

Plats och tid: Stora Studion, Funkishuset 2026-02-23 08:15:00

*Distansdeltagande*

För att delta på distans ska den enskilda anmäla detta till ordföranden och sekreteraren. Ordförande avgör om distansdeltagande får ske. Anmälan ska senast ske fredag 20 februari klockan 12.

Vid sammanträdet kommer tjänstepersoner vid tidpunkt enligt nedan att delta;

- Kristina Lohman, *kommundirektör*
- Sven Stengard, *ekonomichef kl. 08.15 - 09.00*
- Carina Magnusson, *HR-chef kl. 09.00 - 09.15*
- Carina Hall, *utbildningschef kl. 09.15 - 09.45*
- Maria Frisäter, *socialchef kl. 09.45-10.15*

Dagordning för sammanträdet

- Upprop
- Val av protokollsjusterare

| Nr | Ärende                                                                                                                    | Föredragande                        |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| 1  | Fastställande av föredragningslistans innehåll                                                                            |                                     |
| 2  | Riktlinje för internkontroll                                                                                              | Sven Stengard, <i>ekonomichef</i>   |
| 3  | Riktlinjer för attest                                                                                                     | Sven Stengard, <i>ekonomichef</i>   |
| 4  | Riktlinje resor och möten                                                                                                 | Carina Magnusson, <i>HR-chef</i>    |
| 5  | Begäran om omställning enligt OPF-KL18 efter avgång från förtroendeuppdrag                                                | Carina Magnusson, <i>HR-chef</i>    |
| 6  | Patientsäkerhetsberättelse för elevhälsan 2025                                                                            | Carina Hall, <i>utbildningschef</i> |
| 7  | Revisionens granskningsrapport tidiga insatser särskilt stöd i grundskolan Valdemarsviks kommun                           | Carina Hall, <i>utbildningschef</i> |
| 8  | Motion från Lars Beckman (S) om rätt för barn med sjukskriven förälder att behålla sin plats i den kommunala barnomsorgen | Carina Hall, <i>utbildningschef</i> |
| 9  | Principer för hjälpmedelsförskrivning i Östergötland                                                                      | Maria Frisäter, <i>socialchef</i>   |



|    |                                                                                               |                                                                             |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| 10 | Patientsäkerhetsberättelse stöd- och omsorg 2025                                              | Maria Frisäter, <i>socialchef</i>                                           |
| 11 | Avsägelse från Per Hanö (SD) från samtliga politiska uppdrag                                  |                                                                             |
| 12 | Fyllnadsval till ledamot i kommunstyrelsens arbetsutskott tillika krisledningsutskott         |                                                                             |
| 13 | Fyllnadsval till vice ordförande i kommunstyrelsens arbetsutskott tillika krisledningsutskott |                                                                             |
| 14 | Fyllnadsval till ledamot i kommunstyrelsens stöd- och omsorgsutskott                          |                                                                             |
| 15 | Fyllnadsval till ordförande i kommunstyrelsens stöd- och omsorgsutskott                       |                                                                             |
| 16 | Fyllnadsval till ordförande i kommunala tillgänglighetsrådet                                  |                                                                             |
| 17 | Fyllnadsval till representant strategiska frågor inom vård och omsorg                         |                                                                             |
| 18 | Information<br>- Kommundirektörens information<br>- Preliminärt bokslut 2025                  | Kristina Lohman, <i>kommundirektör</i><br>Sven Stengard, <i>ekonomichef</i> |
| 19 | Anmälan till kommunstyrelsen                                                                  |                                                                             |
| 20 | Frågor                                                                                        |                                                                             |

Per Hollertz  
Ordförande

Olivia Amundsson Kwick  
Sekreterare



(1)

Nämnd.2026.7

## Fastställande av föredragningslistans innehåll

### Kommunstyrelsens beslut

#### Ärendebeskrivning

##### Yrkanden

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

##### Beslutsgång

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

-----

### Beslutet skickas till

Xxxxx  
Akten

Justerare

.....

.....



NrParagrafNrLittera

ÄrendeNr Kod Fastighet

## ProtokollBeskrivning

### Kommunstyrelsens beslut

### Ärendebeskrivning

#### Yrkanden

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

#### Beslutsgång

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

-----

### Beslutet skickas till

Beslutsmottagare

Xxxxx

Akten

---

Justerare

.....

.....



KSAU § 3

KLK.2025.78

## Riktlinjer för internkontroll

### Kommunstyrelsens arbetsutskotts förslag

1. Kommunstyrelsen antar riktlinjer för internkontroll.
2. Kommunstyrelsens beslut att upphäva beslut från KS 2017-05-08, § 59.

### Ärendebeskrivning

De nuvarande riktlinjerna för internkontroll, beslutade av kommunstyrelsen den 8 maj 2017 (§ 59), har setts över av förvaltningen och ett nytt förslag till riktlinjer har tagits fram.

Internkontrollens övergripande syfte är att säkerställa att kommunen på ett strukturerat sätt identifierar, förebygger och hanterar de mest betydande riskerna i verksamheterna. De nya riktlinjerna innehåller framför allt följande förändringar:

- Stöd till verksamheterna att analysera sina risker med hjälp av fasta och utpekade riskområden.
- Begränsa till maximalt sex risker per verksamhet i internkontrollplanen. Syftet är att hjälpa verksamheterna att fokusera på de mest väsentliga riskerna.
- Ökat fokus på kontroll av rutiner och processer kopplade till riskerna, i stället för att enbart bedöma om risken har inträffat.
- Löpande uppföljning och tidigare rapportering av resultatet av uppföljningen redan i delårsbokslutet
- Internkontrollplanen och dess uppföljning ska beredas i utskotten innan beslut fattas av kommunstyrelsen.

I och med införandet av de nya riktlinjerna föreslås de tidigare riktlinjerna från 2017-05-08 (§ 59) upphöra.



KSAU § 3

KLK.2025.78

*Ekonomiska konsekvenser*

De föreslagna riktlinjerna medför inga ekonomiska konsekvenser.

-----

**Beslutet skickas till**

Ekonomichef

Akten

---

Justerare

.....

.....



Tjänsteställe/Handläggare

Kommunledningskontoret

Jonas Persson

Ekonom

E-post: jonas.persson@valdemarsvik.se

Mottagare

Kommunstyrelsens arbetsutskott

## Riktlinjer för internkontroll

### Förslag till beslut i kommunstyrelsen

1. Kommunstyrelsen antar riktlinjer för internkontroll.
2. Kommunstyrelsens beslut att upphäva beslut från KS 2017-05-08, § 59.

### Ärendebeskrivning

De nuvarande riktlinjerna för internkontroll, beslutade av kommunstyrelsen den 8 maj 2017 (§ 59), har setts över av förvaltningen och ett nytt förslag till riktlinjer har tagits fram.

Internkontrollens övergripande syfte är att säkerställa att kommunen på ett strukturerat sätt identifierar, förebygger och hanterar de mest betydande riskerna i verksamheterna. De nya riktlinjerna innehåller framför allt följande förändringar,

- Stöd till verksamheterna att analysera sina risker med hjälp av fasta och utpekade riskområden.
- Begränsa till maximalt sex risker per verksamhet i internkontrollplanen. Syftet är att hjälpa verksamheterna att fokus på de mest väsentliga riskerna.
- Ökat fokus på kontroll av rutiner och processer kopplade till riskerna, i stället för att enbart bedöma om risken har inträffat.
- Löpande uppföljning och tidigare rapportering av resultatet av uppföljningen redan i delårsbokslutet
- Internkontrollplanen och dess uppföljning ska beredas i utskotten innan beslut fattas av kommunstyrelsen.

I och med införandet av de nya riktlinjerna föreslås de tidigare riktlinjerna från 2017-05-08 (§ 59) upphöra.



*Ekonomiska konsekvenser*

De föreslagna riktlinjerna medför inga ekonomiska konsekvenser.

**Bilaga**

Riktlinjer för internkontroll

**Beslutet skickas till**

Ekonomichef

Akten

VALDEMARSVIKS KOMMUN

Kristina Lohman  
Kommundirektör

Sven Stengard  
Ekonomichef



# Riktlinjer för internkontroll

|                                                      |                                                   |                                            |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <b>Dokumentnamn</b><br>Riktlinjer för internkontroll |                                                   | <b>Diarienummer</b><br>KLK.2025.78         |
| <b>Dokumentansvarig</b><br>Ekonomichef               | <b>Fastställt av</b><br>Kommunstyrelsen XXXXXXX § | <b>Giltig till och med</b><br>Tills vidare |

## Innehållsförteckning

|                                                                                  |    |
|----------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. Bakgrund.....                                                                 | 3  |
| 2. Internkontroll syftar till att uppnå förtroende, trygghet och utveckling..... | 3  |
| 3. Ansvar.....                                                                   | 4  |
| Kommunstyrelsen:.....                                                            | 4  |
| Utskott.....                                                                     | 4  |
| Verksamhetschef.....                                                             | 4  |
| Mellanchefer/första linjens chefer.....                                          | 5  |
| Medarbetarna.....                                                                | 5  |
| Kommundirektören.....                                                            | 5  |
| 4. Arbetsmetod för att ta fram internkontrollplan.....                           | 6  |
| 4.1 Ta fram en riskanalys.....                                                   | 6  |
| Steg 1 – Identifiering av risker.....                                            | 6  |
| Steg 2 – Bedöm riskerna.....                                                     | 7  |
| 4.2 Ta fram en internkontrollplan.....                                           | 8  |
| 5. Uppföljning och utvärdering.....                                              | 9  |
| Delårsbokslutet.....                                                             | 9  |
| Årsbokslutet.....                                                                | 9  |
| Bilaga 1 RISKANALYS.....                                                         | 10 |
| Bilaga 2 INTERNKONTROLLPLAN.....                                                 | 11 |



## 1. Bakgrund

Enligt 6 kap 6 § kommunallagen (2017:725) ska nämnderna var och en inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lag och annan författning som gäller för verksamheten. De ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheterna bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.

Arbetet med intern kontroll är ett stöd för att säkerställa att kommunens verksamhet bedrivs ändamålsenligt, effektivt, rättssäkert och med stabilitet.

## 2. Internkontroll syftar till att uppnå förtroende, trygghet och utveckling

Med intern kontroll avses den struktur av styrdokument, processer, system och organisation som utformats för att säkerställa att det som ska göras blir gjort på det sätt som det är tänkt. Det handlar om tydlighet, ordning och reda. Arbetet med internkontroll behöver därför vara integrerat i verksamhetens dagliga arbete och vara ett led i kommunens arbete med ständiga förbättringar.

Det är viktigt att följa upp och utvärdera verksamheten på ett strukturerat och kontinuerligt sätt. Internkontrollen är en del av kommunens ledningssystem.

Verksamheterna ska med rimlig grad av säkerhet säkerställa att:

- Verksamheten bedrivs ändamålsenligt, kostnadseffektivt och säkert så att god ekonomisk hushållning uppnås.
- Verksamheten når sina mål.
- Rapporteringen om verksamheten och ekonomin är tillförlitlig och rättvisande.
- Verksamheten efterlever lagar, förordningar, föreskrifter, styrdokument och andra tillämpliga regler.

Rimlig grad av säkerhet innebär att verksamheterna i sitt arbete med styrning, uppföljning och kontroll ska göra en avvägning mellan kostnad och nytta med kontrollen.

Syftet med internkontroll och tillhörande riskanalys handlar till stor del om att upptäcka fel och brister innan de uppstår och på så sätt kunna undvika att de överhuvudtaget inträffar. Verksamheterna ska identifiera, värdera, övervaka, hantera och rapportera de risker som kan hindra verksamheten från att uppnå sina verksamhetsmål eller efterleva gällande lagar och regler.



Den interna kontrollen bidrar till att skydda organisationen och dess medarbetare från exempelvis risker, förluster, bedrägerier, misstankar och andra skador.

### 3. Ansvar

#### Kommunstyrelsen:

Kommunstyrelsen ska enligt 6 kap 1 § kommunallagen (2017:725) leda och samordna förvaltningen av kommunens angelägenheter och ha uppsikt över övriga nämnder. I det ingår ett ansvar för att en effektiv och ändamålsenlig organisation upprätthålls.

Kommunstyrelsen ska:

- Utvärdera kommunens samlade system för intern kontroll.
- Föreslå förbättringar i de fall som behövs.
- Informera sig om hur den interna kontrollen fungerar i kommunen.
- Anta en riktlinje för intern kontroll som ska utvärderas vid behov.
- Upprätta en organisation för den interna kontrollen.
- Varje år besluta om verksamhetsvisa internkontrollplaner och en kommungemensam internkontrollplan,
- Årligen, dels i delårsbokslutet, dels i bokslutet, följa upp och utvärdera den interna kontrollen

Miljö- och byggnämnden, den sociala myndighetsnämnden och valnämnden är egna nämnder och fattar därför på egen hand beslut om internkontrollplan och uppföljning av detsamma. De måste dock följa dessa riktlinjer.

#### Utskott

Utskotten ska följa arbetet med internkontrollen. De ansvarar för den interna styrningen, uppföljningen och kontrollen inom verksamheten och ska se till att det finns ett etablerat och dokumenterat system som är anpassat för verksamhetens förutsättningar och behov samt dess olika styr- och beslutsnivåer.

#### Verksamhetschef

Varje verksamhetschef ska upprätta förslag till internt kontrollsystem för sin verksamhet och se till att konkreta rutiner och/eller vägledningar utformas för att upprätthålla en god intern kontroll inom alla verksamhetsområden. Vidare ska verksamhetschefen se till att en verksamhetsövergripande riskanalys årligen upprättas och med denna som underlag upprätta förslag till internkontrollplan för verksamheten.

Det åligger verksamhetschefen att löpande bevaka att planen för internkontroll följs och vid delårsbokslut samt bokslut, genom skriftlig rapport, rapportera till utskottet och kommunstyrelsen om hur arbetet med den interna kontrollen genomförts, hur den interna kontrollen





fungerar samt föreslå kommunstyrelsen nödvändiga åtgärder för att säkerställa att den interna kontrollen är tillräcklig.

#### Mellanchefer/första linjens chefer

Mellanchefer/första linjens chefer ansvarar för att det finns rutiner/vägledningar, processer och system, inom sitt ansvarsområde, som säkrar att verksamheten bedrivs ändamålsenligt och effektivt. Det innebär att bygga in kontroller i sina handläggningsrutiner för att säkerställa lagar och förordningar och kommunens och förvaltningens styrdokument samt att kommunfullmäktiges och förvaltningens beslut följs upp och är kända.

Chefen ska försäkra sig om att den löpande kontrollen är tillräcklig och vid behov vidta åtgärder.

#### Medarbetarna

Samtliga anställda är skyldiga att följa gällande lagstiftning och de styrdokument som gäller berörd verksamhet för att uppnå en säker och effektiv verksamhet. De ska rapportera avvikelser till närmast överordnad chef.

#### Kommundirektören

Kommundirektören har det övergripande verksamhetsansvaret för att det finns konkreta regler och anvisningar för att upprätthålla en god intern kontroll. Ansvaret omfattar även att förvaltningen årligen ska genomföra en riskanalys och att utifrån denna ta fram ett förslag på internkontrollplaner till kommunstyrelsen och övriga nämnder. Därtill svarar kommundirektören för att utveckling och utvärdering av internkontrollen och dess riktlinjer genomförs.



## 4. Arbetsmetod för att ta fram internkontrollplan

### 4.1 Ta fram en riskanalys

En riskanalys tas årligen tas fram inom respektive verksamhetsområde (se bil 1). Denna riskanalysmetod består av två steg:

#### Steg 1 – Identifiering av risker

Följande riskområden är obligatoriska för verksamheten att analysera och, om behov finns, skapa risker utifrån:

- a) Omvärldsrisker:  
Omvärldsrisker kan utgöras av större händelser som kan påverka verksamhetens verksamhet och mål. Några exempel är befolkningsförändringen i kommunen, trender i samhället som ökad osäkerhet i vår närvärld och statliga ersättningar/bidrag som förändras/riskeras att förändras.
- b) Finansiella risker:  
Brister som kan medföra vikande/uteblivna intäkter respektive oönskade eller oförutsedda kostnader. Kan även utgöras av likviditetsrisk, valutarisk, ränterisk, kreditrisk och operativa risker vilka hanteras enligt kommunens finanspolicy.
- c) Rapporterings- och/eller redovisningsrisker:  
Bortfall av relevant information kan innebära att underlag och antaganden är felaktiga och kan leda till att beslut fattas på felaktiga grunder.
- d) Legala risker:  
Brister som kan leda till brott mot gällande lagstiftning. Legala brister är också brister i förhållande till kommunens styrdokument och exempelvis ny lagstiftning som kan/kommer att påverka verksamheten.
- e) Informations- och IT-säkerhet och GDPR:  
Invånarnas och medarbetarnas integritet ska skyddas och informationsteknik ska nyttjas som har invånarnas förtroende. Brister i verksamhetens informationssystem och hantering kan få oönskade effekter och det är viktigt att definiera de system som har avgörande betydelse för verksamheten.
- f) Verksamhetsrisker:



Alla brister som hotar förutsättningarna att genomföra verksamheten och nå uppställda mål. Detta inkluderar även kvalitetsfrågor och att verksamheten inte bedrivs på ett kostnadseffektivt sätt

- g) Förtroenderisker: Brister som kan leda till att förtroendet för verksamheten, politiken och/eller kommunen skadas. Förtroendeskador uppstår ofta som ett resultat av brister inom ovan nämnda risker eller i form av till exempel vidlyftig representation, mutor och bestickning.
- h) Övriga risker:  
Kommunstyrelsen ska även årligen se över om det finns riskområden/risker som verksamheterna bör uppmärksamma särskilt. Ett exempel på ett sådant riskområde kan vara välfärdsbrott.

## Steg 2 – Bedöm riskerna

När risker tagits fram gör verksamheten en bedömning av den framtagna risken utifrån sannolikhet att den inträffar och konsekvensen om så sker.

Sannolikhet är kopplat till osäkerhet. Hur sannolikt är det att risken inträffar? Om den förväntade händelsen har en negativ konsekvens är den att betrakta som ett hot.

Konsekvens kan uttryckas som ekonomiska, politiska, mänskliga och verksamhetsmässiga konsekvenser för verksamheten som kan uppstå vid brister. Graden av konsekvens avgörs till exempel utifrån ekonomisk omfattning, skada för brukarna, för organisationens förtroende etc.

Följande bedömningar gäller:

| Sannolikhet |                                    | Konsekvens |                         |
|-------------|------------------------------------|------------|-------------------------|
| 1           | Osannolikt att det inträffar       | 1          | Försumbar skada         |
| 2           | Möjligt att det inträffar          | 2          | Begränsad/måttlig skada |
| 3           | Sannolikt att det inträffar        | 3          | Betydande skada         |
| 4           | Mycket sannolikt att det inträffar | 4          | Allvarlig skada         |

Detta genererar ett riskvärde (riskvärde = sannolikheten multiplicerat med konsekvensen för att en risk inträffar), som man sedan kan sortera och prioritera alla risker utifrån.

## Sannolikhet/konsekvens

|   |   |   |    |    |
|---|---|---|----|----|
| 4 | 4 | 8 | 12 | 16 |
| 3 | 3 | 6 | 9  | 12 |
| 2 | 2 | 4 | 6  | 8  |
| 1 | 1 | 2 | 3  | 4  |
|   | 1 | 2 | 3  | 4  |

Ju högre riskvärde desto allvarligare är risken för verksamheten och ju högre bör den prioriteras/rangordnas i det fortsatta arbetet.

Risikanalysen blir till en bruttolista med risker som man har nytta av inför kommande års internkontrollplaner. Där har de viktigaste riskerna i verksamheten analyserats.

#### 4.2 Ta fram en internkontrollplan

Kommunledningskontoret eller motsvarande tar, utifrån en riskanalys, fram en kommungemensam internkontrollplan som ska följas upp av verksamheterna.

Efter att verksamheterna gjort en riskanalys ska även dessa ta fram egna internkontrollplaner (bil 2). Dessa internkontrollplaner bildar ett gemensamt dokument med den kommungemensamma internkontrollplanen.

Riskvärden med minst åtta i tabellen i föregående avsnitt anses inte godtagbara. Dessa risker måste elimineras eller reduceras till acceptabel nivå och ska tas upp i verksamhetens internkontrollplan. Åtgärd måste vidtas.

För att inte rapporteringen ska bli allt för omfattande ska varje verksamhet i sin internkontrollplan ha med max sex risker som ska undersökas och analyseras. Om verksamheten har identifierat fler risker med riskvärde på minst åtta ska verksamheten ändå studera dessa närmare utan att de ingår i internkontrollplanen.

En internkontrollplan syftar till att åtgärda eller minimera risker – inte att se om risken infaller. Den kan handla om att vidta praktiska åtgärder som t ex utbilda personal, införskaffa ett datasystem eller införa annan arbetsfördelning. Ofta handlar den om att undersöka olika rutiner som är kopplade till risken. Rutinerna undersöks för att säkerställa att identifierade risker inte faller ut. Detta arbete utförs löpande under året.

Internkontrollplanen ska innehålla

- risk,



- åtgärd eller rutin som ska kontrolleras (hur ska kontrollen göras, när och hur ofta?)
- ansvarig för åtgärden eller kontrollen.

Verksamheternas och den kommunövergripande internkontrollplanen fastställs av kommunstyrelsen i november.

## 5. Uppföljning och utvärdering

Om allvarliga brister konstateras löpande under året

- a) informeras utskotten och kommunstyrelsen omgående av verksamhetschefen
- b) lämnar verksamhetschefen information om vilka åtgärder verksamheten avser att vidta för att komma till rätta med problemet.

### Delårsbokslutet

I samband med delårsbokslutet ska verksamheten lämna en förenklad uppföljning av internkontrollplan till utskottet och kommunstyrelsen. I uppföljningen redovisas de kontroller som genomförts med iakttagelser, slutsatser och föreslagna åtgärder eller förbättringar, beskrivning av hur kontrollerna genomförts samt en övergripande bedömning av hur den interna kontrollen fungerar.

Uppföljningen vid delårsbokslutet är en viktig komponent i arbetet med nästkommande års internkontrollplan. Risker där avvikelser förekommer eller befaras bör ligga med även i nästkommande internkontrollplan.

### Årsbokslutet

Vid årets slut gör verksamheterna en slutgiltig uppföljning som avser hela året. Den redovisas i utskotten innan den hamnar hos kommunstyrelsen för beslut och godkännande där den tas upp tillsammans med årsredovisningen.



## Bilaga 1 Riskanalys

| Riskområden                                   | Risk | Sannolikhet<br>(1-4) | Konsekvens<br>(1-4) | Riskvärde<br>(1-16) |
|-----------------------------------------------|------|----------------------|---------------------|---------------------|
| Omvärldsrisk                                  |      |                      |                     |                     |
| Finansiell risk                               |      |                      |                     |                     |
| Rapporterings-<br>eller redo-<br>visningsrisk |      |                      |                     |                     |
| Legal risk                                    |      |                      |                     |                     |
| Förtroenderisk                                |      |                      |                     |                     |
|                                               |      |                      |                     |                     |
|                                               |      |                      |                     |                     |
|                                               |      |                      |                     |                     |





VALDEMARSVIKS  
KOMMUN

# Riktlinjer för Internkontroll

Beslutad av kommunstyrelsen 2017.  
Dnr KS-SA.2017.



# Internkontroll

**”Internkontroll handlar om tydlighet, ordning och reda. Det handlar om att säkra att det som ska göras blir gjort, på det sätt som det är tänkt. Intern kontroll är det samlade begreppet för den organisering och de system, processer och rutiner som bidrar till detta.”**

*Källa: Sveriges Kommuner och Landsting*

Internkontroll är ett verktyg som skall användas för att säkerställa de, av fullmäktige, fastställda verksamhetsmässiga och ekonomiska målen. Den omfattar ledningssystem och rutiner för att säkerställa kvalitén i verksamheterna.

## Riktlinjer och planer

Valdemarsviks kommuns internkontroll sammanfattas i denna övergripande riktlinje som gäller hela kommunen. Riktlinjerna redovisar hur internkontrollen är uppbyggd med kommungemensamma rutiner och processer. Arbetet med dessa bör bedrivas på ett likartat sätt oavsett verksamhetsinriktning. Internkontrollen skall ses som ett stöd till kommunens verksamheter och bör planeras och genomföras så att den blir ett naturligt arbetssätt. För att kunna genomföra och säkerställa en god internkontroll är det därför nödvändigt att varje sektor har dokumenterade rutiner som följs upp och revideras löpande enligt plan. Internkontrollplan ska finnas inom varje sektor och på kommungemensam nivå och avser normalt en tvåårsperiod.

## Kontrollområden:

- Ekonomistyrning – ekonomi i balans.
- Kvalitetsmål – nöjda elever, brukare, invånare, vårdtagare, anhöriga, medarbetare.
- Effektiva processer – rätt första gången, leverans i rätt tid.

## Framgångsfaktorer:

För att lyckas i arbetet med intern kontroll krävs följande:

- En genomtänkt riskkartläggning såväl på kommun som på sektornivå samt en konsekvens- och riskbedömning.
- En bra dialog med politikerna.
- Att samtliga tjänstemannagrupper är informerade och förstår sin roll.
- Att teknikens möjligheter tillvaratas.
- Information och utbildning.
- Framtagande och implementering av reglementen (styrande dokument), riktlinjer (rekommendationer), och rutiner (beskrivning av hur man gör) och mallar (tvingande format).
- En tydlig struktur/process för återrapportering.

# Verksamhetsanalys

Samtliga verksamheter skall göra en verksamhetsanalys med syfte att säkerställa att:

- Allvarliga fel och brister upptäcks och elimineras.
- Ledningssystemen är ändamålsenliga och dokumenterade.
- Redovisningen är rättvisande och tillförlitlig.
- Det finns rutiner och mallar som säkerställer att lagar, reglementen och riktlinjer tillämpas.
- Kommunens tillgångar skyddas mot förluster och förstörelse.

## Riskanalys

En riskbedömning görs i tre steg:

1. Kartläggning av vilka risker som finns:  
Vilka rutiner/processer får inte gå fel?
2. Uppskattning av vilka risker och konsekvenser i befintliga rutiner/processer.
3. Beaktande av hur riskerna skall undanröjas, d.v.s. vad måste vi ta itu med och på vilket sätt?

### Interna risker:

- Kan vi lita på den information vi har tillgång till?
- Hur ser tillgången till stödbegärliga tillgångar ut? (stödbegärliga tillgångar = t.ex. kontanter, bensin och inventarier)
- Hur upprätthåller vi personalens kompetens?
- På vilket sätt ser vi till att nyanställd personal introduceras på ett korrekt sätt?

## Genomförandet av en väsentlighets- och riskbedömning

1. Välj ut kritiska rutiner/processer
2. Gradera rutinen/processen enligt följande matris:

|                           | 1 - Osannolik | 2 – Mindre sannolik | 3 - Möjlig | 4 - Sannolik |
|---------------------------|---------------|---------------------|------------|--------------|
| Sannolikhet<br>Konsekvens |               |                     |            |              |
| 4 - Allvarlig             | 4*)           | 8                   | 12         | 16           |
| 3 - Kännbar               | 3             | 6                   | 9          | 12           |

|                      |   |   |   |   |
|----------------------|---|---|---|---|
| <b>2 - Lindrig</b>   | 2 | 4 | 6 | 8 |
| <b>1 - Försumbar</b> | 1 | 2 | 3 | 4 |

\*) Konsekvensvärdet (enligt kolumn 1) gånger sannolikhetsvärdet (enligt rad 1) ger riskvärdet som är värdet inuti tabellen..

## Sannolikhet

- 4: Det är mycket troligt att fel ska uppstå.  
3: Det finns en möjlig risk för att fel ska uppstå.  
2: Risken är mycket liten för att fel ska uppstå.  
1: Risken är praktiskt tagen obefintlig att fel ska uppstå.

## Konsekvens

- 4: Är så stor att det helt enkelt inte får hända.  
3: Uppfattas som besvärande av alla berörda personer (internt & externt).  
2: Uppfattas som liten av alla berörda personer (internt & externt).  
1: Uppfattas som obetydlig av alla berörda personer (internt & externt).

Riskbedömningen bör göras utifrån tre perspektiv; medborgaren, Valdemarsviks kommun som helhet respektive medarbetaren. Dessa tre perspektiv bör vägas in för att få fram en samlad riskbedömning.

## Kontrollaktiviteter

Kontrollaktiviteterna inom varje verksamhetsområde är de konkreta åtgärder som vidtas för att motverka, minimera och/eller eliminera risker. De bör, så långt som möjligt, integreras i kommunens ordinarie verksamhetsprocesser och ledningssystem.

En mycket viktig beståndsdel i internkontrollprocessen är att åstadkomma en kultur där var och en tar sitt ansvar för den interna kontrollen. Framgångsfaktorer för en väl fungerande organisation förutsätter:

- Tydlig ansvarsfördelning
- Riskbedömning och riskhantering
- Faktiska kontrollaktiviteter av olika slag
- Information och kommunikation
- Uppföljning och utvärdering för lärande och förbättring

Det är kommunstyrelsen som ansvarar för att den interna kontrollen är tillräcklig, men i praktiken är det givetvis i verksamheten som kontrollen utvecklas och genomförs, som en del i det löpande arbetet.

## Rapportering

Rapportering sker regelbundet till utskotten under verksamhetsåret.

Kommunchefen skriver en årlig internkontrollrapport som rapporteras till Kommunstyrelsen senast i april månad. Rapporten skall även beskrivas i årsredovisningen. Rapporten bygger på den sektorsspecifika redovisningen.



NrParagrafNrLittera

ÄrendeNr Kod Fastighet

## ProtokollBeskrivning

### Kommunstyrelsens beslut

### Ärendebeskrivning

#### Yrkanden

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

#### Beslutsgång

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

-----

### Beslutet skickas till

Beslutsmottagare

Xxxxx

Akten

Justerare

.....

.....



KSAU § 4

KLK.2025.97 040

## Riktlinjer för attest

### Kommunstyrelsens arbetsutskotts förslag till beslut i kommunstyrelsen

Kommunstyrelsen antar riktlinjer för attest.

### Kommunstyrelsens arbetsutskott förslag till beslut i kommunfullmäktige

Nuvarande reglementet för kontroll av verifikationer från KF § 57/2005 med tillämpningsanvisningar därmed upphör att gälla.

#### Ärendebeskrivning

Det nuvarande reglementet för kontroll av verifikationer från KF § 57/2005 behöver uppdateras och moderniseras. Ekonomiavdelningen har därför tagit fram förslag till riktlinjer för attest.

Syftet med riktlinjerna är att kvalitetssäkra den process som krävs för att säkerställa kommunens samtliga ekonomiska transaktioner. I riktlinjerna beskrivs bland annat ansvarsfördelning, kontroller, tvåhandsprincipen med undantag, attestförteckning samt kontrollernas utformning och utförande.

Dokumentet kommer att fungera som underlag vid information till verksamheten och vid utbildningar.

Det nuvarande reglementet för kontroll av verifikationer från KF § 57/2005 med tillämpningsanvisningar föreslås därför upphöra att gälla. Kommunstyrelsen ansvarar för ekonomiadministrationen enligt kommunstyrelsens reglemente därav sker detta inom ramen för en riktlinje och nuvarande reglemente upphävs.

#### *Ekonomiska konsekvenser*

Beslutet medför inga ekonomiska konsekvenser.

-----



KSAU § 4

KLK.2025.97 040

**Beslutet skickas till**  
Ekonomichef  
Akten

---

Justerare

.....

.....



Tjänsteställe/Handläggare

Kommunledningskontoret

Jonas Persson

Ekonom

Tel: 01239237

E-post: jonas.persson@valdemarsvik.se

Mottagare

Kommunstyrelsens arbetsutskott

## Riktlinjer för attest

### Förslag till beslut i kommunstyrelsen

Kommunstyrelsen antar riktlinjer för attest.

### Förslag till beslut i kommunfullmäktige

Nuvarande reglementet för kontroll av verifikationer från KF § 57/2005 med tillämpningsanvisningar därmed upphör att gälla.

### Sammanfattning

Det nuvarande reglementet för kontroll av verifikationer från KF § 57/2005 behöver uppdateras och moderniseras. Ekonomiavdelningen har därför tagit fram förslag till riktlinjer för attest.

Syftet med riktlinjerna är att kvalitetssäkra den process som krävs för att säkerställa kommunens samtliga ekonomiska transaktioner. I riktlinjerna beskrivs bland annat ansvarsfördelning, kontroller, tvåhandsprincipen med undantag, attestförteckning samt kontrollernas utformning och utförande.

Dokumentet kommer att fungera som underlag vid information till verksamheten och vid utbildningar.

Det nuvarande reglementet för kontroll av verifikationer från KF § 57/2005 med tillämpningsanvisningar föreslås därför upphöra att gälla. Kommunstyrelsen ansvarar för ekonomiadministrationen enligt kommunstyrelsens reglemente därav sker detta inom ramen för en riktlinje och nuvarande reglemente upphävs.

### *Ekonomiska konsekvenser*

Det finns inga ekonomiska konsekvenser.

### Beslutet skickas till

Ekonomichef

Akten

VALDEMARSVIKS KOMMUN

Kristina Lohman  
Kommundirektör

Sven Stengard  
Ekonomichef





# Riktlinjer för attest

|                                              |                                         |                                            |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------|
| <b>Dokumentnamn</b><br>Riktlinjer för attest |                                         | <b>Diarienummer</b><br>KLK.2025.97         |
| <b>Dokumentansvarig</b><br>Ekonomichef       | <b>Fastställt av</b><br>Kommunstyrelsen | <b>Giltig till och med</b><br>Tills vidare |

## 1 § Syfte

Dessa riktlinjer för attest syftar till att säkerställa en effektiv och ändamålsenlig hantering av kommunens samtliga ekonomiska transaktioner, såväl externa som interna transaktioner, samt att följa lagar och regler gällande ekonomisk förvaltning. Riktlinjerna anger regler för kontroll av ekonomiska transaktioner samt regler för attesträtt. De ska även bidra till transparens, till rättvisande redovisning, undvikande av oavsiktliga eller avsiktliga fel samt tydliggöra ansvarsfrågor.

## 2 § Omfattning

Riktlinjerna för attest gäller för kommunens verksamhetsområden (inklusive bolagen) vad gäller ekonomiska transaktioner inklusive interna transaktioner samt medel som kommunen ålagts eller åtagit sig att förvalta och/eller förmedla till exempel stiftelser.

Detta dokument är en del av kommunens interna kontroll. Den interna kontrollen ska säkerställa att resurser används i enlighet med fattade beslut, att kommunens tillgångar tryggas samt att ekonomiska transaktioner bokförs korrekt enligt lag och god redovisningssed.

## 3 § Allmänt

Den ekonomiska transaktionen ska bokföras i en verifikation i kommunens bokföring enligt Lag (2018:597) om kommunal bokföring och redovisning.

Några exempel på verifikationer i kommunens bokföring är:

- fakturor och externa utbetalningar
- löner och andra personalkostnader
- placering av likvida medel
- bokföringsorder
- kundfakturor och inbetalningar från externa avsändare
- interna transaktioner
- utbetalningar till enskilda som till exempel privatpersoner
- övriga transaktioner i den ekonomiska redovisningen

## 4 § Ansvarsfördelning

Kommunstyrelsen beslutar om riktlinjer för attest. Vidare ansvarar kommunstyrelsen för övergripande uppföljning och utvärdering. Kommunstyrelsen ska, vid behov, ta initiativ till förändring av riktlinjerna.

- Kommunens verksamhetsområden ansvarar för att antagna regler avseende dessa riktlinjer följs.
- Kommunstyrelsens arbetsutskott delegerar till verksamhetschef att utse attestanter.
- Verksamhetschef ansvarar för att utsedda attestanter är informerade om riktlinjer för attest och förstår innebörden.
- Beslutsattestant ansvarar i sin tur för att utsedda fakturagranskare är informerade om riktlinjerna och förstår innebörden.

## 5 § Kontroller

Ansvar av kontroll framgår av 6 §.

Verifikationer måste alltid kontrolleras innan de går vidare för bokföring. Syftet med kontrollerna är att undvika fel, oavsiktliga eller avsiktliga, och därigenom säkerställa att transaktioner som bokförs är korrekta. Detta avser:

- Prestation: varan eller tjänsten har levererats till eller från kommunen och leverans/prestation stämmer med avtalade villkor.
- Bokföringsunderlag: verifikationen uppfyller kraven enligt lag och god redovisningssed.
- Betalningsvillkor: betalning görs vid rätt/avtalad tidpunkt.
- Bokföringstidpunkt: bokföring görs vid rätt tidpunkt och i rätt redovisningsperiod.
- Kontering: transaktionen bokförs på korrekt kontering. Detta omfattar även att rätt momsbelopp bokförs.
- Beslut: transaktionen överensstämmer med beslut av behörig beslutsfattare.

Eventuella AI-verktyg som används för att underlätta och kvalitetssäkra den ekonomiska hanteringen frångår inte granskarens och attestanters ansvar. Kontroll av utbetalningar på fil exklusive ekonomiskt bistånd görs alltid via externt kontrollverktyg innan verkställande.

## 6 § Attest

Attest innebär att kontroll utförts utan anmärkning. Attest görs av fakturagranskare och beslutsattestant i nämnd ordning. Enligt huvudregeln får båda attester inte utföras av samma person.

Verksamhetschef utser beslutsattestant samt fastställer övre beloppsgräns, ansvarskod/er och verksamhetskod/er. Om transaktionen överskrider beloppsgränsen tar överordnad chef över rollen som beslutsattestant.

Fakturagranskare utses av berörd beslutsattestant. Fakturagranskare och attestant ska vid planerad frånvaro själv styra om inkommande fakturor/ verifikationer i systemet till ersättare, som är på samma nivå eller högre. Fakturor som inte behandlas inom ett visst antal arbetsdagar eskalerar i systemet till överordnad attestant. Personalförändring som avser fakturagranskare eller beslutsattestant ska meddelas ekonomiavdelningens funktionsbrevlåda [ekonomi@valdemaravik.se](mailto:ekonomi@valdemaravik.se).

Fakturagranskarens roll är att säkerställa att:

- leverans eller prestation har ägt rum, att eventuella ordersedlar följer med och/eller fakturaanteckning hur kontrollen utförts
- kvantitet och pris är korrekt
- fakturan är utställd till Valdemarsviks kommun
- kontering har gjorts och är korrekt
- momsbeloppet stämmer

- betalningsuppgifter till exempel bankgiro/bankkonto är korrekta

Vid felaktig referenskod kontaktas leverantören av berörd medarbetare för korrigerings vid framtida fakturering.

Om fakturan innehåller bristfälliga eller felaktiga uppgifter ska berörd medarbetare påtala detta för leverantören. Den felaktiga fakturan ska krediteras av leverantören och en ny korrekt faktura ska skickas till kommunen.

Beslutsattest innebär den slutliga kontrollen av erhållen faktura (eller motsvarande underlag) mot formella beslut, disponibla budgetmedel och beställning, det vill säga att:

- beställning har skett hos leverantören av behörig person
- kvantitet och kvalitet är riktiga och stämmer med beställning
- pris, rabatt och övriga villkor inklusive moms är riktiga och stämmer med ingångna avtal
- konteringen är korrekt
- kontrollera att jäv inte föreligger (se 9§ p4)

## **7 § Undantag från tvåhandsprincipen**

Enligt huvudregeln ska ekonomiska transaktioner hanteras av minst två personer men det finns undantag. Dessa undantag är främst kopplade till interna bokföringsmässiga transaktioner där kommunen inte kan lida skada på samma sätt som när det gäller ekonomiska transaktioner med extern partner. Följande undantag finns:

- Periodiskt återkommande ekonomiska händelser för till exempel telefoni, lokalhyror, el och vatten som baseras på ett avtal samt hanteras i ett IT-baserat system. Dessa får automatiskt attesteras i IT-systemet enligt särskilda abonnemangsregler, till exempel beloppsintervall och kontering. Abonnemangsreglerna ska hållas uppdaterade och det åligger beslutsattestant att meddela förändringar till systemadministratören.
- Rättelser av fel samt periodiseringar. Attest får utföras av handläggande tjänsteperson. Av underlaget ska tydligt framgå vad rättelsen avser.
- Bokföringsorder som inte innebär en utbetalning. Attest får utföras av handläggande tjänsteperson. Till bokföringsordern ska det finnas ett tydligt underlag som visar vad verifikationen avser och hur beloppet har fastställts.
- Inkassokostnader och dröjsmålsräntor får påföras av redovisningsenheten enligt kontering i ursprungsfakturan.
- Interna transaktioner som sker genom bokföringsorder, till exempel kostnader för overhead, licenser, försäkringar eller andra interna tjänster där acceptans av varan eller tjänsten gjorts i förväg genom beställning, hyresavtal eller annan överenskommelse, undantas från attest. Attest anses här ha blivit gjord i samband med beställningen eller tecknandet av hyresavtalet eller liknande.

## 8 § Attestförteckning

Kommunen ska ha en attestförteckning. Attesträtten ska knytas till funktion. Ersättare, som är på samma nivå eller högre, får attestera vid ordinarie attestants frånvaro.

Verksamhetschefs kostnader attesteras av kommundirektör.

Kommundirektörs kostnader attesteras av ekonomichef eller kommunalråd.

Kostnader för ordförande i kommunfullmäktige attesteras av kommundirektör.

Kostnader för ordförande i kommunstyrelsen attesteras av kommundirektör.

Kommundirektör kan beslutsattestera samtliga ekonomiska transaktioner i kommunen vid verksamhetschefs frånvaro.

Verksamhetschef har rätt att beslutsattestera samtliga ekonomiska transaktioner inom verksamhetsområdets ansvarsområde.

Verksamhetschef ansvarar för att en attestantförteckning upprättas över samtliga attestanter med angivande av ansvarskod. Ansvaret för registervård av förteckningen åligger verksamhetschef. Attestantförteckningen förvaras på ekonomiavdelningen.

Fakturagranskare och beslutsattestant ansvarar för att tillämpa fastställda riktlinjer för attest.

När det gäller kostnader som hör samman med den egna tjänsteutövningen, exempelvis resekostnader, representation, kurs- och konferensresor, måltider, gåvor och andra utgifter av personlig karaktär ska transaktionerna attesteras av överordnad chef. Syfte och deltagarförteckning ska framgå.

Ersättare har rätt att attestera endast om ordinarie attestant inte är i tjänst. Vikarierande eller tillförordnad befattningshavare eller överordnad chef kan ersätta frånvarande attestant.

Övriga kommunövergripande kostnader som finansiering, löner och skatt etcetera attesteras av ekonomichef.

## 9 § Kontrollernas utformning och utförande

Kontrollåtgärdernas omfattning av verifikationer bestäms med hänsyn tagen till väsentlighet och risk. Väsentlighet kan uttryckas med de konsekvenser som uppstår vid fel. Risk kan uttryckas som sannolikheten för att fel uppstår. Kontrollmomenten får inte i onödan förlänga eller försvåra handläggningen av ett ärende.

Följande krav ska beaktas vid utformning av kontrollrutiner:

- Ansvarsfördelning: Ansvarsfördelningen ska vara tydlig. Ingen person ska ensam hantera en transaktion från början till slut.
- Kompetens: Den som har rollen att utföra en kontrollåtgärd ska ha tillräcklig kompetens för uppgiften. Ekonomiavdelningen informerar och stödjer regelbundet fakturagranskare



och beslutsattestant men det är närmsta chef som tillsammans med verksamhetschef bär ansvaret att de känner till och förstår reglerna.

- Integritet: Den som utför kontroll av en annan person, särskilt vid beslutsattest, ska ha en självständig ställning gentemot den kontrollerade.
- Jäv: Den som utför kontrollen får inte kontrollera in- och utbetalningar till sig själv eller närstående. Detta innefattar också bolag och föreningar där den kontrollansvarige eller närstående har ägarintressen eller ingår i ledningen.
- Dokumentation: Vidtagna kontrollåtgärder ska dokumenteras på ett ändamålsenligt sätt till exempel att eventuella ordersedlar följer med och/eller fakturaanteckning hur kontrollen utförts.
- Kontrollordning: De olika kontrollmomenten ska utföras i en logisk ordning så att effekten av en tidigare kontrollåtgärd inte förtas av en senare kontrollåtgärd. Med logisk ordning menas att kontrollmomenten följer en sådan ordningsföljd att varje steg utförs vid rätt tidpunkt, i rätt ordning och på ett sätt som säkerställer att tidigare kontroller inte blir ogiltiga eller påverkas negativt av senare åtgärder.

## **10 § Brister och oegentligheter**

Eventuella brister eller oegentligheter ska omedelbart utredas av fakturagranskare, beslutsattestant eller annan berörd medarbetare. Rapportering ska vid behov ske till närmsta chef. Om oklarheter kvarstår ska detta rapporteras vidare till ekonomichef eller kommundirektör.

Om det inte är lämpligt att rapportera brister till närmast överordnad chef kan rapportering göras till ekonomichef för vidare rapportering uppåt i organisationen.



KF § 57

KLK 2005/99 003

## Reglementen för intern kontroll och kontroll av verifikationer

### **Ärendebeskrivning**

Kommunledningskontoret har tillsammans med representanter från förvaltningarna under hösten utarbetat förslag till nytt reglemente för intern kontroll samt reglemente för kontroll av verifikationer, inklusive tillämpningsanvisningar för reglementena.

Reglementena är anpassade till den nya lagstiftningen och kommunens organisation.

Reglementena ska antas av kommunfullmäktige medan tillämpningsanvisningarna behandlas och antas av kommunstyrelsen.

Vid kommunstyrelsens sammanträde 2005-12-05 redogjorde kommunchef Bertil Lindström för Komrevs synpunkter på reglementena.

### **Beredande organs förslag**

Kommunchefens skrivelse 2005-10-28.

Förslag till reglemente för internkontroll och kontroll av verifikationer daterat 2005-10-10.

Kommunstyrelsens arbetsutskotts protokoll 2005-11-16 § 57.

Kommunstyrelsens protokoll 2005-12-05 §127.

### **Kommunfullmäktiges beslut**

1. **Förslag till reglemente för intern kontroll, daterat 2005-10-10, antas att gälla from 2006-01-01 och tills vidare.**
  2. **Förslag till reglemente för kontroll av verifikationer, daterat 2005-10-10, antas att gälla from 2006-01-01 och tills vidare.**
  3. **Kommunfullmäktiges beslut 1992-10-27, § 133, rörande reglemente för intern kontroll av ekonomiska transaktioner, upphävs.**
- 

Justerare

 Jan Tellbo (m) Hillevi Lindstrand (c) Anders Johansson (s)Expedierat av Eva Köpberg / 2005-12-22/Elv  
Kommunledningskontoret, akten



## REGLEMENTE FÖR KONTROLL AV VERIFIKATIONER

### 1 § Omfattning

Detta reglemente gäller för kommunens samtliga verifikationer, inklusive verifikationer för medel som kommunen ålagts eller åtagit sig att förvalta.

### 2 § Mål

Målet med reglerna för kontroll av verifikationer är att undvika oavsiktliga eller avsiktliga fel och därigenom säkerställa att transaktioner som bokförs i tillämpliga delar är korrekta avseende:

|                    |                                                                    |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------|
| Prestation         | Varan eller tjänsten har levererats till eller från kommunen       |
| Bokföringsunderlag | Verifikationen uppfyller kraven enligt god redovisningssed.        |
| Villkor            | Rätt villkor tillämpas, t ex förfallodatum                         |
| Bokföringstidpunkt | Bokföring sker vid rätt tidpunkt och i rätt redovisningsperiod.    |
| Kontering          | Transaktionen är rätt konterad.                                    |
| Beslut             | Transaktionen överensstämmer med beslut av behörig beslutsfattare. |

### 3 § Ansvar

Kommunstyrelsen ansvarar för utfärdandet av för kommunen gemensamma tillämpningsanvisningar till detta reglemente. Kommunstyrelsen ansvarar också för övergripande uppföljning och utvärdering av dessa regler och för att vid behov ta initiativ till förändring av dessa regler.

Kommunens förvaltningar ansvarar för att antagna regler och tillämpningsanvisningar avseende detta reglemente följs. Varje förvaltning utfärdar vid behov ytterligare tillämpningsanvisningar för sitt verksamhetsområde.

Kontrollansvarigs uppgift är att tillämpa fastställda anvisningar samt att när brister upptäcks vidta åtgärder.

---





#### 4 § Ansvar

Följande kontroller ska i tillämpliga fall utföras:

|            |                                                                            |
|------------|----------------------------------------------------------------------------|
| Prestation | Vara eller tjänst har mottagits eller levererats.                          |
| Formalia   | Verifikationen uppfyller krav enligt lagstiftning och god redovisningssed. |
| Kvalitet   | Mottagen eller levererad vara eller tjänst håller avtalad kvalitet.        |
| Villkor    | Överenskomna betalningsvillkor, leveransvillkor m m är uppfyllda.          |
| Pris       | Pris överensstämmer med avtal, taxa, bidragsregler eller beställning       |
| Beslut     | Behöriga beslut finns.                                                     |
| Kontering  | Konteringen är korrekt.                                                    |
| Behörighet | Attestering har skett på rätt sätt och av behöriga personer.               |

Kontroller som utförts med godkänt resultat ska dokumenteras genom attest.

#### 5 § Kontrollernas utformning och utförande

Kontrollrutinerna ska utformas så att den interna kontrollen inom respektive förvaltning är tillräcklig. Vid utformningen av kontrollrutinerna ska följande krav beaktas:

|                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ansvarsfördelning | Ansvarsfördelningen ska vara tydlig. Ingen person ska ensam hantera en transaktion från början till slut.                                                                                                                                                                              |
| Kompetens         | Den som har rollen att utföra en kontrollåtgärd ska ha erforderlig kompetens för uppgiften.                                                                                                                                                                                            |
| Integritet        | Den som utför kontroll av en annan person, särskilt av beslut, ska ha en självständig ställning gentemot den kontrollerade.                                                                                                                                                            |
| Jäv               | Den som utför kontrollen får inte kontrollera in- och utbetalningar till sig själv eller närstående. Detsamma gäller utgifter av personlig karaktär. Detta innefattar också bolag och föreningar där den kontrollansvarige eller närstående har ägarintressen eller ingår i ledningen. |

---



|                 |                                                                              |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------------|
| Dokumentation   | Vidtagna kontrollåtgärder ska dokumenteras på ändamålsenligt sätt.           |
| Kontrollordning | De olika kontrollmomenten ska utföras i en för transaktionen logisk ordning. |

Kraven på vidtagna kontrollåtgärder ska vara anpassade till den ekonomiska transaktionens art så att kontrollkostnaden står i rimlig proportion till riskerna.

#### **6 § Kontrollansvariga (attestansvariga)**

Respektive förvaltningschef utser kontrollansvariga samt ersättare för dessa. Kontrollansvar knyts till person eller befattning och kontointervall med angivande av eventuella begränsningar.

Kontroll får ske med hjälp av IT-stöd. Om kontroll ska utföras med hjälp av IT-stöd ska det finnas en fastställd rutin för tilldelning av behörighet, införande av systemförändringar och dokumentation av utförda kontroller.

Varje förvaltning svarar för att upprätta och hålla aktuella förteckningar över utsedda kontrollansvariga.

#### **7 § Rapportering av brister**

Om kontrollansvarig inte kan godkänna en ekonomisk transaktion p g a brister, felaktigheter eller liknande är den kontrollansvarige skyldig vidta åtgärder. Kan bristen/felaktigheten inte rättas till ska den kontrollansvarige vända sig till överordnad.



## TILLÄMPNINGSANVISNINGAR TILL REGLEMENTE FÖR KONTROLL AV VERIFIKATIONER

### 1 § Omfattning

Tillämpningsanvisning:

Medel som kommunen ålagts eller åtagit sig att förvalta omfattas av reglementet. Exempel på sådana medel är stiftelser som tillkommit p g a donationer samt vissa likvida medel som tillhör vårdtagare.

### 3 § Ansvar

Tillämpningsanvisning:

Förvaltningschefen får i uppdrag att inom förvaltningens verksamhetsområde ansvara för att kontrollansvariga är informerade om reglerna och anvisningarnas innebörd. Förvaltningschefen ansvarar för att vid behov ta fram ytterligare tillämpningsanvisningar.

Kontrollansvarig ska vidta åtgärder om brister uppmärksammas. Vilka åtgärder som ska vidtas framgår av 7 § i reglementet för kontroll av verifikationer med tillhörande tillämpningsföreskrifter. Med kontrollansvarig menas den person som fått i uppdrag att utföra attest.

Om det uppstår oklarhet i hur tillämpningsanvisningarna ska tolkas kan frågor riktas till kommunens ekonomichef som då har att bedöma om anvisningarna ger tillräcklig vägledning eller om komplettering bör ske genom nytt beslut i kommunstyrelsen.

### 4 § Kontroller

Tillämpningsanvisning:

Genom attest bevisar den kontrollansvarige att kontroll har skett. Följande attester finns:

- Mottagningsattest (Prestation)  
Mottagningsattesten innebär en kontroll av att varan eller tjänsten har mottagits eller levererats.
- Granskningsattest (Formalia)  
Granskningsattesten innebär en kontroll av formalia. Verifikationen kontrolleras matematiskt och formellt; att verifikationen är rätt summerad, att rätt moms tagits ut, att en verifikation innehåller de uppgifter som krävs enligt lagstiftning och god redovisningssed.



- Beslutsattest (Kvalitet, Pris, Villkor, Beslut, Kontering)

Beslutsattest är kärnan i kontrollen. Attesten innebär en kontroll av faktiskt beställning, d v s att eventuella underlag är korrekta och att beställning skett av behörig person. Attesten innebär också kontroll av att behöriga beslut har fattats, att villkor (t ex betalningsvillkor och leveransvillkor), kvalitet och pris stämmer med det som överenskommits alternativt med avtal, taxa, bidragsregler eller liknande, samt att konteringen är korrekt.

Beslutsattesten är normalt att betrakta som en följd av budgeterad verksamhet och uppdraget att attestera bör därför läggas på den befattningshavare som ålagts budgetansvar för verksamheten.

- Behörighetsattest (Behörighet)

Behörighetsattesten är en kontroll av att rätt person beslutsattesterat samt att attest i övrigt skett i enlighet med reglementet för kontroll av verifikationer med tillämpningsanvisningar samt eventuella kompletterande rutiner eller anvisningar för respektive förvaltning.

Det är lämpligt att behörighetsattest utförs av den som bearbetar en verifikation före registrering alternativt utför själva registreringen.

## **5 § Kontrollernas utformning och utförande**

Tillämpningsanvisning:

Obligatoriska attester:

Beslutsattest är obligatorisk.

Behörighetsattest är obligatorisk såvida inte behörigheten styrks genom behörighetssystem i elektroniska rutiner.

Mottagningsattest är obligatorisk vid extern anskaffning av varor eller tjänster. Vid interna transaktioner t ex anskaffning av varor och tjänster från enhet inom kommunorganisationen (intern anskaffning) eller fördelning/rättelse genom bokföringsorder är mottagningsattest inte obligatorisk.

I de fall då mottagningsattest är obligatorisk, och ingen annan än beslutattestanten kan utföra mottagningsattest, är granskningsattest obligatorisk och ska utföras av annan än beslutsattestanten.

Ansvarsfördelning:

Behörighetsattest och beslutsattest ska utföras av olika personer.

Mottagningsattest och beslutsattest ska om möjligt utföras av olika personer.

Om mottagningsattest eller granskningsattest inte utförs svarar beslutsattestanten för att tillräcklig kontroll sker vad gäller mottagning och granskning.



Attestanterna är var för sig ansvariga för sina respektive åtgärder.

Kompetens:

Respektive förvaltning ansvarar för att beslutsattestanter, behörighetsattestanter samt övriga berörda inom förvaltningen, får information om innehållet i reglementet för kontroll av verifikationer och dess tillämpningsanvisningar samt om övriga kontrollregler och rutiner som gäller inom förvaltningen.

Integritet/jäv

Följande särskilda krav ska följas:

1. Attestmoment får inte utföras av den som själv ska betala till kommunen eller själv ta emot en betalning från kommunen. Beslutsattest får i dessa fall inte heller utföras av underordnad. Undantag från detta förutsätter beslut i förvaltningsvisa tillämpningsanvisningar (enligt § 3). Sådant undantag kan beslutas för viss rutin, t ex för avgiftsdebitering.
2. Beslutsattest vid utlägg i tjänsten som betalas via kommunens betalkort ska utföras av annan än den som gjort utläggen, dock inte av underordnad.
3. Beslutsattest vid utgifter för resor, måltider, logi, kursavgifter, mobiltelefon och andra utgifter av personlig karaktär, ska utföras av annan än den som nyttjat tjänsten.
4. Verifikationer avseende utgifter för kurs- och konferensresor, måltider, gåvor och andra utgifter av personlig karaktär ska föras med uppgift om deltagare och ändamål.

Dokumentation

Beslutsattest ska ske med namnteckning och bör i normalfallet utföras på originalverifikationen. Övriga attester får ske med signatur. Om attest sker på separat dokument t ex följesedel ska denna arkiveras under samma tid som originalverifikationen. Dokument ska antingen bifogas originalverifikationen eller annars på tydligt sätt vara kopplat till originalverifikationen, t ex genom verifikationsnumret.

Kontrollordning:

Den normala attestföljden är mottagningsattest, ev. granskningsattest, beslutsattest och behörighetsattest. Möjlighet finns att utforma system för attestföljden är omvänd; t ex att beslutsattest sker i samband med beställning och mottagningsattest i samband med att varorna anländer. Undantag från detta förutsätter beslut i förvaltningsvisa tillämpningsanvisningar (enligt § 3) Sådant beslut kan beslutas för viss rutin.

**6 § Kontrollansvariga (attestansvariga)**

Tillämpningsanvisning:

Beslutattestanter och deras ersättare ska utses formellt. Fördelning av övriga attestroller kan då bli en naturlig följd av den ansvars- och arbetsfördelning som råder.



Inom förvaltningen ska finnas en aktuell förteckning över kontrollansvariga beslutsattestanter och ersättare samt uppgift om varje uppdrags omfattning med hjälp av benämning och koder i kodplanen.

Attesteringsbevis ska upprättas för varje beslutsattestuppdrag och utgör dokumentation av beslut att utse beslutsattestant och ersättare. Handlingen ska innehålla uppgift om beslutsattestant, ersättare, uppdragets omfattning, ev. tidsbegränsning och namnteckningsprov. Attesteringsbevis undertecknas av befattningshavare som fått kommunstyrelsens uppdrag att utse beslutsattestanter.

Förvaltningarna ska göra löpande revideringar av attesthandlingarna vid person- eller organisationsförändringar.

Attesteringsbevis är att anse som räkenskapsmaterial. Respektive förvaltning ansvarar för arkivering av attesteringsbevis.

Kopia på förteckning och attesteringsbevis ska sändas till kommunledningskontoret.

## **7 § Rapportering av brister**

Tillämpningsanvisning:

Den som utsetts att attestera är skyldig att vidta åtgärder när brister eller felaktigheter uppmärksammas:

- Det är lämpligt att attestanten i första hand vänder sig till den som beställt/inköpt eller beordrat in-/utbetalning eller annan transaktion för förklaring och/eller åtgärd.
- Om förklaringen ej är tillräcklig ska attestanten vända sig till den som är ekonomiskt ansvarig för verksamheten. Om bristen/felaktigheten avser den ekonomiskt ansvarige ska attestanten i stället vända sig till överordnad alternativt kommunstyrelsen.
- Vid allvarliga situationer ska ärendet bli föremål för diskussion med förvaltningsledning och kommunstyrelse. Attestantens ansvar är endast att se till att situationen uppmärksammas. Därefter tar förvaltningsledning eller kommunstyrelsen över ansvaret för att reda ut situationen.
- Kommunstyrelsen som är anställningsmyndighet ansvarar för att vidta åtgärder gentemot den som begått ett fel eller misstag. Allvarligare fall bör leda till åtgärder som riktar sig mot den person som begått felet. Åtgärder kan t ex vara: fråntagande av inköpsrätt under begränsad eller obegränsad tid, omplacering eller disciplinära åtgärder (varning, uppsägning eller avsked).



NrParagrafNrLittera

ÄrendeNr Kod Fastighet

## ProtokollBeskrivning

### Kommunstyrelsens beslut

### Ärendebeskrivning

#### Yrkanden

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

#### Beslutsgång

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

-----

### Beslutet skickas till

Beslutsmottagare

Xxxxx

Akten

Justerare

.....

.....

KSAU § 1

KLK.2025.95

## Riktlinjer resor och möten

### Kommunstyrelsens arbetsutskotts förslag

1. Kommunstyrelsen beslutar anta förslaget om riktlinjer resor och möten.
2. Kommunstyrelsen upphäver tidigare beslut fattat av kommunstyrelsens arbetsgivardelegation 2009-02-17.

### Ärendebeskrivning

Syftet med riktlinjen är att minska miljöpåverkan av våra tjänsteresor samt säkerställa att de sker kostnadseffektivt och i en trygg och säker arbetsmiljö.

Riktlinjen gäller för alla resor som görs av medarbetare i tjänsten eller i uppdrag som förtroendevald, som betalas av Valdemarsviks kommun.

### Riktlinjen utgår från tre principer:

1. Pröva om resan kan ersättas med andra mötesformer utifrån hur behovet ser ut.
2. Gå, cykla eller åk kollektivt.
3. Krävs bilresa ska i första hand kommunens egna fordon användas så att resor med privat bil i tjänsten kan undvikas.

### Digitalt först

Inför en resa- överväg alltid om det finns möjlighet till resfritt möte. Nyttan för verksamheten ska vara vägledande. Klimatpåverkan och kostnad i både tid och pengar blir lägre om vi väljer resfria möten eller utbildningar.

### Flygresor

Ska i möjligaste mån undvikas. Om undantag måste ske ska detta godkännas av kommundirektör eller dennes ställföreträdare.

-----

### Beslutet skickas till

Verksamhetschefer  
Akten





Tjänsteställe/Handläggare

Kommunledningskontoret

Carina Magnusson

HR-chef

Tel: 0123-191 59

E-post: carina.magnusson@valdemarsvik.se

Mottagare

Kommunstyrelsens arbetsutskott

## Riktlinje resor och möten

### Förslag till beslut

Kommunstyrelsen beslutar anta föreslaget om Riktlinjer resor och möten.

Kommunstyrelsen upphäver tidigare beslut fattat av kommunstyrelsens arbetsgivardelegation 2009-02-17.

### Ärendebeskrivning

Syftet med riktlinjen är att minska miljöpåverkan av våra tjänsteresor samt säkerställa att de sker kostnadseffektivt och i en trygg och säker arbetsmiljö.

Riktlinjen gäller för alla resor som görs av medarbetare i tjänsten eller i uppdrag som förtroendevald, som betalas av Valdemarsviks kommun.

### Riktlinjen utgår från tre principer:

1. Prova om resan kan ersättas med andra mötesformer utifrån hur behovet ser ut.
2. Gå, cykla eller åk kollektivt
3. Krävs bilresa ska i första hand kommunens egna fordon användas så att resor med privat bil i tjänsten kan undvikas.

### Digitalt först

Inför en resa- överväg alltid om det finns möjlighet till resfritt möte. Nyttan för verksamheten ska vara vägledande. Klimatpåverkan och kostnad i både tid och pengar blir lägre om vi väljer resfria möten eller utbildningar.

### Flygresor

Ska i möjligaste mån undvikas. Om undantag måste ske ska detta godkännas av kommundirektör eller dennes ställföreträdare.

### Beslutet skickas till

Verksamhetschefer

Akten



VALDEMARSVIKS KOMMUN

Kristina Lohman  
Kommundirektör

Carina Magnusson  
HR-chef



# Riktlinje för tjänsteresor och möten

|                                           |                                                            |                                                     |
|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <b>Dokumentnamn</b><br>XXXXXXXXXXXXXXXXXX |                                                            | <b>Diarienummer</b><br>KLK.2025.95                  |
| <b>Dokumentansvarig</b><br>Titel          | <b>Fastställt av</b><br>Beslutande instans 202x-xx-xx § XX | <b>Giltig till och med</b><br>XXX eller tillsvidare |



### **Syfte**

Riktlinjen syftar till att minska miljöpåverkan av våra tjänsteresor samt säkerställa att de sker kostnadseffektivt och i en trygg och säker arbetsmiljö.

Riktlinjen gäller för alla resor som görs av medarbetare i tjänsten eller i uppdrag som förtroendevald, som betalas av Valdemarsviks kommun.

### **Riktlinjen utgår från tre principer:**

1. Prova om resan kan ersättas med andra mötesformer utifrån hur behovet ser ut.
2. Gå, cykla eller åk kollektivt
3. Krävs bilresa ska i första hand kommunens egna fordon användas så att resor med privat bil i tjänsten kan undvikas.

### **Ansvar och omfattning**

Det är varje chefs ansvar att riktlinjen om resor och möten följs. Chefer ansvarar för att riktlinjen ingår i introduktionen av nyanställda.

Alla anställda och förtroendevalda har ansvar för att de egna aktiviteterna följer mötes- och reseriktlinjerna och gällande avtal. Resor i tjänsten ska ske trafiksäkert, miljöanpassat och ekonomiskt. Vid tjänsteresor är varje medarbetare försäkrad av arbetsgivaren.

Det är förarens ansvar att följa gällande trafik-och parkeringsregler. Böter för trafikförseelser och felparkering betalas av föraren.

Det är förarens ansvar att följa de instruktioner som finns i bilen gällande tankning och att vara medveten om att man representerar Valdemarsviks kommun i trafiken.

### **Möten och konferenser**

Vid möten/konferenser med deltagare från olika tjänsteställen ska möjligheten till deltagande via teknik för distansmöten övervägas. Möten och konferenser som kräver resor ska planeras så att så många som möjligt kan färdas med cykel eller via kollektivtrafik alternativt planeras så att samåkning kan ske. Medarbetare som inte har möjlighet att delta fysiskt ska, om förutsättningarna finns och att mötet inte kräver fysisk interaktion, erbjudas möjlighet att delta via någon form av distansmöte såsom teams eller telefon.



### **Digitalt först**

Inför en resa- överväg alltid om det finns möjlighet till resfritt möte. Nyttan för verksamheten ska vara vägledande. Klimatpåverkan och kostnad i både tid och pengar blir lägre om vi väljer resfria möten eller utbildningar.

### **Trafiksäker och miljöanpassad körning**

Som medarbetare eller förtroendevald synliggör du kommunen under resor, och det är då viktigt att föregå med gott exempel. Cykelhjälpm bör användas vid cykling i tjänsten då det minskar skaderisken markant. Gällande Trafiklagstiftning ska alltid tillämpas. Körsättet har stor påverkan på bränsleförbrukning och avgasutsläpp. Ett förutseende och anpassat körsätt ökar också säkerheten. Med ett sparsamt körsätt kan vi spara både pengar och miljö utan att förlora tid.

I undantagsfall när medarbetare ska på konferens/utbildning eller dylikt på annan ort kan det vara befogat att medarbetaren får ta med sig kommunens fordon hem dagen innan avfärd, för att spara restid. Beslut om detta fattas av verksamhets- eller avdelningschef.

### **Försäkring**

Valdemarsviks kommun har tecknat reseförsäkring för samtliga medarbetare och förtroendevalda som genomför resor i tjänsten. Försäkringen omfattar eventuella läkekostnader vid akut sjukdom och olycksfall, dödsfall- och invaliditetskapital på grund av olycksfall, ersättning för skador eller stulet gods, samt skadestånd vid ansvarsskada.

Vid bokade resor via upphandlad resebyråleverantör ingår en s.k. incidenthantering. Det innebär att vid allvarliga incidenter i samband med bokade resor ska leverantören säkerställa att medarbetarna kommer hem. Leverantören kontaktar arbetsgivaren i efterhand för information om genomförd insats.

Vid resor med egen bil i tjänsten ska fordonsägaren ha tecknat nödvändiga försäkringar för fordonet och står för självrisken vid eventuell skada på bilen.

### **Flygresor**

Ska i möjligaste mån undvikas. Om undantag måste ske ska detta godkännas av kommundirektör eller dennes ställföreträdare.



## **Riktlinjer för tjänsteresor gällande anställda vid Valdemarsviks kommun**

### **Utgångspunkter**

Dessa riktlinjer gäller alla tjänsteresor som genomförs av anställda vid Valdemarsviks kommun. Särskilda regler som kompletterar detta dokument kan tas fram inom respektive förvaltning.

### **Syfte**

Syftet med riktlinjerna är att genom planering och uppföljning styra kommunens tjänsteresor mot en miljö- och säkerhetsmässig riktning med rimliga konsekvenser på effektivitet och ekonomi. För alla resor i tjänsten gäller att medarbetaren ska ha ett fokus på att om möjligt välja det billigaste och miljövänligaste färdssättet.

### **Ansvar**

Cheferna ansvarar för att sprida information om riktlinjerna, informera om dess innehåll samt vid revidering av riktlinjerna informera om ändringar.

Var och en har ett ansvar för att det egna resandet i tjänsten sker på ett samordnat, ekonomiskt, säkert och miljöanpassat sätt.

### **Innan du reser**

Överväg alltid alternativ till resa. Undersök om det går att ersätta resan mot något annat sätt att mötas t ex telefonkonferens.

Undersök möjligheterna att resa kollektivt. Tåg och buss är oftast bra miljöval.

Undersök möjligheterna att samåka.

Planera alltid tjänsteresan i god tid, om så är möjligt. När resa bokas i god tid kan ofta rabatter nyttjas.

### **Tillämpning**

#### **Korta resor – upp till 2 km**

##### **Promenad eller cykel**

Välj promenad eller cykel om väder och tidsbrist inte förhindrar detta. Vid användning av cykel vid tjänsteresa bör cykelhjälm användas.

##### **Bil**

Tjänstebil eller egen bil används utifrån de förutsättningar som erbjuds inom respektive verksamhet. Se också anvisningar under rubriken "Övriga krav".





## Långa resor – Längre än 2 km

Res kollektivt om detta är effektivt ur kostnads- och tidseffektivitet.

### Tåg

Välj tåg i första hand vid långa resor. Tåg är ett miljövänligt val och i många fall också ett tidseffektivt resealternativ. För att få tillgång till billiga biljetter och utnyttja eventuella rabatter ska bokning ske i så god tid som möjligt. Bokning sker via det avtal som finns med **Resia** i Norrköping, tel. 011-19 94 49.

### Flyg

Flygresor ska endast i undantagsfall nyttjas vid inrikesresor. Inrikesflyg kan nyttjas om resan med tåg tar väsentligt längre tid.

### Bil

Vid användning av bil vid tjänsteresor, ska i första hand tjänstebil användas. Tillgången till bilar är olika inom olika förvaltningar vilket gör att möjligheterna att använda tjänstebilar varierar. Om tjänstebil tas hem över natten/helg före eller efter tjänsteresa gäller vissa skatteregler om **Bilförmån**. Om medarbetare under kalenderåret tar hem bilen vid mer än 10 tillfällen eller för mer än 100 mils privatkörning uppkommer en skattepliktig förmån. Det är som anställd vid Valdemarsviks kommun inte tillåtet att överskrida denna gräns.

Om tjänstebil ej finns tillgänglig vid längre tjänsteresor kan hyrbil vara ett billigare alternativ än resa med egen bil. Gränserna för detta beskrivs nedan.

Vid endagars resor går gränsen då det blir billigare med hyrbil då hela sträckan är ca. 20 mil. Vid tvådagars resor går gränsen då hela sträckan är ca. 40 mil.

Vid resor där ovanstående gränser överskrids ska hyrbil om möjligt användas.

Hyrbil bokas via **Blå Kustens Fordonsservice** tel. 0123-104 60

För resa som startar från annan ort kan hyrbil bokas via **Resia** i Norrköping tel. 011-199 449.

Se också anvisningar under rubriken "Övriga krav".

### Taxi

Resor med taxi ska användas sparsamt. Det kan dock vara befogat med taxiresor, då allmänna kommunikationer saknas, restiden förkortas avsevärt eller vid resor med mycket bagage.

## Övriga krav

### Privat bil i tjänsten

Privat bil skall vara försäkrad med minimum trafikförsäkring. Vid användning av privat bil i tjänsten gäller den egna bilförsäkringen. Vid eventuella skador på fordon står arbetstagaren själv för eventuella kostnader och självrisker. Enda undantaget är när parkerad bil utsätts för skadegörelse och den skyldige smitit från platsen. I dessa fall



ersätter arbetsgivaren eventuella självriskkostnader. Polisanmälan skall bifogas när ersättningskrav ställs.

Privat bil som används i tjänsten bör ha krockkudde på förarplatsen och passagerarplats i framsäte samt trepunktsbälte på de platser som används. Bilar skall ha katalysator och om möjligt uppfylla kraven för miljöklass 2005 (EU-krav avseende avgaser EURO 4). Dessa uppgifter hittar du på bilens registreringsbevis.

### **Förare och fordon**

Personer som kör ett fordon i tjänsten ska, utöver att följa gällande lagstiftning, vara ett gott föredöme i trafiken och praktisera sparsam körning. Vid användande av mobiltelefon i bilarna ska normalt bilen stannas, alternativt handsfree användas. Kommunens tjänstebilar skall om möjligt tankas med det miljövänligaste bränsle som den är avsedd för. Användning av motorvärmare ska utnyttjas när yttertemperaturen är låg och när eluttag finns tillgängligt.

Kommunen ska sträva mot att införskaffa bilar som uppfyller bästa miljöklass. Bilarna ska ha en tjänstevikt över 1050 kg, krockkuddar fram samt trepunktsbälte på alla platser som används.

Målsättningen är att kommunens samtliga fordon ska utrustas med alkoholås.

Rökning i kommunens bilar är förbjudet.

### **Beställning av resor**

Alla bokningar av tåg/flygbiljetter och hotellrum sker genom det avtal som finns med **Resia** i Norrköping, tel. 011-19 94 49. För att få billiga biljetter och hotellrum samt utnyttja eventuella rabatter ska bokning ske i så god tid som möjligt.

### **Utlandsresa**

Vid utlandsresa ska den anställda själv ordna pass samt stå för kostnaden av detta samt från försäkringskassan beställa europeiskt sjukförsäkringskort (om resan sker inom Europa).

### **Fribiljetter, bonus och andra förmåner**

Fribiljetter, bonus och andra förmåner som lämnas i samband med tjänsteresan från till exempel flygbolag och hotell tillfaller kommunen och inte den enskilde resenären, och används vid andra tjänsteresor.

## **Avtal och försäkring vid tjänsteresor**

### **Försäkring vid tjänsteresor**

Vid alla tjänsteresor är kommunens medarbetare försäkrade via en tjänstereseförsäkring. Försäkringen gäller för resor i hela världen. Villkoren för försäkringen finns under Kommungemensam/Skydd och säkerhet\_Försäkringar/Försäkringar/ Tjänstereseförsäkring\_Europ assistance.

### **Ersättning vid tjänsteresor**





Sven Tholén  
Beslutad av kommunstyrelsens  
arbetsgivardelegation 2009-02-17

2009-01-08

Ersättning vid tjänsteresor betalas ut i enlighet med kommunalskattelagens bestämmelser, SKL:s allmänna bestämmelser AB, kollektivavtalet "Bil 01" samt lokalt kollektivavtal.

Reseräkningar för inrikes resor utanför kommunen administreras via PS Självservice. Manual finns under Kommungemensam/Personal/Självservice/ Instruktion Persona PS Självservice. Reseräkningar inom kommunen och utomlands hanteras manuellt.

**Samanställning – telefonnummer**

Beställning av tjänsteresa - **Resia** - tel. 011-19 94 49

Bokning av hyrbil - **Blå Kustens Fordonsservice** tel. 0123-104 60 alternativt **Resia** i Norrköping tel. 011-199 449.



NrParagrafNrLittera

ÄrendeNr Kod Fastighet

## ProtokollBeskrivning

### Kommunstyrelsens beslut

### Ärendebeskrivning

#### Yrkanden

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

#### Beslutsgång

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

-----

### Beslutet skickas till

Beslutsmottagare

Xxxxx

Akten

Justerare

.....

.....



Tjänsteställe/Handläggare

Kommunledningskontoret

Carina Magnusson

HR-chef

Tel: 0123-191 59

E-post: carina.magnusson@valdemarsvik.se

Mottagare

Kommunstyrelsen tillika  
pensionsmyndighet

## **Begäran om omställning i enlighet med Omställningsstöd och pension för förtroendevalda (OPF-KL18)**

### **Förslag till beslut**

1. Kommunstyrelsen beslutar att utbetalning av pensionsbehållningen ska betalas ut som engångsbelopp.
2. Kommunstyrelsen ger förvaltningen i uppdrag att verkställa beslutet.

### **Ärendebeskrivning**

Förste vice kommunalråd har ansökt om omställningsstöd i enlighet med OPF-KL18.

Vid en avgång från ett förtroendeuppdrag, så kan en förtroendevald till kommunen ansöka om ålderspension eller ekonomiskt omställningsstöd. Förutsättningen för omställningsstöd är att man haft förtroendeuppdrag under minst 3 år på heltid eller betydande del av heltid.

Ålderspensionen kan utbetalas per månad livet ut eller som ett engångsbelopp då kapitalet understiger 150% av ett inkomstbasbelopp.

OPF pension har ett efterlevandeskydd på ålderspensionen som gäller tvingande fram till att personen blir 65 år och sedan har personen möjlighet att ta bort detta i samband med att personen önskar ta ut pensionen. Om inget aktivt val görs med att ta bort skyddet så kommer det att finnas kvar så länge som personen har pensionskapital kvar.

Alternativet är att ansöka om ekonomiskt omställningsstöd. För varje år som en förtroendevald har uppdrag på heltid eller betydande del av heltid så genererar det rätt till 3 månaders ekonomiskt omställningsstöd som kan utbetalas fram till LAS åldern. I detta fall skulle det innebära omställningsstöd i 9 månader.



Dock med kravet att den förtroendevalde fortsatt ska arbeta samt är aktivt arbetssökande eller får nytt jobb eller nytt uppdrag i annan kommun/region.

*Ekonomiska konsekvenser*

Pensionsavsättning är inbetalt så beslutet ger inga ekonomiska konsekvenser för kommunen.

**Beslutet skickas till**

HR-chef

Akten

VALDEMARSVIKS KOMMUN

Kristina Lohman  
Kommundirektör

Carina Magnusson  
HR-chef



NrParagrafNrLittera

ÄrendeNr Kod Fastighet

## ProtokollBeskrivning

### Kommunstyrelsens beslut

### Ärendebeskrivning

#### Yrkanden

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

#### Beslutsgång

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

-----

### Beslutet skickas till

Beslutsmottagare

Xxxxx

Akten

Justerare

.....

.....



KS-BUU §2

KS-UKF.2026.3

## Patientsäkerhetsberättelse elevhälsan 2025

### Kommunstyrelsens barn- och utbildningsutskotts förslag till beslut i kommunstyrelsen

Kommunstyrelsen antar upprättad patientsäkerhetsberättelse för elevhälsan 2025.

### Ärendebeskrivning

Kommunstyrelsen har som vårdgivare övergripande ansvar för den hälso- och sjukvård som bedrivs inom skolhälsovård (*SFS 2010:659, 3 kap. 9 § och SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 §, p 1*). Varje år måste alla vårdgivare upprätta en patientsäkerhetsberättelse.

Patientsäkerhetsberättelsen ska öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

I valdemarsvik har nämnden utsett en verksamhetschef som representerar vårdgivaren och som ser till att organisationen uppfyller krav enligt Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (*SOSFS 2011:9*).

#### *Medicinskt ledningsansvar (MLA)*

Verksamhetschefen har ingen medicinsk utbildning varpå det medicinska ledningsansvaret har varit delegerat till skolläkare. MLA bistår verksamheten med medicinsk kunskap i arbetet med att upprätta riktlinjer och rutiner. MLA har delegation från vårdgivaren att utreda och göra anmälningar enligt Lex Maria och ansvarar för att varje år skriva en patientsäkerhetsberättelse som ska delges kommunstyrelsen som vårdgivare.

#### *Ekonomiska konsekvenser*

Beslutet medför inga ekonomiska konsekvenser.

-----



KS-BUU §2

KS-UKF.2026.3

**Beslutet skickas till**  
Kommunstyrelsen  
Akten

---

Justerare

.....

.....



Tjänsteställe/Handläggare

Utbildning, kultur och fritid-UKF  
Carina Hall  
Utbildningschef  
Tel: 0123-192 11  
E-post: carina.hall@valdemarsvik.se

Mottagare

Kommunstyrelsens barn- och  
utbildningsutskott

## Patientsäkerhetsberättelse 2025

### Förslag till beslut

Kommunstyrelsen antar upprättad patientsäkerhetsberättelse för elevhälsan 2025.

### Ärendebeskrivning

Kommunstyrelsen har som vårdgivare övergripande ansvar för den hälso- och sjukvård som bedrivs inom skolhälsovård (*SFS 2010:659, 3 kap. 9 § och SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 §, p 1*). Varje år måste alla vårdgivare upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Patientsäkerhetsberättelsen ska öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

I Valdemarsvik har nämnden utsett en verksamhetschef som representerar vårdgivaren och som ser till att organisationen uppfyller krav enligt Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (*SOSFS 2011:9*).

#### *Medicinskt ledningsansvar (MLA)*

Verksamhetschefen har ingen medicinsk utbildning varpå det medicinska ledningsansvaret har varit delegerat till skolläkare. MLA bistår verksamheten med medicinsk kunskap i arbetet med att upprätta riktlinjer och rutiner. MLA har delegation från vårdgivaren att utreda och göra anmälningar enligt Lex Maria och ansvarar för att varje år skriva en patientsäkerhetsberättelse som ska delges kommunstyrelsen som vårdgivare.

#### *Ekonomiska konsekvenser*

Beslutet medför inga ekonomiska konsekvenser.

### Beslutet skickas till

Utbildningschef UKF  
Verksamhetschef barn- och elevhälsa  
Akten





VALDEMARSVIKS KOMMUN

Kristina Lohman  
Kommundirektör

Carina Hall  
Utbildningschef UKF



# Patientsäkerhetsberättelse

## Elevhälsans medicinska insats



**Barn och elevhälsan**

## Innehållsförteckning

|                                                         |           |
|---------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1 Inledning</b>                                      | <b>3</b>  |
| <b>2 Sammanfattning</b>                                 | <b>4</b>  |
| <b>3 GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD</b>   | <b>5</b>  |
| 3.1 Engagerad ledning och tydlig styrning               | 5         |
| <b>4 AGERA FÖR SÄKER VÅRD</b>                           | <b>10</b> |
| 4.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador                | 11        |
| 4.2 Tillförlitliga och säkra system och processer       | 11        |
| 4.3 Säker vård här och nu                               | 12        |
| 4.4 Stärka analys, lärande och utveckling               | 12        |
| 4.5 Öka riskmedvetenhet och beredskap                   | 13        |
| <b>5 MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR</b> | <b>13</b> |

## 1 Inledning

Patientsäkerhetsberättelsen utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

*PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §*

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



## 2 Sammanfattning

I Valdemarsviks kommun arbetar Elevhälsans medicinska insatser (EMI) utifrån att främja god och säker vård, i hela kommunen och alltid. En hög patientsäkerhet, att arbeta mer förebyggande och att göra elever och vårdnadshavare mer delaktiga i vården är en viktig del.

Under 2025 har EMI arbetat fortlöpande med att revidera ledningssystemet, följa upp fel och brister genom egenkontroller och lyfta det vid arbetsplats träff (APT) för att säkra god och säker vård.

Åtta stycken avvikelser har inkommit, de bedöms och följs upp för att säkra vård och behandling. Inga klagomål har inkommit.

Mängden läkemedel som ska finnas enligt generell behandlings anvisning på skolorna har setts över, och lagren har minskats för att minimera att läkemedel behöver kastas.

Bemanning av skolsköterskor är 180 procent i de kommunala skolorna och 20 procent i friskolan Tryserum.

Under läsåret 24/25 har hälsosamtal enligt basprogrammet erbjudits alla elever i förskoleklass, årskurs 2, 4 och 7. Endast ett fåtal elever har avböjt. Elevhälsan utför hälsosamtal enligt "Vägledning för elevhälsan".

I de kommunala skolorna och friskolan har 263 doser vaccin givits under läsår 24/25. Vaccinering sker enligt det nationella vaccinationsprogrammet. Även kompletteringar av vaccin erbjuds till de barn som inte följt programmet tidigare. Rapportering sker till Folkhälsomyndigheten för att följa upp täckningsgrad av vaccinering i förhållande till riket.

För att tillämpa hög patientsäkerhet och kvalitet inom EMI används "Kvalitetsmått för elevhälsans medicinska insats, EMI. Den är ett verktyg för verksamhetschefen att synliggöra organisationen utifrån lagstiftning och uppdraget för skolsköterska och skolläkare inom EMI.

### 3 GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

För att kunna nå den nationella visionen "God och säker vård – överallt och alltid" och det nationella målet "ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada", har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

#### 3.1 Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.

##### 3.1.1 Övergripande mål och strategier

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

Målet är att bedriva en god och säker vård där risker och händelser identifieras tidigt så att de kan förebyggas. För att kunna uppnå det ska det finnas nödvändig kompetens och bemanning. Det ska även finnas säkra rutiner och lokala riktlinjer för arbetet. Rutiner och riktlinjer ska vara kända för all personal.

EMI ska prioritera det förebyggande och hälsofrämjande arbetet i lärmiljön. Centrala elevhälsa ska fokusera på arbetet runt psykisk hälsa, skolnärvaro och goda levnadsvanor.

Prioriterade mål är att alla elever skall känna trygghet och arbetsro och alla elever ska ha en god hälsa, fysiskt och psykiskt. De centralt prioriterade strategier/framgångsfaktorer är tidiga insatser och systematisk samverkan och kvalitetsarbete.

##### 3.1.2 Organisation och ansvar

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

#### Vårdgivaren

Kommunstyrelsen har som vårdgivare det övergripande ansvaret för den hälso- och sjukvård som bedrivs inom elevhälsans medicinska insatser och har därmed det yttersta ansvaret.

#### Verksamhetschef

Kommunstyrelsen har delegerat en verksamhetschef som representerar vårdgivaren och ser till att organisationen uppfyller krav enligt Socialstyrelsens Föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården SOSFS 2011:9.

Verksamhetschefen ansvarar för att vården bedrivs enligt gällande lagar och föreskrifter, samt att hälso- och sjukvårdspersonal har kompetens för att utföra sina arbetsuppgifter.

Verksamhetschef, som inte har medicinsk kunskap, delegerar enskilda ledningsuppgifter till skolsköterska som har ett medicinskt ledningsansvar (MLA). Verksamhetschefen har det samlade ledningsansvaret för verksamheten och ansvarar för ledning, planering och utveckling av verksamheten och att god och säker vård bedrivs.

Verksamhetschefen ansvarar för att inom ramen för vårdgivarens ledningssystem ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten. Även att det

genomförs, dokumenteras, följs upp och upprättar åtgärdsplan för förbättringsarbete inom det egna ansvarsområdet utifrån ledningssystemet tillämpningsområden.

Verksamhetschefen ansvarar även för att verksamheten har mål med tydliga uppdrag. Att anställda inom EMI har rätt kompetens för sitt arbete, får kompetensutveckling genom fortbildning och möjlighet att bedriva en god och säker vård med hög kvalitet. Att avvikelser och risker i arbetet analyseras och följs upp.

## **MLA**

Skolsköterska med MLA-ansvar, medicinsk ledningsansvar, har tillsammans med verksamhetschef för hälso- och sjukvård det övergripande ansvaret för de medicinska insatserna i elevhälsan vad det gäller vård och behandling. MLA arbetar med tillsyn, egenkontroll och uppföljning enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och patientsäkerhetslagen (2010:659). MLA skriver patientsäkerhetsberättelsen och presenterar den för nämnden tillsammans med verksamhetschefen. MLA har utredningsansvar enligt Lex Maria.

## **Skolpsykolog**

Elevhälsan har ändrat i bemanning av skolpsykolog under 2025. Under våren köptes 20 procent från Söderköpings kommun, till sommarlovet upphörde det avtalet. Till höstterminen utökades tjänsten till att anställa skolpsykolog till 50 procent i elevhälsan som tjänstgör på Valdemarsviks fyra grundskolor. Psykologen kan även ta handledningsuppdrag inom förskolan.

Psykologens uppdrag omfattar bland annat:

- psykologiska kartläggningar och bedömningar
- remisser till barn- och ungdomspsykiatri vid behov
- handledning till personal
- deltagande i elevhälsoteam (EHT)
- arbete på individ-, grupp- och organisationsnivå

I Valdemarsvik har verksamhetschefen annan yrkesbakgrund än psykolog vilket medför att det medicinska ledningssystemet som förutsätter psykologisk kompetens överlåtas till en legitimerad psykolog i verksamheten, en så kallad psykologiskt ledningsansvarig psykolog (PLA).

Ansvar som PLA innefattar:

- Kvalitetssäkring
- Rutiner vid utvärderingar och metodutveckling
- Att bevaka forskning och nya riktlinjer
- Planering av implementering enligt fattade beslut
- Att utveckla patientsäkerhetsarbetet för psykologiska insatser
- Rådgivning kring professionella och etiska frågeställningar
- Att verka för att psykologins kunskapsområde harmonierar med övriga kunskapsområden i verksamheten

## **Skolläkare**

Skolläkare är anställd i elevhälsan och har under 2025 haft en timanställning. Det regelbundna behovet av skolläkare på plats i skolan är uppskattat till 2 dagar per termin. Övrigt behov av skolläkare kan ske konsultativt via journalsystemet. Skolläkaren genomför medicinska bedömningar, delegerar läkemedel enligt generell och akut behandlings



anvisning samt bidrar med kompetens vid frågeställningar.

### **Skolsköterskor**

Inom EMI ingår två skolsköterskor som tillsammans har en tjänstgöringsgrad på 200 procent. Valdemarsviks kommun har ett samverkansavtal med Tryserums friskola för skolskötersketjänst med 20 procent, ena skolsköterskan bemannar Tryserums friskola. En skolsköterska tjänstgör 20 procent som MLA.

Skolsköterskorna inom EMI deltar kontinuerligt i arbetet med det systematiska kvalitetsarbetet. Hälso- och sjukvård bedrivs med hög patientsäkerhet och god kvalitet och legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har ett eget ansvar för att det uppfylls. Det är varje medarbetares ansvar att risker identifieras och avvikelser rapporteras och att delta vid framtagande och vidareutveckling av rutiner och metoder. Även tillämpa de rutiner som finns. Delta i riskbedömning, avvikelse-, klagomåls- och synpunkts hantering samt bidra till förbättrade processer för den enskilde i verksamheten, att delta i uppföljning och analys av mål och resultat.

#### **3.1.2.1 Samverkan för att förebygga vårdskador**

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

Verksamhetschef för EMI i Valdemarsvik träffar regelbundet MLA och skolsköterska, tillsammans med övriga professioner inom centrala elevhälsan. Syftet med mötena är att identifiera, revidera, förbättra och utveckla arbetet som lyder under hälso- och sjukvårdslagen.

Skolsköterskorna arbetar med olika professioner internt och externt. Skolläkaren har regelbunden mottagning två gånger per termin. Kontakt med skolläkare sker även via journalsystemet, där frågor och bedömningar skickas till skolläkare.

Skolsköterskorna arbetar tillsammans vid vaccinations tillfällena. Alla givna vaccinationer i det allmänna vaccinationsprogrammet rapporteras med automatik från journalsystemet till vaccinationsregistret hos Folkhälsomyndigheten. Syftet med registret är att på en nationell nivå få en bättre uppföljning och övervakning vad gäller vaccinationstäckning, skyddseffekt och eventuella biverkningar.

Skolsköterskorna arbetar i Elevhälsoteam (EHT) där även rektor, kurator, speciallärare/pedagog ingår och även i Elevhälsomöte (EHM) där EHT, andra lärare som träffar eleverna och fritids-personal även ingår.

Samverkan sker med Barnavårdscentralen (BVC), om skolsköterskan saknar sammanställning av vårdtiden på BVC i NPÖ (nationell patient översikt) överlämnas sammanfattningen till skolsköterskan i pappersform i stället. Sammanställningen gäller elever som börjar i förskoleklass och den förs in i journal för att säkerställa att pågående insatser och vaccinationer under BVC-tiden kan fortsätta utan fördröjning.

Samverkan med Skolsocialt team pågår där rektor, skolpsykolog, skolsköterskor, socialpedagog, chef för elevhälsa och personal inom socialtjänst och råd- och stöd ingår. Skolsociala teamet träffas var 14:e dag för att synliggöra problem som påverkar elevers skolgång.

Samverkan sker med förskolorna i kommunen då de tar del av vissa rutiner och för att främja en god övergång från förskola till förskoleklass för elever med särskilda behov.

Samverkan sker även med externa aktörer som Barnkliniken, Hörselvården, Logoped mottagningen, Ögonkliniken, Barnhälsan och Barn- och ungdomspsykiatri (BUP). Vid

behov stödjer elevhälsan de vårdnadshavare som är i behov av stöd, att skriva remisser.

Med Barnkliniken har elevhälsan samverkat om barn med diabetes-diagnos. Där har man lyft hantering av läkemedel, provtagning och rutiner runt elever med diabetes.

Vid behov remitterar skolläkaren barn till Regionens Barnklinik de tar emot barn med ett BMI 30 och uppåt.

För att elever ska få individanpassad kost samverkar EMI med kostenheten i kommunen. Barn som är överkänsliga för vissa födoämnen och som äter selektivt lämnar årligen ett läkarintyg för att få specialanpassad kost.

I Östergötland samverkar verksamhetschefer och MLA för EMI. Träffar sker en gång per termin och i Östra Östergötland samverkar Finspång, Norrköping, Söderköping och Valdemarsvik. Träffar sker två gånger per termin.

### **Elevhälsans psykologiska insats**

Psykologen följer gällande regelverk och professionella riktlinjer i sitt arbete. Samverkan sker med övriga elevhälsoprofessioner samt vid behov med externa aktörer såsom hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Skolpsykolog deltar på samverkansmöten med Habiliteringen samt Barn- och ungdomspsykiatri inom Region Östergötland.

Deltar två gånger per termin i ett länsövergripande digitalt nätverk för psykologiskt ledningsansvariga psykologer.

#### **3.1.2.2 Informationssäkerhet**

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §*

Valdemarsviks kommun har en kommunövergripande informations säkerhetspolicy som finns på intranätet.

Systemadministratörer ansvarar för journalsystemet Prorenata och säkerställer att alla användare har rätt behörighet och enbart har behörighet i den journal och enhet som användaren ska ha tillgång till. Användare av Prorenata är läkare, skolsköterskor, skolpsykolog, speciallärare, specialpedagog, kurator, rektorer, lärare med specifikt ansvar och chef för centrala elevhälsa. Loggkontroller genomförs varje år för att säkerställa att endast behörig personal är inne i elevens journal. Dokumentationssystemet kräver tvåfaktorinloggning.

Journaler skickas digitalt mellan skolorna men i några undantagsfall skickas de per post. Vid hantering av elever med skyddad identitet skickas journaler via Skatteverkets förmedlingstjänst. De flesta skolorna i Östergötland använder sig av journalsystemet Prorenata.

#### **3.1.2.3 Strålskydd**

*SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §*

EMI arbetar inte med arbete som innefattar risk för strålning.

#### **3.1.3 En god säkerhetskultur**

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

Verksamhetschef för elevhälsans hälso- och sjukvårdsinsatser har ett övergripande arbetsmiljöansvar. Systematiskt arbetsmiljöarbete innebär att arbetsgivaren arbetar förebyggande med att förhindra ohälsa och olycksfall genom att undersöka, genomföra och följa upp verksamheten i syfte att uppnå en god arbetsmiljö. Syftet är också att identifiera och dokumentera behov av förbättringar ur ett arbetsmiljöperspektiv.

Medarbetare ska vara delaktiga i arbetsmiljöarbetet, följa föreskrifter och rutiner samt uppmärksamma verksamhetschefen vid behov av åtgärder. Tillbud, olycksfall och sjukdom relaterat till den fysiska arbetsplatsen ska rapporteras till verksamhetschef, facklig representant, rektor och skolans skyddsombud.

### **3.1.4 Adekvat kunskap och kompetens**

I Valdemarsviks kommun arbetar två heltidsanställda skolsköterskor med specialistutbildning till distriktsköterska. För att öka tillgängligheten av skolsköterska i kommunen täcker båda skolsköterskorna upp för varandra. Ena skolsköterskan har ett medicinskt ledningsansvar.

EMI samarbetar med kommunerna i östra Östergötland, det vill säga Finspång, Norrköping och Söderköping. Kommunerna träffas två gånger per termin och diskuterar olika ämnen som anmäls till den kommun som ansvarar för mötet. Norrköping anordnar fortbildning under skolloven som Valdemarsvik och de andra kommunerna i Östra regionen bjuds in till. Fortbildningen innehåller ämnen som skolläkare, skolsköterskor eller skolpsykologer i Norrköping har som spetskompetens men ibland bjuds externa föreläsare in.

Skolsköterskorna i Valdemarsvik samarbetar med skolpersonal då elever som har behov av egenvård i skolan som vid diabetes eller epilepsi. Skolsköterskorna är då ett stöd i hanteringen av egenvården.

Skolsköterskorna deltar vid digitala föreläsningar från länsstyrelsens arbete med *Alla barn i Östergötland*, där fokuserar man på måluppfyllelse i skolan, goda föräldrabarnrelationer och en meningsfull fritid.

För att nå en högre kompetens i hanteringen av journalsystemet Prorenata deltar skolsköterskor och skolpsykolog i en arbetsgrupp som arbetar i medicinsk journal och elevakt. Personal från centrala elevhälsan deltar också i denna grupp.

För skolpsykologen som bemannar till 50 procent, har ingen fortbildning genomförts under perioden.

Systemförståelse och förbättringsarbete stöds av ett ledningssystem, analys av avvikelser och återkoppling till personal inom elevhälsan.

### **3.1.5 Patienten som medskapare**

*PSL 2010:659 3 kap. 4 §*

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.

Elevhälsan har under 2025 arbetat med att göra elever och vårdnadshavare mer delaktiga.

Inför vaccinering skickas digitalt brev hem till vårdnadshavare och elever. I informationen

ingår samtycke, information om vaccin och ett bildstöd. Informationsmaterialet kommer från Folkhälsomyndigheten, där kan elever och vårdnadshavare läsa vad vaccinet är för och vilka eventuella biverkningar man kan få. Bild stödet är till för att ge en tydlig bild över hur vaccinations tillfället kommer se ut bildligt, för de som behöver bildstöd. Tider för vaccinering förmedlas så vårdnadshavare har möjlighet att vara med om de önskar. Speciella veckor för vaccinering planeras innan terminens start och förmedlas till rektorerna i båda rektorsområdena i kommunen och till Tryserums skola. Skolsköterskorna går ut till de berörda eleverna och informerar om vad de ska få för vaccin, vad det är för och om man kan få eventuella biverkningar. Bildstödet används för att tydliggöra för eleverna och visas på stor skärm i klassrummet. För elever i åk 2 visas även en film som beskriver hur det kommer att gå till för eleven när en skolsköterska ger vaccin.

Hälsosamtal genomförs i förskoleklass, årskurs 2, 4 och 7. För att eleverna ska känna sig mer delaktiga så går skolsköterskorna ut och informerar i klass vad som kommer tas upp under samtalet. I förskoleklass erbjuds vårdnadshavarna att delta vid hälsosamtalet. Tillväxtkurvor fildelas från journalsystemet till vårdnadshavarna och de uppmanas kontakta elevhälsan vid frågor.

För elever med hörselnedsättning genomförs uppföljning med Hörselvården från Linköping. Träffar anordnas på skolan tillsammans med vårdnadshavare, skolpersonal och personal från elevhälsan. Syftet är att följa upp de hjälpmedel eleverna använder så de används på rätt sätt och om andra hjälpmedel kan erbjudas för att främja elevens lärande.

För elever med andra medicinska diagnoser som kräver läkemedelsbehandling i skolan, sker ett samarbete med elever, vårdnadshavare och klasslärare för att göra eleverna delaktiga i sin behandling. Det kan gälla diagnoser som diabetes eller epilepsi.

När skolpsykolog ser behov av direkt kontakt med elev, kontaktas vårdnadshavare för att inhämta samtycke. Vårdnadshavare och även elev, beroende på ålder och mognad, informeras om exempelvis samtycke, sekretess, frivillighet samt vad eventuell insats kan leda till. Samtycket dokumenteras i Prorenata. Under själva insatsen hålls vårdnadshavare och elev uppdaterade om nästkommande steg samt hur information kan överföras till skolan och/eller annan vårdinrättning eller instans.

Vid alla kontakter med elever och vårdnadshavare som behöver tolk, så bokas det.

## 4 AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

*Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.*

Skolsköterskor och skolläkare följer elevhälsans ledningssystem, där finns styrande dokument, rutiner och blanketter.

Skolsköterskor följer det nationella basprogrammet där det finns angivet i vilka årskurser som hälsosamtal, screeningar och vaccinationer ska erbjudas. Basprogrammet är utarbetat efter gällande lagar och riktlinjer.

För att säkerställa att planerade uppföljningar blir genomförda, används bevakningslista i journalsystemet. Där bevakas även remisser och inhämtning av journaler.

Vid stadiabyte eller in/utflytt skrivs en sammanfattning i journalen för att förtydliga den tidigare vårdtiden.

Egenkontroller av mottagning, förbandsmaterial, medicinskteknisk apparatur, läkemedel och vaccinationer genomförs av skolsköterskorna.

Identifierade brister har upptäckts i informationsflöden mellan skola och elevhälsa, vilket riskerar att elevers behov inte upptäcks i tid.

- bristande informationsflöden mellan skola och elevhälsa, vilket riskerar att elevers behov inte upptäcks i tid.
- otydlig ansvarsfördelning mellan professioner och mellan central elevhälsa och skolor.
- begränsad tid och struktur för främjande och förebyggande elevhälsoarbete
- otydlighet kring psykologuppdragets omfattning och prioriteringar

Strategier för utveckling av elevhälsans medicinska insats ska bidra till att säkerställa patientsäkerhet. De planerade insatserna har varit:

- Journalsystemet Prorenata har många möjligheter som förenklar och förbättrar arbetet i elevhälsan och EHT. Digital kompetens är nödvändig för att hantera systemet. Elevhälsan arbetar med fortbildning och har en plan för kommande år gällande utbildning av användare i journalsystem och elevakt.
- Att förbättra dokumentationen och utöka kunskapen om dokumentation. Planerade insatser har varit att följa upp hur och vad som finnas med i journalen. Skolsköterskorna träffas fyra gånger per läsår. Dokumentationen är ett återkommande utvecklingsområde och det kommer ligga kvar till nästkommande år.
- Att utveckla hälsosamtalen med eleverna för att kunna sammanställa data till statistik. De planerade insatserna har varit att samarbeta med MLA i östra Östergötland. På möte har MLA gått igenom och uppdaterat mallen för hälsosamtalen.
- Hantering av vaccin har säkrats upp och temperaturen är regelbundet kontrollerad då man avläst högsta och lägsta temperatur i den medicinska kylen.
- Rutiner för att säkerställa beställning av läkemedel har sett över och avtal med Apoteket finns sedan tidigare. Läkemedel beställs från en generell behandlings lista

och till det akuta förrådet. Beställningen bevakas av läkare med förskrivningsrätt.

- Övergripande rutiner kring huvudlöss, egenvård, smittprevention och blodkontakt har setts över av Norrköpings kommun och delas till Valdemarsviks kommun.

Under perioden har psykologiskt arbete genomförts med fokus på att säkerställa kvalitet och patientsäkerhet i pågående insatser.

Genomförda insatser inkluderar:

- psykologiska kartläggningar och bedömningar
- handledning till personal på individ-, grupp- och klassnivå
- konsultationer kring elevers behov och anpassningar
- deltagande i elevhälsoteam
- uppstart av insatser på grupp- och klassnivå

Psykologiska utredningar har ännu inte genomförts under perioden. Inga remisser har skickats till barn- och ungdomspsykiatri under perioden. Två digitala begåvningscreeningar med materialet Raven's 2 har genomförts och ledde i båda fallen till bedömningen att gå vidare med psykologutredning.

Arbetet har i hög grad varit reaktivt, då det funnits svårigheter att etablera strukturer för ett främjande och förebyggande arbete i samverkan med skolorna.

#### **4.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador**

*SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §*

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.

Avvikelse skrivs i pappersform och samlas in till MLA som genomför en första bedömning av allvarlighetsgrad. Avvikelsen tas upp på APT för att informera båda skolsköterskorna och chef för elevhälsan. Under året 2025 har 8 stycken avvikelser inkommit.

Händelserna går igenom och EMI ändrar i eller uppdaterar rutinerna i ledningssystemet efter behov.

Ingen Lex Maria anmälan har skrivits under 2025.

#### **4.2 Tillförlitliga och säkra system och processer**

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejaktas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.

Elevhälsan arbetar utifrån ett ledningssystem och i det läggs rutiner för att vara aktuella och för att kvalitetssäkra.

När journaler skickas till andra skolor utanför kommunen skickas de digitalt. Det krävs att mottagande kommun har samma journalsystem som Valdemarsvik, annars skickas de per post.

När journaler skickas till Valdemarsviks kommun inkommer de nästan alltid digitalt. Om skickande kommun inte kan skicka digitalt så skickas de i pappersform per post.



Att skicka journaler per post sker nästan aldrig sedan kommunen gick över till Prorenata journalsystem.

### **4.3 Säker vård här och nu**

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.

Endast två skolsköterskor finns i kommunen som har ett primär ansvar för två respektive tre skolor var. Skolsköterskor skapar en relation och tillit till eleverna över tid. Inga vikarier eller bemanningsföretag behöver användas vilket säkerställer att planering och utförande av insatser sker på ett säkrare sätt.

#### **4.3.1 Riskhantering**

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap. 2 § p 4*

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

All personal ansvarar för att identifiera och rapportera risker som kan medföra negativa händelser eller tillbud i verksamheten och för elever. Verksamhetschef för hälso- och sjukvård ansvarar för att tillsammans med berörda göra en riskanalys. Större förändringar i verksamheten kan också påverka patientsäkerheten. Verksamhetschefen ansvarar för att uppmärksamma och påtala risker till vårdgivaren. Under 2025 har ingen riskanalys genomförts.

### **4.4 Stärka analys, lärande och utveckling**

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.

#### **4.4.1 Avvikelse**

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

Skolsköterskorna, skolpsykolog och skolläkaren ansvarar för att skriva avvikelserapport på händelser som har inträffat eller som kunnat inträffa och som kunnat leda till skada för en elev i samband med vård och behandling.

Rapportering sker på blankett, inte digitalt, och sammanställs av MLA. Avvikelsen bedöms utifrån allvarlighetsgrad och sannolikhet för upprepning. Vid samlad elevhälsa lyfts avvikelserna för att ta lärdom, uppdatera rutiner och för att eliminera risken för att en vårdskada ska kunna ske. Vid behov skrivs en Lex Maria-anmälan till Institutionen för vård och omsorg (IVO) av MLA, Susanne Resebo.

EMI har under 2025 registrerat åtta stycken avvikelser.

Några avvikelser gäller remisser som skickats till Ögonkliniken och Hörselvården där elever fått vänta på och drabbats av försenad behandling.

Andra avvikelser handlar om hantering av elevakter som scannas till det digitala

journalsystemet. Risker har identifierats vid hantering av akterna när elevhälsan hanterat dessa.

En avvikelse gällande vaccination har hanterats. Åtgärden resulterade i, efter kontakt med skolläkare, en extra dos vaccin för eleven.

Ett par avvikelser gällande dokumentation har inkommit. Annan skola har upptäckt fel dokumentation på fel elev, händelsen skedde 2019.

Avvikelserna har anmälts i enlighet med gällande rutiner och har bidragit till att synliggöra behov av tydligare och mer enhetliga arbetssätt kring dokumentation och informationshantering inom elevhälsan.

#### **4.4.2 Klagomål och synpunkter**

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

På kommuns intranät och valdemarsvik.se, finns rutinen för hantering av klagomål och synpunkter.

Tillvägagångssättet är uppdelat i olika steg, att i första hand pratat med lärare/personal i skolan. Om problemet inte har löst sig genom samtal så tas i andra hand kontaktat med ansvarig rektor, kontaktuppgifter finns på valdemarsvik.se. Om man är missnöjd med personal/rektor eller chefs svar, kontaktas centrala sektorn. I rutinen finns det en länk till det formulär som ska användas och den finns på valdemarsvik.se. Om man ändå inte upplever att detta hjälpt så kan man låta en övergripande instans utreda ärendet och kommunen beskriver vilka instanser som är aktuella. Kommunen informerar om att offentlighetsprincipen gäller.

Inga klagomål har under 2025 inkommit till EMI.

#### **4.5 Öka riskmedvetenhet och beredskap**

EMI ska arbeta efter allas lika värde och jämställdhet. Enligt barnkonventionen ska "barnets bästa" sättas i första hand. EMI ska arbeta efter öppenhet och respekt för människors olikheter och ingen får utsättas för diskriminering. Rasism, sexism och heder ska förebyggas och bemötas med kunskap och aktiva insatser. Hänsyn ska tas till alla elevers olika förutsättningar och behov. Eleverna ska behandlas med lika villkor oberoende av könstillhörighet. Det är även viktigt att elever och vårdnadshavare har rätt till inflytande och påverkan (Lgr 22).



## 5 MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

### Mål Läggs till

Målet är att säkerställa en god och säker vård som bedrivs av personal med hög kompetens och att all verksamhet som lyder under hälso- och sjukvårdslagen ska bedrivas med god kvalitet och stor säkerhet. Även att fortsätta arbeta så att elever och vårdnadshavare känner sig delaktiga. Under kommande verksamhetsår planeras följande åtgärder.

- Fortbildning i journalsystemet Prorenata kommer fortsätta inom EMI.
- EMI kommer fortsätta fortbilda personal inom EHT att använda Prorenata för att dokumentera elevakt.
- Fortsätta utvecklingen med digitala samtycken och hälsouppgifter i journalsystemet Prorenata.
- Avtalet med skolläkare från Norrköpings kommun är skrivet och ny läkare är anställd på timmar från 2026. Skolläkaren kommer att vara delaktig i vissa EHT och EHM för att komma närmare eleverna. EMI kommer att verka för ökad närvaro av skolläkare i kommunens skolor.
- Skolsköterskorna kommer att arbeta för att få delta på skolsköterske-kongressen 2026, där fokus kommer att ligga på att höja sin kompetens och aktivt bidra till utvecklingen och förbättringen av verksamheten.
- Fortsätta samarbetet med östra kommunerna i Östergötland.
- Fortsätta arbetet med skolsköterskeexpeditionerna som inte uppfyller kraven för sekretess och integritet, enligt kvalitetsmått för elevhälsans medicinska insats.
- Fortsätta arbetet med skolsköterskeexpeditionerna som inte uppfyller kraven för rinnande vatten i anslutning till mottagningen.
- Fortsätta samverkan med socialtjänsten i Valdemarsvik.
- Fortsätta samverka över länet med verksamhetschefer och MLA
- Fortsätta samverka med Verksamhetschefer och MLA i området östra Östergötland.
- Fortsätta samarbetet med Norrköpings kommun gällande fortbildning, läkare och rutiner.
- Fortsätta arbetet kring hur hälsodata utifrån hälsosamtalen kan användas för att utveckla det främjande och förebyggande arbetet ute på skolorna.
- Säkerställa att alla elever blir erbjudan de hälsosamtal och vaccinationer som de har rätt till.
- Fortsatt arbete med att tydliggöra psykolog-uppdragets innehåll och prioriteringar.
- Arbeta med strukturer för förbättrat informationsflöde och tidig upptäckt av elevers behov.
- Utveckla former för främjande och förebyggande psykologiskt arbete



(2)

KS-UKF.2025.36 007

## Granskningsrapport tidiga insatser särskilt stöd i grundskolan Valdemarsviks kommun

### Kommunstyrelsens beslut

#### Ärendebeskrivning

##### Yrkanden

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

##### Beslutsgång

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

-----

### Beslutet skickas till

Xxxxxx

Justerare

.....

.....



(2)

KS-UKF.2025.36 007

Akten

---

Justerare

.....

.....



KS-BUU §3

KS-UKF.2025.36

## **Revisionens granskningsrapport tidiga insatser särskilt stöd i grundskolan Valdemarsviks kommun**

### **Kommunstyrelsens barn- och utbildningsutskotts förslag till beslut i kommunstyrelsen**

Att godkänna yttrande till kommunrevisionen.

#### *Protokollsanteckning*

Ulf Larsson (-) lämnar in följande protokollsanteckning:

*Baserat på dagens dialoger i BUAK kan konstateras att skolresultaten inte blivit bättre och den trenden måste brytas. Under 10 års tid har resultaten sjunkit trots att djupanalyser av skolan och revisionsrapporter finns dokumenterade. Alla inom BUAK bör läsa igenom bifogade dokument för att därefter kunna diskutera – hur arbetar vi vidare! Vi är säkert alla överens om att skolresultaten måste bli bättre och då måste allt från politisk styrning till skolledning och vidare ner till rektor och lärare dvs hela funktionskedjan hänga ihop – och det gör den inte idag. Det krävs förändringar och man måste veta varför man inte når målen. Detta kallas mål och problemstudie dvs man analyserar och dokumenterar det som hindrar oss från att nå målen.*

*Redan 2018/2019 genomfördes en djupanalys av skolan i Valdemarsvik (jag var dokumentansvarig och intervjuade lärare) som pekade på många områden inom skolan som kunde förbättras. 12 lärare på Vammarskolan fick svara på 131 frågor som komponerats ihop enligt specifikt mönster och svaren analyserades och förbättringsåtgärder föreslogs. Både dåvarande rektor samt alla lärare på Vammarskolan ville införa hela paketet som nu föreslagits. Dessvärre, dåvarande skolledning införde inget av det som föreslagits (man deltog dock vid överlämningsmöte av dokumentet). Däremot så uppmärksammades djupanalysen av riksdagens utbildningsutskott och jag fick möjlighet att presentera såväl analysmetod som föreslagna åtgärder. Varför dåvarande skolledning inte införde det som föreslagits saknar förklaring (djupanalysen är bifogad). Granskningsrapporterna från vår egen Revision har påtalat många brister inom skolan under lång tid (se granskningsrapport från 2021 bifogad) och självklart är det anmärkningsvärt att bristerna kvarstår. Det är skolresultaten som räknas och man kan givetvis hävda att man gör mycket (och det gör man säkert) men om resultaten inte blir bättre så har*



KS-BUU §3

KS-UKF.2025.36

*man förmodligen inte hittat de problem som hindrar oss från att nå målen för skolan och man tvingas konstatera att vidtagna åtgärder har varit otillräckliga. Endast dokumenterad insikt om varför skolresultaten har sjunkit ger oss alla information om vilka ytterligare åtgärder som måste till. En bra skola är vitalt för vår kommun att visa upp. Enligt en undersökning tycker 80% av alla föräldrar som funderar på att flytta - att en bra skola i kommunen är den viktigaste variabeln avseende var man ska slå sig ner. Och, i DN kan man läsa att extra stöd för elever borde läggas in i huvudschemat. Pragmatiskt kan man säga att normalkurvan i en klass existerar även idag (duktiga elever, dom som hänger med och de som halkar efter). Av många olika skäl kan elever halka efter och då måste stödåtgärder sättas in omedelbart. Nu har frågan om extra stöd än en gång uppmärksamats av Skolinspektionen (beslut 2026-01-08) och då bör Utskottet tycka till om hur man bäst hanterar denna fråga. Bifogade dokument ger alla BUA-LEDAMÖTER den dokumenterade bakgrund som finns och vad som föreslagits tidigare.*

*KS har huvudansvaret avseende politisk beredning och var olika politiska beredningar ska genomföras måste tydliggöras (och av vem). Under nuvarande mandatperiod har inga skolfrågor beretts politiskt inom BUA och ej heller inom ramen för KS. Otvetydigt finns förbättringspotential! Hur styr man om man inte bereder ärenden?*

*Politiken styr säger lagen och politiken bär ansvaret för skolresultaten och det bör man göra genom att dokumentera en Vision (saknas), strategier för skolan (saknas) och man ska uttrycka tydliga mål i kommunstyrelsens Verksamhetsplan (dvs målstyrning är vitalt och dessa saknas till stor del). Om man inte med tydlighet har styrt upp vad man ska uppnå så blir det väldigt svårt att mäta vad man åstadkommit.*

*Vår kommun är där den är i fråga om skolresultat och bara genom bra samarbete över alla politiska blockgränser klarar politiken styrningen av skolan. Att verksamheten dvs Förvaltningen inte förmått få upp resultaten är fakta.*

*Avslutningsvis, att bedriva förändringsarbete på strategisk politisk nivå är en tuff uppgift men det är kärnan i strategiskt arbete.*

### Ärendebeskrivning

EY har på uppdrag av kommunens revisorer genomfört en granskning av tidiga insatser och särskilt stöd i grundskolan. Granskningens syfte var att bedöma om kommunstyrelsen säkerställt ett ändamålsenligt arbete med tidiga insatser och särskilt



KS-BUU §3

KS-UKF.2025.36

stöd i grundskolan. Deras sammanfattande bedömning är att kommunstyrelsen inte har säkerställt ett ändamålsenligt arbete med tidiga insatser och särskilt stöd.

Revisionen rekommenderar kommunstyrelsen att:

- Stärka och systematisera uppföljningen och analysen av arbetet med tidiga insatser och särskilt stöd.
- Analysera elevernas stödbehov och effekten av de insatser som genomförs på kommunövergripande nivå. Detta kan inkludera trender, mönster och resultat av stödinsatser för att säkerställa att rätt åtgärder erbjuds och att resurserna används effektivt.
- Säkerställa tillräckliga resurser och kompetens för att samtliga skolenheter ska ha möjligheten att möta elevernas behov av särskilt stöd.

Kommunstyrelsen bedömer att revisionens rekommendationer till stor del kan genomföras genom en tydligare systematik, fördjupad analys och ökad samordning av det arbete som redan pågår. Detta möjliggör för kommunstyrelsen att i högre grad säkerställa att samtliga skolenheter har nödvändiga förutsättningar och kompetens för att möta varje elevs behov.

Sammantaget bedöms det stärka både kvaliteten och rättssäkerheten i arbetet med tidiga insatser och särskilt stöd samt bidra till förbättrade förutsättningar för alla elevers lärande och utveckling.

#### *Ekonomiska konsekvenser*

Beslutet medför inga ekonomiska konsekvenser

-----

#### **Beslutet skickas till**

Kommunstyrelsen

Akten



Tjänsteställe/Handläggare

Utbildning, kultur och fritid

Josefin Wigren

Handläggare

Mottagare

Kommunstyrelsen barn och  
utbildningsutskott

## **Granskningsrapport tidiga insatser särskilt stöd i grundskolan Valdemarsviks kommun**

### **Förslag till beslut i kommunstyrelsen**

Att godkänna yttrande till kommunrevisionen

### **Ärendebeskrivning**

EY har på uppdrag av kommunens revisorer genomfört en granskning av tidiga insatser och särskilt stöd i grundskolan. Granskningens syfte var att bedöma om kommunstyrelsen säkerställt ett ändamålsenligt arbete med tidiga insatser och särskilt stöd i grundskolan. Deras sammanfattande bedömning är att kommunstyrelsen inte har säkerställt ett ändamålsenligt arbete med tidiga insatser och särskilt stöd.

Revisionen rekommenderar kommunstyrelsen att:

- Stärka och systematisera uppföljningen och analysen av arbetet med tidiga insatser och särskilt stöd.
- Analysera elevernas stödbehov och effekten av de insatser som genomförs på kommunövergripande nivå. Detta kan inkludera trender, mönster och resultat av stödinsatser för att säkerställa att rätt åtgärder erbjuds och att resurserna används effektivt.
- Säkerställa tillräckliga resurser och kompetens för att samtliga skolenheter ska ha möjligheten att möta elevernas behov av särskilt stöd.

Kommunstyrelsen bedömer att revisionens rekommendationer till stor del kan genomföras genom en tydligare systematik, fördjupad analys och ökad samordning av det arbete som redan pågår. Detta möjliggör för kommunstyrelsen att i högre grad säkerställa att samtliga skolenheter har nödvändiga förutsättningar och kompetens för att möta varje elevs behov.

Sammantaget bedöms det stärka både kvaliteten och rättssäkerheten i arbetet med tidiga insatser och särskilt stöd samt



bidra till förbättrade förutsättningar för alla elevers lärande och utveckling.

*Ekonomiska konsekvenser*

Inga ekonomiska konsekvenser

**Beslutet skickas till**

Revisionen

Utbildningschef

Akten

VALDEMARSVIKS KOMMUN

Kristina Lohman  
Kommundirektör

Carina Hall  
Utbildningschef





Tjänsteställe/Handläggare

Utbildning, kultur och fritid  
Josefin Wigren  
Handläggare

Mottagare

Kommunrevisionen

## **Granskningsrapport - Tidiga insatser särskilt stöd i grundskolan Valdemarsviks kommun**

Kommunstyrelsen i Valdemarsviks kommun har beslutat i detta ärende 2026-02-23, § XX

Kommunstyrelsen delar revisionens bedömning och ser revisionens rekommendationer som ett värdefullt underlag för det fortsatta utvecklingsarbetet.

Kommunstyrelsen konstaterar att utvecklingsarbetet i huvudsak handlar om att revidera, förtydliga och systematiskt följa upp redan befintliga arbetssätt i skolorna, snarare än att etablera nya strukturer.

Kommunstyrelsen bedömer att det finns ett behov av att säkerställa ett ändamålsenligt och likvärdigt arbete med tidiga insatser och särskilt stöd, utifrån huvudmannens, rektors och lärares respektive ansvar. Det handlar ytterst om att kommunstyrelsen behöver säkerställa att nödvändiga förutsättningar och rätt kompetens finns, så att samtliga skolenheter ges möjlighet att möta varje elevs individuella behov.

### **Tydligare uppföljning och bättre överblick**

Verksamhetsområdet utbildning, kultur och fritid, har idag rutiner för extra anpassningar, särskilt stöd och åtgärdsprogram på skol- och rektorsnivå. Dessa rutiner är förenliga med gällande lagstiftning och Skolverkets riktlinjer.

I dag sker en stor del av uppföljning och analys nära verksamheten, vilket är en styrka. Samtidigt identifierar kommunstyrelsen ett behov av att utveckla det systematiska kvalitetsarbetet mot en tydligare analys och sammanställning på verksamhets- och huvudmannanivå

Mot denna bakgrund avser kommunstyrelsen att utveckla uppföljningen genom att säkerställa att uppföljning och analys av tidiga insatser och särskilt stöd tydligare integreras i det systematiska kvalitetsarbetet på huvudmannanivå.

Förvaltningen har fått i uppdrag av kommunstyrelsen att genomföra en samlad analys av skolverksamheten, vilken ska redovisas till kommunstyrelsen i april. Detta bedöms utgöra ett viktigt underlag för den fortsatta utvecklingen av det systematiska kvalitetsarbetet.



Kommunfullmäktiges beslut om ny politisk organisation bedöms vidare skapa bättre förutsättningar för en sammanhållen styrning och uppföljning, där glappet mellan utskotten och kommunstyrelsen kan undvikas.

### **Systemstöd för uppföljning**

Revisionens granskning visar att det finns behov av att fortsatt utveckla stödet för uppföljning och analys av tidiga insatser och särskilt stöd över tid. Kommunstyrelsen ser att det fortsatta arbetet med digital transformation kommer att ge stöd inom verksamheterna till en mer långsiktig och systematisk uppföljning och analys av stödinsatser över tid.

### **Sammanfattande bedömning**

Granskningsrapporten kommer att vara vägledande i det fortsatta arbetet med att:

- stärka uppföljning och analys av tidiga insatser och särskilt stöd,
- utveckla det systematiska kvalitetsarbetet på verksamhets- och huvudmannanivå,
- säkerställa en ändamålsenlig och regelbunden uppföljning.

Kommunstyrelsen bedömer att revisionens rekommendationer till stor del kan genomföras genom en tydligare systematik, fördjupad analys och ökad samordning av det arbete som redan pågår. Detta möjliggör för kommunstyrelsen att i högre grad säkerställa att samtliga skolenheter har nödvändiga förutsättningar och kompetens för att möta varje elevs behov.

Sammantaget bedöms det stärka både kvaliteten och rättssäkerheten i arbetet med tidiga insatser och särskilt stöd samt bidra till förbättrade förutsättningar för alla elevers lärande och utveckling.

VALDEMARSVIKS KOMMUN

Per Hollertz  
Kommunstyrelsens ordförande



NrParagrafNrLittera

ÄrendeNr Kod Fastighet

## ProtokollBeskrivning

### Kommunstyrelsens beslut

### Ärendebeskrivning

#### Yrkanden

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

#### Beslutsgång

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

-----

### Beslutet skickas till

Beslutsmottagare

Xxxxx

Akten

Justerare

.....

.....



KS-BUU §5

KS-UKF.2025.34

## **Motion från Lars Beckman (S) om rätt för barn med sjukskriven förälder att behålla sin plats i den kommunala barnomsorgen**

### **Kommunstyrelsens barn- och utbildningsutskotts förslag till beslut**

Motion anses besvarad.

#### *Reservationer*

Lars Beckman (S) och Anton Vretander (S) reserverar sig mot beslutet med följande motivering:

*Vi yrkar på att nedanstående text tillförs riktlinjerna i enlighet med vår motion*

*Tillägg och ett förtydligande till gällande riktlinjer där vi yrkar på att – Barn till vårdnadshavare, som blir sjukskrivna, behåller sin rätt till oförändrad barnomsorg och oförändrad plats på fritidshem*

### **Ärendebeskrivning**

Följande text står i Valdemarsviks kommuns "Regler för förskola och fritidshem" (Beslutades i KF §49, 20220404) som handlar om barns och elevers vistelsetid/närvarotid. Dessa regler grundar sig på gällande bestämmelser i skollagen avseende barns och elevers rätt till plats och individuellt stöd utifrån familjens situation i övrigt:

#### Förskolan

*Om förälder/vårdnadshavare blir tillfälligt sjuk får barnet vistas ordinarie tid enligt gällande schema upp till en månad. Vid långvarig sjukdom på mer än en månad görs en individuell bedömning av rektor om barnets vistelse på förskola utifrån behov av särskilt stöd skollagen 8 kap 7 § eller **familjens situation i övrigt** skollagen 8 kap 5 §.*

#### Fritidshem

*Om vårdnadshavare blir tillfälligt sjuk upp till en månad får elev som redan är inskriven i fritidshemmet vistas upp till ordinarie tid enligt gällande schema. Vid långvarig sjukdom på mer än en månad görs*



KS-BUU §5

KS-UKF.2025.34

*efter samråd med vårdnadshavare en individuell bedömning av rektor om elevens vistelse på fritidshem utifrån behov av särskilt stöd skollagen 14 kap 6 § eller **familjens situation i övrigt skollagen 14 kap 5 §.***

Valdemarsviks kommuns "Regler för förskola och fritidshem" går i linje med skollagen 8 kap 5 § och 14 kap 5 § som handlar om elevernas rätt till plats på fritidshem. I förarbetena till skollagen anges exempel på situationer som kan ligga till grund för rätt till plats utifrån familjens situation i övrigt, bland annat:

- Barn/elever med ett annat modersmål än svenska.
- Barn/elever som bor i glesbygden.
- Barn/elever vars föräldrar är arbetslösa, sjukskrivna eller deltar i arbetsmarknadspolitiska åtgärder.

### **Svar på motion**

I motionen framförs att barn och elever i Valdemarsviks kommun saknar rätt till plats i förskola och fritidshem när vårdnadshavare är sjukskrivna. Enligt kommunens egna regler, redovisade ovan, kvarstår dock rätten till plats oavsett sjukskrivningens längd. Det som kan påverkas är vistelsetiden/närvarotiden vid längre sjukskrivning än en månad. Rektor gör en individuell bedömning i samråd med vårdnadshavare om elevens schema för vistelsetid/närvarotid med fokus på elevens behov.

Motionens antagande om att rektor skulle göra en bedömning av vårdnadshavarens sjukdom stämmer inte överens med kommunens regler. Rektors bedömning avser endast barnets eller elevens behov, inte vårdnadshavarens hälsotillstånd.

### *Ekonomiska konsekvenser*

Medför inga ekonomiska konsekvenser.

### **Yrkanden**

Stefan Kemle (LPo) yrkar att motionen ska anses besvarad.

Lars Beckman (S) och Anton Vretander (S) yrkar bifall till motionen.



KS-BUU §5

KS-UKF.2025.34

**Beslutsgång**

Ordförande finner att det föreligger två förslag till beslut och finner att utskottet beslutar om att motionen ska anses vara besvarad.

-----

**Beslutet skickas till**

Kommunstyrelsen

Akten

---

Justerare

.....

.....



Tjänsteställe/Handläggare

Utbildning, kultur och fritid

Josefin Wigren

Handläggare

Tel: 0123-191 69

E-post: josefin.wigren@valdemarsvik.se

Mottagare

Kommunstyrelsens barn- och  
utbildningsutskott

## Motion från Lars Beckman (S) om rätt för barn med sjukskriften förälder att behålla sin plats i den kommunala barnomsorgen

### Förslag till beslut

### Ärendebeskrivning

Följande text står i Valdemarsviks kommuns "Regler för förskola och fritidshem" (Beslutades i KF §49, 20220404) som handlar om barns och elevers vistelsetid/närvarotid. Dessa regler grundar sig på gällande bestämmelser i skollagen avseende barns och elevers rätt till plats och individuellt stöd utifrån familjens situation i övrigt:

#### Förskolan

*Om förälder/vårdnadshavare blir tillfälligt sjuk får barnet vistas ordinarie tid enligt gällande schema upp till en månad. Vid långvarig sjukdom på mer än en månad görs en individuell bedömning av rektor om barnets vistelse på förskola utifrån behov av särskilt stöd skollagen 8 kap 7 § eller **familjens situation i övrigt** skollagen 8 kap 5 §.*

#### Fritidshem

*Om vårdnadshavare blir tillfälligt sjuk upp till en månad får elev som redan är inskriven i fritidshemmet vistas upp till ordinarie tid enligt gällande schema. Vid långvarig sjukdom på mer än en månad görs efter samråd med vårdnadshavare en individuell bedömning av rektor om elevens vistelse på fritidshem utifrån behov av särskilt stöd skollagen 14 kap 6 § eller **familjens situation i övrigt** skollagen 14 kap 5 §.*

Valdemarsviks kommuns "Regler för förskola och fritidshem" går i linje med skollagen 8 kap 5 § och 14 kap 5 § som handlar om elevernas rätt till plats på fritidshem. I förarbetena till skollagen anges exempel på situationer som kan ligga till grund för rätt till plats utifrån familjens situation i övrigt, bland annat:

- Barn/elever med ett annat modersmål än svenska.
- Barn/elever som bor i glesbygden.



- Barn/elever vars föräldrar är arbetslösa, sjukskrivna eller deltar i arbetsmarknadspolitiska åtgärder.

### **Svar på motion**

I motionen framförs att barn och elever i Valdemarsviks kommun saknar rätt till plats i förskola och fritidshem när vårdnadshavare är sjukskrivna. Enligt kommunens egna regler, redovisade ovan, kvarstår dock rätten till plats oavsett sjukskrivningens längd. Det som kan påverkas är vistelsetiden/närvarotiden vid längre sjukskrivning än en månad. Rektor gör en individuell bedömning i samråd med vårdnadshavare om elevens schema för vistelsetid/närvarotid med fokus på elevens behov.

Motionens antagande om att rektor skulle göra en bedömning av vårdnadshavarens sjukdom stämmer inte överens med kommunens regler. Rektors bedömning avser endast barnets eller elevens behov, inte vårdnadshavarens hälsotillstånd.

### *Ekonomiska konsekvenser*

Medför inga ekonomiska konsekvenser.

### **Beslutet skickas till**

Utbildningschef  
Handläggare  
Akten

VALDEMARSVIKS KOMMUN

Kristina Lohman  
Kommundirektör

Carina Hall  
utbildningschef





# Socialdemokraterna

FRAMTIDSPARTIET - VALDEMARSVIK

## Motion angående

**Rätt för barn med sjukskriven förälder att behålla sin plats i den kommunala barnomsorgen.**

### Bakgrund

När en förälder blir långvarigt sjuk och därför sjukskriven på heltid så uppstår problem för familjen. Det blir en påfrestning främst för barnen att en förälder på grund av sjukdom inte kan fungera normalt och ta sitt fulla föräldraansvar. I den situationen är det särskilt viktigt att barnen inte rycks upp från sin normala vardagsmiljö och stängs av från sina kamrater och sina vanliga sysselsättningar.

I minst tjugo små och medelstora kommuner har man fattat beslut om att barnen i den här situationen har rätt att behålla sin plats på förskola och fritidshem. Så är det inte i vår kommun. Här är det upp till rektor att bedöma om och hur barnets behov ska tillgodoses i den här situationen. Det är en orimlig ordning. Den medför bl.a. att rektor ska bedöma hur sjuk föräldern är eller vilket behov som finns för barnen i den aktuella situationen. Det leder till prövningar som skapar oro och otrygghet och byråkrati. Rektor har inte heller den utbildning och kunskap som krävs för bedömningen. I realiteten blir det ju så att rektor ska överpröva läkarens beslut om sjukskrivningen verkligen leder till hel arbetsförmåga eller ej.

### Yrkande

Mot ovanstående bakgrund yrkar vi socialdemokrater att fullmäktige beslutar om följande tillägg till riktlinjerna för barnomsorg och fritidshem i Valdemarsvik:

*"Barn till vårdnadshavare, som blir sjukskrivna, behåller sin rätt till oförändrad barnomsorg och oförändrad plats på fritidshem."*

För Socialdemokraterna i Valdemarsviks kommun Lars Beckman



NrParagrafNrLittera

ÄrendeNr Kod Fastighet

## ProtokollBeskrivning

### Kommunstyrelsens beslut

### Ärendebeskrivning

#### Yrkanden

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

#### Beslutsgång

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

-----

### Beslutet skickas till

Beslutsmottagare

Xxxxx

Akten

Justerare

.....

.....



Tjänsteställe/Handläggare

Stöd och Omsorg

Freddy Wiman

Medicinskt ansvarig för rehabilitering

Tel: 0123-19312

E-post: Freddy.Wiman@valdemarsvik.se

Mottagare

Kommunstyrelsen

## Principer för hjälpmedelsförskrivning i Östergötland

### Förslag till beslut

1. Kommunstyrelsen beslutar enligt förslaget Principer för hjälpmedelsförskrivning i Östergötland.
2. Kommunstyrelsen upphäver beslut "Länsgemensamt regelverk för hjälpmedelsförskrivning", som beslutades av kommunstyrelsen den 13 juni 2016, §95.

### Ärendebeskrivning

Östergötland har sedan lång tid haft ett länsgemensamt regelverk för hjälpmedelsförskrivning i syfte att säkerställa en jämlik och patientsäker hjälpmedelsförsörjning. Regelverket har bedömts vara omfattande och svårreviderat. För att tydliggöra ansvarsfördelningen, effektivisera och underlätta framtida revideringar föreslås att det tidigare regelverket från 2016 upphävs och att delar från det befintliga regelverket lyfts ut och därmed bildar en ny mer uppdelad struktur.

Förslag på den nya strukturen innefattar att Ledningsgrupp vård och omsorg beslutar om hjälpmedelsorganisation och förskrivansvar medan Samråd vård och omsorg beslutar om övergripande principer för hjälpmedelsförskrivning i Östergötland samt förskrivningsanvisningarna.

De sammantagna besluten är sedan tänkt ligga till grund för *Tillämpning av Regelverket för hjälpmedelsförskrivning*, som ska följas vid all hjälpmedelsförskrivning i länet.

### *Ekonomiska konsekvenser*

Beslutet medför inga ekonomiska konsekvenser.

### **Beslutet skickas till**

Medicinskt ansvarig för rehabilitering

Socialchef

Akten



VALDEMARSVIKS KOMMUN

Kristina Lohman  
Kommundirektör

Maria Frisäter  
Socialchef



NrParagrafNrLittera

ÄrendeNr Kod Fastighet

## ProtokollBeskrivning

### Kommunstyrelsens beslut

### Ärendebeskrivning

#### Yrkanden

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

#### Beslutsgång

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

-----

### Beslutet skickas till

Beslutsmottagare

Xxxxx

Akten

Justerare

.....

.....



KS-SOU §3

KS-SO.2026.3

## Patientsäkerhetsberättelse 2025

### Kommunstyrelsens stöd- och omsorgsutskotts förslag till beslut i kommunstyrelsen

Kommunstyrelsen antar patientsäkerhetsberättelsen för 2025.

### Ärendebeskrivning

Medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR och medicinskt ansvarig sjuksköterska, Mas har utifrån patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) upprättat patientsäkerhetsberättelse för hälso- och sjukvården. Patientberättelsen samt bilaga beskriver resultat och åtgärder inom hälso- och sjukvårdens område samt hur arbetet genomförts under 2025 med fokus på kvalitet och patientsäkerhet.

#### *Nytta för patienten*

Att i patientsäkerhetsberättelsen sammanställa hur systematiska analyser, kontroller och kvalitetsgranskningar genomförts under 2025 samt resultaten av dessa, ger en tydlighet i arbetsprocessen för att säkerställa kvalitet och säkerhet. Patientsäkerhetsberättelsen visar goda resultat som ska upprätthållas och resultat som ska observeras och förbättras under 2026 inom det egna vårdgivaransvaret och i samverkan med externa parter i syftet att uppnå god patientsäkerhet.

#### *Ekonomiska konsekvenser*

Beslutet medför inga ekonomiska konsekvenser.

-----

### Beslutet skickas till

Socialchef

MAR

MAS

Akten



Tjänsteställe/Handläggare

Stöd och Omsorg

Freddy Wiman

Medicinskt ansvarig för rehabilitering

Tel: 0123-19312

E-post: [Freddy.wiman@valdemarsvik.se](mailto:Freddy.wiman@valdemarsvik.se)

Charlie Hallingström

Tel: 0123-19321

E-post: [Charlie.hallingstrom@valdemarsvik.se](mailto:Charlie.hallingstrom@valdemarsvik.se)

Mottagare

Kommunstyrelsens stöd- och omsorgsutskott

## Patientsäkerhetsberättelse 2025

### Förslag till beslut

Kommunstyrelsen antar Patientsäkerhetsberättelsen för 2025

### Ärendebeskrivning

Medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR och medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS har utifrån patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) upprättat patientsäkerhetsberättelse för hälso- och sjukvården. Patientberättelsen samt bilaga beskriver resultat och åtgärder inom hälso- och sjukvårdens område samt hur arbetet genomförts under 2025 med fokus på kvalitet och patientsäkerhet.

#### *Nytta för patienten*

Att i patientsäkerhetsberättelsen sammanställa hur systematiska analyser, kontroller och kvalitetsgranskningar genomförts under 2025 samt resultaten av dessa, ger en tydlighet i arbetsprocessen för att säkerställa kvalitet och säkerhet. Patientsäkerhetsberättelsen visar goda resultat som ska upprätthållas och resultat som ska observeras och förbättras under 2026 inom det egna vårdgivaransvaret och i samverkan med externa parter i syftet att uppnå god patientsäkerhet.

#### *Ekonomiska konsekvenser*

Beslutet medför inga ekonomiska konsekvenser.

### Beslutet skickas till

Socialchef

MAR

MAS

Akten

VALDEMARSVIKS KOMMUN

Kristina Lohman  
Kommundirektör

Maria Frisäter  
Socialchef





# Patientsäkerhetsberättelse 2025



**Sektor Stöd och omsorg**

Medicinskt ansvariga



## Innehållsförteckning

|                                                               |           |
|---------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1 Sammanfattning.....</b>                                  | <b>3</b>  |
| <b>2 Inledning.....</b>                                       | <b>4</b>  |
| <b>3 Grundläggande förutsättningar för säker vård.....</b>    | <b>5</b>  |
| <b>4 Engagerad ledning och styrning.....</b>                  | <b>6</b>  |
| 4.1 Övergripande mål och strategier 2025.....                 | 6         |
| 4.2 Organisation och ansvar.....                              | 6         |
| 4.3 Samverkan för att förebygga vårdskador.....               | 7         |
| 4.4 Informationssäkerhet.....                                 | 8         |
| <b>5 En god säkerhetskultur.....</b>                          | <b>10</b> |
| <b>6 Adekvat kunskap och kompetens.....</b>                   | <b>11</b> |
| <b>7 Patienten som medskapare.....</b>                        | <b>12</b> |
| <b>8 Agera för säker vård.....</b>                            | <b>13</b> |
| <b>9 Ökad kunskap om inträffade vårdskador.....</b>           | <b>14</b> |
| <b>10 Tillförlitliga och säkra system och processer.....</b>  | <b>15</b> |
| <b>11 Säker vård här och nu.....</b>                          | <b>16</b> |
| 11.1 Riskhantering.....                                       | 16        |
| <b>12 Stärka analys, lärande och utveckling.....</b>          | <b>17</b> |
| 12.1 Avvikelser.....                                          | 17        |
| 12.2 Klagomål och synpunkter.....                             | 17        |
| <b>13 Öka riskmedvetenhet och beredskap.....</b>              | <b>19</b> |
| <b>14 Mål, strategier och utmaningar för kommande år.....</b> | <b>20</b> |
| <b>15 Slutord.....</b>                                        | <b>21</b> |

## Bilagor

*Bilaga 1: Bilaga Patientsäkerhetsberättelse 2025*

## 1 Sammanfattning

Arbetet under året har präglats av digitala lösningar för mer effektiv och säker verksamhet. Följsamhet till ordinerade insatser från hälso- och sjukvården har ökat under året. Under året har patientsäkerheten upprätthållits då det ej inträffat några allvarliga vårdskador, dock finns alltid förbättringspotential inom patientsäkerheten. I rapporten kommer resultat presenteras inom områden som är kopplade till patientsäkerheten samt förslag på åtgärder för att öka kvalitén i verksamheten.

## 2 Inledning

*PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §*

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten. Patientsäkerhetsberättelsen bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet och ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Ledningssystemet ska tydliggöra och synliggöra verksamhetens kvalitet och dess resultat för personal, patienter och övriga. Tydligheten bildar en säker grund och är en förutsättning för att identifiera förbättringsmöjligheter. Därmed skapas förutsättningar för det faktabaserade, systematiska och fortlöpande kvalitetsutvecklingsarbetet. Varje vårdtagare ska känna sig trygg och säker i kontakten med vården. Likaså ska varje medarbetare kunna utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en säker vård kan ges. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år och ska därefter finnas tillgänglig för den som vill ta del av den.

Patientsäkerhetsberättelsen är utformad enligt lag, föreskrifter och allmänna råd. Hänvisningar till dessa finns i varje avsnitt.



### **3 Grundläggande förutsättningar för säker vård**

De grundläggande förutsättningarna för säker vård finns beskrivet av Socialstyrelsen i "Agera för säker vård, Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i Hälso- och sjukvård 2025-2030". Nedan följer de fyra grundläggande förutsättningarna för en säker vård

#### **Engagerad ledning och tydlig styrning.**

En engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården är avgörande för säker vård på alla nivåer – från nationella nivån till beslutsfattare till operativa chefer och ledare i den patientnära verksamheten.

#### **En god säkerhetskultur.**

En god säkerhetskultur innebär att alla i hälso- och sjukvården är medvetna om och vaksamma på de risker som kan uppstå. Det innebär även att organisationskulturen skapar en öppen dialog om vilka risker, tillstånd och omständigheter som påverkar patientsäkerheten. Alla ska känna sig trygga med att rapportera, diskutera både negativa och positiva händelser.

#### **Adekvat kunskap och kompetens.**

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar att utföra sitt arbete. Kompetenta och engagerade medarbetare som ges möjlighet att arbeta på toppen av sin kompetens är en förutsättning för en trygg och säker vård av god kvalitet.

#### **Patienten som medskapare.**

Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. När patienten är väl informerad, får delta aktivt och ges möjlighet att påverka den utifrån sina önskemål och förutsättningar, kan vården bli ännu säkrare.

## 4 Engagerad ledning och styrning



En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.

### 4.1 Övergripande mål och strategier 2025

Den övergripande målsättningen med patientsäkerhetsarbetet är att ingen patient ska drabbas av undvikbara vårdskador. En hög patientsäkerhet förutsätter ett strategiskt och långsiktigt arbete på alla nivåer i hälso- och sjukvården. MAS och MAR har identifierat arbetsprocesserna för att nå målen via kontroller och uppföljningar genom att:

- Följa resultaten i kvalitetsregister och sammanställa resultat med åtgärdsplaner i syftet att förebygga vårdskador.
- Använda utdata från kvalitetsregistren och andra kvalitetsmått för att se verksamhetens resultat och behov av förbättringsåtgärder.
- Förbättra och effektivisera digitala lösningar inom verksamhetssystem.
- Utfört planerade egenkontroller, internkontroller och kvalitetsgranskning.
- Kontrollera och revidera rutiner, riktlinjer och direktiv.
- Kvalitetssäkra läkemedelshanteringen genom intern och extern granskning.
- Utföra mätningar gällande basala hygien- och klädrutiner för att öka kompetens och förebygga smittor i verksamheten.
- Utföra riskanalyser samt upprättat handlingsplaner.
- Utföra journalgranskningar samt uttag av statistik på kommunala vårdåtgärder, KVÅ (kommunala koder som ska rapporteras till socialstyrelsens hälsodataregister).
- Deltagit i interna och externa samverkansgrupper mellan primärvård, slutenvård, hemsjukvård och myndighetsutövning för att utveckla samverkan. Intentionen är att samverka kring patientens vård och öka patientens säkerhet.

### 4.2 Organisation och ansvar

**PSL 2010:659, 3 kap. 1§ och 9§, SOSFS 2011:9, 7 kap. 2§ p1**

**Kommunstyrelsen.** Det yttersta vårdgivaransvaret för patientsäkerhetsarbetet har kommunstyrelsen, KS. Mål och strategier för det systematiska patientsäkerhetsarbetet ska fastställas, följas upp och utvärderas kontinuerligt.

**Verksamhetschefens** uppdrag regleras i hälso- och sjukvårdsförordningen och ska säkerställa att patienternas behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses.

**Medicinskt ansvariga**, MAS och MAR, analyserar utifrån sitt uppföljningsansvar att hälso- och sjukvårdens kvalitet och säkerhet upprätthålls. Det sker genom kvalitetsgranskningar, egenkontroller, internkontroller, samverkansprojekt externt och internt, avvikelser mm. MAS och MAR ansvarar för att ta fram riktlinjer, direktiv, instruktioner och rutiner för verksamheten och har på delegering från vårdgivaren ansvar för att utreda och göra anmälningar till Inspektionen för vård och omsorg enligt lex Maria.

**Enhetschefen** ansvarar för säkerhet, kvalitet och god vård inom sitt verksamhetsområde. Ansvarar för att dokumentera hur kvalitetsarbetet har utvecklats, säkrats och bedrivits samt vilka resultat som uppnåtts. Enhetscheferna ska säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med framtagna processer och rutiner.

**Hälso- och sjukvårdspersonal** har skyldighet att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls och ska arbeta utifrån evidensbaserad forskning och praktik samt följa de direktiv, riktlinjer och rutiner som finns.

**Omvårdnadspersonal** är hälso- och sjukvårdspersonal när de biträder legitimerad yrkesutövare och när de får skriftlig delegering från en legitimerad yrkesutövare att utföra en arbetsuppgift. Omvårdnadspersonal ansvarar för att följa de direktiv, riktlinjer och rutiner som beslutats samt följa upp och återrapportera till legitimerad yrkesutövare och enhetschef.

### 4.3 Samverkan för att förebygga vårdskador

#### **SOSFS 2011:9, 4 kap 6§, 7 kap. 2§ p3**

Samverkan är en grundläggande del av patientsäkerhetsarbetet och sker på flera nivåer – både inom den kommunala hälso- och sjukvården och med andra vårdgivare. Inom den egna organisationen ska alla berörda professioner medverka i planeringen av patientens vård och behandling. Ansvarsområden ska vara tydligt definierade, och individuella vårdplaner, genomförandeplaner samt rehabiliteringsplaner ska utgöra vägledning i det dagliga arbetet. Rutiner för detta ska vara klart beskrivna och lättillgängliga.

Samverkan sker även mellan kommunen, övriga kommuner i Östergötland och Region Östergötland. Den omfattar allt från högsta politiska och tjänstepersonsledning till länsdelsvisa samverkansforum. Exempel på forum är Samråd vård och omsorg (SVO), Ledningsgrupp för vård och omsorg (LGVO), Medicinskt ansvarigas ledningsgrupp (MALG), samverkan kring palliativ vård, verksamhetsförlagd utbildning (VFU) samt utskrivningsprocessen i östra länsdelen.

På länsnivå samverkar MALG, där medicinskt ansvariga från länets 13 kommuner ingår. Gruppen arbetar med patientsäkerhet, utveckling och tydliggörande av kommunala hälso- och sjukvårdsfrågor, med syftet att erbjuda vård på lika villkor i hela länet. MALG samverkar även med Region Östergötland i strategiska frågor om vård och omsorg.

Utöver detta finns samverkan mellan socialchefer genom socialchefsnätverket i Östergötland. En viktig samarbetspart är kommunens enda vårdcentral, där samverkan sker både på ledningsnivå och mellan legitimerad personal i respektive verksamhet.

#### **Hjälpmedel**

Representanter från länets medicinskt ansvariga för rehabilitering deltar i flera arbetsgrupper och samverkansformer såsom hjälpmedelsråd, länsbrukarråd samt samverkan med länets hjälpmedelsleverantör Sodexo. En omorganisation för läns-gemensamma hjälpmedelsfrågor i Östergötland har genomförts i samband med det nya hjälpmedelsavtalet. Omorganisationen syftar till att skapa en mer resurseffektiv och tydlig struktur inom hjälpmedelsförsörjningen utifrån det läns-gemensamma regelverket för personligt förskrivna hjälpmedel i Östergötlands län. Till följd av omorganisationen ändras arbetsgrupperna, samverkansformerna och representationen inom de olika grupperna under 2025/2026.

### **Teamsamverkan**

Hälso- och sjukvårdens personal arbetar i team utifrån geografiska områden. För ökad kontinuitet, samverkan och tillgänglighet har samtliga arbetsgrupper namngiven områdesansvarig sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut som deltar på teamträffarna.

### **Vårdhygieniskt nätverk**

Länets kommuner tillsammans med regionen har skapat ett nätverk för att hjälpa kommunerna i den vårdhygieniska strategin som är framtagen för att säkerställa att smittspridning minimeras inom kommunala verksamheter. Smittskydd och vårdhygien har även regelbundna avstämningar med MALG-nätverket där exempelvis information om smittläget i länet ges.

## **4.4 Informationssäkerhet**

### ***HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §***

Informationssäkerhet omfattar alla medarbetare och syftet är att förebygga och begränsa konsekvenserna av störningar i informationshantering i kommunens verksamheter. Informationssäkerhet inom hälso- och sjukvårdsorganisationen innebär:

**Sekretess:** Beställning av behörigheter till patientjournaler och digitala system ingår i chefen för hälso- och sjukvårdens ansvar så att medarbetaren kan utföra hälso- och sjukvårdsuppdrag. Ansvarsfördelningar, information om behörighetskrav och sekretess skrivs under av medarbetaren till skydd mot obehörig åtkomst. Chefen ansvarar för att loggkontroller genomförs kontinuerligt och dokumenteras.

**Riktighet:** För att åstadkomma rätt kvalitet på information och att berörd personal har nödvändiga kunskaper inom IT-stöden ges utbildningsinsatser på kommunnivå för att säkerställa användarvänlighet och säkerhet. Utbildningsinsatser sker vid nyanställning samt vid behov. Förankring och medvetenhet hos medarbetarna utgör själva grunden för informationssäkerheten.

**Tillgänglighet:** Kontinuerliga uppdateringar av kommunala verksamhetssystem genomförs för att säkra drift och funktionalitet. Påminnelser om uppdateringar och när system åter är i drift meddelas via mail. Reservrutiner är uppdaterade och ses regelbundet över.

**Spårbarhet:** I digitala system kan sökning göras för att möjliggöra och fastställa vem som gjort vad och att verifiera orsaken till en händelse. Medarbetaren får behörighet till de system som är relevanta för att kunna utföra sitt uppdrag via personligt inlogg och siths-kort.

Under 2025 har följande arbetet kring informationssäkerhet utförts:

Medicinskt ansvariga har säkerställt att rutiner finns inom områden och att de har uppdaterats i enlighet med gällande lagar och förordningar.

Medicinskt ansvariga utför journalgranskningar och under 2025 ses att samtliga journaler som innefattats i granskningen innehåller essentiella delar för att upprätthålla god patientsäkerhet, för mer information se bilaga.

Dokumentationsutbildningar erbjuds fortlöpande till medarbetare. Under året har arbetet med att upprätthålla och förbättra kvalitén i dokumentationen skett.



## 5 En god säkerhetskultur



### SOSFS 2011:9, 5 kap.1 §

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur och adekvat kunskap och kompetens. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet samt att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.

I dagsläget arbetar inte Valdemarsviks kommun på något strukturerat sätt för att främja en god säkerhetskultur. Dock finns etablerade forum, exempelvis teamträffar, där brister i form av avvikelser lyfts i arbetsgrupper. Kontaktvägar finns till MAS och MAR för stöd och rådgivning i patientsäkerheten.

## 6 Adekvat kunskap och kompetens



En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.

Kompetensutveckling är en central del i patientsäkerhetsarbetet. Digitala utbildningar har varit och kommer fortsatt att vara viktiga för att nå många medarbetare, men fysiska möten ger möjlighet till fördjupad förståelse, praktisk övning, dialog och reflektion. Under året har vissa utbildningar och föreläsningar erbjudits i både fysisk och digital form, vilket har ökat tillgängligheten och deltagandet.

### **Externa utbildningar / Kompetensutveckling för legitimerad personal:**

Instruktörsutbildning inom förflyttningsteknik.

Utbildning & genomgång av nytt hjälpmedelsavtal och nya forskrivningsanvisningar.

Utbildningar från Sodexo inom områdena el-rullstol, mellanaktiva rullstolar avancerad, madrasser & dynor avancerad.

Hjälpmedelsmässan i Kista

Utbildning samtalsstöd för att stärka kompetens vid anhörigstöd

Utbildning för att bli certifierade utbildare inom BPSD-registret

LAH besök/föreläsning läkare

Digital sårvårdsutbildning

Palliation SydÖst

Samordnad vård och omsorgsplanering (SVOP) - Slutenvårdsprocessen

### **Internutbildning till omvårdnadspersonal som tillhandahålls av legitimerad personal.**

Förflytningsutbildningar.

Administratörsutbildning inom BPSD.

Ombudsträffar.

Anhörigutbildning om demens, BPSD och bemötande.

Äldrelyftet

Delegeringsutbildning

Introduktion sommarvikarier inom SoL och LSS

## 7 Patienten som medskapare



### **PSL 2010:659 3 kap. 4 §**

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.

Den kommunala hälso- och sjukvården arbetar för att stärka patientens ställning och främja integritet, självbestämmande och delaktighet. Patienten och närstående skall informeras om hälsotillstånd, hjälpmedel, vård och behandling. Närstående skall delges information efter patientens samtycke.

Verksamheterna strävar efter att tillvarata synpunkter och klagomål. Om en patient drabbas av en allvarlig vårdskada informeras denne om det inträffade samt vilka åtgärder som planeras för att förhindra att liknande händelser upprepas.

### **Samverkan med närstående sker främst:**

- Vid vårdplaneringar.
- Vid hantering av inkomna synpunkter och avvikelser.
- Vid möten för upprättande av samordnad individuell plan (SIP).
- Genom möten i det dagliga arbetet.

För att säkerställa en trygg och säker vård är informationsöverföring mellan olika yrkeskategorier inom kommunen och mellan olika vårdgivare nödvändigt. Samtycke till informationsöverföring skall alltid inhämtas från patienten.

## 8 Agera för säker vård

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

Som vårdgivaren ska egenkontroll utövas med den frekvens och i den omfattning som krävs för att kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.

Genom ett proaktivt och lärande förhållningssätt skapas förutsättningar för en säker vård, där risker kan identifieras och hanteras. Några exempel på hur proaktivt arbete tillämpats för att undvika vårdskador är:

- Riskbedömningar har genomförts systematiskt för fall, trycksår, undernäring och munhälsa enligt nationella riktlinjer i Senior Alert.
- Avvikelsehantering för att identifiera, åtgärda och dra lärdom av inkomna avvikelser.
- Regelbundna förflyttningsutbildningar & introduktion till sommarvikarier i syfte att stärka kompetens och minska risken för undvikbara vårdskador.
- Regelbunden uppföljning av lyftselar i syfte att säkerställa kvalitet och vårdskador.
- Arbeta med vårdhygienisk strategi för att undvika vårdrelaterade infektioner.

## 9 Ökad kunskap om inträffade vårdskador



**SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §**

### Utredning och uppföljning av vårdskador

Inträffade vårdskador utreds och följs upp enligt en rutin som är väl etablerad i verksamheten. Under året har totalt 1201 rapporter inkommit, varav 940 har resulterat i utredning (se bilaga sid 14-17). Att inte alla rapporter leder till utredning kan bero på att händelsen inte inträffat i verksamheten, att rapporten är skriven inom fel lagrum eller att avvikelsernas art inte innebär någon risk. Efter att rutinen för avvikelsehantering vid vårdskador omarbetades 2024 har genomförbarheten i utredningar och åtgärder förbättrats, vilket har lett till ett mer effektivt utredningsflöde under 2025.

### Förebyggande arbete

Många avvikelser kan undvikas genom ett systematiskt förebyggande arbete inom hälso- och sjukvården. Kvalitetsregistret Senior Alert används som ett verktyg för att tidigt identifiera risker inom områden som nutrition, fall, trycksår och munhälsa. Genom riskbedömningar kan adekvata åtgärder vidtas för att exempelvis förebygga undernäring.

Under 2025 blev Valdemarsviks kommun utsedda som guldkommun av Senior Alert. Detta uppnåddes till följd av en hög täckningsgrad samt registrering av vårdpreventiv process. Detta är en kvitto på att det finns en kunskap i organisationen om hur förebyggande arbete kan undvika vårdskador.

Hög täckningsgrad innebär att minst 90 % av personer på särskilda boenden (SÄBO) ska ha genomgått riskbedömningar inom Senior Alert för områden som:

- Trycksår
- Undernäring
- Fallrisk
- Munhälsa.

Registrering av vårdpreventiv process innebär i minst 75 % av fallen ska bakomliggande orsaker vara utredda och nödvändiga åtgärder registrerade i Senior Alert

## 10 Tillförlitliga och säkra system och processer



### SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap.2 § p 2

Områden som kräver fokus inom organisationen är bland annat hygien- och klädrutiner och läkemedelsgenomgångar för äldre.

Hygien- och klädrutiner: Vid mätning av hygienrutiner ses att medarbetare tenderar svara att de utför korrekt hygien- och klädrutin i högre utsträckning än vad observationsmätning visar (se bilaga sid 2-4).

Läkemedelsgenomgångar: Läkemedelsgenomgångar utförs i verksamheten med hjälp av validerade instrument. Genomförandet kan utvärderas genom journalgranskning. Vid granskning ses att genomgångar genomförs i stor utsträckning, dock inte alltid dokumenteras systematiskt vilket medför svårigheter att ta ut statistik för hur ofta det genomförs (se bilaga sid 1-2).

Egenkontroller, internkontroller och kvalitetsgranskningar Egenkontroller och internkontroller ska göras med en frekvens och omfattning som krävs för att säkra att verksamheten bedriver en hälso- och sjukvård som uppfyller kraven på god vård

| Egenkontroll, internkontroll och kvalitetsgranskning | Frekvens                                                                             |
|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Extern kvalitetsgranskning läkemedel                 | 1 gång/år                                                                            |
| Egenkontroll läkemedelshantering                     | 1 gång/år                                                                            |
| Kvalitetsgranskning Hälso- och sjukvård              | Var 3:e år - Utförs 2027                                                             |
| Avvikelser/rapporter                                 | Bearbetas fortlöpande och lyfts för diskussion på teamträffarna ca 10 tillfällen/år. |
| Uttag avvikelser läkemedel och fall                  | Löpande                                                                              |
| Resultat från kvalitetsregister                      | 4 ggr/år                                                                             |
| Mätning förekomst av trycksår                        | 1 g/år                                                                               |
| Kontroll rena hjälpmedel                             | 1 g/år                                                                               |
| Följsamhet till ordinerade rehabinsatser             | 2 g/år                                                                               |
|                                                      |                                                                                      |

## 11 Säker vård här och nu



### Geografisk utmaning

Valdemarsviks kommun har ett stort geografiskt område där hälso- och sjukvård erbjuds i hemmet så väl som särskilt boende. Behov av vård och omsorg kan således vara lokaliserade på utspridda platser i kommunen. Resurser måste då kunna förflyttas snabbt för att tillgodose en trygg och säker vård. Även logistik är en utmaning när hänsyn ska tas till ekonomi och miljö.

### Bemanning

Prioriteringar måste ständigt ske för att tillgodose behovet hos patienten. Under året har inhyrd personal förekommit i vissa delar av verksamheten vilket har löst bemanningen tillfälligt. Risker kan uppstå när inhyrd personal jobbar kortare perioder, då följsamheten till rutiner samt förebyggande arbetssätt kan bli bristfälliga. För att förebygga detta får varje inhyrd personal introduktion i rutiner och riktlinjer.

### Faktorer utanför vårdgivaransvaret

Det förekommer fortsatt sporadiska restsituationer inom läkemedel. Det medför stora krav på hälso- och sjukvårdspersonal att åtgärda dessa förändringar på kort tid så att inte patientsäkerheten äventyras. Valdemarsviks kommun är även beroende av bemanningen av läkare inom regionens primärvård. Under året har det förekommit att läkarbemanningen varit låg vid enstaka tillfällen, men har hanterats utan att patientsäkerheten har äventyrats.

### 11.1 Riskhantering

#### **SOSFS 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap. 2 § p 4**

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Risikanalyser genomförs då förändringar i verksamheten sker. Riskanalyserna leder till handlingsplaner för på ett systematiskt och strukturerat sätt arbeta med förändringar på ett säkert sätt.

Vid risker som identifieras i avvikelser delges medarbetare på enheterna för att öka medvetenheten om risker som finns. Även händelser där avvikelse inträffat delges och diskuteras tillsammans med medarbetare.

## 12 Stärka analys, lärande och utveckling



Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.

Genom att utföra egenkontroller, följa upp resultat ur kvalitetsregister och utreda avvikelser kan arbetsområden tas fram där verksamheten är svag. Arbeta med avvikelser i det dagliga arbetet bidrar till ökad förståelsen för de brister som finns. Att lyfta resultat från register, egenkontroller och avvikelser gemensamt bidrar till ökad förståelse men också möjlighet till att formulera gemensamma mål.

Under året har områden inom exempelvis in- och utskrivningsprocessen och samverkan lyfts med hjälp av avvikelser. Antalet avvikelser mellan vårdgivare har ökat något under 2025 (se bilaga sid 14-15) Under året har östra länsdelens MAS:ar samlats tillsammans med regionen för att på strategisk nivå identifiera problemområden. Denna grupp planeras att fortlöpa och på systemnivå arbeta för att avvikelser ska kunna undvikas.

### 12.1 Avvikelser

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

Avvikelser registreras digitalt inom Valdemarsviks kommuns boendeformer enligt SoL och LSS, dagliga verksamheter och dagverksamhet samt i ordinärt boende. Den största andelen avvikelser berör läkemedel och fall. Ärendegången för avvikelshantering beskrivs i "Rutin för avvikelshantering".

Alla individer som registreras i avvikelsemodulen är inte inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården. Dessa personer har endast insatser enligt SoL eller LSS. Utförlig redovisning för enheternas avvikelsestatistik sker inom respektive enhet. Under verksamhetsåret analyseras och bearbetas avvikelser på varje enhet av enhetschef samt legitimerad personal. Vid allvarlig händelse kontaktas medicinskt ansvariga för vidare utredning. Avvikelser kan utöver fall och läkemedel beröra t.ex. brister i larmfunktioner, omvårdnad och tillsyn, dokumentation och hjälpmedel.

Utifrån medicinskt ansvarigas ansvar görs en djupare analys i patientsäkerhetsberättelsen av avvikelser som berör fall och läkemedel, se bilaga sid 15-17.

### 12.2 Klagomål och synpunkter

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

Bestämmelserna kring synpunkter och klagomål i hälso- och sjukvården (Lag (2017:372) reglerar vårdgivarens, patientnämndens och Inspektionen för vård och omsorgs ansvar. En välfungerande klagomålshantering är en central del i det systematiska



patientsäkerhetsarbetet. Klagomål hanteras initialt när de inkommer till enheterna. Medicinskt ansvariga kontaktas och deltar vid behov i utredningar eller analyser

Att arbeta för att upprätthålla en god vård och omsorg innebär:

- Att skydda patienter från vårdskada.
- Arbetet skall vara patientfokuserat, kunskapsbaserat och organiserat för att skapa förutsättningar för en säker vård.
- Vi måste mäta för att få kunskap och data för att förbättra genom att analysera, göra förbättringar och följa upp via systematiskt kvalitetsarbete på alla nivåer.
- Vikten av fortlöpande utbildningar ska vara integrerat i verksamhetens kvalitetsarbete.

Under året har det inte inkommit klagomål från IVO.

### 13 Öka riskmedvetenhet och beredskap



Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens.

När verksamheten ställs inför åtgärder och moment som betraktas som sällankompetens har kommunen ett gott samarbete tillsammans med Region Östergötland. Detta goda samarbete är viktigt då dessa förändringar kan ske snabbt i verksamheten. Utbildningsinsatserna har skett fortlöpande under året genom digital utbildning men också genom studiebesök/hospitering.

## **14 Mål, strategier och utmaningar för kommande år**

- Fortsätta förbättra Hälso- och sjukvårdens avvikelshantering. Arbeta för ett smidigare flöde samt att förebyggande arbete sker på enheterna.
- Fortsätta implementera digitala lösningar inom kommunens hälso- och sjukvård. Genom digitala lösningar kan informationsöverföring säkerställas och bidra till patientsäkerhet.
- Analysera resultat av egenkontroller och internkontroller.
- Kontrollera och revidera rutiner, riktlinjer och direktiv.
- Analysera uttag av KVÅ koder.
- Genomföra journalgranskningar för att följa patientens vård och behandling.
- Analysera resultaten av mätningarna av basala hygien- och klädrutiner.
- Utföra riskanalyser samt upprätta handlingsplaner.
- Samverka med Region Östergötland.
- Tillämpa vårddygienisk strategi i kommunen.

## 15 Slutord

Den hälso- och sjukvård som Sveriges kommuner ansvarar för ökar i betydelse och omfattning och det förväntas att mer avancerad vård kommer att bedrivas i hemmet. Kortare vårdtider på sjukhus med snabbare utskrivning till primärvård är fortsatt aktuellt. Under året har en ny SVOP-riktlinje tillsammans med regionen trätt i kraft. Det innebär att utskrivningsprocessen kan övervakas av kommunal och regional part som ligger till grund för betalningsansvar. Detta ställer högre krav på att kommunen snabbt tar emot patienter vid utskrivning.

Samverkan med länets kommuner bidrar till samsyn. Vid omställning mot nära vård kan kommunerna stötta varandra i arbetet. Länsövergripande samverkan gynnar även regionen, då informationsöverföring sker genom nätverk istället för enskilda kommuner. Det är samverkan som är "nyckeln" till en god vård och omsorg och det finns goda möjligheter till en robust hälso- och sjukvårdsorganisation som klarar en fortsatt förflyttning mot nära vård.

Valdemarsvik 2026-01-09.

I tjänsten

Maria Frisäter Socialchef Stöd och omsorg

Freddy Wiman Medicinskt ansvarig för rehabilitering

Charlie Hallingström Medicinskt ansvarig sjuksköterska

# Resultat från egenkontroller, internkontroller och kvalitetsgranskningar 2025.

## Intern läkemedelsgranskning

### MAS kvalitetsgranskning av läkemedelshantering

**Mål:** Att med kvalitetsgranskningar bibehålla eller öka kvalitet och säkerhet inom området.

**Resultat:** Under året har oanmälda kontroller utförts på kommunens särskilda boenden för äldre. Vid granskning ses att läkemedelshantering i stort sker på ett säkert sätt. Brister som exempelvis uppmärkning av brytdatum på flytande läkemedel utförs i mindre utsträckning än önskat. Generella läkemedelsförråd där legitimerad personal ansvarar ses god ordning och struktur.

**Analys:** Resultatet bedöms vara god. Brister som identifierats har bedömts vara låg allvarlighetsgrad på. Dock måste verksamheten fortsatt jobbar för att minimera att även mindre brister uppstår i det dagliga arbetet för en säker läkemedelshantering.

**Åtgärd:** Behov av att ständigt aktualisera befintliga skriftliga rutiner för en säker läkemedelshantering. Delegeringsprocessen har förändrats under året och utbildningsmaterialet för delegering har anpassats till att beröra lokala rutiner och riktlinjer i större utsträckning.

-----  
-

## Journalgranskning

**Bakgrund:** Läkemedelsgenomgångar är ett läkaransvar och i samverkan med sjuksköterska, omvårdnadspersonal och delaktig patient används ett validerat symtomskattningsdokument (PHASE-20) för att identifiera orsaker som kan ha samband med läkemedelsbehandling. Detta bidrar till att patienter får korrekt läkemedelsbehandling utifrån dennes hälsotillstånd. Symtomskattning bidrar även till analys av olämpliga läkemedel. För att mäta utförandet används KVÅ-koder

*(KVÅ-kod: klassifikation av vårdåtgärder som ska rapporteras till Socialstyrelsens hälsodataregister).*

**Resultat:** Journalgranskningar inom äldreomsorgen och statistikuttag av Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) koder visar att läkemedelsgenomgångar genomförs och dokumenteras. Socialstyrelsens statistikdatabas över KVÅ visar att Valdemarsviks hälso- och sjukvård registrerat 27st koder för informationsinhämtning inför läkemedelsgenomgång mellan januari och augusti 2025.

**Analys:** Antalet bedöms som bra då medarbetare registrerar på korrekt KVÅ-kod. Vid fördjupad journalgranskning på särskilt boende ses att samtliga har erhållit läkemedelsgenomgång av patientansvarig läkare. Genomgångarna har inte alltid registrerats under korrekt KVÅ-kod, utan dokumenterats under andra koder i journalsystemet. Detta kan bero på att det finns en stor mängd koder att skriva under. Om alla koder skulle användas korrekt kan journalinformationen vara svår att få överblick över.

**Uppföljning:** Fortsatta uppföljningar under 2026 med statistikuttag av KVÅ koder samt journalgranskningar. Återkoppling till legitimerad personal planeras att göras i samband med statistikuttag.

---

## Extern läkemedelsgranskning

Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering genomförs årligen enligt avtal. Apotekare besöker enheter och hela läkemedelskedjan kontrolleras. Genom en extern granskning kan strukturella brister upptäckas men också ge kvitto på att rutiner och arbetssätt är korrekt utformade.

**Resultat:** Granskning genomfördes under december månad på våra särskilda boenden samt i hemtjänst. Ansvariga sjuksköterskor, enhetschefer, MAS och verksamhetschef medverkade under granskningarna. Granskningen påvisade ej några stora brister i läkemedelshantering som kan äventyra patientsäkerheten. Granskningen visar också att det finns förbättringspotential i läkemedelshanteringen. De brister som sågs på samtliga enheter var bland annat rutiner kring städning och kassering av läkemedel och brytdatum av läkemedel med begränsad hållbarhet.

**Åtgärd:** Ansvariga sjuksköterskor uppdaterar lokala åtgärdsplaner och rutiner och MAS kompletterar direktivet för läkemedelshantering. Åtgärdsplanen planeras även att följas upp en gång i kvartalet tillsammans med sjuksköterska, enhetschef och MAS. Detta för att säkerställa att arbetet fortgår under 2026.

**Uppföljning av åtgärd:** Vid årlig kvalitetsgranskning.

---

## Hygienmätningar

### Mätningar av basala hygien- och klädrutiner

**Mål:** Att öka resultat och följsamhet till basala hygien- och klädrutiner.

**Bakgrund:**

SKR nationella punktprevalensmätning (PPM) av följsamhet till basala hygien- och klädrutiner har avslutats.

I kommunens egenkontroll självskattar varje medarbetare sin följsamhet till ett smittförebyggande arbetssätt genom att analysera hur man agerar i en vårdssituation.

## Bilaga patientsäkerhetsberättelse 2025

Inhämtningen av självkattning har övergått till digitalt förfarande för att öka deltagandet. Därefter genomförs en observationsmätning av utsedd medarbetare på enheten. Tanken är att få en rättvis bild över hur följsamheten till basala hygien- och klädrutiner ser ut i det dagliga arbetet. Resultaten blir grund till förbättringsarbete på enhetsnivå

### Resultat:

|                                  |        |
|----------------------------------|--------|
| Antal deltagare i självskattning | 133 st |
| Antal observerade individer      | 139 st |

### Resultat av observationsmätning

|                                                                         | Ja    | Nej   | Ej aktuell |
|-------------------------------------------------------------------------|-------|-------|------------|
| Korrekt desinfektion av händerna före                                   | 76,3% | 18,7% | 5,0%       |
| Korrekt desinfektion av händerna efter                                  | 87,1% | 8,6%  | 4,3%       |
| Korrekt användning av handskar vid risk för kontakt med kroppsvätskor   | 88,5% | 1,4%  | 10,1%      |
| Korrekt användning av engångsförkläde av plast/patientbunden skyddsrock | 72,0% | 15,8% | 12,2%      |
| Korrekt arbetsdräkt                                                     | 97,8% | 2,2%  | 0,0%       |
| Fri från ringar, klockor, armband, bandage och stödskenor               | 96,4% | 3,6%  | 0,0%       |

## Bilaga patientsäkerhetsberättelse 2025

|                                                               |       |      |      |
|---------------------------------------------------------------|-------|------|------|
| Naglar korta och fria från nagellack och konstgjorda material | 98,6% | 1,4% | 0,0% |
| Kort och uppsatt hår                                          | 92,1% | 7,9% | 0,0% |

I självskattning framkommer det att 99,2% av respondenterna vet var hygienrutiner finns.

**Analys:** Årets resultat visar att observationsmätningarna har sjunkit medan självskattningen är relativt oförändrad. Genomgång av observationsmätning ses att total följsamheten till klädrutiner (Korrekt arbetsklädsel, uppsatt hår, utan smycken samt korta naglar) är 87% vilket bedöms som hög. Hygienrutiner (Handsprit, handtvätt och skyddsmaterial) är den totala följsamheten 60%.

**Åtgärd:** Mätningarna fortsätter under 2026 så att kunskap och följsamhet upprätthålls samt följs upp på ett systematiskt och enhetligt sätt. Arbetet med vårdhygienisk strategi kommer fortlöpa och kräver att samtliga enheter kontrollerar och följer upp sina resultat.

---

### Vårdhygien-hjälpmedel

**Mål:** Att det inte ska finnas mycket smutsiga hjälpmedel på kommunens boenden.

#### Resultat:

Antal kontrollerade hjälpmedel: 76

Smutsiga hjälpmedel kan bidra till slitage på hjälpmedel vilket ökar risken vid användandet av hjälpmedel samt en ökad smittspridning. Trivsel och välmående vid användandet av hjälpmedel ökar för patient såväl som personal. Vid mätning 2025 observerades totalt 76st hjälpmedel. Mätningen i diagrammet ovan visar att andelen mycket smutsiga hjälpmedel har minskat från 12% till 7% från föregående år.

**Analys:** Det finns kunskap och dokument som stöd. Det som återstår att arbeta vidare med är att säkerställa att det finns lokala rutiner samt följsamhet till dessa.

#### Uppföljning av åtgärd:

- Observationsmätningar planerar att fortsätta under 2026.



## Bilaga patientsäkerhetsberättelse 2025

- Åter lyfta behov av lokala rutiner och följsamhet till dessa.

---

### Mätning av följsamhet till ordinerade rehabiliterande insatser

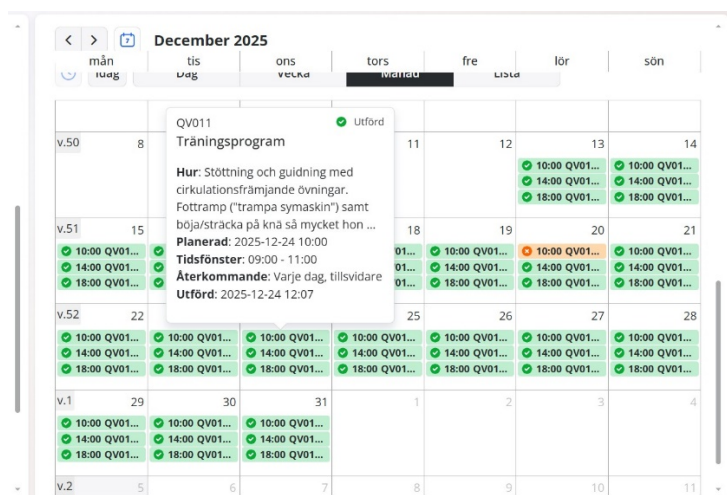
**Mål:** Ökad följsamhet till signering av ordinerade rehabiliterande insatser.

**Resultat:** Den senaste mätningen i november 2022 visade att endast 62% av ordinerade rehabiliteringsinsatser i Valdemarsvik utförts enligt ordination vid granskning av papperssignering. Baslinjemätning av digital signering har utförts 2025. Manuell statistik har tagits fram från SÄBO, korttids-, LSS- och ordinärt boende på en del av alla HSL-uppdrag som rehab utfärdat. De flesta uppdragen har tagits ut i slutet av året för att ge en bättre nulägesbild då implementering av digital signering fortfarande pågår.

SÄBO: 221/229 signeringar – cirka 96,5% följsamhet

LSS: 75/103 signeringar – cirka 73% följsamhet

Hemtjänst: 126/157 signeringar – cirka 80% följsamhet



**Analys:** Följsamheten till digital signering av rehabiliteringsinsatser visar en tydlig förbättring gentemot den senaste mätningen av papperssignering. Detta trots att det ej är fullt implementerat eller att något aktivt arbete med att förbättra följsamheten vidtagits.

#### Åtgärd:

För att säkerställa att patienter erhåller ordinerade rehabiliteringsåtgärder och därmed en god och säker vård rekommenderas aktivt arbete med följsamhet och signering, primärt i LSS-boende och i ordinärt boende där störst förbättringspotential finns.

---

### Trycksår

**Mål:** Förekomsten av trycksår ska vara fortsatt låg/minska

## Bilaga patientsäkerhetsberättelse 2025

**Resultat:** Trycksår mäts en gång per år via punktprevalensmätning på särskilt boende och korttidsboende. Vid mättillfället hade 3 av 79 patienter trycksår vilket innebär en förekomst av 3,8%. 2 av 3 hade fullständiga dokumenterade behandlingsplaner medan en 1 av 3 endast hade pågående insatser men där behandlingsplan saknades.

**Analys:** Den låga procentuella förekomsten visar på att vi arbetar väl med att behandla och förebygga trycksår. Förbättringsområden ses i dokumentation med bedömning samt behandlingsplaner.

**Åtgärd:** Mätningar planeras att fortsätta under 2026.

---

## **Palliativregistret**

**Bakgrund:** Palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister för registrering av vård i livets slutskede. Syftet är att förbättra vården oberoende av diagnos, vem som utför vården samt att använda resultaten för att mäta, förbättra och följa upp kvalitet i vården.

Sedan 2011 används kvalitetsregistret och kommunens sjuksköterskor dokumenterar vård i livets slut för alla personer som avlider på SoL och LSS boenden, har hemsjukvård i ordinärt boende eller är anslutna till PAH, primärvårdsansluten hemsjukvård.

Registerdata granskas regelbundet.

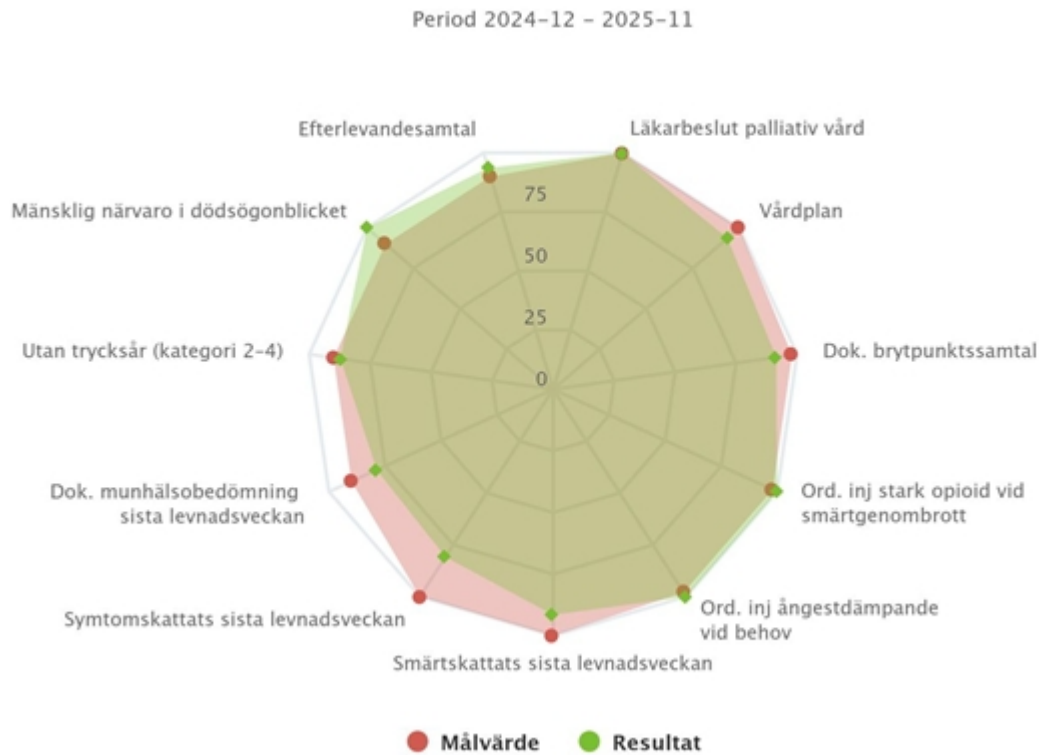
**Mål:** Uppnå respektive målvärde i palliativregistret.

## Bilaga patientsäkerhetsberättelse 2025

### Resultat 2025 Valdemarsviks kommun

Antal registrerade dödsfall 47 st.

#### Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

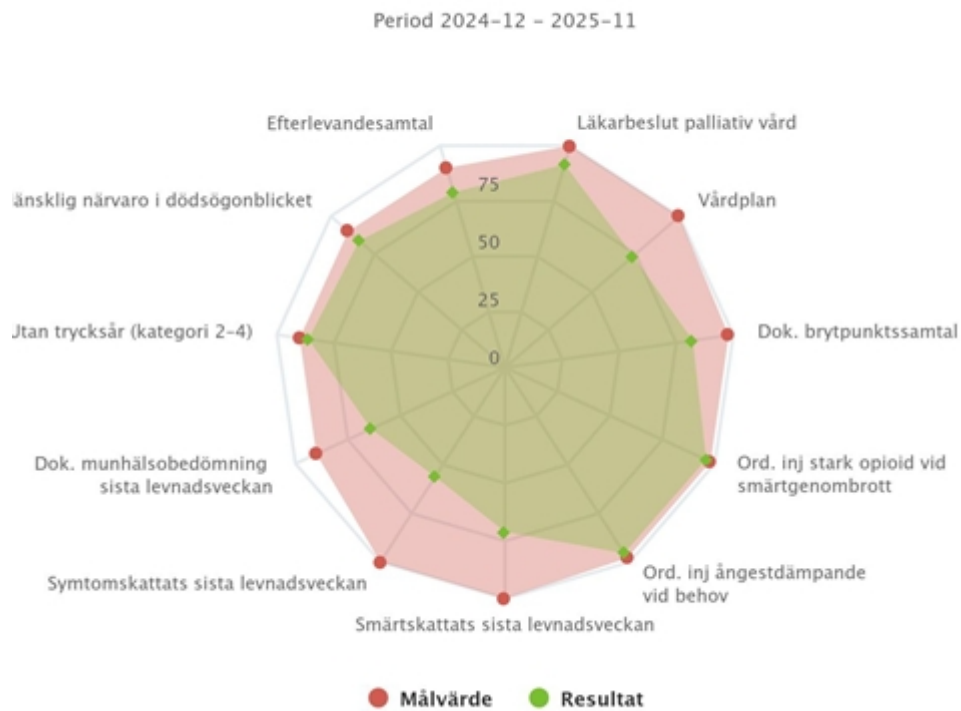


| <u>Kvalitetsindikator</u>                 | <u>Målvärde</u> | <u>Resultat</u> |
|-------------------------------------------|-----------------|-----------------|
| Läkarbeslut palliativ vård                | 100,0           | 100,0           |
| Vårdplan                                  | 100,0           | 93,6            |
| Dok. brytpunktssamtal                     | 98,0            | 91,5            |
| Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott | 98,0            | 100,0           |
| Ord. inj ångestdämpande vid behov         | 98,0            | 100,0           |
| Smärtskattats sista levnadsvecka          | 100,0           | 91,5            |
| Symtomskattats sista levnadsvecka         | 100,0           | 80,9            |
| Dok. munhälsobedömning sista levnadsvecka | 90,0            | 78,7            |
| Utan trycksår (kategori 2-4)              | 90,0            | 87,2            |
| Mänsklig närvaro i dödsögonblicket        | 90,0            | 100,0           |
| Efterlevandesamtal                        | 90,0            | 93,6            |

## Bilaga patientsäkerhetsberättelse 2025

### Resultat 2025 Riket

#### Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



| <u>Kvalitetsindikator</u>                 | <u>Målvärde</u> | <u>Resultat</u> |
|-------------------------------------------|-----------------|-----------------|
| Läkardokumentation palliativ vård         | 100,0           | 91,6            |
| Vårdplan                                  | 100,0           | 73,6            |
| Dok. brytpunktssamtal                     | 98,0            | 82,2            |
| Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott | 98,0            | 95,9            |
| Ord. inj ångestdämpande vid behov         | 98,0            | 95,5            |
| Smärtskattats sista levnadsvecka          | 100,0           | 71,1            |
| Symtomskattats sista levnadsvecka         | 100,0           | 56,1            |
| Dok. munhälsobedömning sista levnadsvecka | 90,0            | 63,9            |
| Utan trycksår (kategori 2-4)              | 90,0            | 86,2            |
| Mänsklig närvaro i dödsögonblicket        | 90,0            | 83,7            |
| Efterlevandesamtal                        | 90,0            | 79,0            |

**Analys:** Resultat likvärdigt från föregående år. Fortsatt under målvärde inom dokumentation av smärtskattning och munhälsobedömning. I sjuksköterskegruppen framkommer det att dessa bedömningar utförs i högre utsträckning än vad som dokumenteras på ett strukturerat sätt. Samverkan med östra länsdelen har skett under året för att arbeta mer systematiskt inom exempelvis dokumentation inom palliativ vård.

Vid jämförelse mot riket ligger Valdemarsviks kommun högre inom samtliga områden.

### Åtgärd:

Fortsatt samverkan med andra kommuner för att utveckla det palliativa arbetet.

Fortsatt arbete med palliativa ombud på varje enhet för att säkerställa kompetens.

Köpa in tillägg i verksamhetssystem som standardiserar dokumentation och ger förslag på åtgärder som ska utföras i palliativ vård. Detta medför att exempelvis munhälsobedömningar och smärtskattningar kan planeras in vid uppstart av hälsoplan. Detta tillägg kan även användas inom flera områden och säkerställa kvalitén i verksamheten.

**Uppföljning av åtgärd:** Analys av resultat i palliativregistret ska följas kontinuerligt under 2026.

## Senior alert

**Bakgrund** Senior Alert är ett nationellt kvalitetsregister som syftar till att stödja vårdprevention inom områdena: risk för fall, risk för trycksår, risk för undernäring och risk för ohälsa i munnen. Hälsoplaner upprättas för att åtgärda, eliminera, reducera eller förebygga vårdskada.

**Mål:** Säkerställa att vårdpreventivt arbete utförs inom områden fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen. Att arbetet sker multiprofessionellt.

## Resultat 2024

|                    | Unika personer | Vårdprevention           |                                |                      |                           |
|--------------------|----------------|--------------------------|--------------------------------|----------------------|---------------------------|
|                    |                | Riskbedömningar med risk | Bakomliggande orsaker vid risk | Åtgärdsplan vid risk | Utförda åtgärder vid risk |
| Kommunövergripande | 89             | 91% ↓<br>117 av 128      | 86% ↓<br>101 av 117            | 97% ↑<br>113 av 117  | 73% ↑<br>68 av 93         |
| Enhetsnivå         | 33             | 93% ↑<br>43 av 46        | 79% ↑<br>34 av 43              | 95% ↑<br>41 av 43    | 73% ↑<br>22 av 30         |
|                    | 17             | 75% ↓<br>24 av 32        | 96% ↓<br>23 av 24              | 100% →<br>24 av 24   | 96% ↑<br>25 av 26         |
|                    | 24             | 100% ↑<br>27 av 27       | 81% →<br>22 av 27              | 96% ↑<br>26 av 27    | 20% ↓<br>2 av 10          |
|                    | 15             | 100% →<br>22 av 22       | 100% ↑<br>22 av 22             | 100% ↑<br>22 av 22   | 70% ↑<br>19 av 27         |

## Resultat 2025

|                    | Unika personer | Riskbedömningar med risk | Bakomliggande orsaker vid risk | Åtgärdsplan vid risk | Utförda åtgärder vid risk |
|--------------------|----------------|--------------------------|--------------------------------|----------------------|---------------------------|
| Kommunövergripande | 92             | 91% ↓<br>143 av 157      | 86% ↓<br>123 av 143            | 97% →<br>139 av 143  | 87% ↑<br>125 av 143       |
| Enhetsnivå         | 33             | 96% ↑<br>53 av 55        | 85% ↑<br>45 av 53              | 100% ↑<br>53 av 53   | 84% ↑<br>47 av 56         |
|                    | 15             | 66% ↓<br>19 av 29        | 95% ↓<br>18 av 19              | 95% ↓<br>18 av 19    | 100% ↑<br>23 av 23        |
|                    | 31             | 96% ↓<br>47 av 49        | 81% ↓<br>38 av 47              | 96% ↓<br>45 av 47    | 80% ↑<br>33 av 41         |
|                    | 14             | 100% →<br>24 av 24       | 92% ↓<br>22 av 24              | 96% ↓<br>23 av 24    | 96% ↑<br>22 av 23         |
|                    |                |                          | 75 - 100 %                     | 75 - 100 %           | 75 - 100 %                |
|                    |                |                          | 25 - 74 %                      | 25 - 74 %            | 25 - 74 %                 |
|                    |                |                          | 0 - 24 %                       | 0 - 24 %             | 0 - 24 %                  |

**Resultat:** Under året har arbetat med Senior Alert fungerat väl och förbättrats gentemot föregående år. Störst förbättring ses primärt under utförda åtgärder vid risk. Som tidigare nämnts blev Valdemarsvik utsedd till guldkommun. Resultatet visar en god måluppfyllelse från föregående års mål.

**Analys:** Följsamheten och det systematiska arbetssättet har fortlöpt kommunövergripande.

**Åtgärd:** Bibehålla arbetssättet med Senior Alert så att det förebyggande arbetet förblir hållbart över tid. På så vis kan man uppnå ett systematiskt arbetssätt som är preventivt, kvalitetssäkrande och utvecklande.

## BPSD- Resultat 2025 inom området demens

**Bakgrund:** BPSD registret (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens) är ett nationellt kvalitetsregister som syftar till att kvalitetssäkra vården av personer med demenssjukdom utifrån de nationella riktlinjerna för demens. Arbetet med BPSD förutsätter ett tvärprofessionellt teamarbete. Framtagna handlingsplaner bidrar till en minskning av beteendemässiga och psykiska symtom som kan uppkomma vid demenssjukdom. Genom att använda ett systematiskt arbetssätt bidrar verksamheten till att uppnå en god och säker vård och därmed en ökad livskvalitet.

**Mål:** Att genom multiprofessionella vårdåtgärder minska beteendemässiga och psykiska symtom (BPSD) och därigenom minska lidandet samt öka livskvaliteten för personen med demenssjukdom/kognitiv sjukdom.

**Resultat:**

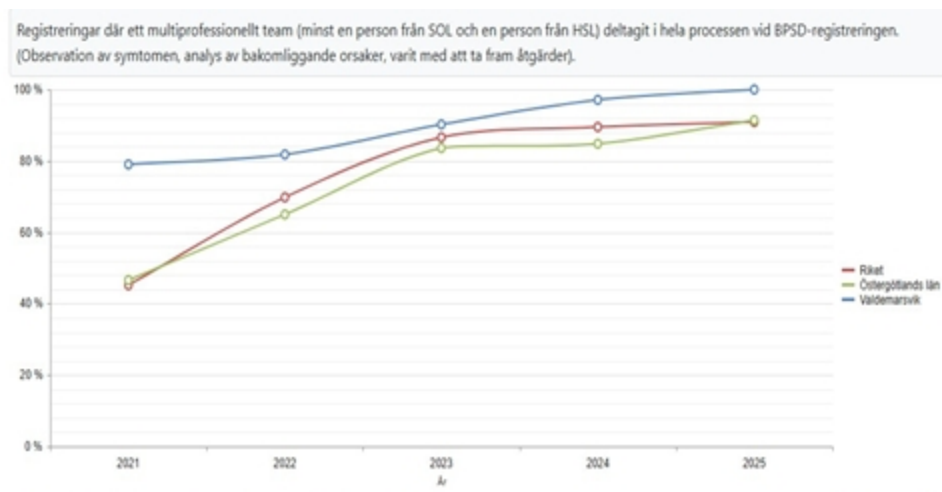
## Bilaga patientsäkerhetsberättelse 2025

\* Neuropsychiatric Inventory (NPI) skala utvecklad för att mäta beteendesymptom (BPSD), låga poäng eftersträvas. (Maxpoäng 144). Genomsnitt på senaste registreringen.

| År   | Antal personer | Antal registreringar | *NPI-Poäng |
|------|----------------|----------------------|------------|
| 2020 | 26             | 26                   |            |
| 2021 | 35             | 39                   | 23,78      |
| 2022 | 48             | 67                   | 20,47      |
| 2023 | 51             | 65                   | 21.2       |
| 2024 | 52             | 73                   | ~28        |
| 2025 | 54             | 73                   | ~26        |

2025 NPI-poäng i riket: 19,3

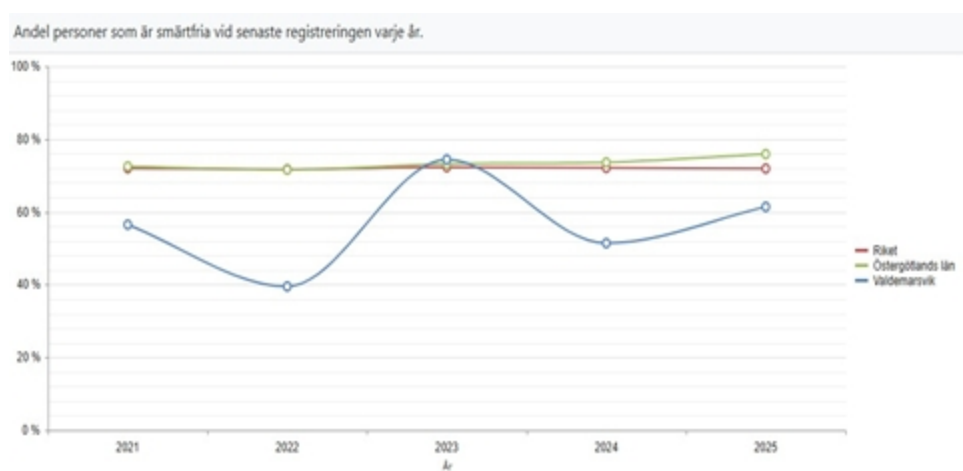
2025 NPI-poäng i Östergötland: 20,8



Resultatet ovan visar att Valdemarsvik fortsätter att förbättra det multiprofessionella arbetssättet med skattning av bakomliggande faktorer samt att ta fram åtgärder. 73 av 73 registreringar dvs 100% har bestått av ett multiprofessionellt team 2025. Snittet i Östergötlands län och riket uppgick 2025 till cirka 91%.



## Bilaga patientsäkerhetsberättelse 2025



Under 2025 skattades cirka 61% som smärtfria mot cirka 51% smärtfria 2024. Resultatet är en förbättring mot föregående år men ligger fortsatt lägre än rikets och Östergötlands snitt på cirka 72-76% smärtfria.

## Svedem

**Bakgrund:** SveDem är ett nationellt kvalitetsregister som syftar i att samla in data om personer med demenssjukdom för att kunna förbättra och utveckla vården av demenssjuka i Sverige. Målet är skapa ett rikstäckande verktyg för likvärdig och bästa behandling av personer med demenssjukdom. För att stödja verksamhetsutveckling lägger SveDem särskild vikt vid att följa kvalitetsindikatorerna i Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för demensvård och omsorg.

**Resultat:** Under året som gått har Svedem fortsatt användas och antalet registreringar har ökat vilket var ett mål ifrån föregående år. Det andra målet om att närma sig Socialstyrelsens målvärde har på totalen ej förbättrats.

*Korrigerat under 2024 är efterregistreringar som inkommit i början av 2025 efter föregående patientsäkerhetsberättelse.*

| 2024                                                                           | 2025  | Socialstyrelsen<br>målvärde |
|--------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------------------|
| Antal<br>uppföljningsregistreringar<br>utförda: 10st – <i>korrigerat: 25st</i> | 43st  |                             |
| Andel levandsberättelse<br>70% - <i>korrigerat: 80%</i>                        | 83,7% | över 98%                    |
| Andel miljöanpassningar 90%<br>- <i>korrigerat: 56%</i>                        | 55,8% | över 98%                    |
| Andel Strategier för<br>bemötande<br>100% - <i>korrigerat: 96%</i>             | 76,7% | över 98%                    |
| Andel tillgång till<br>personcentrerade aktiviteter                            | 83,7% | över 98%                    |

## Bilaga patientsäkerhetsberättelse 2025

|                                            |       |          |
|--------------------------------------------|-------|----------|
| 100% - <i>korrigerat: 92%</i>              |       |          |
| Andel med antipsykosläkemedel<br>20%       | 20,9% | Under 5% |
| Läkemedelsgenomgång inom<br>12 mån<br>100% | 100%  |          |

**Analys:** Korrigerade siffror för 2024 ger en mer rättvis bild vid jämförelse gentemot 2025. De största skillnaderna mot föregående år ses i en viss försämring av bemötandestrategier och personcentrerade aktiviteter men är svårt att dra några fullständiga slutsatser kring anledning.

### Åtgärd:

Sträva efter att uppföljningsregistreringarna fortsätter öka samt att Valdemarsviks kommun närmar sig Socialstyrelsens målvärde.

---

## Samverkan mellan Valdemarsviks kommun och Region Östergötland Avvikelser mellan vårdgivare samt förbättringsåtgärder för ökad patientsäkerhet

**Mål:** Att fortsatt skicka och återkoppla avvikelser vid brister i egen eller extern verksamhet.  
Att utveckla samverkan mellan vårdgivare så att avvikelser inte upprepas.

### Resultat:

Avvikelser mellan vårdgivare: Valdemarsviks kommun och Region Östergötland slutet och öppenvård.

| År   | Skickade avvikelser | Inkomna avvikelser |
|------|---------------------|--------------------|
| 2021 | 19                  | 17                 |
| 2022 | 28                  | 3                  |
| 2023 | 10                  | 7                  |

## Bilaga patientsäkerhetsberättelse 2025

|      |    |   |
|------|----|---|
| 2024 | 25 | 9 |
| 2025 | 32 | 6 |

### Analys av resultat:

Många av avvikelser som skickas mellan vårdgivare är fortsatt i samband med in- och utskrivningsprocessen. Utskrivning från sjukhus och förflyttning av patienter mellan vårdgivare är ett riskmoment och ofta brister uppstår. Exempel kan vara bristande överrapportering eller att patienten inte får med sig de hjälpmedel eller läkemedel som är överenskommet. Övrigt så handlar flertalet avvikelser om bristfällig dokumentation exempelvis efter rond

### Åtgärd:

Fortsätta uppmärksamma och synliggöra brister som uppstår mellan vårdgivare. Fortsätta samverka med regionen och östra länsdelen för att identifiera förbättringsområden på strategisk nivå.

---

## Avvikelser inom det egna vårdgivaransvaret.

### Avvikelser Läkemedel och Fall

Utifrån medicinskt ansvarigas ansvar görs en djupare analys i patientsäkerhetsberättelsen av avvikelser som berör läkemedel och fall.

### Läkemedelsavvikelser 2025

#### Mål:

- Minska antalet avvikelser som är relaterade till läkemedelshantering.
- Alla enheter identifierar avvikelsernas brister och kvalitetssäkrar orsaken till avvikelserna.

#### Resultat:

Avvikelser läkemedel

| Läkemedel | Antal avvikelser | Förändring mot föregående år | % förändring mot föregående år |
|-----------|------------------|------------------------------|--------------------------------|
| 2022      | 384              | + 57 avvikelser              | + 17,4%                        |
| 2023      | 397              | + 13 avvikelser              | + 3,4%                         |
| 2024      | 414              | + 17 avvikelser              | + 4,1%                         |
| 2025      | 340              | - 74 avvikelser              | - 17,9%                        |

**Analys:** Den största andelen läkemedelsavvikelser berör glömda doser. Under 2025 utgör andelen glömda doser 40,9% av samtliga inkomna avvikelser, vilket är en minskning från föregående år.

## Bilaga patientsäkerhetsberättelse 2025

Under året har samtliga särskilda boenden för äldre gått över i digital signering. Till nästkommande år kan fullständig statistik över digital signering tas ut. Inom ordinärt boende finns förutsättningar och användandet av mobila enheter är hög. Digital signering finns inom ordinärt boende men är i dagsläget ej det formella signeringsförfarandet.

Tittar man på enheten där digital signering funnits under hela året är antalet glömda doser 2025 27 st avvikelser. Jämförelse med 2024 var det 55 glömda doser.

### Åtgärd:

- Införa digital signering som formellt arbetssätt inom kommunens samtliga verksamhet. Arbetet är långsiktigt och kommer kräva tid för att säkerställa patientsäkerheten under införandet.
- Enhetschefer säkerställer korrekta arbetsscheman, så att det finns delegerad personal för att täcka behoven där läkemedel ska ges.

---

## Fallavvikelser 2025

Ett fall definieras som en händelse då en person oavsiktligt hamnar på golvet eller marken, oavsett om skada inträffat eller inte. Detta skall leda till att en avvikelse skrivs.

**Mål:** Att fortsätta arbeta aktivt med fallförebyggande åtgärder samt minska risk för vårdskada i samband med fall.

**Resultat:** Fallriskbedömning är tänkt att genomföras via Senior alert regelbundet 6:e månad på särskilt boende. Senior Alertbedömning erbjuds även personer inom LSS samt på korttidsboendet. I ordinärt boende är målet att fall för första gången ska leda till ett kostnadsfritt fallpreventivt hembesök och att övriga fall utreds av legitimerad personal. En annan del av det fallförebyggande arbetet är uppsökande verksamhet. Det innebär att samtliga personer som ansöker om trygghetslarm skall erbjudas ett fallpreventivt hembesök. I och med detta finns det möjlighet att i ett tidigt skede kunna komma i kontakt med personer med ökad fallrisk och tidigt kunna erbjuda fallförebyggande insatser.

| Fall | Antal avvikelser | Förändring mot föregående år | % förändring mot föregående år |
|------|------------------|------------------------------|--------------------------------|
| 2020 | 576              |                              |                                |
| 2021 | 555              | -21 avvikelser               | -3.65%                         |
| 2022 | 515              | -40 avvikelser               | -7.21%                         |
| 2023 | 585              | +70 avvikelser               | +12%                           |
| 2024 | 469              | -116 avvikelser              | -19,8%                         |
| 2025 | 575              | +106 avvikelser              | +22,6%                         |

## **Bilaga patientsäkerhetsberättelse 2025**

**Analys:** Den stora procentuella ökningen av fall kan delvis förklaras av en lägre andel rapporterade fall 2024. Rapporterade fall 2025 är i ett normalspann med en relativt låg standardavvikelse uträknat på senaste 6 åren.

**Åtgärd:** Fortsätta erbjuda fallpreventiva hembesök i ordinärt boende.



(3)

VAL.2026.1

## Avsägelse från Per Hanö (SD) från samtliga politiska uppdrag

### Kommunstyrelsens beslut

#### Ärendebeskrivning

##### Yrkanden

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

##### Beslutsgång

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

-----

### Beslutet skickas till

Xxxxxx

Justerare

.....

.....



(3)

VAL.2026.1

Akten

---

Justerare

.....

.....



Tjänsteställe/Handläggare

Kommunledningskontoret

Dennis Gidlund

Kanslichef

Tel: 0123-194 29

E-post: dennis.callejas.gidlund@valdemarsvik.se

Mottagare

Kommunstyrelsen

## **Avsägelse från Per Hanö (SD) från samtliga politiska uppdrag**

### **Förslag till beslut**

Avsägelsen godkänns för uppdrag enligt nedan;

- Ledamot i kommunstyrelsens arbetsutskott tillika krisledningsutskott
- Vice ordförande i kommunstyrelsens arbetsutskott tillika krisledningsutskott
- Ledamot i kommunstyrelsens stöd- och omsorgsutskott
- Ordförande i kommunstyrelsens stöd- och omsorgsutskott
- Ordförande i kommunala tillgänglighetsrådet
- Representant strategiska frågor inom vård och omsorg

### **Ärendebeskrivning**

Per Hanö (SD) har inkommit med avsägelse för samtliga politiska uppdrag.

### **Beslutet skickas till**

Troman

Löner

Berörda förtroendevalda

Akten

VALDEMARSVIKS KOMMUN

Dennis Gidlund  
kanslichef



**Från:** [Hanö, Per](#)  
**Till:** [Callejas Gidlund, Dennis](#)  
**Ärende:** Avsägelse uppdrag  
**Datum:** den 20 januari 2026 10:07:18

---

Hej,

Härmed avsäger jag mig samtliga mina kommunala uppdrag med omedelbar verkan, pga av hälsoskäl.

Mvh

Per Hanö

---

All e-post som skickas till Valdemarsviks kommun är allmän handling. Valdemarsviks kommun hanterar dina personuppgifter enligt dataskyddsförordningen (GDPR). För mer information se <https://www.valdemarsvik.se/kommun/kommun-politik/personuppgiftshantering/>



(4)

VAL.2026.1

## Fyllnadsval till ledamot i kommunstyrelsens arbetsutskott tillika krisledningsutskott

### Kommunstyrelsens beslut

#### Ärendebeskrivning

##### Yrkanden

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

##### Beslutsgång

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

-----

### Beslutet skickas till

Xxxxxx

Justerare

.....

.....



(4)

VAL.2026.1

Akten

---

Justerare

.....

.....



(5)

VAL.2026.1

## Fyllnadsval till vice ordförande i kommunstyrelsens arbetsutskott tillika krisledningsutskott

### Kommunstyrelsens beslut

#### Ärendebeskrivning

##### Yrkanden

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

##### Beslutsgång

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

-----

### Beslutet skickas till

Xxxxxx

---

Justerare

.....

.....



(5)

VAL.2026.1

Akten

---

Justerare

.....

.....



(6)

VAL.2026.1

## Fyllnadsval till ledamot i kommunstyrelsens stöd- och omsorgsutskott

### Kommunstyrelsens beslut

#### Ärendebeskrivning

##### Yrkanden

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

##### Beslutsgång

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

-----

### Beslutet skickas till

Xxxxxx

Justerare

.....

.....



(6)

VAL.2026.1

Akten

---

Justerare

.....

.....



(7)

VAL.2026.1

## Fyllnadsval till ordförande i kommunstyrelsens stöd- och omsorgsutskott

### Kommunstyrelsens beslut

#### Ärendebeskrivning

##### Yrkanden

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

##### Beslutsgång

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

-----

### Beslutet skickas till

Xxxxxx

Justerare

.....

.....





(7)

VAL.2026.1

Akten

---

Justerare

.....

.....



(8)

VAL.2026.1

## Fyllnadsval till ordförande i kommunala tillgänglighetsrådet

### Kommunstyrelsens beslut

#### Ärendebeskrivning

##### Yrkanden

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

##### Beslutsgång

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

-----

### Beslutet skickas till

Xxxxxx

Justerare

.....

.....



(8)

VAL.2026.1

Akten

---

Justerare

.....

.....



(9)

VAL.2026.1

## Fyllnadsval till representant strategiska frågor inom vård och omsorg

### Kommunstyrelsens beslut

#### Ärendebeskrivning

##### Yrkanden

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

##### Beslutsgång

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

-----

### Beslutet skickas till

Xxxxxx

Justerare

.....

.....



(9)

VAL.2026.1

Akten

---

Justerare

.....

.....



(10)

Nämnd.2026.1

## Information

### Kommunstyrelsens beslut

### Ärendebeskrivning

#### Yrkanden

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

#### Beslutsgång

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

-----

### Beslutet skickas till

Xxxxx  
Akten

Justerare

.....

.....



(11)

Nämnd.2026.2

## Anmälan till kommunstyrelsen

### Kommunstyrelsens beslut

#### Ärendebeskrivning

##### Yrkanden

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

##### Beslutsgång

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

-----

### Beslutet skickas till

Xxxxx  
Akten

---

Justerare

.....

.....



(12)

Nämnd.2026.3

## Frågor

### Kommunstyrelsens beslut

### Ärendebeskrivning

#### Yrkanden

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

#### Beslutsgång

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

-----

### Beslutet skickas till

Xxxxx  
Akten

---

Justerare

.....

.....