på semesteruttag pga många som fått sin sparade semester utbetald i februari. Semesteruttagen står för 0,5 mnkr av den totala avvikelserna.

Föreslagna åtgärder är att arbeta med korttidsfrånvaron samt personalplanering för att schemat ska spegla verkligheten och utförd tid hos kund inte ska minska. Detta för att öka nyttjandegraden och möta de minskade volymerna med en effektivare och

verklighetsbaserad personalplanering.

Hälso- och sjukvård -5,9 mnkr

Kostnader för bemanningssköterskor är fortsatt hög och anledning till negativ avvikelse, per februari uppgår kostnaden till -5,9 mnkr. Hyrsköterskor ersätter vid vakanser. Utöver dessa finns hyrsköterskor i verksamheten för att stödja vid introduktion av nya medarbetare. Totalt antal för februari månad: 27 årsarbetare hyrsköterskor.

Verksamheten tilldelas 6,1 mnkr (helår) i statsbidrag säkerställa för finansiering av undersköterskor inom avdelningen. Per februari saknas intäkter statsbidrag säkerställa 1 mnkr.

För att minska behov av hyrsköterskor finns beslut om:

- Lönetillägg för månadsavlönad legitimerad personal för extra pass under huvudsemesterperiod v 23 – 35 , 2026.
- Lönetillägg för timavlönade under huvudsemesterperiod v 23 – 35
- Timlön för pensionerade sjuksköterskor, gäller i första hand under huvudsemesterperiod 2026 (juni- augusti), eventuell förlängning kan tillämpas efter utvärdering. Pensionerade sjuksköterskor som anlitas på timbasis omfattas även av gällande beslut om lönetillägg för timavlönade.
- Ersättning vid förskjutning / förkortning av semester v 23 – 35

Vård och omsorgsboende myndighet +0,8 mnkr

Kostnaderna för köp av plats på externa vård- och omsorgsboenden är lägre än budgeterat på grund av tomma platser på Sätträåsen. Prognosen är att fler platser kommer att öppna där under året.

Hemtjänst myndighet +5,2 mnkr

De delar av hemtjänstverksamheten som ligger inom Myndighets verksamhetsområde har en positiv avvikelse till följd av lägre volymer än budgeterat för såväl egen regi som för externa utförare.

Natt och larm +0,3 mnkr

Antalet kunder med trygghetslarm har ökat i och med att det inte längre krävs beslut, denna volymökning innebär ökade intäkter. Vidare har enheten positiv avvikelse på personalkostnaderna på grund av förväntad nödvändig återgång till ytterligare bemannad bil, vilket ännu inte effektuerats.

Förebyggande verksamhet -0,1 mnkr

Efter nämndens besparingsbeslut 2024 motsvarande 3,8 mnkr (60% av verksamhetens budget) ställde verksamheten om på flertal sätt och prioriterade att utföra uppdrag i enlighet med tilldelade statsbidrag, vilket gav möjlighet att behålla personella resurser under 2024. Verksamheten bedrivs till stora delar via statsbidrag, vilka dock är en osäker intäktskälla varför det är oklart vilka insatser som över tid kan utföras. Besparingskravet är realiserat och innebär bland annat att lokaler används mer kostnadseffektivt och att personalresurserna omfördelats och minskats. Detta ger viss minskning i insatser och kvalitetsförsämring för målgruppen, delar av detta räddas via tillfällig extern finansiering via statsbidrag.

Utveckling och stöd -1,6 mnkr

Verksamheten inväntar statsbidrag som finansierar vissa resurser. Avvikande kostnader är advokatkostnader och licenskostnader.

Övergripande avvikelser +3,1 mnkr

På övergripande nivå finns 8 mnkr (helår) för omställningsarbete vård- och omsorgsboende till hemtjänst/hemsjukvård. Här finns även ytterligare ca 7 mnkr (helår) i pott för oförutsedda händelser. Kostnader för ovan hamnar i den verksamhet det berör, medan intäkten är budgeterad övergripande.

3 Årsprognos

Gällande vård- och omsorgsboenden är målsättningen att arbeta hem så mycket det går av avvikelsen utifrån de planerade och pågående åtgärderna. Det handlar om dialoger och arbeten i personalgrupperna, analyser med hjälp av schema- och planeringsteamet samt arbete med utvecklingsstegen.

Även hemtjänsten förväntas kunna arbeta hem avvikelser under året. Det pågår redan åtgärder i form av personalplanering samt arbete med korttidsfrånvaron.

För hälso- och sjukvården befaras kostnader för hyrsköterskor överskrida budget.

Nämnden förväntas få riktade statsbidrag som ännu inte är ansökta/beslutade, vilket kan komma att täcka delar av de kostnader vi har som faller inom villkoren för dessa bidrag, i syfte att förbättra verksamheterna. I och med detta lämnar nämnden en prognos i noll. Ett större prognosarbete görs i delår 1.

4 Investeringsverksamhet

Investeringsbudget för året uppgår till 9,6 mnkr. Inga investeringar har gjorts för ackumulerad period.

Återhållsamhet generellt samt gällande anpassningar av lokaler gäller fortsatt.

5 Sammanfattande kommentarer till kommunstyrelsen (FU)

Resultat / Årsprognos/Investeringsverksamhet

Resultat

Ackumulerat resultat uppgår till -1,2 mnkr för hela nämndens ansvarsområde. Utfallet avviker mot budget med -8 mnkr.

Nämndens personalkostnader avviker med -8 mnkr, den största avvikelser avser vård- och omsorgsboende men även hemtjänsten har negativ avvikelse mot budget som delvis har att göra med volymen utförd tid. Hemtjänstverksamheten har lägre volymer än förväntat i både egen och extern regi. I externa vård- och omsorgsboenden har det under ackumulerad period funnits tomma platser, vilket innebär positiv avvikelse för köpt verksamhet. Kostnaderna för inhyrda sjuksköterskor är fortsatt höga och uppgår till ca 6 mnkr.

Vissa riktade statsbidrag är budgeterade, dock har ansökningsperioden för dessa statsbidrag inte börjat vilket resulterar i negativ avvikelse. Även taxor och avgifter har negativ avvikelse mot budget och är lägre än för samma period föregående år. Detta har att göra med att Konsumentverkets rekommendationer om kostnader för mat har lägre nivå än föregående år, vilket innebär lägre avgifter för våra kunder men även

negativ avvikelse på nämndens intäkter.

Prognos

Gällande vård- och omsorgsboenden är målsättningen att arbeta hem så mycket det går av avvikelsen utifrån de planerade och pågående åtgärderna. Det handlar om dialoger och arbeten i personalgrupperna, analyser med hjälp av schema- och planeringsteamet samt arbete med utvecklingsstegen.

Även hemtjänsten förväntas kunna arbeta hem negativ avvikelse under året. Det pågår redan åtgärder i form av personalplanering samt arbete med korttidsfrånvaron.

För hälso- och sjukvården befaras kostnader för hyrsköterskor överskrida budget.

Nämnden förväntas få riktade statsbidrag som ännu inte är ansökta/beslutade, vilket kan komma att täcka delar av de kostnader vi har som faller inom villkoren för dessa bidrag, i syfte att förbättra verksamheterna. I och med detta lämnar nämnden en prognos i noll. Ett större prognosarbete görs i delår 1.

Investeringsverksamhet

Investeringsbudget för året uppgår till 9,6 mnkr. Inga investeringar har gjorts för ackumulerad period.

Beslutsärende:
Omvårdnadsnämndens plan
för Intern styrning och kontroll
år 2026

8

26ON53



Tjänsteskrivelse

2026-03-18

Diarienummer: 26ON53

Handläggare:

Martin Wagner
Tfn 026 - 17 92 27
martin.wagner@gavle.se

Nämnd:

Omvårdnadsnämnden

Omvårdnadsnämndens plan för intern styrning och kontroll, år 2026

Förslag till beslut

Att anta plan för intern styrning och kontroll med internkontrollplan år 2026.

Ärendebeskrivning

Omvårdnadsnämnden ska enligt den av kommunfullmäktige beslutade "Riktlinje för intern styrning och kontroll för nämnder och bolag" anta en beskrivning och plan för internkontroll. Planen innehåller nämndens riskvärdering och kontrollaktiviteter.

Beslutsunderlag

Plan för Intern styrning och kontroll för Omvårdnadsnämnden 2026.

Expedieras till

Kommunstyrelsens diarium.

Magnus Höjjer

Sektorchef

Sektor Velfärd

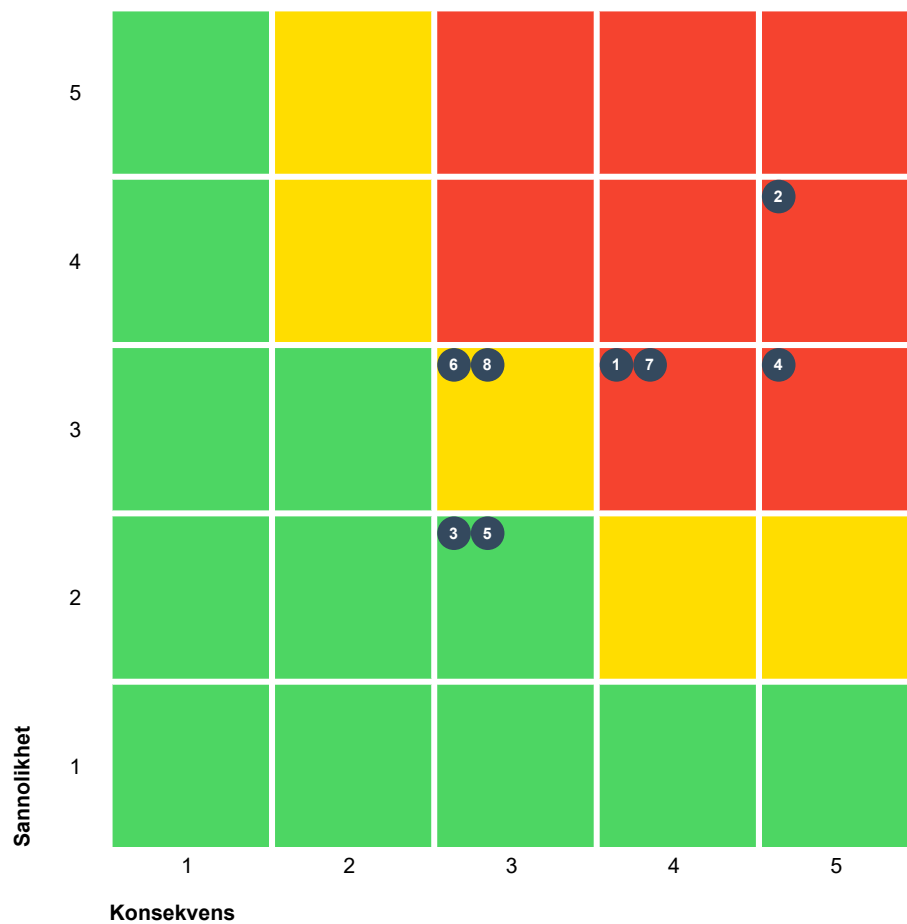
Plan för intern styrning och kontroll 2026

Omvårdnadsnämnd

Innehållsförteckning

1 Riskvärdering	3
1.1 Ändamålsenlig och effektiv verksamhet	4
1.2 Efterlevnad av externa och interna regelverk.....	5
1.3 Tillförlitlig rapportering internt och externt	7

1 Riskvärdering



	Sannolikhet	Konsekvens
5	Mycket stor	Mycket stor
4	Stor	Stor
3	Medelstor	Medelstor
2	Låg	Liten
1	Mycket låg	Försumbar

4 Kritisk 2 Medium 2 Låg Totalt: 8


Risk- eller Målområde	Risker	Riskenr	Riskenivå
Ändamålsenlig och effektiv verksamhet	■ Beredskap för extraordinära händelser är inte tillräcklig	1	Kritisk
	■ Ej tillräcklig kompetensförsörjning - svårigheter att rekrytera och behålla medarbetare inom hälso- och sjukvård samt svårighet att erbjuda erforderlig kompetensutveckling	2	Kritisk
Efterlevnad av externa och interna regelverk	■ Felaktiga utbetalningar - ej följsamhet till interna regelverk eller rutiner	3	Låg
	■ Brister i följsamhet av rutiner, vilket innebär risk att invånare lider skada.	4	Kritisk
	■ Otillbörlig påverkan	5	Låg
	■ Avtalstrohet - sker inköp enligt avtal	6	Medium
	■ Nämnden ska ha ett förebyggande arbete gentemot välfärdsbrottslighet	7	Kritisk
Tillförlitlig rapportering internt och externt	■ Finns god kontroll över den ekonomiska utvecklingen	8	Medium

1.1 Ändamålsenlig och effektiv verksamhet



Risker	Beskrivning	Riskenivå	Kontrollmoment	Beskrivning	Ansvarig:	Periodicitet
■	Beredskap för extraordinära händelser är inte tillräcklig	Kritisk	Uppdaterade kontinuitetsplaner ska finnas för fortsatt drift av verksamheten.	Nämndens verksamhet ska fungera även vid storskaligt elbortfall, cyberattacker eller vid extremväder. Kontinuitetsplaner ska finnas. Nya it-system ska inte köpas in innan klassning	Helén Polmé, Anneli Lindblom, Caroline Engberg	Tertial

Risker	Beskrivning	Riskenivå	Kontrollmoment	Beskrivning	Ansvarig:	Periodicitet
				(informationssäkerhet /dataskydd) är gjord. Fortsatt drift av kritiska processer ska säkerställas (larm, medicinskåp eller att fordon inte kan användas) vid oförutsedda händelser.		
■	Ej tillräcklig kompetensförsörjning - svårigheter att rekrytera och behålla medarbetare inom hälso- och sjukvård samt svårighet att erbjuda erforderlig kompetensutveckling	Kritisk	Systematisk och regelbunden genomgång av statistik		Helena Vahlund	År
			Säkerställa att handlingsplaner upprättas vid behov för att säkra kompetensförsörjning		Helén Polmé, Annelie Lindbom	Tertial


1.2 Efterlevnad av externa och interna regelverk

Risker	Beskrivning	Riskenivå	Kontrollmoment	Beskrivning	Ansvarig:	Periodicitet
 Brister i följsamhet av rutiner, vilket innebär risk att invånare lider skada.	Brister i uppföljningen av nämndens verksamhet kan göra att nämnden inte på tillräckliga grunder kan säkra att kvalitet sker i enlighet med	Kritisk	Egenkontroller i ledningssystemet ska genomföras i verksamheterna	Genomgång av rutiner och arbetssätt ska ske i verksamheterna via egenkontroller. Aggregerat resultat ska omhändertas inom Valfärd Gävle	Helén Polmé, Anneli Lindblom	Tertial

Risker	Beskrivning	Riskenivå	Kontrollmoment	Beskrivning	Ansvarig:	Periodicitet
	<p>uppdraget. Brister i avrapportering till nämnden kan leda till att beslut om satsningar och åtgärder tas på felaktiga grunder. Det systematiska kvalitetsarbetet inte genomförs enligt lagkrav, förordningskrav eller annan regel/kravställning, se särskilt Socialstyrelsens föreskrifter enligt SOSFS 2011:9.</p> <p>Risk att patient eller klient lider skada p.g.a brist i insats eller utebliven insats. Säkerställs att nämndens verksamhet fullgör sina skyldigheter enligt SOFS - Ej följsamhet beslutad rutin kvalitetsarbete enl. Rutin VG-RUT-S-8805)</p>			och rapporteras till nämnd.		
			Rutiner i ledningssystemet är aktuella och ledningssystemet är uppdaterat	Ledningssystemet ska gås igenom och respektive ansvarig ska förnya eller ta bort rutiner	Caroline Engberg	År
			Uppföljning av individuella genomförandeplaner	Genomförandeplaner ska vara individuellt utformade. Detta ska följas upp kontinuerligt.	Helén Polmé	Tertial
			Journalgranskning	Brister i journalföring ska förebyggas genom journalgranskning. Vid behov ska åtgärd genom utbildningsinsats genomföras.	Anneli Lindblom, Helén Polmé	Tertial
			Kvalitet hos privata utförare av kärnverksamhet ska garanteras genom regelbunden uppföljning	Nämnden ska ha god uppsikt över privata utförare vid köp av kärnverksamhet. Planering för avtalsuppföljning av kvalitet inom verksamhets ska finnas.	Caroline Engberg	År

Risker	Beskrivning	Riskenivå	Kontrollmoment	Beskrivning	Ansvarig:	Periodicitet
	Avtalstrohet - sker inköp enligt avtal	Brister i genomförande vid inköp och vid uppföljning	Medium	Följa upp inköp i inköpsmodul	Förtydliga och förenkla information om upphandlingar och direktupphandlingar. Det ska bli enklare att kunna göra rätt (och öka leverantörstroheten)	Caroline Engberg År
	Nämnden ska ha ett förebyggande arbete gentemot välfärdsbrottslighet	Risk för ekonomisk skada samt förtroendeskada	Kritisk	Ärendegranskning	Följa upp beslut kontinuerligt	Helén Polmé Tertial
				Uppföljningsplan för privata utförare vid köp av kärnverksamhet ska finnas		Caroline Engberg År
				Förebyggande arbete mot välfärdsbrott ska finnas. Metodstöd "Kompassen" ska implementeras.	"Kompassen" är ett verktyg och metodstöd framtaget av SKR för att arbeta förebyggande gentemot välfärdsbrott	Caroline Engberg År

1.3 Tillförlitlig rapportering internt och externt

Risker	Beskrivning	Riskenivå	Kontrollmoment	Beskrivning	Ansvarig:	Periodicitet
	Finns god kontroll över den ekonomiska utvecklingen	Nämnden ska ha en god uppsikt över den ekonomiska förvaltningen och	Medium	Rapportering via ekonomisk månadsrapport sker kontinuerligt	Nämnden ska följa ekonomin genom kontinuerlig rapportering. Vid behov ska	Emma Edorsson Tertial

Risker	Beskrivning	Risknivå	Kontrollmoment	Beskrivning	Ansvarig:	Periodicitet
	sträva efter en ekonomi i balans			handlingsplaner upprättas för åtgärd		

Beslutsärende: Demensstrategi

9

26ON68



Tjänsteskrivelse

2026-03-09

Diarienummer: 26ON68

Handläggare:

Caroline Engberg
026-17 80 00
caroline.engberg@gavle.se

Nämnd:

Omvårdnadsnämnd

Demensstrategi, 2026-2030

Förslag till beslut

- Att Omvårdnadsnämnden antar Demensstrategin som sin egen, samt
- Att strategin och de aktiviteter som genomförs i handlingsplanen återrapporteras till Omvårdnadsnämnden i samband med delår.

Sammanfattning av ärendet

Regeringen beslutade 2018 om en nationell strategi för omsorg om personer med demenssjukdom. Denna strategi har vidareutvecklats och under 2025 presenterades den utvecklade nationella demensstrategin som syftar till att tydliggöra områden inom vården och omsorgen som är av särskild betydelse för personer som har en demenssjukdom, lyfta fram behov av utveckling och följa den utvecklingen.

Den nya nationella strategin sträcker sig över åren 2025–2028 och ersätter den tidigare strategins sju områden med fyra mål:

- Socialtjänsten och hälso- och sjukvårdens insatser för personer som har en demenssjukdom ska vara anpassade efter den enskildes förutsättningar och behov
- Socialtjänsten och hälso- och sjukvårdens insatser för personer som har en demenssjukdom ska vara samordnade samt främja hälsa och förebygga ohälsa
- Personalen inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården ska arbeta enligt evidens och beprövad erfarenhet
- Anhöriga till en person som har en demenssjukdom ska få tillgång till adekvat stöd och kunskap för att kunna utöva frivillig anhörigvård på ett hållbart sätt

I samband med den genomlysning av demensvården som genomfördes av KPMG under 2024, så fick sektor Valfärd Gävle ett uppdrag av Omvårdnadsnämnden att upprätta en lokal strategi med den nationella som utgångspunkt. Då fler målgrupper än de som Omvårdnadsnämnden ansvarar för berörs av strategin, så förordas av strategin även antas av Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden.

Process och nuläge

En arbetsgrupp, bestående av medarbetare inom sektor Valfärd med erfarenhet från arbete med personer som har demenssjukdom, har utarbetat den lokala strategin. I arbetet har även Demensföreningen bidragit med erfarenheter.

Strategin har skickats för inhämtning av synpunkter till Kommunala pensionärsrådet, Kommunala funktionsrättsråden och Demensföreningen. Synpunkter har också inkommit från Kommunala pensionärsrådet och från Demensföreningen. Dessa synpunkter beaktas i de årliga handlingsplaner som utformas. Parallellt med den lokala handlingsplanen så finns involveras Gävle kommun i det länsövergripande arbetet med Kunskapsbaserad äldreomsorg. Inom ramen för det arbetet involveras även FoU välfärd Region Gävleborg. Nationellt pågår en utveckling av Hälso- och sjukvården genom så kallad Kunskapsstyrning inom flera områden. Kopplat till den nationella kunskapssyrningen så sker en implementering av kunskapen på lokal nivå. Det lokala programområdet, likväl som det nationella, har huvudansvar för ett kunskapsområde som bland annat omfattar geriatrik, vård av multisjuka och sköra, palliativ vård och vård av personer med demenssjukdom. Programområdet fokuserar också på preventivt och hälsofrämjande arbete med syfte att förebygga skador och ohälsa.

Den lokala strategin avses gälla från 2026 och till och med 2030 dvs inkluderar även nästa mandatperiod.

Återrapportering

I samband med delårsrapporteringen ska sektor Valfärd Gävle också beskriva hur arbetet med strategin och dess handlingsplan fortlöper.

Magnus Höjjer

Sektorchef

Sektor Valfärd

Demensstrategi 2026 – 2030

Sektor Valfärd

Diarienummer: 26ON68 och 26AFN30

Fastställd av omvårdnadsnämnden och arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden: 2026-03-24 samt 2026-03-25

Demensstrategi Valfärd Gävle kommun 2026–2030

En demensstrategi inom vård och omsorg syftar till att säkerställa att personer med demenssjukdom får en trygg, personcentrerad och sammanhållen omsorg, i linje med den nationella strategin för demenssjukdom. För att lyckas krävs en långsiktig och strukturerad satsning på kompetensutveckling för alla medarbetare.

Grunden är ett personcentrerat förhållningssätt där varje individ bemöts utifrån sin livsberättelse, sina vanor och sitt sätt att uttrycka behov. Medarbetarna behöver kunskap om olika demenssjukdomar, deras förlopp och vanliga symtom, liksom en förståelse för risker såsom undernäring, fall, oro och felaktig läkemedelsanvändning. Särskilt viktigt är att alla medarbetare lär sig arbeta systematiskt med BPSD, beteendemässiga och psykiska symtom vid demens, genom att observera, analysera och anpassa miljö, bemötande och aktiviteter innan farmakologiska åtgärder övervägs.

Kommunikation och bemötande utgör en central del av kompetensen. Medarbetarna behöver kunna använda validerande och lugna kommunikationssätt, skapa trygghet och förebygga konflikter. En gemensam bemötandestandard i arbetsgruppen bidrar till förutsägbarhet och minskad stress för både boende och medarbetare. Strategin omfattar också närståendestöd, där medarbetare utbildas i att möta anhörigas oro, hålla en respektfull dialog och involvera dem på ett genomtänkt sätt.

En väl anpassad miljö med tydliga strukturer, god orienterbarhet och reducerade störande intryck är en viktig del av omsorgen och något medarbetarna måste ha kunskap om för att kunna påverka och justera i vardagen. Etiska principer som värdighet, integritet och självbestämmande ska genomsyra allt arbete, och medarbetarna behöver utbildning i hur man hanterar situationer där samtycke eller skydds- och begränsningsåtgärder kan bli aktuella.

Kompetensutvecklingen inom demensomsorgen bör omfatta både grundläggande och fördjupade utbildningar, såsom Demens ABC, teamreflektioner och praktisk träning i bemötande och BPSD-metodik. Genom gemensamma arbetssätt, regelbunden uppföljning och kontinuerlig kompetenshöjning kan verksamheten skapa en vård och

omsorg som är trygg, kunskapsbaserad och värdig för personer med demenssjukdom^{Sid 43(124)} och deras närstående.

Särskilda nyckelpersoner, såsom demensombud och sjuksköterskor, bör erbjudas fördjupade utbildningar. Dessa roller är viktiga bärare av kvalitet, handledning och utveckling i verksamheten, vilket strategin tydligt lyfter fram. Genom att satsa på dessa utbildningsområden, grundläggande demenskunskap, BPSD-arbete, bemötande och kommunikation, miljöanpassning samt fördjupad utbildning för nyckelpersoner så kan demensomsorgen leva upp till intentionerna i den nationella demensstrategin och skapa en trygg, värdig och sammanhållen vård och omsorg för personer med demenssjukdom och deras närstående.

Förebyggande arbete

Den nya socialtjänstlagen (SoL) som trädde i kraft 2025-07-01 lägger vikt vid tidiga och lättillgängliga insatser för att förebygga uppkomsten och allvarlighetsgraden av framtida problem inom samtliga av socialtjänstens verksamheter. Insatser för målgruppen äldre är till stor del lika de insatser som motverkar demenssjukdom. Extra fokus bör läggas på att de insatser som erbjuds har en positiv påverkan på de livsstilsfaktorer som är kopplade till demenssjukdomar.

Ett omfattande arbete pågår för att anpassa Valfärd Gävles verksamhet till gällande socialtjänstlag. Flera insatser som på prov ska erbjudas utan individuell behovsprövning har identifierats. Över tid är tanken att ytterligare insatser ska kunna tillgängliggöras. I arbetet med omställningen till ny Socialtjänstlag lyfts vikten av nära samverkan med civilsamhället. Organisationer och föreningsliv har en viktig roll i det förebyggande arbetet och tillhandahåller även dem stöd till dels individer med demenssjukdom, men även till närstående och familj. Hjälpmedel och digitalt stöd används på olika sätt som stöd för personer med demenssjukdom. Detta i syfte att möjliggöra ökad självständighet och underlätta vardagen. Inom området sker en ständig utveckling. För personer med demenssjukdom kan det vara olika former av kognitiva och kommunikativa hjälpmedel som primärt nyttjas. Vissa hjälpmedel, främst i ett tidigt skede av sjukdomen, förskrivs från Region Gävleborg.

Den förebyggande verksamheten ska vara lättillgänglig och finnas utspridd i de olika stadsdelarna, likt det arbete som redan är påbörjat. Samarbetet med det civila

samhället fungerar väl och bidra till att Gävles seniorer får ett än större utbud av aktiviteter. Utvecklingen av det förebyggande arbetet sker inom ramen för omställningen till nya socialtjänstlagen. Förebyggande insatser för äldre bör aktivt bidra till att minska de riskfaktorer för demenssjukdomar som identifierats i forskningen.

Behovsanpassad hälso- och sjukvård

Inom socialtjänst och hälso- och sjukvård sker just nu en omställning i syfte att stärka det behovsanpassade och personcentrerade arbetssättet. Arbetet utgår ifrån ny socialtjänstlag samt omställning till God och Nära vård.

Avdelning hälso och sjukvård inrymmer samtliga legitimerade resurser; sjuksköterskor, fysioterapeuter samt arbetsterapeuter. Gävle kommun delar ansvaret för hälso- och sjukvård med Region Gävleborg. En förutsättning för att kunna ge en god vård och omsorg till person med demenssjukdom är att personen har genomgått en utredning för att fastställa diagnos. Diagnosen ger en bedömning av sjukdomens typ samt i vilket stadium av sjukdomen som patienten befinner sig i.

För att bibehålla och återvinna bästa möjliga funktions- och aktivitetsförmåga, men även för att minska risk för fallolyckor, skall de rehabiliterande insatserna vara anpassade efter vilket stadium den enskilde är i och utgå från den enskildes behov. Insatserna bör sättas in tidigt i sjukdomsförloppet och vara inriktade på kognitiva, psykologiska, fysiska och sociala aspekter av personens aktuella behov.

God samverkan för personcentrerad vård- och omsorg

Multiprofessionella team är av vikt. Dessa ska ha i uppdrag att direkt efter diagnos stärka förutsättningar att samordna och individanpassa åtgärder och insatser. Den demenssjukes komplexa behov innebär att flera kompetenser; såväl legitimerade professioner som omvårdnadsmedarbetare, behöver ingå i teamet för ett heltäckande omhändertagande.

Regelbundna läkemedelsgenomgångar ska ingå i vården av den demenssjuke. Läkemedelsgenomgången ska hantera samtliga läkemedel, dvs inte enbart de läkemedel som förskrivits utifrån demensdiagnos.

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska samt patientens fasta omsorgskontakt har ett ^{Sid 45(124)} ansvar att stötta personer med kognitiv svikt och/eller demenssjukdom att ta emot insatser som vaccination men även i att ta emot andra förebyggande vårdinsatser.

SIP - samordnad individuell plan skall upprättas då den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänst. Detta förekommer redan, tex vid utskrivning från sjukhus. Det föreligger dock behov av samordnad individuell planering vid fler tillfällen, tex vid inflyttning till vård- och omsorgsboende, men även efter inflyttning för att trygga såväl den enskilde som dennes anhöriga.

Anhöriga

Anhörigas insatser och delaktighet är alltid frivilliga. Ansvaret för vård och omsorg om den enskilda ligger hos region och kommun. Den som har omsorg om en närstående har rätt till stöd som är tillgängligt och utformat efter behov. Både personer med demenssjukdom och deras anhöriga ska få information om vilka insatser som finns och hur de ansöker eller tar del av dem på annat sätt.

Kunskap om våld i samband med vård och omsorg för personer med demenssjukdom ska öka. Detta är särskilt viktigt i samband med anhörigvård.

Barn och ungas behov av information, råd och stöd ska särskilt beaktas. Det innebär att medarbetare alltid ska ha ett barnperspektiv i syfte att uppmärksamma eventuella barn och deras situation.

Lärande organisation

Att utveckla en lärande organisation innebär att verksamheten kontinuerligt utvecklar sin kompetens, sitt arbetssätt och sin kultur för att skapa bättre vård och omsorg för personer med demenssjukdom. Grunden är att alla medarbetare, oavsett yrkesroll, ingår i en kultur där man lär av erfarenheter, delar kunskap och tillsammans hittar lösningar på svåra situationer. För att detta ska bli verklighet behöver det skapas strukturer och förutsättningar där lärande är en naturlig del av vardagen. En viktig del är att arbeta systematiskt med reflektion.

En lärande organisation använder också strukturerade metoder som stöd för att utvecklas. BPSD-arbetet är ett tydligt exempel, där observation, analys och uppföljning gör att medarbetare lär sig förstå orsaker till beteenden och hur miljö, kommunikation

och bemötande påverkar den enskilde. Genom att dokumentera och följa upp insatser^{Sid 46(124)} skapas en kunskapsbank som teamet kan använda för att förbättra omsorgen över tid.

På samma sätt bidrar avvikelser, riskbedömningar och genomförandeplaner till att verksamheten lär sig av både misstag och framgångar. För att utveckla en lärande organisation finns behov av återkommande kompetensutveckling som är kopplad till verksamhetens behov och mål.

Genom att kombinera reflektion, strukturerade arbetssätt, kontinuerlig kompetensutveckling, tvärprofessionellt samarbete och ett stödjande ledarskap kan demensomsorgen steg för steg utvecklas till en lärande organisation där kunskap omsätts i handling, varje dag, i varje möte, för varje person med demenssjukdom. God demensomsorg förutsätter att medarbetaren har den kunskap och trygghet som krävs för att möta personer med demenssjukdom på ett professionellt, värdigt och personcentrerat sätt.

Sammantaget innebär både den nationella demensstrategin och nya socialtjänstlagen att kompetensutveckling inte längre är ett "tillägg", utan en central del av uppdraget. För att kunna erbjuda en trygg, respektfull och individanpassad demensomsorg måste verksamheter utveckla en lärande kultur, där kunskap hålls levande genom utbildning, reflektion, handledning och tvärprofessionellt samarbete. Kompetensutveckling ger medarbetare verktygen att omsätta lagens intentioner i praktiken och säkerställer att varje person med demenssjukdom får den värdighet, förståelse och livskvalitet som de har rätt till.

God samverkan för personcentrerad vård- och omsorg

Multiprofessionella team är av vikt. Dessa ska ha i uppdrag att direkt efter diagnos stärka förutsättningar att samordna och individanpassa åtgärder och insatser. Den demenssjukes komplexa behov innebär att flera kompetenser; såväl legitimerade professioner som omvårdnadsmedarbetare, behöver ingå i teamet för ett heltäckande omhändertagande.

Regelbundna läkemedelsgenomgångar ska ingå i vården av den demenssjuke. Läkemedelsgenomgången ska hantera samtliga läkemedel, dvs inte enbart de läkemedel som förskrivits utifrån demensdiagnos.



Synpunkter från Gävle demensförening på Valfärd Gävles förslag till lokal demensstrategi

Gävle demensförening arbetar systematiskt och med många medel för att uppmärksamma, stödja och förbättra de demenssjukas och deras anhörigas situation. Vi uppskattar därför att vi getts möjlighet att lämna synpunkter på nu liggande förslag (utkast) till en lokal demensstrategi. Vi vill lämna följande synpunkter:

Strategin ger flera goda utgångspunkter för det fortsatta arbetet mot de mål den anger. Det är också positivt att den sträcker sig över flera år då det kan skapa goda förutsättningar för långsiktighet och kontinuitet. Samtidigt behöver den enligt vår uppfattning kompletteras. När KPMG 2024 gjorde en genomlysning av kommunens demensvård visades "*stora utvecklingsbehov*" inom tre områden: personal, kunskap och kompetens samt uppföljning och utvärdering. Dessutom "*vissa utvecklingsbehov*" gällande samarbetet med hälso- och sjukvården. Det är anmärkningsvärt då Omvårdnadsnämnden redan 2012 i sin då antagna värdighetsgaranti gett förvaltningen uppdrag att säkerställa god personalkompetens och kontinuitet, genomförandeplaner för varje individ, uppföljning av verkställigheten av beslut och samverkan mellan aktörer kring den enskildes insatser. Ändå hade man inte på de viktiga områdena lyckats genomföra det uppdrag politikerna gav.

Vi ser från den utgångspunkten en fara i att målsättningarna inte heller denna gång kan nås om inte det nu liggande utkastet kompletteras med ett antal mer konkreta klargöranden. Det gäller hur man tänker sig att arbetet mot målen ska organiseras, vilka ekonomiska medel som kan lösas och hur samverkan kring den demenssjuke ska hanteras. De som ska utarbeta den tänkta handlingsplanen måste rimligtvis få veta vad de har att spela med och vilka förutsättningar som därmed gäller för att strategins målsättningar ska uppnås. Ett antal frågor behöver alltså klargöras och redovisas i strategin. Exempel:

-Hur ser läget kring de demenssjuka ut i dag i kommunen? Här bör strategin ange en kort och samlad utgångspunkt för vad som i dag fungerar bra eller mindre bra gentemot dess respektive målsättningar. Vi tror det är nödvändigt som underlag för vilka insatser som behöver sättas in och vilka prioriteringar och delmål som kan behövas. Det behöver också fastslås en tidplan för genomförandet av strategin så att uppfyllandet av den kan flyta så effektivt som möjligt.

- Hur ska arbetet med strategin genomföras ur huvudmännens perspektiv? Den nationella strategin ålägger att rätt insatser ges i rätt tid under en demenssjuks hela sjukdomstid. Den personcentrerade omsorg som nu eftersträvas kräver en samverkan över tid mellan social-

tjänst och hälso-och sjukvård men också med anhöriga och övriga aktörer i civilsamhället så insatserna sker sömlöst och effektivt och alla inblandade drar åt samma håll. Vem/vilka tar ansvar för att den samverkan kommer till och organiseras? Hur ska sedan ansvaret för hur det dagliga arbetet fördelas? Vilka kring den enskilde ska engageras i samverkan, på vilket sätt och i vilken utsträckning? Hur ska uppföljning, eventuella justeringar och regelbunden utvärdering mot satta mål gå till och vem tar ansvar för det?

- Hur ska den nödvändiga kompetensutvecklingen av personalen gå till? Hur mycket insatser kommer att krävas? Hur ska säkerställas att all personal oavsett huvudman ges samma grundläggande kunskap om demens och att alla kan tillämpa ett adekvat och gemensamt arbetssätt? Vad krävs för att organisera detta och vem ska ta ansvar för, genomdriva och följa upp de utbildningsinsatser som kan behövas och hur ska de samköras mellan huvudmännen?

- Vilka kostnader kommer förmodligen krävas för att nå de mål strategin anger? Vilka medel finns och vilka kan behövas ytterligare och varifrån ska de i så fall hämtas? Hur ska ekonomisk samverkan ske och kostnader fördelas mellan huvudmännen? Vem ska ansvara för och besluta om kostnadsutvecklingen och dess ramar?

Vi vill också lyfta ett antal konkreta områden som vi tror är centrala för att hela vårdprocessen kring den enskilde ska fungera och som därför bör noteras i strategin som viktiga områden med fokus på avgörande insatser för att målen ska nås. Vi vill lyfta fram följande områden:

Den obrutna vårdprocessen

De centrala begreppen i det uppdrag som nu getts till kommunerna - och som strategin förtjänstfullt lyfter fram - är personcentrerad vård, samordnade insatser, kompetent personal och anhörigstöd. Som vi tidigare uttryckt i möte med politiker behövs *"en hel obruten vårdprocess från diagnos till att behöva flytta till ett vård-boende, utan att behöva märka organisatoriska- eller administrativa gränser"*. Det är bra att strategin särskilt markerar behov att utveckla och samordna de individuella planerna då det inte fungerar fullt ut i dag. Det bör här handla om att:

- Förtydliga ansvarsfördelningen mellan kommun och region inte bara ur ett organisatoriskt utan också brukarperspektiv.
- Beskriva hur övergångarna i vårdkedjan, exempelvis vid diagnos, hemtjänst, dagverksamhet och inflyttning till särskilt boende ska göras trygga och sammanhållna.
- Betona vikten av kontinuitet i personal och fasta kontaktpersoner. Här bör strategin inte bara markera vikten av detta utan också vilka medel som behövs inför strategins implementering.

Biståndsbedömningen

För att allt ska fungera krävs att det blir rätt redan från början. Vi vill påpeka att biståndsbedömningen efter diagnos enligt vår uppfattning inte alltid följer det uppdrag vi anser ha getts uppifrån. Där ingår demens i personkrets 2 och beslut om insatser ska ges enligt LSS och inte enligt SoL vilket fortfarande sker. Att rätt lagrum tillämpas är avgörande för att den enskilde får de insatser som svarar mot dennes faktiska behov. Därför bör

strategin markera att klargörande måste till om hur lagrummen ska tillämpas. Vi vill också Sid 49(124)
påpeka att nya socialtjänstlagen ger möjligheter och uppmanar kommunerna att erbjuda stöd också utan individuell behovsprövning ("*förenklade insatser*"). En översyn av vilka insatser som det kan gälla bör också införas som delmål i strategin.

De yngre demenssjukas situation

Vi har också tidigare påpekat och vill nu ytterligare markera situationen för de yngre demenssjuka. Planer har tex. diskuterats om ett LSS-boende för demenssjuka yngre än 65 år. Det är viktigt att översyn med beslut om de yngres insatsbehov kommer till stånd och den kan och bör med fördel inlemmas som delmål i strategin

Delaktighet och inflytande

Strategin beskriver på ett tydligt sätt vikten av personcentrerad vård. Vi saknar dock ett mer utvecklat resonemang kring hur personer med demenssjukdom själva ska ges reellt inflytande över sin vård och omsorg, särskilt i sjukdomens tidiga skeden. Vad som behövs och strategin bör utveckla är därför att:

- Förtydliga hur den enskildes röst ska tas tillvara i planering, uppföljning och utveckling av insatser
- Lyfta fram behovet av stöd i beslutsfattande ("*stöttat beslutsfattande*") i takt med tilltagande kognitiv svikt.
- Beskriva hur livsberättelser, genomförandeplaner och kontinuerliga uppföljningar ska användas systematiskt i verksamheterna.

Tidiga insatser, mötesplatser och lättillgängligt stöd:

Vi ser positivt på att strategin lyfter behovet av förebyggande och lättillgängliga verksamheter och på tanken att verksamheter liknande kommunens träffpunkter för seniorer även kan vara relevanta för personer i ett tidigt skede av demenssjukdom. Samtidigt vill föreningen förtydliga att personer i början av en demensdiagnos ofta har andra och mer specifika behov än den generella seniorgruppen. För att verksamheten ska vara trygg, inkluderande och meningsfull kan därför krävas en mer utarbetad och anpassad verksamhet. Utvecklandet av en sådan bör vara ett av delmålen i strategin.

Anhörigperspektivet Vi ser positivt på att strategin tydligt slår fast att anhörigas insatser alltid är frivilliga och att anhöriga har rätt till stöd. Trots strategins tydliga intentioner upplever många anhöriga i praktiken att stödet är svårtillgängligt, otydligt eller kommer för sent. Vi tror därför att anhörigstödet behöver stärkas i det praktiska genomförandet. Det kan därför behöva

- Tydliggöras hur anhöriga tidigt ska få information om vilket stöd som finns, redan i samband med utredning och diagnos.
- Beskrivas hur kommunen säkerställer att anhörigstöd är likvärdigt i hela kommunen.
- Förtydligas hur samverkan med anhörig- och demensföreningar ska ske långsiktigt och strukturerat.

Barnperspektivet

Vi ser det positivt att barnperspektivet nämns, det kan dock med fördel konkretiseras ytterligare.

Hälsocentraler med demensinriktning

Då demensvården nu i högre grad än tidigare ses som ett ständigt pågående samarbete mellan kommun och region ser vi ett behov av utveckling också inom hälso-och sjukvården. Primärvården som den fungerar i dag upplevs som otillräcklig för målgruppen. Därför menar vi i Demensföreningarna i Gävleborg att det behövs ett utvecklingsarbete inom primärvården. Vi föreslår nu 2 hälsocentraler, en i Gästrikland och en i Hälsingland med det särskilda uppdraget att bli primärvårdens centrum för demensdiagnoser, dit patientgruppen och de anhöriga kan vända sig. Uppbyggnaden av dem och hur arbetet på dem ska organiseras bör anges som ytterligare ett viktigt delmål i implementeringen av demensstrategin.

Demensteam

Vi har tidigare påtalat behovet av demenssjuksköterskor i vården, något som strategin också bör beakta. Vi har också lyft behovet av multiprofessionella demensteam. Vi ser positivt på att detta också markeras i strategin som en väg att ” *stärka förutsättningar att samordna och individanpassa åtgärder och insatser*”. Inrättandet av sådana team är en av de viktigaste åtgärder som kan vidtas och bör därför införas som ett delmål i strategin.

Gm/ Agneta Brinne, ordförande.

Antaget på Gävle Demensförenings styrelsemöte 2026-02-11

Synpunkter på Demensstrategi för Välfärd, Gävle kommun

Lokala strategin är bra formulerad och vi lyfter fram några viktiga områden.

Ständig kompetensutveckling med kunskap om demenssjukdomens olika problem är en förutsättning för att lyckas. Detta ansluter väl till den nya Socialtjänstlagens krav på kunskap och evidens, och här ryms områdena kommunikation och bemötande, som påverkar både beteende och läkemedelsanvändning.

Resurser för stöd till anhöriga måste utökas med tanke på demografin, där fler med demensdiagnos kommer under åren framöver. Anhörigas roll är på olika sätt oerhört viktiga både för den enskilde och för en fungerande demensvård.

I samverkan med civilsamhället lyfter vi fram demensföreningen, som behöver stöd från kommun och region i sin viktiga gärning. Pensionärsorganisationerna kan bidra med att i sina föreläsningsprogram ta med demensområdet och kanske ordna med studiebesök och uppmärksamma möjligheten till att vara volontär.

Inom området Hälso-och sjukvård bör Välfärd genom sina kanaler med regionen bevaka att resurser finns kring Minnesmottagningen. Den inte välfungerande primärvården gör att avdelningen Hälso-och sjukvård i kommunen får ta ett större ansvar, vilket bör uppmärksammas i resursfrågor. Den lokala strategin gäller t o m 2030 och tveksamt om primärvården till dess kan ta sitt ansvar på ett fullgott sätt.

För Kommunala Pensionärsrådet i Gävle kommun genom dess beredning

Gävle den 6 februari 2026

Susanne Falck

PRO

Bo Bergstad

SPF Seniorerna

Gerd Karlsson

SKPF

Beslutsärende: Yttrande -
Uppföljande granskning
avseende läkemedel

10

26ON27



Missiv

2026-02-23

Diarienummer: 26ON27

Handläggare:

Anneli Lindblom
026-17 80 00
anneli.lindblom@gavle.se

Nämnd:

Omvårdnadsnämnd

Yttrande – Uppföljande granskning av läkemedelshantering inom sjukvård och hemtjänst

Förslag till beslut

- Att anta yttrandet som sitt eget,
- Att sektor Velfärd Gävle får i uppdrag att arbeta vidare enligt föreslagen handlingsplan, samt
- Att en uppföljning av genomförandet av handlingsplanen ges till Omvårdnadsnämnden i maj samt december 2026, samt
- Att paragrafen förklaras omedelbart justerad.

Sammanfattning av ärendet

På uppdrag av revisorerna genomförde PwC 2023 en granskning av läkemedelshantering inom sjukvård och hemtjänst. Den samlade bedömningen var att Omvårdnadsnämnden inte helt hade säkerställt att läkemedelshantering inom hemsjukvården skett i enlighet med lagar och föreskrifter.

Mot bakgrund av bedömningen och rekommendationerna i den föregående granskningen har revisorerna gett PwC i uppdrag att följa upp den granskningen. I den uppföljande granskningen lämnas sex rekommendationer till omvårdnadsnämnden vilka ersätter de tidigare sju rekommendationerna.

Granskningsrapporten överlämnas till Omvårdnadsnämnden för kännedom och möjlighet till yttrande senast 25 mars 2026.

Yttrande

Välfärd Gävle delar revisionens bedömning att det fortsatt finns behov av att stärka arbetet inom centrala områden såsom avvikelshantering, extern kvalitetssäkring, kompetenssäkerställande av delegerad personal och uppföljning av skillnader mellan stadsdelar. En uppdaterad handlingsplan har tagits fram för att strukturera och tydliggöra det fortsatta arbetet.

Magnus Höjjer

Sektorchef

Sektor Välfärd



Omvårdnadsnämnden

2025-12-22

Dnr:25REK32

Uppföljande granskning av läkemedelshantering inom sjukvård och hemtjänst

Bakgrund

På uppdrag av revisorerna genomförde PwC 2023 en granskning av läkemedelshantering inom sjukvård och hemtjänst. Den samlade bedömningen var att omvårdnadsnämnden inte helt hade säkerställt att läkemedelshantering inom hemsjukvården skett i enlighet med lagar och föreskrifter. I granskningen lämnades följande sju rekommendationer till omvårdnadsnämnden:

1. Utveckla ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete så att det omfattar områden och dokumentation kopplat till att kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Detta för att efterleva gällande krav i SOSFS 2011:9.
2. Säkerställa att ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete är känt i alla verksamheter.
3. Genomföra extern kvalitetssäkring i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9).
4. Vidta åtgärder för att få en fungerande avvikelshantering och systematiskt förbättringsarbete avseende läkemedelshantering.
5. Analysera eventuella skillnader mellan olika stadsdelar vad det gäller läkemedelshantering och vidta åtgärder i de avseenden skillnader inte är motiverade.

6. Säkerställa att delegerad personal har tillräckliga kunskaper för uppgiften.
7. Säkerställa efterlevnad av gällande rutiner exempelvis:
 - att det finns lokalt upprättade rutiner för respektive hemsjukvårdsområde i enlighet med rutin för läkemedelshantering.
 - att Rutin för läkemedelshantering inom hemsjukvården revideras löpande i enlighet med vad som framgår i rutinen.
 - att egenkontroller inom hemsjukvården genomförs i enlighet med Rutin för läkemedelshantering.

Granskningen överlämnades till omvårdnadsnämnden som yttrade sig över granskningen i maj 2023.

Uppföljande granskning

Mot bakgrund av bedömningen och rekommendationerna i den föregående granskningen har revisorerna gett PwC i uppdrag att följa upp den granskningen. Den uppföljande granskningen godkändes av revisorerna den 26 november 2025. Revisorerna delar bedömningen i granskningen att omvårdnadsnämnden inte helt har vidtagit åtgärder med hänsyn till våra rekommendationer i den föregående granskningen. Revisorerna konstaterar att sex av sju rekommendationer är delvis åtgärdade. Revisorerna ser positivt på att omvårdnadsnämnden arbetat på olika sätt med rekommendationerna, men att arbete kvarstår. Enligt revisorernas bedömning är det viktigt att arbetet fortskrider då rekommendationerna har bäring på centrala delar i omvårdnadsnämndens verksamhet och dess genomförande. Som exempelvis ledningssystem, extern kvalitetssäkring, avvikelshantering, utbildningar till delegerad personal med mera. Det är väsentligt att omvårdnadsnämnden framöver säkerställer den farmaceutiska kompetensen i den externa kvalitetssäkringen. Vidare konstaterar revisorerna att en rekommendation inte är åtgärdad kring att analysera skillnader i läkemedelshanteringen mellan stadsdelar och vidtagande av åtgärder vid motiverande skillnader.

I den uppföljande granskningen lämnas sex rekommendationer till omvårdnadsnämnden vilka ersätter de tidigare sju rekommendationerna.

Granskningsrapporten överlämnas till för kännedom och möjlighet till yttrande senast 25 mars 2026.

Revisorerna i Gävle kommun

Eva-Karin Hamilton
Revisorskollegiets
ordförande

Yvonne Bäckius
Revisorskollegiets
2:e vice ordförande

Rosalie Carlén
Revisor

Bilaga:

- Uppföljande granskning av läkemedelshantering inom hemsjukvård och hemtjänst

Signering

Sid 58(124)

Följande parter har signerat detta dokument

Namn: Eva-Karin Hamilton

Datum: 2025-12-29 15:12

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

E7E1FF659690AEFD35D752848EBA80DAC16952CEB8FAC84BB186267ED34FE79C

Namn: Yvonne Bäckius

Datum: 2025-12-22 17:30

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

E7E1FF659690AEFD35D752848EBA80DAC16952CEB8FAC84BB186267ED34FE79C

Namn: ROSALIE CARLÉN

Datum: 2025-12-26 12:16

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

E7E1FF659690AEFD35D752848EBA80DAC16952CEB8FAC84BB186267ED34FE79C

Uppföljande granskning av läkemedelshantering inom hemsjukvård och hemtjänst

Gävle kommun

Revisionsrapport

November 2025



Innehållsförteckning

Inledning	3
Granskningsresultat	5
Revisionell bedömning.....	21

Inledning

Sid 61(124)

Bakgrund

Revisorerna i Gävle kommun granskar årligen delårsbokslut och årsredovisning, samt genomför fördjupade granskningar utifrån en risk- och väsentlighetsanalys. De granskningar som revisionen genomför innehåller ofta förslag på åtgärder som bör genomföras. Dessa åtgärder varierar i omfattning och därmed också i tid för genomförande. En viktig del av revisionens arbete är därför att följa upp tidigare genomförda granskningar för att se om åtgärder vidtagits med anledning av dessa och om den granskade organisationen beaktat noterade brister, synpunkter och förslag.

Det är av vikt att följa upp de granskningar revisorerna gjort under året. Genom att regelbundet följa upp genomförda granskningar ges svar på om åtgärder med anledning av revisorernas kritik och rekommendationer har tagits i beaktande. Uppföljningen kan till exempel genomföras som en särskild granskningsinsats med skriftlig rapport. Uppföljningen ger också underlag för att bedöma om det finns anledning till förnyad granskning, och blir därmed en grund för riskanalysen inför kommande års revisionsplanering.

Revisorerna genomförde under år 2023 en granskning avseende hantering av läkemedelshantering inom hemsjukvård och hemtjänst. Granskningen påvisade ett antal brister och lämnade ett antal rekommendationer riktade till ansvarig nämnd, omvårdnadsnämnden. I bilaga framgår granskningens samlade bedömning och rekommendationer.

Revisorerna har inom ramen för revisionsplanering 2025 funnit det angeläget att genomföra en uppföljande granskning inom området.

Syfte och frågeställningar

Syftet med granskningen är att bedöma om omvårdnadsnämnden vidtagit tillräckliga åtgärder med anledning av den bedömning och de åtgärdsförslag som lämnats i genomförd granskning.

Granskningen har sin utgångspunkt i följande revisionsfrågor:

- Har revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder besvarats av omvårdnadsnämnden?
- Har synpunkterna och förslagen åtgärdats?

Granskningens samlade bedömningsgrunder utgår från i allt väsentligt, inte helt eller ej.

Granskningen avser uppföljning av 2023 års granskning avseende hantering av läkemedelshantering in hemsjukvård och hemtjänst. Granskningen omfattar samma områden (stadsdelar) som i den tidigare granskningen: Sättra 1, Sättra 2, Hamrånge, Valbo-Forsbacka och Andersberg. Vidare avgränsas granskningen till att inte omfatta läkemedelshantering inom LOV (lag om valfrihet).

Metod

Genomgång har genomförts av revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder som lämnades i revisionsrapporten och tillhörande missivbrev, samt genomgång och granskning av yttrandet som revisorerna erhållit.

Granskningen har skett genom:

- Utskick av skriftliga frågor till Valfärd Gävle samt genomgång av svar. Frågor och svar har kommunicerats med Kontorschef för Hälso- och sjukvård.
- Dokumentstudier och genomgång av relevanta protokoll, beslut och handlingar. Exempelvis riktlinjer och rutiner avseende läkemedelshantering, avvikelshantering och egenkontroller för att säkerställa dess aktualitet.
- Inhämtande och analys av 2024 och 2025 (januari-juni) års statistik avseende avvikelser inom området ordination och hantering av läkemedel för att säkerställa att avvikelserna hanteras i syfte att få en fungerande avvikelshantering och systematiskt förbättringsarbete avseende läkemedelshantering.
- Intervjuer har genomförts med följande funktioner:
 - Verksamhetschefer inom hälso- och sjukvård och hemtjänst
 - Medicinsk ansvarig sjuksköterska (MAS)
 - Urval av medarbetare inom hemsjukvården
 - Urval av medarbetare inom hemtjänsten

Rapporten har kvalitetssäkrats i enlighet med PwC:s interna riktlinjer för kvalitetssäkring.

De intervjuade har beretts möjlighet att sakgranska rapporten.

Granskningsresultat

Sid 63(124)

Har revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder besvarats av respektive nämnd/styrelse?

lakttagelser

Revisorerna överlämnade 2023-04-05 revisionsrapport med tillhörande missiv till omvårdnadsnämnden. Revisorerna efterfrågade svar från nämnden gällande de synpunkterna som framförs i rapporten senast 2023-06-29.

Omvårdnadsnämnden har 2023-06-15 § 116 godkänt Sektor Velfärds förslag till svar på revisionsrapport och överlämnar det till kommunens revisorer. Förvaltningens förslag till svar omfattar svar på de synpunkter och förslag som lämnats av revisionen.

Bedömning

Ja.

Omvårdnadsnämnden har genom förvaltningens förslag till svar besvarat revisionsrapporten. I förvaltningens förslag på svar besvaras de rekommendationer och synpunkter som lämnats i revisionsrapporten.

Har synpunkterna och förslagen åtgärdats?

lakttagelser

Rekommendation 1: Utveckla ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete så att det omfattar områden och dokumentation kopplat till att kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

I svaret på revisionsrapporten framgår att nämnden instämmer i bedömningen att läkemedelshanteringen inte är helt säkerställd inom hemsjukvården. Som det beskrivs i granskningen så upplevs det svårt av medarbetare och chefer inom verksamheterna att navigera i ledningssystemet Canea. Försök att underlätta navigeringen har gjorts genom att skapa egna boxar till varje verksamhet. I dessa boxar finns rutiner exempelvis för läkemedelshantering, delegering samt avvikelshantering. Då det inte finns någon entydig struktur för hur rutiner upprättas så får det till följd att liknande arbetssätt som beskrivs i granskningen uppstår och att verksamheten har svårt att veta vilken rutin som ska följas. Dessa rutiner kommer att ses över utifrån revisionens synpunkter.

I nämnden svar noteras att rutiner för exempelvis läkemedelshantering, delegering samt avvikelshantering ska ses över utifrån revisionens synpunkter i den tidigare genomförda granskningen. I vår uppföljande granskning har tagit del av dessa rutiner och kan konstatera att samtliga rutiner har reviderats sedan granskningen 2023. Vi kommer att återkomma till dessa rutiner längre fram i rapporten.

I vår uppföljande granskning har vi erhållit *Rutin för Välfärd Gävles ledningssystem*¹ som bland annat tydliggör strukturen för hur rutiner upprättas. Rutinen har efter vår granskning 2023 reviderats. Rutinen beskriver de principer som ledningssystemet är uppbyggt efter och hur olika rollers ansvar. Den tydliggör även hur ansvaret är fördelat när det gäller upprättande, granskning och godkännande av ledningssystemets olika dokumenttyper. Enligt verksamhetsföreträdare revideras verksamhetens rutiner vid behov samt att systemet skickar en påminnelse en gång per år till ansvarig. Om revidering ej sker trots påminnelse skickas en ny påminnelse genom mail till dess att rutinen är reviderad.

Vid intervjuer bekräftas att det skapats verksamhetsspecifika boxar i ledningssystemet i syfte att underlätta och navigera i verksamhetens specifika rutiner och processer. I de verksamhetsspecifika boxarna finns bl.a. rutiner för läkemedelshantering, delegering och avvikelshantering men verksamhetsföreträdare påtalar att det upplevs som svårnavigerat och att det inte alltid framgår huruvida rutiner uppdateras eller revideras. Vidare framgår vid intervjuer att rutinen avseende Välfärd Gävles ledningssystem inte är helt känd i verksamheten och att det finns önskemål om att erhålla utbildning och stöd kopplat till navigeringen i systemet. Vidare framgår att det finns utmaningar kopplat till den digitala mognaden inom vissa verksamheter.

I vår tidigare granskning noterades att kvalitetsledningssystemet inte användes för systematisk uppföljning och kvalitetsarbete avseende läkemedelshantering. Som beskrivet används *Canea* för att hitta gällande rutiner och riktlinjer men inte för dokumentation och uppföljning av exempelvis läkemedelshantering. Vid intervjuer framkommer att dokumentation och utvärdering är under uppbyggnad i ledningssystemet och beräknas att komma i gång under 2026. För närvarande uppges att dokumentation av genomförda egenkontroller sker i verksamhetssystemet Stratsys, där varje enhetschef ansvarar för att följa upp sin enhet. Inom kontor Hälso- och sjukvård uppges att det finns ett årshjul för kvalitetsarbetet samt att Power BI även är ett verktyg som används för att följa det interna kvalitetsarbetet.

¹ Upprättad 2017-12-04, reviderad 2025-01-11, godkänd av verksamhetschef.

Rekommendation 2: Säkerställa att ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete är känt i alla verksamheter.

Sid 65(124)

I nämndens svar på revisionsrapporten framgår att ett fortsatt arbete behöver göras avseende säkerställandet med att göra ledningssystemet känt och nyttjas i alla verksamheter. Svaret tydliggör inte på vilket sätt detta ska ske.

I vår granskning har vi tagit del av *Rutin för systematiskt kvalitetsarbete*² som ersätter tidigare gällande rutiner avseende de systematiska kvalitetsarbete. Denna rutin ramar in och utgör den övergripande styrningen för det systematiska kvalitetsarbetet inom Valfärd Gävle. Kopplat till denna rutin finns ett antal bilagor som kompletterar det systematiska kvalitetsarbetet, exempelvis avseende mall för egenkontroll. Medvetengörande av rutinen uppges ske genom kommunikation på en övergripande nivå men även på samverkansmöten med Valfärd Gävles kvalitetsteam samt på verksamhetsnivå. Vid intervju uppges att denna process kan behöva att ses över och förtydligas då det kan se lite olika ut mellan verksamheterna.

I tidigare kapitel framgår att det efter vår granskning skapats verksamhetsspecifika boxar i syfte att underlätta och navigera i verksamhetens specifika rutiner och processer. Enligt uppgift har enhetscheferna ett ansvar att informera om ledningssystemet och dess struktur men att det saknas en enhetlig metod för hur denna information ska delges till medarbetarna. Vid intervjuer framgår att viss information om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och dess rutiner och processer erhålls i samband med verksamheternas arbetsplatsträffar (APT). Samtidigt som att det ges att den höga personalomsättningen inom såväl legitimerad personal som hemtjänstpersonal leder till utmaningar i att få ledningssystemet känt i organisationen.

Instruktioner för att navigera i ledningssystemet och hur man söker för att hitta en specifik rutin uppges finnas tillgängliga på ledningssystemets startsida.

Rekommendation 3: Genomföra extern kvalitetssäkring i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9).

I nämndens svar angående extern kvalitetssäkring anges att avtalet för extern kvalitetsgranskning omfattar de generella läkemedelsförråd som finns på vård- och omsorgsboenden. I hemsjukvården finns inte sådana läkemedelsförråd, därav har ingen extern kvalitetssäkring genomförts.

I granskningen som genomfördes 2023 framgick att det inte hade genomförts några externa kvalitetsgranskningar under åren 2021 och 2022. Detta på grund av att verksamheten inte hade upphandlat en extern farmaceut som tillsammans med kommunens MAS skulle genomföra dessa kvalitetsgranskningar.

² Upprättad 2024-12-03, reviderad 2025-03-06, godkänd av Sektorchef.

I vår uppföljande granskning har vi tagit del av *Läkemedelshantering – extern kvalitetsgranskning av kommunverksamhet – Rutin – Gävleborgs län*³. Rutinen beskriver hur extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering utförs i kommunerna i Gävleborgs län samt hur resultaten av uppföljningen omsätts i åtgärdsplaner för att komma till rätta med identifierade brister och risker. I rutinen noteras att syftet med en extern kvalitetsgranskning är att förbättra och upprätthålla en säker läkemedelshantering för patient och personal i verksamheten. Vidare framgår i rutinen att farmaceut från Region Gävleborgs läkemedelsenhet granskar kommunens verksamheters (som hanterar läkemedel) genomförda egenkontroller, genomför extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering fysiskt på verksamheten samt upprättar en skriftlig återkoppling till verksamheten. Rutinen beskriver att andra uppdrag kan komma att bli aktuella, exempelvis utbildning, information och rådgivning och sker då efter överenskommelse mellan MAS och farmaceut. I rutinen framgår att lokala arbetsordningar för läkemedelshantering ska utarbetas för varje enhet av omvårdnadsansvarig sjuksköterska och enhetschef i enlighet med särskild mall. Syftet med den lokala arbetsordningen är att säkerställa patientsäkerhet vid läkemedelshantering för sjuksköterskor. I rutinen noteras även att genomgång av rutindokumentet ska alltid ingå i introduktionen av nya sjuksköterskor.

Vi har inom ramen för den uppföljande granskningen tagit del av lokala arbetsordningar för läkemedelshantering som utgått från en enhetlig mall. De lokala arbetsordningarna uppges finnas som bilagor till *Riktlinje Läkemedelshantering inom kommunal hälso- och sjukvård i Gävleborg* (som beskrivs i kommande rekommendation). Vi kan i den övergripande introduktionsplanen för nyanställda sjuksköterskor finna en checklista avseende verksamhetsrutiner som ska gås igenom. Exempel på rutiner som ska gås igenom avser läkemedelshantering, delegering av läkemedel, hantering av dödsfall och riskbedömning. Vi kan inte finna att introduktionsplanen specifikt noterar att lokala arbetsordning ska gås igenom. I samband med faktaavstämning av rapporten uppges att det är ett pågående arbete med att uppdatera introduktionsplanen som uppges vara klar vid årsskiftet 2025/2026.

Vid intervju framgår att externa kvalitetsgranskningar sker i enlighet med dokumenterad rutin. Genomförd granskning visar att externa kvalitetsgranskningar för år 2025 pågår vid granskningens genomförande och att det återstår tre externa kvalitetsgranskningar innan året är slut. Vidare visar uppföljningen att extern kvalitetsgranskning av generella läkemedelsförråd har genomförts på samtliga vård- och omsorgsboenden avseende åren 2023 och 2024. Inom hemsjukvården genomfördes extern kvalitetsgranskning år 2024 men ej för år 2023. Vid intervjuer framgår att orsaken till att extern kvalitetsgranskning inte till fullo genomförts 2023 beror på flera faktorer, bland annat omorganisation inom Region Gävleborgs läkemedelsenhet samt personalförändringar inom kommunen.

Gävle kommun har tillsammans med länets kommuner och Region Gävleborg en farmaceut upphandlad sedan 2023 för att genomföra egenkontroller och externa kvalitetsgranskningar gemensamt. Vid genomförandet av den uppföljande granskningen framkommer att regionen har valt att säga upp avtalet med länets kommuner gällande extern kvalitetsgranskning. Orsaken till detta uppges bero på bristande

³ Fastställt 2025-08-31, giltig till och med 2026-08-31. Fastställare Johanna Carlsson.

resurser från regionen att tillmötesgå och efterleva nuvarande avtal. Kommunens MAS har en dialog med Valfärd Gävles upphandlingsenhet för att diskutera ny upphandling.

Sid 67(124)

Vid intervjuer framkommer att verksamheten, baserat på resultat från utförda externa kvalitetsgranskningar, bland annat har installerat låsbara skåp i hemtjänstens lokaler. Legitimerad personal placerar varje hemsjukvårdspatients medicin i medicinskåpet och den delegerade hemtjänstpersonalen ansvarar för att ta med medicinen till varje enskild kund. Vid intervjuer med hemtjänstpersonal påtalas att personalen upplever en otrygghet kopplat till rutinen för transporter av mediciner till brukarna.

Rekommendation 4: Vidta åtgärder för att få en fungerande avvikelshantering och systematiskt förbättringsarbete avseende läkemedelshantering.

I nämndens svar på revisionsrapporten noteras att granskningen påvisar brister kopplat till avvikelshantering. Det framkommer bland annat oklarheter kopplat till vem som ska skriva avvikelser samt runt vilka händelser/incidenter det ska ske. Valfärd Gävle erbjuder regelbundet utbildning i avvikelshantering, både fysiska utbildningar likväl som digitala. Enligt nämnden föreligger dock ett fortsatt behov av att kontinuerligt erbjuda dessa insatser. En översyn görs av avvikelshanteringssystemet i syfte att se hur det ska fungera framgent. För nuvarande ledningssystem har en avtalsförlängning gjorts motsvarande 1 år. I samband med förnyat avtal noterar nämnden att en inventering bör göras av vilka andra ledningssystem som andra kommuner nyttjar. Avseende avvikelserna så är det enhetschef i verksamheten som ska utreda och riskbedöma samt följa resultaten gällande avvikelserna. Detta finns visualiserat i analysverktyget Power BI och genomförda analyser på orsaker och åtgärder till avvikelserna ska skickas till MAS en gång per år.

I vår granskning har vi tagit del av *Rutin för avvikelshantering med Treservas modul⁴*. Rutinen gäller för både biståndshandläggare och utförare av biståndsbedömda verksamheter i äldre- och funktionshindersomsorg (inklusive externa utförare) samt kommunal hälso- och sjukvård, som har tillgång till avvikelsemodulen i verksamhetssystemet Treserva. Rutinen beskriver bland annat Socialstyrelsens definition för vad en avvikelse är, syftet med att registrera en avvikelse, vem som ska registrera en avvikelse samt hur utredningsprocessen sker efter att en avvikelse är registrerad. Vidare framgår att ansvarig enhetschef ska se till att förebyggande åtgärder vidtas och följs upp för att säkerställa att de haft önskad effekt. När en avvikelse följts upp ska den registreras som slutförd. Det framgår även att senast den 15 januari varje år ska ansvarig verksamhetschef lämna en årssammanställning per enhet med antal avvikelser, analys och eventuella vidtagna åtgärder för föregående kalenderår. Kvalitetsteamet är mottagare av årssammanställningen. Rutinen har reviderats sedan den föregående granskningen.

⁴ Upprättad 2016-05-04, reviderad 2025-07-04, godkänd av Biträdande Sektorchef.

Vid intervjuer framgår att ovanstående årssammanställning upprättas genom dokumenterade verksamhetsplaner. Vi har inom ramen för den uppföljande granskningen tagit del av *Verksamhetsplan Hälso- och sjukvårdskontoret 2025* samt *Verksamhetsplan VO Stöd i hemmet Hemtjänst natt och larm 2025*. Vi kan i dessa verksamhetsplaner inte finna en spårbarhet kring antal avvikelser per enhet, analyser och eventuella vidtagna åtgärder utifrån ett systematiskt förbättringsarbete avseende läkemedelshantering.

De intervjuade ger uttryck för att rutinen för avvikelshantering är i stort känd i verksamheten men att det inte alltid är tydligt när en avvikelse ska rapporteras. Vidare uppges i intervju att hemtjänstpersonal ibland har svårt att hinna skriva avvikelser under arbetspasset. Vidare beskrivs både från hemtjänstpersonal och sjuksköterskor att det kan finnas ett mörkertal av avvikelser då inte all personal skriver avvikelser.

I granskningen har vi tagit del av den övergripande och länsgemensamma *Riktlinjen Läkemedelshantering inom kommunal hälso- och sjukvård i Gävleborg*⁵. Syftet med riktlinjen är att följa lagar och författningar rörande läkemedelshantering i kommunal hälso- och sjukvård med utgångspunkt från Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering i hälso- och sjukvården. Riktlinjen omfattar bland annat moment från ordination, rekvisition och iordningställande till administrering/överlämnande av läkemedel, samt hantering av förråd med eventuella retur. Det är den länsgemensamma grupp som arbetat fram riktlinjen vilka består av medicinskt ansvariga sjuksköterskor från Gävle och Hudiksvalls kommun, legitimerade sjuksköterskor från Ovanåker, Hofors och Ockelbo samt legitimerade receptarier från Region Gävleborg. Riktlinje för läkemedelshantering inom kommunal hälso- och sjukvård ska fastställas lokalt av varje kommuns MAS. Vid intervju bekräftas att riktlinjen för läkemedelshantering inom kommunal hälso- och sjukvård lokalt fastställts av kommunens MAS. Vi kan dock inte finna någon spårbarhet till att den är antagen lokalt. Vid intervjuer med sjuksköterskorna uppges att denna riktlinje inte är helt känd i verksamheten.

I omvårdnadsnämndens *patientsäkerhetsberättelse 2024*⁶ framgår att kvalitetssamordnarnas roll har förändrats under 2024 till att arbeta mer proaktivt genom att identifiera kvalitetsbrister samt säkerställa att gällande rutin följs, i stället för som tidigare med uppdraget att utreda avvikelser. Därtill ska kvalitetssamordnarnas förändrade uppdrag innefatta att stödja arbetet med att ta fram nya kvalitetssäkrade arbetssätt för att främja patientsäkerheten, stödja med att identifiera och säkerställa att rätt kompetens finns i verksamheten. Kvalitetssamordnarna har, tillsammans med MAS och MAR (medicinskt ansvarig rehab), korta veckovisa avstämningar med respektive enhetschef för genomgång av aktuella avvikelser inom respektive enhetschefs teamområde samt gå igenom behovet av åtgärder. I patientsäkerhetsberättelsen noteras att trenden på antal registrerade avvikelser är stigande och att andelen ej hanterade avvikelser samtidigt fortsatt att öka. Under 2024 uppges att 1 806 avvikelser registrerats gällande läkemedelshantering inom verksamhetsområdet hälso- och sjukvård. Identifierade

5 Upprättad av kommunala läkemedelsgruppen 2018-05-07, reviderad 2024-12-09. Riktlinjen som erhållits omfattar inte fastställandedatum för respektive kommun.

6 Omvårdnadsnämnden 2025-02-05. Dnr 25ON33.

bakomliggande orsaker till avvikelserna uppges bland annat vara stressig arbetsmiljö, skiftbyten, mänskliga faktorn – personalen glömmer bort att ge läkemedel, brist på kommunikation och samverkan och språkförbistringar. Åtgärder som noteras i patientsäkerhetsberättelsen är att delegering har dragits in då flera läkemedelsavvikelser orsakats av samma person, förändringar i schema vid skiftbyten och genomgång av rutiner på APT.

I patientsäkerhetsberättelsen framgår även att ett av omvårdnadsnämndens mål avser att avvikelser ska poängbedömas inom två veckor samt att avvikelshantering är ett prioriterat område i handlingsplanen för patientsäkerhet. Vid intervjuer bekräftas att regelbundna avvikelseavstämningar sker varje vecka genom MAS, MAR och enhetschefer inom respektive teamområde samt kvalitetsutvecklare.

Sedan tidigare genomförd granskning uppges att flera åtgärder vidtagits genom att rutiner och riktlinjer har reviderats och att lokala arbetsordningar och bilagor till den övergripande riktlinjen har tagits fram som ett stöd. Digital signering är införd i kommunen vilket uppges medföra att den omvårdnadspersonal som inte har en giltig delegering inte kan signera att läkemedel har överlämnats till den enskilde. Vid intervjuer bekräftas att digital signering av läkemedel sker inom i alla av kommunens hemtjänstområden. Digital signering är ännu inte implementerat för de som har en privat hemtjänstleverantör.

Statistik – avvikelser läkemedelshantering

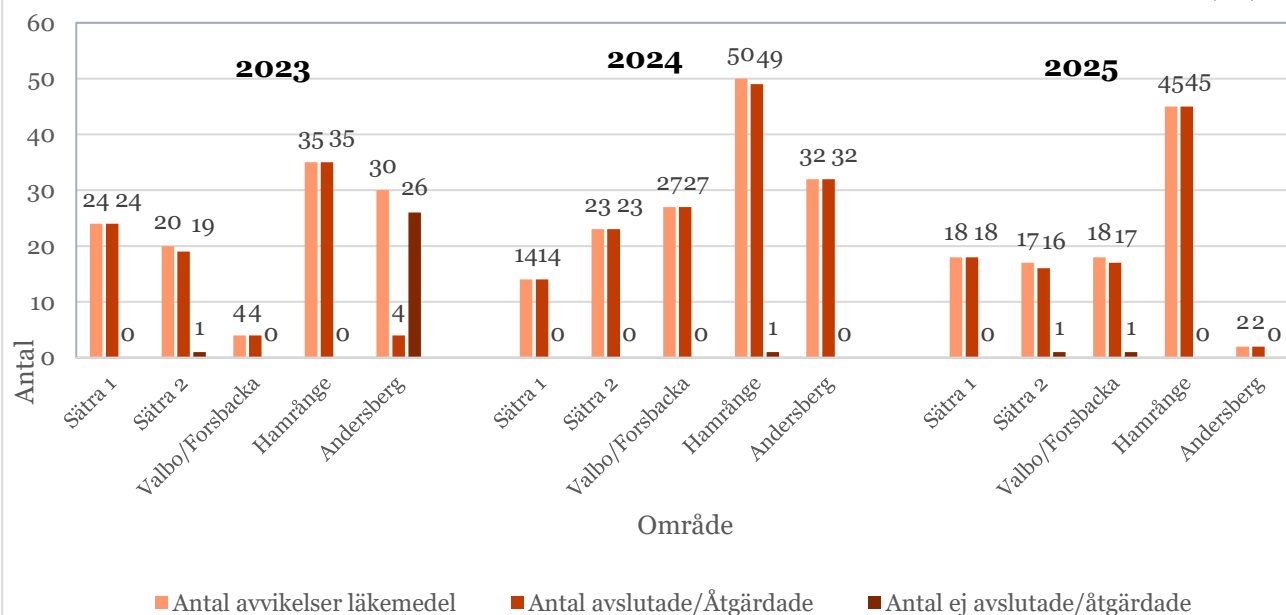
I den tidigare granskningen noterades att det förekom, i varierad grad mellan hemtjänstens enheter, flertalet oåtgärdade avvikelser. Sätra 2 och Andersberg hade i högre grad antal ej avslutade/åtgärdade avvikelser under 2022 avseende läkemedelshantering. Samtidigt noterades att Hamrånge och Sätra 1 hade avslutat och åtgärdat samtliga avvikelser avseende läkemedelshantering under 2022. Statistik från tidigare genomförd granskning återfinns i tidigare genomförd granskningsrapport samt som bilaga i denna rapport.

Inom ramen för vår uppföljande granskning har vi tagit del av statistik för åren 2023, 2024 och 2025 (januari-juni) för granskningens urval av områden inom hemtjänst och hemsjukvård samt avseende:

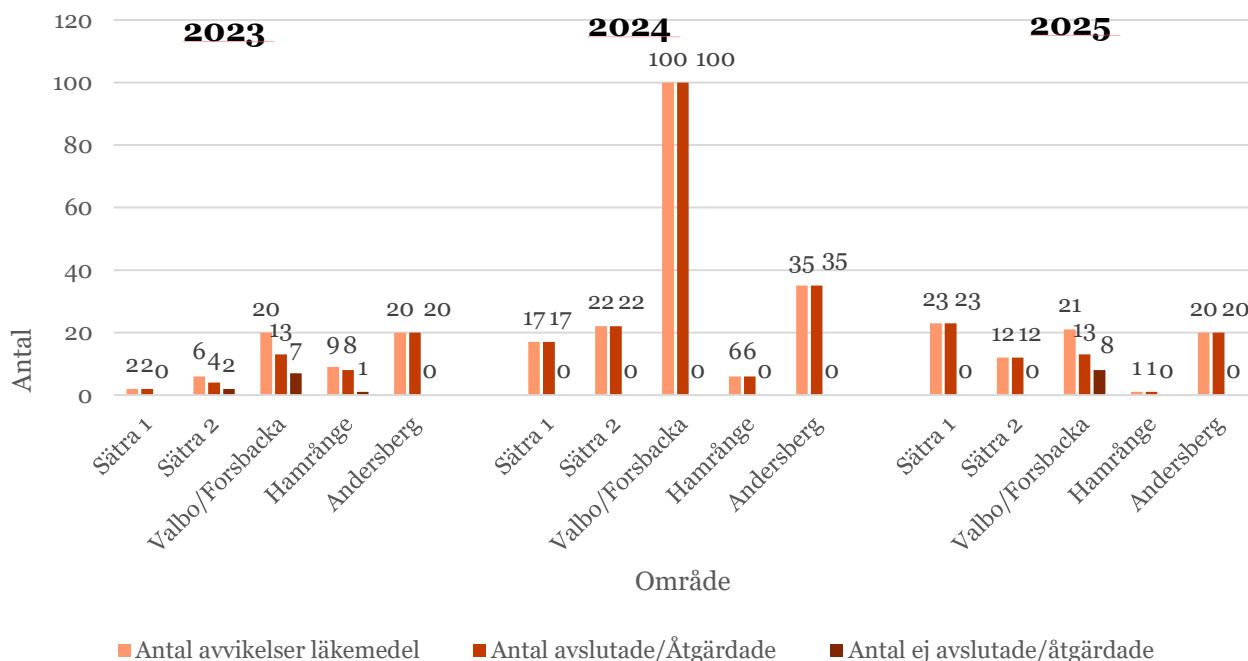
- Totalt antal avvikelser avseende läkemedelshantering
- Antal avslutade och åtgärdade avvikelser avseende läkemedelshantering
- Antal ej avslutade och åtgärdade avvikelser avseende läkemedelshantering för granskningens urval av områden.

Hemtjänst

Sid 70(124)



Hemsjukvård



Vi kan utifrån analys avseende erhållen statistik konstatera att:

- Antalet avslutade/åtgärdade avvikelser har ökat jämfört mot tidigare genomförd granskning samtidigt som totalt antal registrerade avvikelser avseende läkemedelshandtering har ökat jämfört mot tidigare. Det är endast ett fåtal avvikelser under 2023, 2024 och 2025 som inte är avslutade/åtgärdade.

Hemtjänst:

Sid 71(124)

- Totalt antal registrerade avvikelser avseende läkemedelshantering inom hemtjänsten uppgick till år 2022 till 135 st, 113 st år 2023, 145 st år 2024 och 100 st 2025 (januari-juni). Detta är en ökning mellan åren 2022 och 2024 med 10 registrerade avvikelser. Hamrånge har noterat det högsta antalet avvikelser per år, medan Valbo/Forsbacka har rapporterat det lägsta antalet för år 2023. Under 2024 var det Sättra 1 som stod för de färre avvikelserna, och hittills under 2025 har Andersberg registrerat det lägsta antalet.
- Antalet ej avslutade/åtgärdade avvikelser år 2023 i Andersberg uppgår till 26 st vilket sticker ut något. Sättra 1 har under samma period en avvikelse som inte åtgärdats/avslutats. Övriga områden har för samma period samtliga avvikelser åtgärdade/avslutade.
- Hamrånge har en registrerad avvikelse under 2024 inom hemtjänsten som ännu inte avslutats/åtgärdats. Övriga områden har för samma period samtliga avvikelser åtgärdade/avslutade.
- Sättra 2 och Valbo/Forsbacka har en varsin avvikelse som inte åtgärdats/avslutats för år 2025. Övriga områden har för samma period samtliga avvikelser åtgärdade/avslutade.

Hemsjukvård:

- Totalt antal registrerade avvikelser avseende läkemedelshantering inom hemsjukvården uppgick år 2022 till 61 st, 228 st år 2023, 180 st år 2024 och 58 st 2025 (januari-juni). Detta påvisar en ökning mellan åren 2022 och 2023 med 167 st (73 procent). Hamrånge redovisar totalt lägsta antalet registrerade avvikelser för åren 2023–2025 samtidigt som Valbo/Forsbacka har registrerat flest antal avvikelser under samma period. Sättra 1 har ökat sin rapportering av avvikelser för varje år.
- Hemsjukvården har under år 2023 3 st avvikelser som inte åtgärdats/avslutats varav 2 st tillhör område Sättra 2 och en tillhör Hamrånge. Övriga områden har för samma period samtliga avvikelser åtgärdade/avslutade.
- Valbo/Forsbacka har mellan åren 2023 och 2024 en ökning med 80 st registrerade avvikelser samt en ökning mellan åren 2024 och 2025 (januari-juni).
- Under 2024 har samtliga områden åtgärdat/avslutat registrerade avvikelser.
- Valbo/Forsbacka har åtta avvikelser under år 2025 som ännu inte avslutats/åtgärdats. Övriga områden har för samma period samtliga avvikelser åtgärdade/avslutade.

Rekommendation 5: Analysera eventuella skillnader mellan olika stadsdelar vad det gäller läkemedelshantering och vidta åtgärder i de avseenden skillnader inte är motiverade.

SR-72(124)

I nämndens svar på revisionsrapporten framgår inga specifika åtgärder kopplat till denna rekommendation.

I granskningen framkommer att analys från hälso- och sjukvårdskontoret har genomförts gällande avvikelser. Exempel på identifierade orsaker till registrerade avvikelser uppges vara:

- brister i delegeringsutbildningar då olika innehåll ges vid utbildningstillfället
- brister i planeringsverktyget TES då de inte används av samtliga hälso- och sjukvårdsenheten vilket leder till att åtgärder och uppföljningar missas
- brister avseende palliativ vård då patienter får vänta på bedömning och vård samt
- brister i suicidhantering genom bristande kompetens och bristande kännedom om aktuell rutin.

I granskningen framkommer att åtgärder till viss del har vidtagits utifrån ovanstående områden. Bland annat uppges att det finns en extra telefon som är insatt för palliativa patienter/anhöriga/personal att ringa till en sjuksköterska, förändringar i schemat för att undvika att medicindelning inte sker vid skiftbyten och genomgång av rutiner vid arbetsplatsträffar (APT).

I omvårdnadsnämndens patientsäkerhetsberättelse 2024 framgår att bedömningar av sannolikhets- och allvarlighetsgrad av avvikelser saknas i mycket stor utsträckning. Detta är ett prioriterat förbättringsområde i arbetet med avvikelshantering då sannolikhets- och allvarlighetsbedömningarna av medicinska avvikelser ligger till grund för om medicinskt ansvarig sjuksköterska/medicinskt ansvarig för rehabilitering blir informerade om händelsen eller inte. Vidare noteras att enhetschef för HSL ansvarar för att organisera och planera teamarbete kring kunden samt ansvarar för rapportering och avvikelshantering.

Vi har inom ramen för den uppföljande granskningen inte erhållit någon skriftlig analys kring eventuella skillnader mellan olika stadsdelar vad det gäller läkemedelshantering och eventuella vidtagna åtgärder i de avseenden skillnader inte är motiverade. Vid genomgång av nämndens protokoll finns ingen spårbarhet till att nämnden efterfrågat eller erhållit några analyser inom området. Vid intervjuer bekräftas att några övergripande analyser ej har genomförts.

Rekommendation 6: Säkerställa att delegerad personal har tillräckliga kunskaper för uppgiften.

I nämndens svar på revisionsrapporten framgår inga specifika åtgärder kopplat till denna rekommendation.

Vid avstämning och intervjuer framkommer att ny delegeringsutbildning för omvårdnadspersonal inom samtliga teamområden är aktuellt. Detta i syfte att en och samma delegeringsutbildning ges oavsett

vilken verksamhet omvårdnadspersonalen arbetar i. Innehållet och materialet för denna utbildning har tagits fram av en arbetsgrupp bestående av enhetschef för hälso- och sjukvård och fem sjuksköterskor som därefter har avstämts med kommunens MAS. Utbildningen kommer att innehålla områden som:

- Målet med utbildningen
- Lagar
- Ordinationslistor
- Olika läkemedelsformer
- Avvikelser
- Praktiska övningar

Vid intervjuer med både legitimerad personal samt omvårdnadspersonal uttrycks en positiv inställning till den planerade gemensamma utbildningen för all berörd personal. Endast ett fåtal sjuksköterskor i kommunen kommer att ansvara för utbildningen och de kommer att använda utbildningsmaterial som godkänts av kommunens MAS. Utbildningen kommer att starta i januari 2026 och genomförs fysiskt. Efter avslutad utbildning får varje deltagare genomföra ett kunskapstest för att bedöma om personen är kvalificerad för delegering av uppgiften. När testet har godkänts, erhåller medarbetaren ett diplom. Årligen genomförs ett uppföljande test för att eventuellt förnya delegeringen. Ansvarig enhetschef med utsedda sjuksköterskor kommer att bjuda in samtliga chefer inom extern samt intern regi för att kommunicera ut nya delegeringsutbildningens upplägg under hösten 2025.

Vi har i granskningen tagit del av *Rutin för delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter inom hälso- och sjukvård*⁷ vilken är reviderad sedan föregående granskning. Rutinen beskriver bland annat definitioner för delegering, formell kompetens och handledning. Formell kompetens avser att personalen har legitimation för yrket. I intervjuer framkommer det att kontroll om personalen har den legitimation de uppgett sig ha endast genomförts vid nyanställning och då av HR-avdelningen. Någon kontroll under pågående anställning sker ej.

Rekommendation 7: Säkerställa efterlevnad av gällande rutiner exempelvis:

- att det finns lokalt upprättade rutiner för respektive hemsjukvårdsområde i enlighet med rutin för läkemedelshantering
- att *Rutin för läkemedelshantering inom hemsjukvården* revideras löpande i enlighet med vad som framgår i rutinen.

⁷ Upprättad 2016-03-26, reviderad 2025-08-28, godkänd av medicinskt ansvarig sjuksköterska.

- att egenkontroller inom hemsjukvården genomförs i enlighet med Rutin för läkemedelshantering.

Sid 74(124)

I nämndens svar på revisionsrapporten att rutiner för läkemedelshantering är säkra ingår i det lagstadgade ansvaret för MAS, medicinskt ansvarig sjuksköterska, liksom att besluten om delegering är patientsäkra. Att dessa rutiner efterlevs är verksamhetschef för Hälso- och sjukvårdens ansvar.

Inom ramen för den uppföljande granskningen har vi tagit del av *Rutin för läkemedelshantering*⁸ vilken har reviderats sedan tidigare genomförd granskning. Rutinen gäller för samtliga utförare inom Valfärd Gävle där nämnderna har ett hälso- och sjukvårdsansvar. Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, chefer och delegerad personal inom kommunal hälso- och sjukvård. Syftet med rutinen är att följa lagar och författningar rörande läkemedelshantering i kommunal hälso- och sjukvård. Rutinen beskriver bland annat att extern kvalitetsgranskning ska genomföras minst en gång per år. I samband med kvalitetsgranskning ska den som granskar ge råd och stöd samt lämna förbättringsförslag till enheten. Vid intervjuer framkommer att egenkontroller av läkemedelshantering genomförs innan extern kvalitetsgranskning sker och skickas därefter till MAS. Egenkontrollerna följs därefter upp inom ramen för den kvalitetsgranskningen då den sjuksköterska som är utsedd att vara ansvarig för läkemedelsförrådet alltid medverkar.

Inom ramen för granskningen har vi tagit del av *Läkemedelshantering - extern Kvalitetsgranskning av kommunverksamhet - Rutin - Gävleborgs län*⁹. Rutinen omfattar bland annat en checklista för läkemedelshantering.

Som vi tidigare har nämnt i rapporten så har vi inom ramen för granskningen tagit del av lokala arbetsordningar för läkemedelshantering som även utgått från enhetlig mall. I de lokala arbetsordningarna framgår att kvalitetsuppföljning – egenkontroll ska ske årligen. Vi har inom ramen för granskningen erhållit dokumenterade och genomförda egenkontroller avseende läkemedelshantering för år 2024 - 2025. Egenkontrollerna har genomförts i enlighet med regionens checklista.

I nämndens patientsäkerhetsberättelse 2024 framgår att det under 2024 har genomförts externa kvalitetsgranskningar av de läkemedelsförråd som finns i hemsjukvården. Den externa kvalitetsgranskningen genomfördes i samverkan med Region Gävleborgs läkemedelsenhet. Egenkontroll görs av verksamheten inför granskningen men även den kvalitetsgranskning som genomfördes under 2023 följs upp. Handlingsplan upprättas av ansvariga för verksamheten och lämnas till MAS. Förbättringsområden som framkom i den externa kvalitetsgranskningen noteras följande:

- Upprättande av lokal arbetsordning för läkemedelshantering
- Hållbarhetskontroll samt dokumentation enligt upprättad rutin
- Följsamhet till rutinen gällande temperaturmätning

⁸ Upprättad 2016-05-20, reviderad 2025-08-28, godkänd av medicinskt ansvarig sjuksköterska.

⁹ Upprättad av Region Gävleborg giltig till och med 2026-08-31.

- Följsamhet till rutin för kontrollräkning av narkotika hemma hos patienten
- Signaturförtydligandelistor behöver upprättas
- Följsamhet till samverkansdokument/riktlinjen för Läkemedelshantering i kommunal hälso- och sjukvård som tagits fram i samverkan med Region Gävleborgs läkemedelsenhet samt representanter för MAS i länet.

Sid 75(124)

I patientsäkerhetsberättelsen noteras att det systematiska kvalitetsarbetet avseende riskanalyser, utredning av avvikelser och egenkontroller utgör en utmaning inför år 2025.

Under intervjuer framkommer det att Sektor Vårlds kvalitetssteam har i uppdrag att förbereda underlag för egenkontroller, baserade både på befintliga rutiner och insikter från IVO (Inspektionen för vård och omsorg). Det framgår också att egenkontroller av läkemedelshantering kan förbättras, särskilt genom att införa mer systematik i det fortlöpande arbetet hos hemtjänst- och hemsjukvårdskunderna.

Sammanfattning av åtgärdade rekommendationer

Rekommendation	Rekommendation genomförd
Rekommendation 1: Utveckla ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete så att det omfattar områden och dokumentation kopplat till att kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Detta för att efterleva gällande krav i SOSFS 2011:9	Vi bedömer att rekommendationen är <i>delvis</i> åtgärdad. Vi bedömer att det har upprättats rutiner avseende Vårld Gävles ledningssystem som bland annat tydliggör strukturen för hur rutiner ska upprättas och när revidering av dessa ska ske. Uppföljningen visar att det har utvecklats system för att underlätta navigering och tillgång till lokala rutiner. Vi kan konstatera att det finns vissa brister kopplat till spridning av information om när revidering/upprättande av nya rutiner har genomförts samt att det finns behov av att säkerställa tillgång till utbildning och stöd för bättre användning av ledningssystemet. Vi bedömer att ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i dagsläget inte omfattar dokumentation kopplat till att följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Det planeras dock att integreras i ledningssystemet till år 2026 vilket vi ser positivt på.
Rekommendation 2: Säkerställa att ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete är känt i alla verksamheter.	Vi bedömer att rekommendationen är <i>delvis</i> åtgärdad. Vi bedömer att det finns reviderade rutiner för det systematiska kvalitetsarbetet. Rutinen utgör den övergripande styrningen för det systematiska kvalitetsarbetet inom Vårld Gävle.

	<p>Genomförd granskning visar att det sker ett arbete med att säkerställa att ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete är känt i alla verksamheter. Kommunikation på en övergripande nivå sker genom samverkansmöten med Valfärd Gävles kvalitetsteam, på en verksamhets- och enhetsnivå ingår medvetandegörandet genom berörda chefer genom bland annat arbetsplatsträffar.</p> <p>Vi bedömer dock att det finns ett behov av att säkerställa att arbetet med information om ledningssystemet fortskrider då det inom ramen för granskningen påtalas att en hög personalomsättning försvårat arbetet och påverkar kännedomen negativt.</p>
<p>Rekommendation 3: Genomföra extern kvalitetssäkring i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9).</p>	<p>Vi bedömer att rekommendationen är <i>delvis</i> åtgärdad.</p> <p>Vi bedömer att det finns lokala arbetsordningar för läkemedelshantering i enlighet med upprättad mall avseende lokala arbetsordningar. Granskningen visar att de externa kvalitetsgranskningarna under 2025 är pågående och att de kvarvarande kvalitetsgranskningarna enligt uppgift kommer att vara klara innan årets slut. Vidare framgår att externa kvalitetsgranskningar av generella läkemedelsförråd har genomförts på samtliga vård- och omsorgsboenden avseende åren 2023 och 2024. Genomförd granskning visar att externa kvalitetsgranskningar inom hemsjukvården genomfördes avseende år 2024 men ej för år 2023 vilket vi ser som en brist.</p> <p>Genomförd granskning visar att nuvarande avtal avseende farmaceut är uppsagt. Vi ser det som väsentligt att omvårdnadsnämnden säkerställer denna kompetens framåt då farmaceuten tillsammans med kommunens MAS genomför de externa kvalitetsgranskningarna.</p>
<p>Rekommendation 4: Vidta åtgärder för att få en fungerande avvikelshantering och systematiskt förbättringsarbete avseende läkemedelshantering.</p>	<p>Vi bedömer att rekommendationen är <i>delvis</i> åtgärdad.</p> <p>Vi bedömer att det finns reviderade rutiner för avvikelshantering som bland annat beskriver Socialstyrelsens definition för vad en avvikelse är, syftet med att registrera en avvikelse, vem som ska registrera en avvikelse samt hur utredningsprocessen sker efter en avvikelse är registrerad. Genomförd granskning visar dock att det finns ett behov av att säkerställa kännedom i organisationen om när en avvikelse ska rapporteras. Det framkommer i granskningen att</p>

	<p>det finns en risk för ett mörkertal till antalet registrerade avvikelser, där en orsak uppges vara tidsbrist. Vi ser det som väsentligt ^{väsentligt} att dessa noterade brister hanteras för att säkerställa en tillräcklig och fungerande avvikelshantering.</p> <p>Genomförd granskning visar att det har skett förändringar kopplat till kvalitetssamordnarens roll med ett ökat fokus på proaktivt arbete med att identifiera kvalitetsbrister och säkerställa efterlevnad av rutiner. Vi noterar att det totala antalet registrerade avvikelser har ökat. Vi ser det som väsentligt att det även fortsatt vidtas åtgärder utifrån identifierade orsaker.</p> <p>Vi bedömer att införande av digital signering bidrar till att säkerställa att endast behörig personal kan signera läkemedelsöverlämning, även om detta ännu inte omfattar privata hemtjänstleverantörer.</p>
<p>Rekommendation 5: Analysera eventuella skillnader mellan olika stadsdelar vad det gäller läkemedelshantering och vidta åtgärder i de avseenden skillnader inte är motiverade.</p>	<p>Vi bedömer att rekommendationen <i>inte</i> är åtgärdad.</p> <p>Vi har inom ramen för den uppföljande granskningen inte erhållit någon skriftlig analys kring eventuella skillnader mellan olika stadsdelar vad det gäller läkemedelshantering och eventuella vidtagna åtgärder i de avseenden skillnader inte är motiverade. Vid genomgång av nämndens protokoll finns ingen spårbarhet till att nämnden efterfrågat eller erhållit några analyser inom området.</p>
<p>Rekommendation 6: Säkerställa att delegerad personal har tillräckliga kunskaper för uppgiften.</p>	<p>Vi bedömer att rekommendationen är <i>delvis</i> åtgärdad.</p> <p>Vår bedömning är att verksamheten har utifrån sin egen analys påtalat brister i delegationsutbildningen som i sin tur påverkar kunskapen kring delegering.</p> <p>Vi ser dock positivt på att det har arbetats fram en ny delegeringsutbildning för omvårdnadspersonal inom samtliga områden i kommunen. Utbildningen är obligatorisk och kommer att genomföras fysiskt från januari 2026. Årligen genomförs ett uppföljande test för att eventuellt förnya delegeringen. Vidare gör vi bedömningen att det finns en reviderad rutin för delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter inom hälso- och sjukvård.</p>

<p>Rekommendation 7:</p> <p>Säkerställa efterlevnad av gällande rutiner exempelvis</p> <ul style="list-style-type: none"> - att det finns lokalt upprättade rutiner för respektive hemsjukvårdsområde i enlighet med rutin för läkemedelshantering - att Rutin för läkemedelshantering inom hemsjukvården revideras löpande i enlighet med vad som framgår i rutinen. - att egenkontroller inom hemsjukvården genomförs i enlighet med Rutin för läkemedelshantering. 	<p>Vi bedömer att rekommendationen är <i>delvis</i> åtgärdad.</p> <p style="text-align: right;">Sid 78(124)</p> <p>Vi bedömer att det finns reviderade rutiner och checklistor för läkemedelshantering och rutiner för extern kvalitetsgranskning av kommunverksamhet. Genomförd granskning visar att egenkontroller avseende läkemedelshantering har genomförts för år 2024 och 2025 i enlighet med framtagna checklista.</p> <p>Vi bedömer att lokala arbetsordningar för läkemedelshantering finns och utgår från en enhetlig mall. I de lokala arbetsordningarna framgår att kvalitetsuppföljning – egenkontroll ska ske årligen vilket genomförd granskning visar att det har genomförts och dokumenterats för år 2024–2025. Granskningen visar dock att det finns ett behov av att stärka systematiken i det fortlöpande arbetet hos hemtjänst- och hemsjukvårdskunderna främst kopplat till att säkerställa tillgänglighet till aktuella läkemedelslistor hos kunderna. Vi noterar även att det systematiska kvalitetsarbetet avseende riskanalyser, utredning av avvikelser och egenkontroller lyfts som en utmaning inför år 2025. Vi bedömer att det är väsentligt att Valfärd Gävle säkerställer att detta sker på ett tillfredsställande sätt och i enlighet med befintliga rutiner framåt.</p>
---	---

Revisionell bedömning

Sid 79(124)

PwC har, på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Gävle kommun, genomfört en uppföljande granskning av läkemedelshantering inom hemsjukvård och hemtjänst. Syftet har varit att bedöma om omvårdnadsnämnden vidtagit tillräckliga åtgärder med anledning av den bedömning och åtgärdsförslag som lämnats i genomförda granskningar.

Vi bedömer att omvårdnadsnämnden *inte helt* har vidtagit åtgärder med hänsyn till revisorernas rekommendationer utifrån genomförd granskning av läkemedelshantering inom hemsjukvård och hemtjänst.

Rekommendationer

Vid den granskning som genomfördes 2023 lämnades sju rekommendationer.

Efter den uppföljande granskningen lämnar vi nu följande rekommendationer till omvårdnadsnämnden:

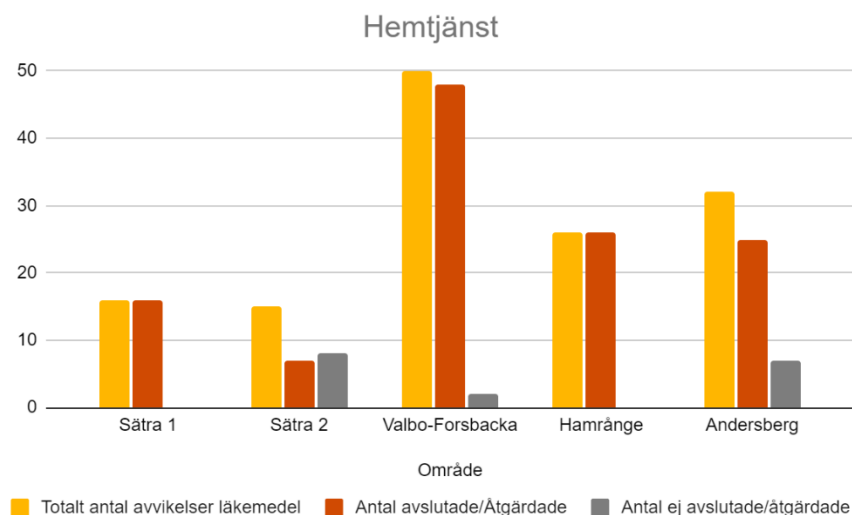
- Utveckla ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete så att det omfattar områden och dokumentation kopplat till att kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Detta för att efterleva gällande krav i SOSFS 2011:9.
- Säkerställa att ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete är känt i alla verksamheter.
- Säkerställa att extern kvalitetssäkring i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2011:9 fortsättningsvis genomförs.
- Säkerställa att rutiner för avvikelshantering efterlevs.
- Se över behovet av att analysera eventuella skillnader mellan olika stadsdelar avseende läkemedelshantering och vidta eventuella åtgärder i de avseenden skillnader inte är motiverade.
- Säkerställ att egenkontroller genomförs i enlighet med rutin för läkemedelshantering och att det sker på ett systematiskt sätt.

Statistik som redovisades i rapporten *Granskning läkemedelshantering* som genomförd 2023 framgår nedan.

Nedanstående diagram avser *hemtjänstens* statistik år 2022 avseende:

- Totalt antal avvikelser avseende läkemedelshantering
- Antal avslutade och åtgärdade avvikelser avseende läkemedelshantering
- Antal ej avslutade och åtgärdade avvikelser avseende läkemedelshantering för granskningens urval av områden.

Vi kan utifrån nedanstående statistiskt konstatera att Sättra 2 och Andersberg har i högre grad antal ej avslutade/åtgärdade avvikelser under 2022 avseende läkemedelshantering. Vi kan vidare konstatera att Hamrånge och Sättra 1 har avslutat och åtgärdat samtliga avvikelser avseende läkemedelshantering under 2022.



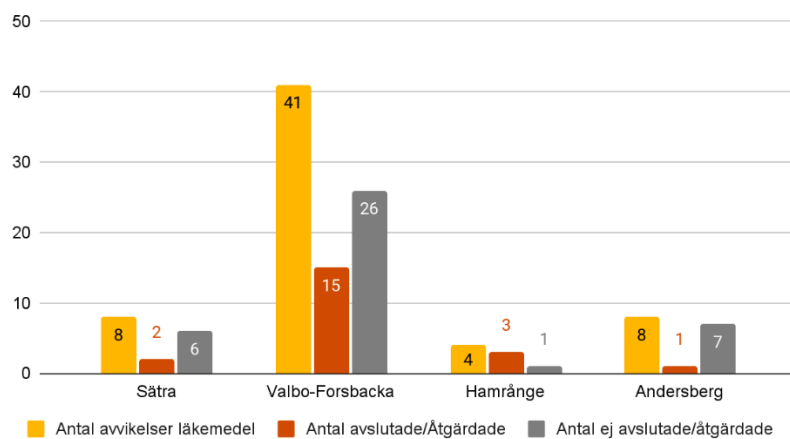
Nedanstående diagram avser *hemsjukvårdens* statistik år 2022 avseende:

- Totalt antal avvikelser avseende läkemedelshantering
- Antal avslutade och åtgärdade avvikelser avseende läkemedelshantering
- Antal ej avslutade och åtgärdade avvikelser avseende läkemedelshantering för granskningens urval av områden.

Vi kan utifrån nedanstående statistik konstatera att Valbo-Forsbacka har ett högre antal avvikelser avseende läkemedelshantering mot övriga områden. Vi kan vidare konstatera att Andersberg, Sättra och Valbo-Forsbacka i högre grad har antal ej avslutade/åtgärdade avvikelser under 2022 avseende läkemedelshantering.

Hemsjukvård

Sid 81(124)



2025-11-26

Hanna Franck

Uppdragsledare

Malou Olsson

Projektledare

Denna rapport har upprättats av Öhrlings PricewaterhouseCoopers AB (org nr 556029-6740) (PwC) på uppdrag av Gävle kommuns revisorer enligt de villkor och under de förutsättningar som framgår av projektplan. PwC ansvarar inte utan särskilt åtagande, gentemot annan som tar del av och förlitar sig på hela eller delar av denna rapport.

Beslutsärende: Initiativärende (V) – Flyttlots för äldre

11

26ON99



Initiativärende om ”flyttlots” för äldre

Många äldre bor kvar i stora bostäder som inte är tillgänglighetsanpassade. Några bor kvar för att de känner trygghet och trivsel och är beredda att bortse från att bostaden kanske inte är optimal, men andra bor kvar för att hela processen med att flytta känns för stor och osäker.

I vissa fall kan barn, barnbarn eller andra yngre släktingar och vänner vara det stöd som behövs, men alla har inte ett sådant nätverk.

En ”flyttlots” som kan ge råd och stöd skulle kunna underlätta för många. En flyttlots kan förklara hur processen kan gå till, oavsett om det handlar om köp, försäljning, eller flytt från en hyreslägenhet till en annan. En flyttlots kan förmedla kontakt med mäklare eller hyresvärd, ge tips om flyttfirmor och städbolag, hjälpa till med en ekonomisk översikt och visa på olika boendalternativ.

En fungerande ”flyttkedja” har många vinnare och inga förlorare. Äldre som flyttar till mer tillgänglighetsanpassade bostäder har möjlighet att bo kvar i eget boende längre, större bostäder kommer på marknaden för stora familjer som behöver mer plats.

Med stöd av ovanstående yrkar jag

a t t Omvårdnad undersöker möjligheten att inrätta en flyttlots som agerar som stöd för äldre medborgare

Gävle den 23 februari 2026

Maud Liljeqvist
Vänsterpartiet

Beslutsärende:
Delegationsbeslut

12

26ON55

Delegationsbeslut

1. Avgiftsbeslut
Perioden 2026-02-04 – 2026-03-04 94 st
2. Sammanställning av yttrande/handlingar från Inspektionen för vård och omsorg (IVO).
3. Sammanställning av Personuppgiftsincidenter

Kommande beslut:
Upphandling av vård- och
omsorgsplatser

14

26ON89



Tjänsteskrivelse

2026-03-06

Diarienummer: 26ON89

Handläggare:

John Larsson
026-17 93 59
john.larsson@gavle.se

Nämnd:

Omvårdnadsnämnd

Upphandling av vård- och omsorgsplatser

Förslag till beslut

Att uppdra till Sektor Velfärd att upphandla ramavtal med externa utförare för att tillhandahålla platser på vård- och omsorgsboenden inom kommunens geografiska område, samt

Att i enlighet med fastställd besluts- och delegationsförteckning uppdra till biträdande sektorchef att fatta tilldelningsbeslut för upphandlingen och teckna avtal.

Sammanfattning av ärendet

Nya avtal med vård- och omsorgsboenden i privat regi behöver upphandlas då befintliga avtal löper ut utan möjlighet till förlängning 2027-05-31. En ny upphandling kommer vara öppen både för befintliga och planerade verksamheter i kommunen.

Med fast pris i upphandlingen kommer anbuden att utvärderas gällande kvalitet enligt ställda krav. Anbud som uppfyller ställda krav tilldelas avtal.

Genom upphandlingen, och efterföljande avtal, kan sektorn ställa kvalitetskrav på innehåll och uppföljning. Avtal möjliggör också transparens och kostnadskontroll.

Bakgrund

Vård- och omsorgsboenden i privat regi upphandlades 2018 med avtalsstart från 2019-06-01. Fem avtal tecknades med vård- och omsorgsboenden inom kommunen och dessa avtal löper ut 2027-05-31 utan möjlighet till vidare förlängning vilket innebär att

en ny upphandling behöver göras. Avtalen benämns Köp av plats vilket innebär att inga volymgarantier lämnas utan varje plats avropas separat.

De fem vård- och omsorgsboenden som i dagsläget har Köp av plats-avtal är:

- Attendo Muréngatan
- Attendo Pukslagarvägen
- Humana Södra Centralgatan
- Norlandia Sätträåsen
- Vardaga Villa Vallonen

Upphandlingens genomförande

Upphandlingen föreslås genomföras, enligt Lagen om offentlig upphandling (LOU), under 2026 med planerad avtalsstart i juni 2027. Avtalstiden är tänkt att vara 4 år med möjlig förlängning 2+2 år.

Förutom att befintliga vård- och omsorgsboenden kan få nya avtal kommer upphandlingen att öppna för fler verksamheter att lämna anbud. Upphandlingen kommer tillåta anbud gällande planerade verksamheter som startar under den första avtalsperioden, dvs senast 2031-05-31. Det är känt att Vardaga planerar att öppna ett nytt boende i Hagaström under 2027.

Som förberedelse för upphandlingen har synpunkter inhämtats från 6 olika aktörer på marknaden.

Förändrade krav och avtalsvillkor

Nuvarande avtal bedöms ha varit väl fungerande men sedan den tidigare upphandlingen har det skett ett antal förändringar i tillämpliga lagar samt beställarens organisation och rutiner, dessa förändringar gör att ett antal krav och villkor behöver uppdateras.

Nedan beskrivs tre förändringar av betydelse som föreslås.

1. **Krisberedskap** är ett område som blivit mer prioriterat de senaste åren, kommande avtal kommer behöva reglera utförarens ansvar vid kris eller krig.
2. Sanktionen **beställningsstopp** införs, detta innebär att inflödet av nya kunder till ett boende kan pausas medan allvarliga brister utreds eller åtgärdas.
3. En ny **ersättningsmodell**. Nuvarande avtal upphandlades med anbudspris som reglerats årsvis, 2026 års pris per plats och dygn varierar mellan 2155 och 2753 kronor. Den nya upphandlingen föreslås göras med fast ersättning om 2400 kronor

per dygn och plats i 2026 års kostnadsläge, detta innebär att en uppräknings med 2027 års Omsorgsprisindex sker före avtalsstart. Den föreslagna ersättningen motsvarar ett avrundat snittpris i nuvarande avtal, summan är också i nivå med vad vård- och omsorgsboenden inom egenregi kostar.

Magnus Höijer

Sektorchef

Sektor Vårld



26ON89

Bilaga 1 – Mall till näringslivskonsekvensanalys

1. Påverkas näringslivet av aktuellt beslut? Ja ☒ Nej ☐

2. På vilket sätt påverkas näringslivet? (båda kan kryssas i)

Positivt? ☒ Negativt ☐

Beskrivning:

Förutom att befintliga verksamheter får en chans till nya avtal öppnas även
möjlighet att lämna anbud för planerade nya verksamheter.

3. Finns åtgärder som kommunen kan genomföra eller bidra med som skulle kunna undvika/minimera/mildra negativa konsekvenser för näringslivet?

Ja ☐ Nej ☒

Beskrivning:

4. Krävs en fördjupad näringslivskonsekvensanalys?

Ja ☐ Nej ☒

5. Hur kommer eventuella konsekvenser för näringslivet kommuniceras till berörda aktörer?

Beskrivning:

Ingen speciell kommunikation är planerad. Potentiella leverantörer känner till
upphandlingen genom att en RFI genomförts. Upphandlingen kommer annonseras
publikt.

BARNCHECKLISTA

Dnr 26ON89
2026-03-04

Ärende: Upphandling av vård- och omsorgsplatser
Handläggare: John Larsson
Ansvarig nämnd: Omvårdnadsnämnd

Barnchecklista

Varje beslut som berör barn och ungdomar ska föregås av en bedömning om barns rättigheter tillvaratagits i enlighet med FN:s konvention om barnets rättigheter. Barnchecklistan ska upprättas vid beredning av ärenden till nämnd och styrelse och ska bifogas ärendet som en bilaga.

Kommer beslutet på ett direkt eller indirekt sätt att beröra barn/ungdomar?

☒ Ja ☐ Nej

Motivera svaret: Indirekt genom att de kan ha anhöriga som bor eller arbetar inom privata våbo. Studenter inom vård och omsorg kan praktisera på våbo. Ungdomar som är volontärer kan komma att bistå boenden med sociala aktiviteter.

Innebär beslutet att barns och ungdomars bästa sätts i främsta rummet?

☐ Ja ☒ Nej

Motivera svaret:

Upphandlingen avser äldreomsorg och kraven fokuserar på de boendes behov av vård och omsorg.

Har barn och ungdomar fått uttrycka sin mening?

☐ Ja ☒ Nej

Motivera svaret:

Ingen direkt påverkan på barn och ungdomar,

Har särskild hänsyn tagits till barn och ungdomar i behov av särskilt stöd?

☐ Ja ☒ Nej

Motivera svaret:

Upphandlingen avser äldreomsorg.

Användarstöd vid ifyllande av barnchecklistan

För att leva upp till sina åtaganden enligt barnkonventionen strävar regeringen efter att det i såväl det egna arbetet som i alla andra offentliga organs verksamheter ska integreras både ett barnperspektiv och ett barnrättsperspektiv. De aktörer som är centrala för genomförandet av konventionen är i första hand riksdagen, regeringen, myndigheterna, kommunerna och landstingen.

I nationella strategin står att "barnperspektivet innebär att inför ett beslut eller en åtgärd ska ansvariga beslutsfattare överväga om det berör barnet eller barnen och isåfall på vilket sätt. Om åtgärden eller beslutet bedöms få konsekvenser för barnet eller barnen ska hänsyn tas till de mänskliga rättigheterna som barn har enligt bl.a. barnkonventionen. Att på så sätt säkerställa barnets rättigheter i åtgärder eller vid beslut som rör barn innebär att ha ett barnrättsperspektiv."¹

Utgå från FN:s definition på barnperspektiv vid ifyllandet av barnchecklistan: att ha ett barnperspektiv innebär också att försöka se beslutsalternativen ur barnets/den unges synvinkel, och att ta reda på hur dessa uppfattar situationen.

Fråga 1.

Artikel 4 – genomförandet av konventionens rättigheter.

Artikel 3 – barnets bästa.

Hur kan ni beskriva de konsekvenser beslutet får för barn och unga?

Fråga 2.

Artikel 3 – barnets bästa.

Hur har ni tänkt då ni säger att detta beslut är utifrån barnets/den unges bästa?

Det barnkonventionen kräver är att vi i enlighet med barnperspektiv enligt ovan, gör en bedömning av barnets/den unges bästa inför beslut.

Om barnets/den unges bästa inte kan vara vägledande i beslutet blir det viktigt att redogöra för skälen till detta. Varför väger annat intresse tyngre, och vad kan göras för att kompensera barnet/den unge? Ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter² ska säkerställas till det yttersta av våra tillgängliga resurser (artikel 4)

¹ Regeringens proposition (prop. 2009/10:232) *Strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige*.

² Ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter är:

Rätt till sjukvård och rehabilitering (artiklarna 24 och 39)

Rätt till utbildning (artiklarna 28 och 29)

Rätt till lek, vila och fritid (artikel 31)

Rätt till skydd mot skadligt barnarbete (artikel 32)

Det kan vara oundvikligt att enskilda barns/ungas intresse ibland ställs mot andra barns/ungas intressen. Redogör för hur har ni tagit hänsyn till detta - på vilka grunder har ni fattat ert beslut?

Fråga 3.

Artikel 12 – respekt för barnets åsikter.

Artikel 12 innehåller två perspektiv:

- Demokratiperspektivet som tar sig uttryck i den representativa delaktigheten.
- Brukarperspektivet som handlar om det enskilda barnet.

Om man tar eleven som exempel, blir demokratiperspektivet aktuellt via elevrådet och brukarperspektivet vid den enskilda elevkontakten.

På vilket sätt har barn/unga beretts möjlighet att framföra sina synpunkter? På vilket sätt har deras synpunkter påverkat beslutet. Hur kommer återkopplingen till barn och unga att se ut?

Fråga 4.

Artikel 6 - barnets rätt till liv, överlevnad och utveckling.

Handlar inte bara om fysisk hälsa utan om barnets hela utveckling, fysisk, psykisk, andlig, moralisk, psykologisk och social. Det handlar om att skapa en miljö för barnet som garanterar det maximala möjligheter till överlevnad och utveckling. Aktuell forskning bör användas vid ställningstagande om denna fråga kräver fördjupning.

Artikel 2 - icke diskriminering.

Inget barn får diskrimineras, vare sig för sin könstillhörighet, sin hudfärg, föräldrarnas inkomst, vart de bor etc.

Hur undvika att något barn/ungdom, enskilt eller i grupp diskrimineras? Det är tänkbart att ett beslut innebär att enskilt barn/ungdom eller grupper av desamma diskrimineras i förhållande till annat barn/ungdom - enskilt eller i grupp. Hur tänker ni - hur motiverar ni ert beslut?

Kommande beslut: Motion
från Vänsterpartiet (V) -
Trygghetslarm

15

26ON45



Tjänsteskrivelse

2026-03-09

Diarienummer: 26ON45

Handläggare:

Elin Fridell
026-17 80 00
elin.fridell@gavle.se

Nämnd:

Omvårdnadsnämnd

Remiss – Motion från (V) - Trygghetslarm

Förslag till beslut

Att anta yttrandet som sitt eget.

Bakgrund

Omvårdnadsnämnden har från Kommunstyrelsen tillsänds rubricerad motion för yttrande. Yttrandet skall vara Kommunstyrelsens diarium tillhanda senast den 22 maj 2026.

Motionen från Vänsterpartiet (V) föreslår att Kommunfullmäktige beslutar att Gävle kommun skyndsamt undersöker möjligheten att införa mobila trygghetslarm.

Yttrande

I Valfärd Gävle används trygghetslarm för att öka säkerheten och tryggheten för kunder i ordinärt boende samt för kunder som bor på vård- och omsorgsboenden. För närvarande har cirka 2 500 kunder inom hemtjänsten och cirka 1 020 kunder på vård- och omsorgsboenden tillgång till mobila trygghetslarm.

För ordinärt boende är SOS Alarm leverantör av larmmottagningstjänster, medan deras underleverantör Legrand Care tillhandahåller hårdvaran, Novo.

För vård- och omsorgsboenden är WDN leverantör av trygghetslarmen. Det är dock viktigt att notera att de nuvarande mobila trygghetslarmen ännu saknar GPS-funktioner, vilket begränsar deras användning utanför hemmet.

Under 2025 har en arbetsgrupp bestående av digitaliseringsstrateg, Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) samt demenssamordnare tagit fram ett underlag gällande förutsättningarna att införa mobila trygghetslarm med GPS i större skala i kommunens verksamheter. Underlaget kompletteras nu med omvärldsbevakning för hur själva förskrivningsprocessen ser ut i andra kommuner likväl som inom Region Gävleborg. En inventering pågår även avseende ansvar- och kostnadsfrågan.

Magnus Höjjer
Sektorchef
Sektor Velfärd

Missiv

Ärende Dnr 25KS338
Dok/Handl id 25KS338-2
2026-01-23

kommunstyrelsen@gavle.se

Till Omvårdnadsnämnden

Ärende Motion från Vänsterpartiet (V) - Trygghetslarm

Vårt dnr **25KS338**

Begäran om yttrande i rubricerat ärende.

Handlingar Motion från Vänsterpartiet (V)

Svarsdatum Senast den **22 maj 2026**

Upplysningar

När du skriver ett yttrande, svara enbart på den att-sats/att-satser som motionären föreslagit eftersom det är den som ansvarig nämnd eller Kommunfullmäktige tar ställning till. Tänk också på att ett yttrande i sig inte behöver vara omfattande, viktigast i yttrandet är att frågorna nedan ska vara besvarande:

- Är det något som vi redan gör/finns idag? Något som det redan tagits beslut om?
- Är det i linje med ambitioner i politiskt beslutande program eller andra inriktningsbeslut? Är det rimligt och önskvärt i verksamheterna? Förbättrar det för kunden/medborgaren?
- Är det förenligt med lagen?
- Är det möjligt att genomföra detta inom befintlig ram eller behövs det resurstillskott eller omfördelning/nya prioriteringar?

Efter beslut ska protokollsutdrag samt yttrande skickas till Kommunstyrelsens diarium kommunstyrelsen@gavle.se senast angivet svarsdatum. Ange **25KS338** i ämnesraden.

Med vänlig hälsning

Registrator
Styrning och stöd
Informationsförvaltningsenheten



Motion angående trygghetslarm

I Gävle Kommuns stöd till äldre ingår att utan prövning kunna få ett trygghetslarm. Det är bra, trygghetslarm skapar en tryggare tillvaro både för personen som får larmet och för dennes släkt och vänner. Det gör att fler människor kan bo kvar hemma istället för att flytta till särskilt boende.

”De flesta äldre som inte är dementa och får ett trygghetslarm klarar sig med hemtjänst och flyttar aldrig till särskilt boende. Det konstaterar Socialstyrelsen i årets lägesrapport för vård och omsorg för äldre.” (Citat ur Dagens Medicin, mars 2024)

Men även sådant som är bra kan göras bättre. De trygghetslarm som erbjuds av kommunen är larm som fungerar hemma i huset eller lägenheten. I vissa fall är räckvidden så begränsad att larmet inte fungerar ens ute i den egna trädgården.

Flera kommuner erbjuder idag mobila trygghetslarm (även kallade GPS- eller positioneringslarm). Till skillnad från stationära trygghetslarm fungerar dessa även utanför hemmet, om personen som bär det till exempel tar en promenad eller går och handlar. Många äldre vill röra sig mer i vardagen, vilket för dem precis som för oss alla är positivt för hälsa och välbefinnande. Men med ökad ålder och kanske minskad balans och stabilitet är det många som drar sig för promenader. De oroar sig för att det ska hända dem något när de är utanför hemmet, och att de inte skulle kunna kontakta någon för att få hjälp.

”Mobila trygghetslarm kan skapa trygghet för personer som känner sig otrygga eller begränsade i sin vardag. Tack vare det mobila trygghetslarmet kan den enskilde känna sig tryggare med att röra sig utanför hemmet och klara sig själv.

Mobila trygghetslarm kan användas för olika målgrupper i kommunens vård och omsorg.” (Citat från SKRs websida om välfärdsteknik)

Vi kan se flera positiva följder med att införa mobila trygghetslarm i Gävle. Beräkningar från andra kommuner visar på att det till och med kan medföra en ekonomisk fördel att erbjuda mobila trygghetslarm.

- Fler äldre personer bibehåller sin hälsa genom att de fortsätter vara fysiskt aktiva, deltar i samhällslivet och i sina sociala nätverk. Detta leder till bättre psykisk och fysisk hälsa än vad de skulle ha haft om de inte känt sig trygga med att gå ut.
- Frigjorda resurser inom hemsjukvården – friskare äldre kräver mindre hemsjukvård

- Frigjorda resurser inom hemtjänsten – den äldre har minskat ledsagningsbehov och kan själv gå och handla och göra liknande ärenden
- Användare känner sig tryggare
- Närstående känner sig tryggare

Med stöd av ovanstående yrkar jag
a t t Kommunfullmäktige beslutar att Gävle Kommun skyndsamt undersöker
möjligheten att införa mobila trygghetslarm

För Vänsterpartiet

Maritha Johansson
Jan-Olov Andersson

Informationsärende: Anmälningensärenden

17

26ON80

Riktlinje för kommunstyrelsens uppsiktsplikt

Typ av dokument: Riktlinje

Överordnat dokument: Saknas

Fastställt av: Kommunstyrelsen

Datum: 2026-02-03

Diarie- eller ärendenummer: 26KS35

Revideringshistorik: Saknas

Dokumentet gäller för: Kommunstyrelsen

Dokumentägare: Kommunstyrelsen

Dokumentansvarig: Ekonomiavdelningen

Innehåll

Riktlinje för kommunstyrelsens uppsiktsplikt.....	1
Inledning.....	4
Syfte med riktlinjen	4
Kommunstyrelsens roll.....	5
Styrelsens befogenheter inom ramen för uppsiktsplikten	5
Uppsiktsplikt över nämnder	6
Hur uppsiktsplikten över nämnderna utövas.....	7
Uppsiktsplikt över avtalssamverkan.....	7
Uppsiktsplikt över kommunala bolag.....	7
Hur uppsiktsplikten över de kommunala bolagen utövas.....	8
Förstärkt uppsiktsplikt över hel- och delägda aktiebolag	8
Hur den förstärkta uppsiktsplikten utövas	9
Uppsiktsplikt över kommunalförbund	9
Hur uppsiktsplikten över kommunalförbund utövas	10
Uppsiktsplikt över stiftelser.....	10
Hur uppsiktsplikten över stiftelser utövas.....	10

Inledning

Kommunstyrelsen har en särskild ställning i förhållande till övriga nämnder i kommunen.

Enligt 6 kap 1 § kommunallagen (2017:725), KL, har kommunstyrelsen i uppdrag att leda och samordna förvaltningen av kommunens angelägenheter och ha uppsikt över all kommunal verksamhet. Det innebär att kommunstyrelsen både ska sörja för ledningsstrukturer och ha en uppsikt över övriga nämnders och eventuella gemensamma nämnders verksamhet.

Styrelsen ska också ha uppsikt över kommunal verksamhet som bedrivs i kommunala hel- eller delägda bolag, kommunala stiftelser eller föreningar, verksamheter som bedrivs genom avtalssamverkan samt över sådana kommunalförbund som kommunen är medlem i.

Genom sitt lednings- och samordningsansvar fastställer kommunstyrelsen strukturer, processer och former för planering, uppföljning och rapportering i kommunen.

Genom uppsiktsplikten följer kommunstyrelsen, med stöd av dessa strukturer och den information som följer därav, upp och bedömer om nämnder och bolag bedriver verksamheten i enlighet med kommunfullmäktiges beslut, gällande lagstiftning samt principen om god ekonomisk hushållning.

Ledningsansvaret, ledningsstrukturerna och uppsiktsplikten är därmed nära sammankopplade.

Syfte med riktlinjen

Eftersom kommunstyrelsen enligt kommunallagen har ett samlat ansvar för att leda och samordna kommunens förvaltning samt för att ha uppsikt över övriga nämnders och kommunala bolagens verksamhet så behöver det klargöras hur dessa särskilda uppgifter utförs.

Syftet med denna riktlinje för kommunstyrelsens uppsiktsplikt är att beskriva gällande ansvarsfördelning och att beskriva hur kommunstyrelsen utövar den

lagstadgade uppsiktsplikten och den förstärkta uppsiktsplikten över de kommunala aktiebolagen.

Sid 66(124)

Kommunstyrelsens roll

Kommunstyrelsen har en särskild ställning i förhållande till övriga nämnder i kommunen. Det ankommer på styrelsen att leda och samordna förvaltningen av kommunens angelägenheter.

Styrelsen ska också följa de frågor och utöva uppsikt över de frågor som kan inverka på kommunens utveckling och ekonomiska ställning. I övrigt ska styrelsen fullgöra de uppdrag som fullmäktige överlämnat till styrelsen.

Styrelsens uppsiktsplikt ska inte förväxlas med den revisionsverksamhet som revisorerna bedriver. Uppsiktsplikten handlar primärt om att styrelsen ska hålla sig informerad om kommunens verksamhet. Styrelsen ska med andra ord vara uppmärksam på utvecklingen i hela kommunkoncernen och utifrån den uppsikt man utövar, föreslå de åtgärder man anser nödvändiga.

Uppsiktsplikten är ett kollektivt ansvar som åvilar kommunstyrelsen som organ, inte enbart dess ordförande, presidium, utskott eller tjänstepersoner. Ansvaret kan inte delegeras, även om beredning kan ske genom utskott, presidium eller via tjänstepersoner. Den uppsikt som utövas och beslutas ska därmed ske i kommunstyrelsen.

Styrelsens befogenheter inom ramen för uppsiktsplikten

Inom ramen för sin uppsiktsplikt har styrelsen inte några särskilda befogenheter. En anledning till det är att det endast är kommunfullmäktige som har rådighet att besluta över nämnderna.

Om styrelsen inom ramen för sin uppsiktsplikt anser att en nämnd behöver vidta vissa typer av åtgärder kan styrelsen agera på olika sätt. Styrelsen ska hos fullmäktige, nämnder och andra myndigheter göra de framställningar som de anser behövs. Det framgår av 6 kap. 11 § KL.

Om styrelsen finner anledning att lämna påpekanden eller på annat sätt meddela sina synpunkter inom ramen för sin uppsiktsplikt finns alltså en rättslig skyldighet för styrelsen att göra detta. Vidare har styrelsen, enligt 6 kap. 12 § KL, ett mandat att begära in yttranden och upplysningar från de organ man har uppsiktsplikt över.

Kommunstyrelsens uppsiktsplikt kan utifrån berörda regler i kommunallagen hänföras till tre olika kategorier av uppsikt. Styrelsen ska dels ha uppsikt över nämndernas ekonomiska förhållanden, dels uppsikt över av fullmäktige beslutade mål och riktlinjer för nämndernas verksamhet dels ha uppsikt över nämndernas verksamhet i övrigt. I andra termer kan uppsiktsplikten sammanfattas i tre ord: Ekonomi, mål och verksamhet.

Uppsiktsplikt över nämnder

Inom sina respektive verksamhetsområden ska nämnderna se till att verksamheten bedrivs i enlighet med det reglemente och de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten.

Nämndernas uppgifter regleras i 6 kap. 3–6 §§ kommunallagen (2017:725, KL). Av dessa bestämmelser framgår att nämnderna beslutar i frågor som rör förvaltningen och i frågor som fullmäktige delegerat till dem. De ska se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att deras verksamhet bedrivs på ett tillfredställande sätt. Nämnderna svarar för att fullmäktiges beslut verkställs och har utifrån detta en rapporteringsskyldighet till fullmäktige.

Ansvarsfördelningen mellan styrelsen och nämnd innebär att kommunstyrelsen inte övertar nämndernas ansvar eller utövar operativ styrning.

Med detta som grund har styrelsen att utöva sin uppsiktsplikt.

Hur uppsiktsplikten över nämnderna utövas

Uppsiktsplikten över nämnderna i Gävle kommun sker utifrån kommunens styrmodell och följer det ekonomiska årshjulet för planering, rapportering och uppföljning. Kommunfullmäktige har fattat beslut om att anvisningar om hur dessa moment ska planeras och rapporteras som skickas ut från kommunstyrelseförvaltningen (sektor Styrning och stöd) ska följas.

Kommunstyrelsens uppsikt över nämndernas verksamhet utövas i första hand genom:

- Nämndernas månads-, delårsrapporter - och årsredovisningar samt övrig ekonomisk uppföljning.
- Handlingar och protokoll från nämndernas sammanträden.
- Nämndernas budgetunderlag och verksamhetsplaner.
- Nämndernas arbete med intern kontroll.

Uppsiktsplikt över avtalssamverkan

Styrelsen har också uppsikt över sådan avtalssamverkan som sker med stöd av 9 kap. 37 § KL. Om en nämnd exempelvis har ingått ett avtal med en annan kommun om att någon av dess uppgifter ska fullgöras av den andra kommunen faller avtalssamverkan in under styrelsens uppsiktsplikt.

En nämnd som ingått en avtalssamverkan med en annan kommun ska snarast anmäla detta till styrelsen. Enligt 9 kap. 39 § KL ska styrelsen årligen rapportera till fullmäktige om kommunens avtalssamverkan. I nämndernas reglementen finns föreskrifter om anmälningsplikt avseende avtalssamverkan.

Uppsiktsplikt över kommunala bolag

Kommunen har valt att organisera vissa kommunala angelägenheter i bolagsform. Kommunstyrelsens uppsiktsplikt gäller då även dessa kommunala bolag. Kommunen kan äga aktiebolag men dessa måste följa aktiebolagslagen. Syftet med dessa bolag är främst att bedriva verksamhet som är till nytta för kommunens invånare. Bedriver dessa bolag övrig verksamhet ska det ske på marknadsmässiga villkor.

Enligt 10 kap. 3 § 1–2 p. KL ska fullmäktige se till att det fastställda kommunala ändamålet och de kommunala befogenheterna som utgör ram för verksamheten anges i bolagsordningen för de kommunala bolagen.

Det ankommer på kommunstyrelsen att säkerställa att kommunstyrelsen ges möjlighet till insyn i de kommunala hel- och delägda bolagens verksamhet.

Kommunstyrelsens uppsikt innebär inte operativ styrning eller att kommunstyrelsen övertar bolagsstyrelsens ansvar enligt aktiebolagslagen. Kommunstyrelsens ansvar utövas i stället genom ägarstyrning, uppföljning och rapportering till kommunfullmäktige.

Hur uppsiktsplikten över de kommunala bolagen utövas

Kommunstyrelsens uppsikt över bolagen utövas i första hand genom att bolagen följer det fastställda årshjulet för planering, styrning och uppföljning och överlämnar följande handlingar till kommunstyrelsen:

- Bolagens månads, delårsrapporter samt och årsredovisningar samt annan ekonomisk uppföljning.
- Bolagens budget
- Uppföljning av fullmäktiges avkastningskrav, soliditetskrav, upplåningsramar osv.
- Eventuella granskningsrapporter från revisorerna.
- Uppföljning av bolagen arbete med intern kontroll.

Förstärkt uppsiktsplikt över hel- och delägda aktiebolag

För hel- och delägda kommunala aktiebolag gäller en förstärkt uppsiktsplikt. 6 kap. 9 § kommunallagen reglerar kommunstyrelsens särskilda ansvar i förhållande till kommunala bolag. Bestämmelsen kompletterar den allmänna uppsiktsplikten och tydliggör kommunstyrelsens roll som ägarföreträdare.

Den förstärkta uppsiktsplikten markerar att kommunstyrelsens ansvar inte begränsas till att ta emot information, utan omfattar en aktiv prövning och bedömning av bolagens verksamhet ur ett ägar- och kommunalrättsligt perspektiv.

Detta sker genom årliga beslut där styrelsen pröva om verksamheten i ett sådant bolag, under föregående kalenderår, har varit förenlig med det fastställda kommunala ändamålet och utförts inom ramen för de kommunala befogenheterna. SSd190(024)

Det kommunala ändamålet framgår i bolagens bolagsordning. Genom att samtliga bolagsordningar och ändringar i den ska beslutas av kommunfullmäktige kan kontroll ske att det kommunala ändamålet uppfylls.

Vid granskning av den förstärka uppsiktsplikten analyseras bolagets rapportering om utförd verksamhet i delårsrapporter och årsbokslut.

Hur den förstärkta uppsiktsplikten utövas

Den förstärkta uppsiktsplikten redovisas i ett ärende som benämns "Kommunstyrelsens årliga granskning av de kommunala bolagen". Ärendet behandlas av styrelsen när samtliga årsstämmor i bolagen är genomförda.

Det innebär att kommunstyrelsen då tar del av ytterligare dokumentation från bolagen i form av

- Årsredovisningar
- Revisionsberättelser
- Revisionsrapporter
- Granskningsrapporter från lekmannarevisor

Uppsiktsplikt över kommunalförbund

Enligt 6 kap. 1 § andra stycket KL har styrelsen uppsiktsplikt över sådan kommunal verksamhet som bedrivs i sådana juridiska personer som avses i 10 kap. 2–6 §§ KL. Utöver sådana juridiska personer omfattar också uppsiktsplikten sådana kommunalförbund som kommunen är medlem i.

Den förstärka uppsiktsplikten avseende kommunalförbund redovisas i samma ärende som uppsiktsplikten för de kommunala bolagen. Arbetssättet är likartat som för de kommunala bolagen.

Hur uppsiktsplikten över kommunalförbund utövas

Kommunstyrelsens uppsikt över kommunalförbunden och samordningsförbund utövas i första hand genom att ta del av:

- Budget och verksamhetsplan.
- Årsredovisning.
- Eventuella granskningsrapporter från revisorerna.

Uppsiktsplikt över stiftelser

Enligt 6 kap. 1 § andra stycket KL har styrelsen uppsiktsplikt över sådan kommunal verksamhet som bedrivs i sådana juridiska personer som avses i 10 kap. 2–6 §§ KL. De juridiska personerna som avses i 10 kap. 2–6 §§ är följande:

- En stiftelse som kommunen har bildat ensam eller tillsammans med någon annan.

Hur uppsiktsplikten över stiftelser utövas

Kommunstyrelsens uppsiktsplikt utövas i första hand genom att stiftelsen överlämnar följande handlingar till kommunstyrelsen:

- Årsredovisning samt ekonomisk uppföljning.
- Eventuella granskningsrapporter från revisorerna.

Sammanträdesdatum 2026-02-16

§ 7 Riktlinje för kommunstyrelsens uppsiktsplikt

Diarienummer: 26KS35

Expedieras till:

Samtliga nämnder och bolag

SG ekonomi

Beslut

Kommunfullmäktige beslutar i enlighet med kommunstyrelsens förslag att anta Riktlinje för kommunstyrelsens uppsiktsplikt

Ärendebeskrivning

Denna riktlinje klargör kommunstyrelsens ansvar för att leda och samordna kommunens verksamhet samt för att utöva den lagstadgade uppsiktsplikten enligt kommunallagen. Uppsiktsplikten är en integrerad del av kommunstyrelsens ledningsansvar och innebär ett aktivt och kollektivt ansvar för att följa upp, bedöma och vid behov föreslå åtgärder avseende hela den kommunala verksamheten.

Riktlinjen omfattar kommunstyrelsens uppsiktsplikt över nämnder, kommunala bolag, kommunalförbund, stiftelser samt verksamhet som bedrivs genom avtalssamverkan. Den beskriver både den ordinarie uppsiktsplikten och den förstärkta uppsiktsplikten för hel- och delägda kommunala aktiebolag, där kommunstyrelsen i sin roll som ägarföreträdare årligen prövar om verksamheten bedrivits i enlighet med fastställda kommunala ändamål och inom ramen för de kommunala befogenheterna.

Uppsiktsplikten utövas genom systematisk planering, uppföljning och rapportering inom ramen för kommunens styrmodell och ekonomiska årshjul, med fokus på ekonomi, mål och verksamhet. Riktlinjen utgör ett stöd för kommunstyrelsens samlade ansvar att säkerställa god styrning, insyn och ansvarsutkrävande i hela kommunkoncernen.

Inlägg i ärendet

Åsa Wiklund Lång (S).

Yrkanden

Åsa Wiklund Lång (S) yrkar bifall till kommunstyrelsens förslag.

Handlingar i ärendet

- §9 KS Riktlinje för kommunstyrelsens uppsiktsplikt, dnr 26KS35-3
- Tjänsteskrivelse - Riktlinje för kommunstyrelsens uppsiktsplikt, dnr 26KS35-2
- Riktlinje för Kommunstyrelsens uppsiktsplikt, dnr 26KS35-1

Sammanträdesdatum 2026-02-16

§ 6 Omfördelning av kommunbidrag år 2026

Diarienummer: 26KS8

Expedieras till:

Samtliga nämnder utom valnämnd, överförmyndarnämnd, jävsnämnd, gemensam nämnd för verksamhetsstöd samt revisorskollegiet

Beslut

Kommunfullmäktige beslutar i enlighet med kommunstyrelsens förslag

att omfördela kommunbidrag om 106 tkr från kultur och fritidsnämnden till kommunstyrelsen avseende del av hyra Rådhuset för BIG:s verksamhet.

att från kommunstyrelsen återföra 1 000 tkr till finansförvaltningen.

Beloppet avser helårseffekt 2026 av de besparingar som gjordes under 2025. Beloppet tillförs medel för oförutsedda behov.

att kompensation ska utgå för helårseffekt hyror och kapitaltjänst på

investeringar gjorda under år 2025 till Kommunstyrelsen 380 tkr,

Samhällsbyggnadsnämnden 10 003 tkr, Kultur och fritidsnämnden 3 849

tkr, Utbildningsnämnden 3 773 tkr, Arbetsmarknad och

funktionsrättsnämnden 264 tkr, Socialnämnden 34 tkr samt

Omvårdnadsnämnd med 809 tkr Kompensationen, totalt 19 112 tkr belastar för ändamålet avsatta medel under finansförvaltningen.

Ärendebeskrivning

Styrning och stöd, ekonomiavdelningen, stämmer av nämnder och styrelses upprättade internbudgetar för år 2026.

Ärendet innehåller förslag till förändrade kommunbidrag som uppkommit efter att nämndernas ramar beslutades i Kommunplan 2026–2029.

Inlägg i ärendet

Åsa Wiklund Lång (S) och Richard Carlsson (SD).

Sammanträdesdatum 2026-02-16

Yrkanden

Åsa Wiklund Lång (S) yrkar bifall till kommunstyrelsens förslag.

Deltagande i beslut

Richard Carlsson (SD) meddelar att Sverigedemokraterna avstår från att delta i beslutet.

Handlingar i ärendet

- §8 KS Omfördelning av kommunbidrag år 2026, dnr 26KS8-5
- Tjänsteskrivelse - Omfördelning av kommunbidrag år 2026, dnr 26KS8-4
- Rapport - Omfördelning kommunbidrag år 2026 för nämnder och styrelse, dnr 26KS8-1
- Bilaga 1 - Omfördelning kommunbidrag 2026 mellan nämnder och finansförvaltning, dnr 26KS8-2
- Bilaga 2 - Underlag förändrade kommunbidrag 2026. Helårseffekt av kapitaltjänst- och hyreskostnader under 2025, dnr 26KS8-3

Policy för riskhantering och försäkring av egendom, ansvar och olycksfall

Gävle kommun och kommunkoncern

Innehåll



Gävle
KOMMUN

Gävle KOMMUN	1
Inledning.....	3
Syfte	3
Ansvar	3
Försäkring genom Svenska Kommun Försäkrings AB (SKFAB)	4
Hur vi försäkrar	5

Inledning

Denna policy beskriver hur Gävle kommunkoncern hanterar försäkringsbara risker genom vårt delägda försäkringsbolag, Svenska Kommun Försäkrings AB (SKFAB).

Policyn gäller försäkring av:

- egendom
- ansvar
- olycksfall

Den gäller inte gruppliv-, pensions- eller andra kollektivavtalade försäkringar.

Denna policy ersätter den av kommunstyrelsen 1993-12-14 beslutade försäkringsstrategin.

Syfte

Policyn ska säkerställa att kommunen har ett samordnat och kostnadseffektivt försäkringsskydd och riskhanteringsarbete. Genom gemensam riskhantering i samarbete med SKFAB ska vi:

- skydda kommunens verksamhet och tillgångar,
- minska risken för störningar vid större skador, och
- på sikt sänka kostnaderna för skador och försäkringar.

Ansvar

Kommunstyrelsen har det övergripande ansvaret för kommunens försäkringsskydd och ska:

- samordna riskhantering och försäkringsfrågor inom kommunkoncernen,
- fastställa tillämpningsanvisningar för försäkring av egendom, ansvar och olycksfall, och
- upphandla försäkringslösningar enligt lagen om offentlig upphandling (LOU).

Nämnder, bolag, stiftelser, kommunalförbund, majoritetsägda bolag och organisationer ska:

- anta och tillämpa denna policy,
- säkerställa att deras verksamhet omfattas av rätt försäkringar,
- budgetera för mindre och förväntade skador som inte försäkras, och
- arbeta löpande med riskanalyser och skadeförebyggande åtgärder i samverkan med kommunens samordnande funktioner och SKFAB.

Försäkring genom Svenska Kommun Försäkrings AB (SKFAB)

Gävle kommun är delägare i SKFAB, ett försäkringsbolag som ägs gemensamt av flera kommuner.

Försäkringarna tecknas till självkostnadspris och utan vinstsyfte.

Kostnader för försäkring och riskfördelning ska belasta respektive verksamhet i kommunkoncernen (primärkommun, hel- och delägda bolag samt kommunalförbund) och fördelas över tid.

Risk och premie för återförsäkring upphandlas av SKFAB och delas med övriga delägare.

Om skadekostnaderna blir lägre än beräknat kan överskottet användas till skadeförebyggande insatser, reglerat enligt riktlinjer beslutade av kommunstyrelsen.

Storlek på lägstanivå för kommunkoncernens självrisker och självbehåll bestäms genom aktuarieanalyser för att nå mest ekonomiskt fördelaktiga balans mellan kostnad för premie, självrisk och återförsäkringsnivå och beslutas av SKFAB:s styrelse. Genom att sätta ett lämpligt självbehåll kan användningen av kapital optimeras.

Vad vi försäkrar

- Vi försäkrar oss mot ekonomiskt ansträngande och sällan förekommande skador som annars skulle kunna påverka verksamheten allvarligt.
- Mindre och förväntade skador ska hanteras inom verksamheternas ordinarie budget. Varje verksamhet ska planera för detta så att mindre skador inte får orimliga följder.

- Kommunkoncernen ska själv bära en del av risken upp till den nivå där kostnaden blir för stor. Försäkring tecknas när det är ekonomiskt fördelaktigt eller nödvändigt för att skydda verksamheten.

Hur vi försäkrar

- För de skador som går över självbehåll används återförsäkring som SKFAB upphandlar regelbundet.
- Om SKFAB inte erbjuder en viss försäkring så kan den upphandlas separat och då enligt LOU.
- Varje nämnd, styrelse och bolag ansvarar för att riskhantering följer denna policy.
- Självrisknivåer och försäkringsvärden anges i av kommunstyrelsen beslutad tillämpningsanvisningar för riskhantering och försäkring av egendom, ansvar och olycksfall.

Sammanträdesdatum 2026-02-16

§ 8 Försäkringspolicy

Diarienummer: 26KS40

Expedieras till:

SG ekonomi

Samtliga nämnder och bolag

Beslut

Kommunfullmäktige beslutar i enlighet med kommunstyrelsens förslag

att anta försäkringspolicy samt

att uppmana hel- och delägda dotterbolag och kommunalförbund att anta denna försäkringspolicy.

Ärendebeskrivning

Gällande försäkringspolicy beslutades 1994. Den nu framtagna försäkringspolicy är en aktualisering av gällande policy och ersätter därmed HV 1993:579 (*"Kommunens försäkringar - Förslag till övergripande strategier, självrisknivåer och intern självriskfinansiering samt bemyndiganden att teckna avtal"*).

Policyns syfte är att säkerställa att kommunkoncernen har ett samordnat och kostnadseffektivt försäkringsskydd och riskhanteringsarbete. Genom gemensam riskhantering i samarbete med Svenska kommun försäkrings AB ska vi

- skydda kommunens verksamhet och tillgångar,
- minska risken för störningar vid större skador, och
- på sikt sänka kostnaderna för skador och försäkringar.

Försäkring skall endast tecknas mot stora och sällan förekommande skador

Policyn utgår ifrån att försäkringsskyddet sker genom det delägda försäkringsbolaget Svenska kommun försäkrings AB.

Kommunfullmäktige

Sid 122(374)

Sammanträdesdatum 2026-02-16

Den främsta förändringen är att policyn innehåller ett ramverk för vad som avses med stora belopp.

Kommunfullmäktige delegerar till kommunstyrelsen hur riskhantering och försäkring av egendom, ansvar och olycksfall ska tillämpas i praktiken, vilket regleras i riktlinjerna till försäkringspolicyn.

Beloppsgränserna gällande kommunkoncernens självrisker kan ändras av kommunstyrelsen vid behov.

Detta är ett beslut som även ska omfatta kommunens hel- och delägda dotterbolag samt kommunalförbund.

Försäkringspolicyn ska ingå i kommunkoncernens styrande dokument och ska antas på bolagens årsstämma samt av kommunalförbundens direktion.

Sektor Styrning och stöd debiterar de hel- och delägda dotterbolag samt kommunalförbunden som ingår i kommunkoncernen och omfattas av denna policy en årlig serviceavgift för löpande försäkringsservice.

Inlägg i ärendet

Åsa Wiklund Lång (S).

Yrkanden

Åsa Wiklund Lång (S) yrkar bifall till kommunstyrelsens förslag.

Handlingar i ärendet

- §10 KS Försäkringspolicy, dnr 26KS40-4
- Tjänsteskrivelse - Försäkringspolicy, dnr 26KS40-3
- Riktlinje för riskhantering och försäkring av egendom, ansvar och olycksfall, dnr 26KS40-2
- Policy för försäkring av egendom, ansvar och olycksfall, dnr 26KS40-1



Kommunfullmäktige

Sammanträdesdatum 2026-02-16

Sid 123(324)

Omvårdnadsnämnden

Sammanträdesdatum 2026-02-24

§ 27 Anmälningssärenden

Diarienummer: 26ON80

Handlingar i ärendet

- §11 KF Politisk organisationsöversyn (POG) inför mandatperioden 2026-2030(641464), dnr 26ON80-1
- §12 KF Riktlinje för ersättning till förtroendevald(641468), dnr 26ON80-2
- §16 KF Avsigelser samt fyllnadsval 2025(25KS1-67), dnr 26ON80-3
- §2 KF Minoritetsåterremiss aktualisering av miljöstrategiska programmet(641450), dnr 26ON80-4
- §278 KS Samverkansavtal med Högskolan i Gävle 2026-2030(639634), dnr 26ON80-5
- Miljöstrategiskt program 2025 - För Gävle kommunkoncern, invånare och näringliv. Beslutad i KF 2025-12-15 § 2(633524), dnr 26ON80-6
- Politisk organisationsgenomlysning inför mandatperioden 2026-2030 - Kommittéberättelse med förslag till förändringar från 1 janu, dnr 26ON80-7
- Riktlinje för ersättning till förtroendevald(634966), dnr 26ON80-8
- Svar på interpellation från Vänsterpartiet (V) - Boende och omvårdnad, dnr 26ON80-9
- Svar på interpellation från Vänsterpartiet (V) - Mötesplats Afasi, dnr 26ON80-10
- §10 KF Avsigelser samt fyllnadsval 2026(26KS1-5) (0), dnr 26ON80-11

Justerare	Utdragsbestyrkande
	 Exp 2026-02-27