



Omsorgsnämnden

Omsorgsnämnden kallas härmed till sammanträde för behandling av ärenden enligt bilagd förteckning.

Tid Torsdagen den 2026-02-26 kl. 13:15
Plats Konferensrummet, omsorgsförvaltningen, Gärdesvägen 4

Ledamöter

Lars-Olof Petersson (S), Ordförande
Gunnel Nordahl (S)
Josefine Ljungqvist (KD), 1:e vice ordförande
Ernad Husic (S)
Ann-Charlott Filipsson (C)
Monica Pihl (C)
Björn Svanholm (V)
Helén Gustavsson (M), 2:e vice ordförande
Ann-Christin Gustafsson (M)
Britt Karlsson (AA)
Annica Svensson (AA)
Lena Nikolausson (SD)
Hazel Eriksson (SD)

Ersättare

Anel Glavovic (S)
Hadna Ali (S)
Jonas Engkvist (C)
Gunnel Norén (V)
Christer Brincner (KD)
John-Erik Pettersson (M)
Monika Carlberg (M)
Isabelle Svanberg (AA)
Yvonne Erlandsson (SD)



Förteckning över Omsorgsnämndens ärenden den 2026-02-26 kl. 13:15		
1.	Närvaro Dnr NOH-6632	
2.	Val av justerare Dnr NOH-6633	
3.	Fastställande av dagordning Dnr NOH-6634	
4.	Patientsäkerhetsberättelse 2025 Dnr NOH-2026-00010 1.5.1	
5.	Omsorgsnämndens årsrapport 2025 med återrapportering av intern kontroll Dnr NOH-2026-00014 1.4.1	
6.	Åtgärdsplan inom omsorgsnämnden inklusive statusrapportering Dnr NOH-2025-00029	
7.	Uppdateringar av delegationsordning 2026 Dnr NOH-2026-00012 1.2.3	
8.	Handlingsplan bostadsförsörjning Dnr NOH-2026-00011	
9.	Handlingsplan för digitalisering 2026 Dnr NOH-2026-00024	
10.	Enheternas årsberättelser år 2025 Dnr NOH-2026-00009 1.4.1	
11.	Redovisning av delegationsbeslut 2026 Dnr NOH-2026-00017 1.2.3	
12.	Meddelanden till omsorgsnämnden 2026 Dnr NOH-2026-00018 1.7.3	
13.	Informations- och diskussionsärenden Dnr NOH-2026-00008 2.1.2	

Lars-Olof Petersson
Ordförande

Lovisa Olsson
Nämndsekreterare



Alvesta
kommun

Patientsäkerhetsberättelse för omsorgsförvaltningen År 2025

ON § xx, 2026-02-26

Karin Bengtsson Medicinskt ansvarig för rehabilitering
Lena Bodin, Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) 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 bedrivits i verksamhetens olika delar med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvalitén.

Omsorgsförvaltningen ansvarar för att den hälso-och sjukvård som bedrivs inom kommunen är av god kvalitet. Den som erhåller vård och omsorg ska ha en god upplevelse kring bemötande, förtroende och trygghet, ges möjlighet till delaktighet och inflytande samt att patientsäkerheten ska stärkas.

Innehåll

Inledning.....	2
Sammanfattning av kvalitetsarbetet under 2025	5
• Ökad följsamhet till befintliga hygienrutiner.....	5
• Förebyggande åtgärder för att minska fall, trycksår, undernäring och dålig munhälsa	5
• Digital signering.....	5
Engagerad ledning och tydlig styrning.....	6
Ansvarsfördelning	6
Omsorgsnämndens ansvar.....	6
Verksamhetschefens ansvar	6
Ansvar Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)	6
Enhetschefens ansvar	7
Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar.....	7
Kommunal primärvård	7
Samverkan med andra vårdgivare/aktörer	7
Läkarmedverkan.....	7
Fördjupade läkemedelsgenomgångar.....	8
Samverkan gällande in- och utskrivning slutna hälso- och sjukvård.....	8
Linkteam	9
Nära vård	9
Samverkan ambulans, vårdcentral och kommun	9
Skörhetsskattning.....	10
Förebyggande hembesök demens	10
Trygg och säker hemgångsteamet (TOSH).....	11
Informationssäkerhet.....	11
En god säkerhetskultur	11
Struktur för uppföljning och utvärdering.....	11
Arbete med nationella kvalitetsregister	11
Palliativregistret	11
BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens).....	12
Egenkontroller	13
Granskning av läkemedelshanteringen	13
Nattfasta	13
Vårdhygien	13
PPM-BHK.....	14
Sårbehandling	14

Journalgranskning	15
Adekvat kunskap	15
Patienten som medskapare.....	15
Samverkan med patienter och närstående	15
Samverkan med medborgare.....	16
Avvikelser.....	16
Sammanställning avvikelser	16
Läkemedel.....	16
Medicinteknisk produkt	17
Rehab - träning och behandling	17
Annan vårdgivare	18
IVO, Patientnämnd samt klagomål	18
Inspektionen för vård och omsorg (IVO)	18
Läkemedelsverket	19
Patientnämnden	19
Klagomål.....	19
Mål, strategier och utmaningar för 2026	19
Ökad följsamhet till befintliga hygienrutiner.....	19
Markörbaserad journalgranskning	19
Förebyggande åtgärder för att minska fall.....	19

Sammanfattning av kvalitetsarbetet under 2025

Vårdgivaren har skyldighet att erbjuda en god hälso-och sjukvård av god kvalitet med god hygienisk standard, vara lätt tillgänglig och bygga på patientens självbestämmande och integritet, samt främja goda kontakter mellan patienter och hälso-och sjukvårdspersonal. (HSL 2017:30)

Ett antal sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter samt undersköterskor har påbörjat eller genomfört olika utbildningar för att stärka kompetensen med syftet att vi ska kunna möta de nya utmaningar som vi ser är i antågande.

Skörhet är då personer succesivt förlorar förmågor att hantera fysiska, psykiska och sociala påfrestningar. Alla över 65 år ska skörhetsskattas då de kommer i kontakt med sjukvården. Detta för att få en tydligare bild av patientens förmågor när de är i sitt vanliga tillstånd. Skörhetsskattningen är ett stöd vid planering av vård, omsorg och rehabilitering. Det är alltså skörheten som är vägledande i stället för patientens ålder och är en viktig del i helhetsbedömning av patienten

Mätningar av nattfastan och följsamhet till basala hygienrutiner har gjorts under hösten. Tyvärr så kan man se en viss försämring i dessa mätningar.

Det totala antal avvikelser om vårdskador har ökat från 2264 till 2498. Antalet avvikelser fall har ökat i jämförelse med tidigare år. En tänkbar anledning till detta kan vara att tidigare skrevs inte avvikelser på de som har fallit fler än fem gånger per månad. Nu skrivs avvikelser på alla fall oavsett hur många gånger patienten faller. Höftfrakturer har ökat från sju till 12.

En avvikelse har lett till en Lex Maria anmälan. Logguppföljningar har inte visat på någon otillåten journalåtkomst

Genomsnittet för patienter inom somatisk vård, som är bedömda av läkare som utskrivningsklara har legat kvar på sjukhuset i genomsnitt 2,8 dagar under året, likvärdigt med 2024.

Det belopp som en kommun under år 2025 skulle lämna i ersättning till en region för vård av en utskrivningsklar patient enligt 5 kap. 6 § lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutenvård fastställdes till 11 500 kronor för ett vård dygn. (HSLF-FS 2024:34). För 2026 kommer den summan att ligga på 12 300 kronor/dygn.

Inga betaldagar har fakturerats kommunen under 2025. Detta beror till stor del på ett aktivt arbete av olika professioner i kommunen som jobbar för att patienter inte ska vara kvar längre än nödvändigt på sjukhus, men också ett fördelaktigt avtal mellan Region Kronoberg och kommunal primärvård.

[\(Överenskommelse och riktlinjer i Kronobergs län mellan Region Kronoberg och kommunerna avseende in- och utskrivning av patienter i slutenvård i Kronobergs län\)](#), fastställdes av Länet's ledningsgrupp för samordning av hälso-och sjukvård, socialtjänst och skola i november 2024.

Följande mål sattes för verksamhetsåret 2025.

- Ökad följsamhet till befintliga hygienrutiner
- Förebyggande åtgärder för att minska fall, trycksår, undernäring och dålig munhälsa
- Digital signering

Sammantaget har målen uppnåtts till viss del, fortsatt arbete under 2026. Digital signering införs under året även i särskilt boende.

Utifrån vad som framkommit som förbättringsområden under 2025 kommer omsorgsförvaltningen att jobba med tre områden. Ökad följsamhet till befintliga hygienrutiner, markörbaserad journalgranskning och förebyggande åtgärder för att minska fall.

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.

Varje patient 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. Ledningssystemet ska tydliggöra och synliggöra verksamhetens kvalitet och dess resultat för personal, patienter och övriga medborgare. Tydligheten bildar en säker grund och är en förutsättning för att identifiera förbättringsmöjligheter. Omsorgsförvaltningen har fortsatt sitt arbete med ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete i enlighet med Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ([SOSFS 2011:9](#)). Ledningssystemet möjliggör styrning i verksamheten så att kvalitet uppnås och händelser som kan leda till vårdskador och missförhållanden inte uppstår.

Ansvarsfördelning

Omsorgsnämndens ansvar

Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god och säker vård i hälso- och sjukvårdslagen (Hälso- och sjukvårdslagen ([2017:30](#)) samt Hälso- och sjukvårdsförordningen ([2017:80](#)) följs. Nämnden ska fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.

Verksamhetschefens ansvar

Verksamhetschefen skall enligt hälso- och sjukvårdslagen/-förordningen svara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet. Inom ramen för ledningssystemet ska verksamhetschefen ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt skall bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten.

Ansvar Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)

De medicinskt ansvariga har tillsammans med verksamhetschefen ansvar för att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för det ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet som finns för den kommunala primärvården. De medicinskt ansvariga utövar sitt ansvar genom att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet inom respektive ansvarsområde.

I ansvaret ingår bland annat att se till att författningsbestämmelser och andra regler är kända och efterlevs, att det finns behövliga direktiv och instruktioner för verksamheten samt att personalen inom kommunens hälso- och sjukvård har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten.

Enhetschefens ansvar

Enhetschefen ansvarar för att de rutiner och riktlinjer som verksamhetschef och medicinskt ansvariga fastställt är väl kända i verksamheten samt att ny personal får den introduktion som krävs för att utföra sina arbetsuppgifter.

Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar

Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet samt att inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

Kommunal primärvård

I den kommunala primärvården arbetar sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Tillsammans med delegerad omsorgspersonal, stödassistenter och stödpedagoger tillgodoser de kommuninvånarens behov av vård och omsorg.

Vårdcentralens läkare ansvarar för hälso- och sjukvårdsinsatser för patienter som är anslutna till kommunal primärvård i ordinärt boende och på särskilda boenden.

Hälso- och sjukvård kan behövas för en kortare tid till exempel efter en operation men kan också göra det möjligt för personer med långvarig sjukdom att vårdas i det egna hemmet eller i särskilda boendeformer. Kommunrehab ansvarar för förskrivning av hjälpmedel för alla kommuninvånare över 18 år enligt hemsjukvårdsavtalet.

Samverkan med andra vårdgivare/aktörer

En viktig del i patientsäkerhetsarbetet är hur omsorgsnämndens verksamhet för hälso- och sjukvården samverkar med andra vårdgivare och intressenter.

- Samverkansgrupp med vårdcentralerna i kommunen träffas fyra gånger per år och består av verksamhetscheferna samt avdelningscheferna för vårdcentralerna i kommunen. Kommunen representeras av enhetschef för kommunala primärvården, MAR och MAS samt sjuksköterska med särskilt utvecklingsansvar inom Nära vård.
- MAS-/MAR-nätverket i Kronoberg
- Link utvecklingsarbete där Alvesta har representerats av myndighetshandläggare, fysioterapeut, arbetsterapeut och sjuksköterska. Från regional primärvård var det verksamhetschef och vårdkoordinatorer. Från slutenvård medverkade link-ansvariga på sjukhusets avdelningar
- Professionsråd med representanter från alla kommuner och i de flesta fall, från Regionen. Professionsråd finns inom följande områden; hjälpmedel, palliativ vård, diabetes, sår, dokumentation, inkontinens, demens och nutrition.
- Samverkansråd mellan länets kommuner och Palliativt Centrum inom Linnéuniversitetet. Under året har en sjuksköterska från Alvesta kommun arbetat deltid på Palliativt Centrum.
- Samverkan med Regionens enhet för vårdhygien genom regelbundna möten
- Samverkan Kommunal-Regional primärvård, en informationskanal mellan vårdgivare

Läkarmedverkan

Region Kronoberg har ansvar för läkarinsatserna i kommunal primärvård. Samverkansavtal mellan omsorgsförvaltningen i Alvesta kommun och Region Kronobergs vårdcentraler i Alvesta och Moheda samt den privatägda vårdcentralen i Vislanda uppdateras årligen. Avtalen reglerar samarbetsformer

och gemensamma mål för samverkan inom den kommunala primärvården. Detta gäller såväl inom särskilt som i ordinärt boende.

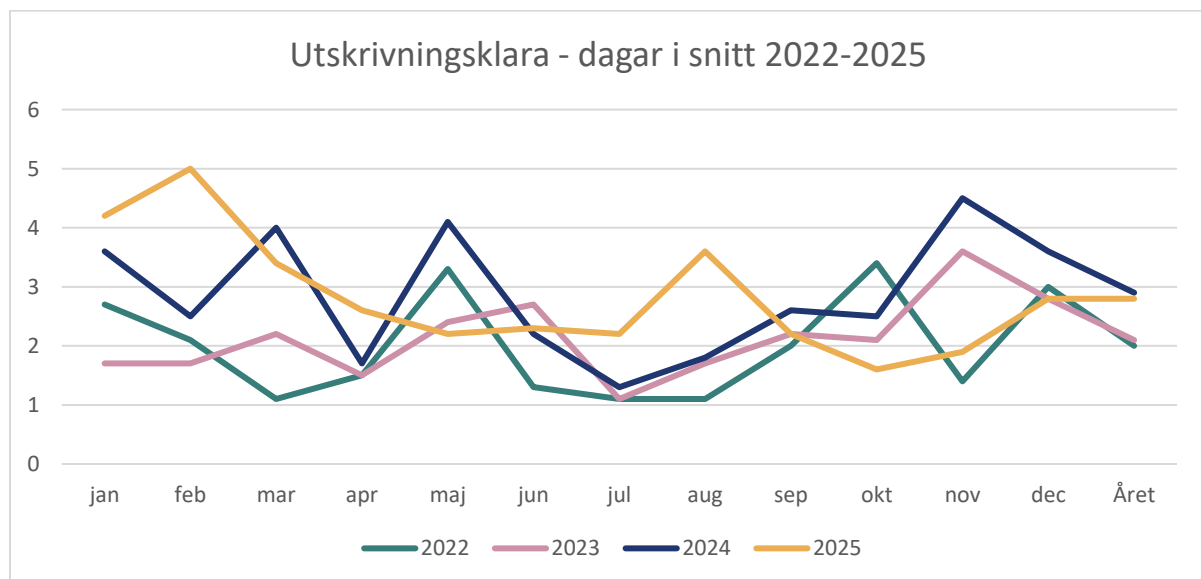
Fördjupade läkemedelsgenomgångar

Enligt författning HSLF-FS 2017:37, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården, ska en patient som efter en enkel läkemedelsgenomgång har kvarstående läkemedelsrelaterade problem eller där det finns en misstanke om sådana problem, av vårdgivaren erbjudas en fördjupad läkemedelsgenomgång. Detta är utfört på sammanlagt 45 patienter på SÄBO i söder och i norr. Tyvärr fick man inte till någon planering för detta i centrala delarna. Detta diskuterades på ett samverkansmöte med vårdcentralen och nu finns planering även för centrum. Genomförs i vår.

Samverkan gällande in- och utskrivning slutna hälso- och sjukvård

Genom vårdplanering överförs ansvaret för vård och omsorg från en vårdgivare till en annan, vanligtvis i samband med utskrivning från sjukhus. Samverkan regleras i "Överenskommelse och riktlinjer i Kronobergs län mellan Region Kronoberg och kommunerna avseende in- och utskrivning av patienter i slutenvård i Kronobergs län".

För överföring av information, meddelanden samt planering i samband med vårdplaneringen används systemet Cosmic Link.

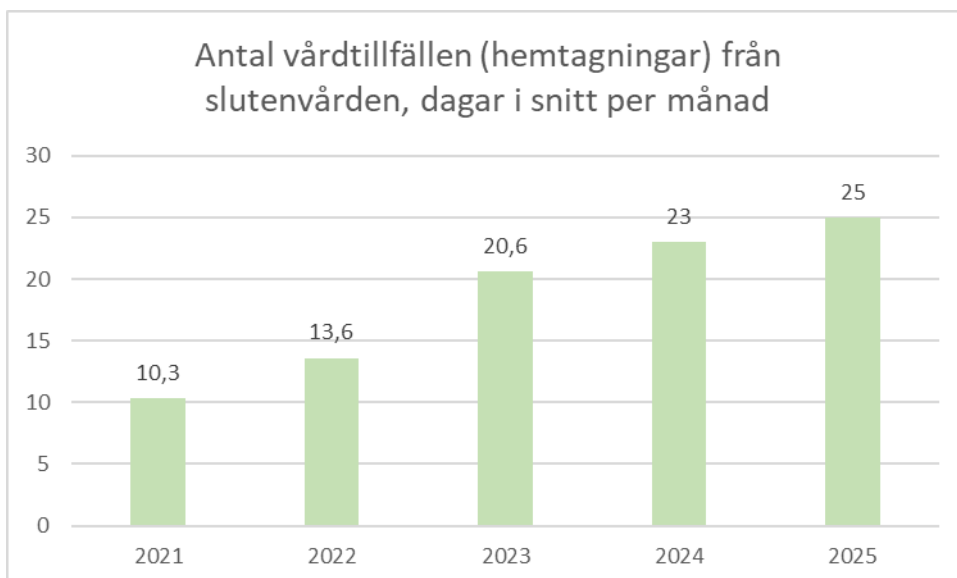


<https://www.vantetider.se> (SKR)

När en läkare bedömer att patienten inte längre har ett medicinskt behov av sjukhusvård, anses patienten för utskrivningsklar, dvs "medicinskt färdigbehandlad". Hemgång bedöms då kunna ske samma dag eller dagen efter, beroende på när meddelandet skickades till kommunen.

I diagrammet ovan kan man se genomsnittet per månad hur länge patienterna legat kvar på sjukhuset efter meddelandet om utskrivningsklar har inkommit till kommunen. Under 2025 har genomsnittet totalt legat på 2,8 dagar vilket är likvärdigt 2024. Genomsnittet varje månad ligger över 3 dagar under 4 månader, till skillnad från 2024 då den siffran var under 5 månader, vilket är en förbättring.

2025 har det varit februari som haft den högsta toppen.



Antal vårdtillfällen från slutenvården har i snitt ökat över tid. Tabellen visar hur många som i genomsnitt per månad, har varit i behov av någon typ av antingen hemtjänst eller kommunal primärvård efter sjukhusvistelsen och som planerats via LINK, planeringssystemet i Cosmic.

Linkteam

Linkteamet bestående av en arbetsterapeut, en fysioterapeut och en myndighetshandläggare ansvarar för att bevaka Linken, delta i vårdplaneringar, följa utskrivningsprocessen samt förmedla information till enhetschefer, fysioterapeuter, arbetsterapeuter och sjuksköterskor. Målet är en trygg och säker hemgång för patienten.

Statistik från Linkteamet under perioden september till december visar att 101 patienter var kvar 0 dagar efter utskrivning, 61 patienter var kvar en dag efter och 14 patienter i två dagar. Två patienter var kvar i sju dagar.

Som [återinläggning](#) räknas oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar vid utvalda diagnoser för patienter 65 år och äldre. Under året har 11 av totalt 190 patienter lagts in på sjukhus igen efter utskrivningen.

De flesta vårdplaneringar har skett via telefon eller på sjukhuset. 43 patienter beviljades efter utskrivning insatser från hemtjänst, 22 beviljades insatser från TOSH, 15 beviljades korttidsplats, 10 fick insatser från kommunrehab, 12 fick insatser från sjuksköterska och 88 behövde inga insatser.

Nära vård

Omställningen till nära vård är ett förhållningssätt, kring hur man organiserar hälso- och sjukvård med utgångspunkt i patienters individuella behov och förutsättningar. Under 2025 har en sjuksköterska och en arbetsterapeut haft uppdrag, som del av sina tjänster, att driva omställningen.

Samverkan ambulans, vårdcentral och kommun

Under året har samverkan med ambulansverksamheten, regional primärvård och kommunal primärvård fortsatt. Syftet är att patienten som inte behöver sjukhusvård ska kunna vårdas i hemmet. Registrerade antal nära vårdärende under 2025 är 53 journalanteckningar vilket totalt omfattar 36 patienter. Av dessa har 24 fått nära vård vid ett tillfälle, åtta har fått vård vid två tillfällen, tre har fått vård vid tre tillfällen samt att en patient har fått nära vård vid fyra tillfällen.

Skörhetsskattning

Skörhet är då personer succesivt förlorar förmågor att hantera fysiska, psykiska och sociala påfrestningar. Alla över 65 år ska skörhetsskattas då de kommer i kontakt med sjukvården i Kronobergs län. Legitimerad personal gör skörhetsskattningarna i Alvesta kommun. Skörhetsskattningen görs för att få en tydligare bild av patientens förmågor och ska göras utifrån patientens normala tillstånd, det vill säga så som det brukar vara eller har varit under en längre tid. Inte utifrån status vid en akut sjukdom. Skörhetsskattningen ska vara ett stöd vid planering av vård och rehabilitering. Det är därmed skörheten som är vägledande i val av vård och behandling istället för patientens ålder. Med hjälp av bedömningsinstrumentet så ges samma objektiva bild av patienten genom hela sjukvårdskedjan. Antalet utförda skörhetsskattningar är ungefär lika många som under 2024.

Skörhetsskattning	Antal patienter 2024	Antal patienter 2025
1. Mycket vital	3	2
2. Vital	9	8
3. Klarar sig bra	25	35
4. Mycket lindrig	68	69
5. Lindrig	119	129
6. Måttlig skörhet	93	82
7. Allvarlig skörhet	124	125
8. Mycket allvarlig skörhet	15	15
9. Terminalt sjuk	18	15
Totalt antal patienter	455	457

Förebyggande hembesök demens

Demenssteamet arbetar förebyggande med uppsökande verksamhet hos patienter som fått en demensdiagnos eller nyttillkommen kognitiv svikt. Demenssteamet består av demenssjuksköterska, arbetsterapeut och myndighetshandläggare. Under året har teamet haft 163 kontakter med 55 patienter.

Vanliga insatser är information, rådgivning, översyn av miljö och förskrivning av hjälpmedel samt kontakt med annan vårdgivare eller anhörigstöd.

Förebyggande besök på mötesplatser

Under hösten har en arbetsterapeut och en sjuksköterska varit på de sex mötesplatserna i kommunen. Under besöken förmedlades kunskap och information till deltagarna om hälsa, läkemedel, träning för att undvika fall, kostvanor samt ensamhet. Ofrivillig ensamhet kan leda till ohälsa. Under besöket fick deltagarna, om de ville, besvara två enkäter om hälsa. Sammanlagt var det 102 deltagare.

I enkäterna framkom att 45 procent av deltagarna är ute och rör på sig dagligen, 57 procent upplever sin balans mindre bra och 68 procent uppger att de inte fallit det senaste halvåret. 47 procent av deltagarna känner sig inte ensamma. Deltagarna fick även skatta hur de upplever sin hälsa idag, från 0–100, medelvärdet låg på 71.

Uppföljande samtal kommer att ske under 2026 då resultatet av enkäterna kommer att redovisas för deltagarna.

Trygg och säker hemgångsteamet (TOSH)

Under tidsperioden september till december har TOSH teamet fört statistik och sammanlagt har TOSH haft 29 patienter. De flesta patienter fick hjälp under två veckor, men det har varierat mellan fyra och 29 dagar.

TOSH har olika utgångspunkter i arbetet; rehabilitering och att patienten ska komma tillbaka dit de var innan, trygghet och att arbeta för att patienten accepterar att ta emot hjälp från hemtjänsten samt att följa hur det fungerar för patienten att vara kvar i hemmet och om det är möjligt att tillgodose patientens behov i hemmet.

Efter att patienterna fått hjälp från TOSH var det fem patienter som inte hade fortsatt behov av hjälp från hemtjänsten.

Informationssäkerhet

Åtgärder för att säkerställa informationssäkerheten:

Loggkontroller har utförts vid två tillfällen på samtliga användare under året. Under året har även loggkontroll på slumpmässigt utvalda patienter gjorts. Inga avvikelser har hittats.

All legitimerad personal har möjlighet att ta del av en patients journal. Genom loggkontroller säkerställer loggansvariga att legitimerad personal enbart tar del av patientjournal där vårdrelation finns.

En god säkerhetskultur

Inkomna avvikelser kring patienter i ordinärt och särskilt boende diskuteras på respektive teamträff. På teamträffarna deltar olika yrkesprofessioner, för att få ett helhetsperspektiv på vilka åtgärder som kan vidtas.

Struktur för uppföljning och utvärdering

Uppföljning och utvärdering sker fortlöpande enligt följande:

- Uppföljning av mål enligt ledningssystem
- Uppföljning enligt föreslagna förbättringar från föregående års patientsäkerhetsberättelse
- Kolada, reviderad statistik från Socialstyrelsen
- Egenkontroller
- Kvalitetsregister

Arbete med nationella kvalitetsregister

Inom omsorgsförvaltningen har vi arbetat med följande kvalitetsregister:

- Palliativregistret
- BPSD
- Rikssår

Palliativregistret

Statistik från Palliativregistret visar att 8 av 11 indikatorer har försämrats vid en jämförelse med 2024. Övriga 3 ligger ganska jämnt från 2024, plus-minus 0,9–1,2 procents skillnad. De indikatorer där vi kommer upp i målvärdet är att 90,3% avlider utan allvarligare trycksår och att närstående blir erbjuden ett efterlevandesamtal några veckor efter dödsfallet 97,2%.

Vi har från och med i år möjlighet att lämna ut en enkät till närstående där de kan reflektera över den vård som givits. Vårt mål är att det ska erbjudas till samtliga närstående. 2025 erbjuds enkäten till 5 närstående. Tyvärr har inga svar kommit in än.

Kvalitetsindikationer	2023	2024	2025	Målvärde
Läkarbeslut palliativ vård	91,2	94,7	90,3	100
Vårdplan	84,2	85,3	76,4	100
Dok. brytpunktssamtal	84,2	90,7	76,4	98
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	96,5	94,7	91,7	98
Ord. inj ångestdämpande vid behov	96,5	94,7	91,7	98
Smärtskattats sista levnadsveckan	38,6	72	52,8	100
Symtomskattats sista levnadsveckan	33,3	50,7	34,7	100
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	22,8	56	56,9	90
Utan trycksår (kategori 2–4)	89,5	89,3	90,3	90
Mänsklig närvaro vid dödsögonblicket	84,2	93,3	87,5	90
Efterlevandesamtal	93	96	97,2	90
Antal väntade dödsfall, registrerade i palliativ registret	57	75	72	

Alvesta kommun

SID 5 | 2025-12-28

BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens)

En sjuksköterska har uppdraget som inspiratör samt utbildare i BPSD. Under året har vi haft 3 utbildningstillfällen för nya BPSD-administratörer och vi har nu sammanlagt 59 administratörer i kommunen.

56 BPSD-registreringar (2024=31) har gjorts. De flesta registreringarna har utförts på särskilt boende, 3 av dessa är utförda av hemtjänsten i ordinärt boende.

Trots att det finns flera BPSD-administratörer både i särskilt och ordinärt boende så går arbetet sakta på flera av enheterna, i hemtjänst ordinärt boende har ett fåtal registreringar gjorts. Ändå är det så att arbetet behöver börja där så att omsorgstagaren får insatser och åtgärder för att minska på de svåra symtom som kan finnas. Konsekvensen blir annars oro, agitation och vandringsbeteende som kan leda till att personen avviker från hemmet.

Om alla i personalgrupperna har samsyn och tillräcklig utbildning kring demenssjukdomar leder det till att det blir annan förståelse. Det är viktigt att personalen i en grupp arbetar på samma sätt kring bemötande och åtgärder för att det ska bli en personcentrerad vård och omsorg. Det leder ofta till möjlighet att minska på lugnande läkemedel vilket kan leda till mindre fallrisk. Läkemedel ska användas i minsta möjliga mån i behandlingen av personer med demenssjukdom

BPSD-utbildare har bjudit in sig till möten med olika chefer och arbetsgrupper för att informera och lyfta arbetet med BPSD för att komma fram till bra rutiner som gör att vi kommer framåt i arbetet. Har även deltagit vid sammanträde i omsorgsnämnden. Utbildaren har också tät kontakt med flera av administratörerna för råd och stöd, har också gett handledning i några arbetsgrupper under året.

Egenkontroller

Granskning av läkemedelshanteringen

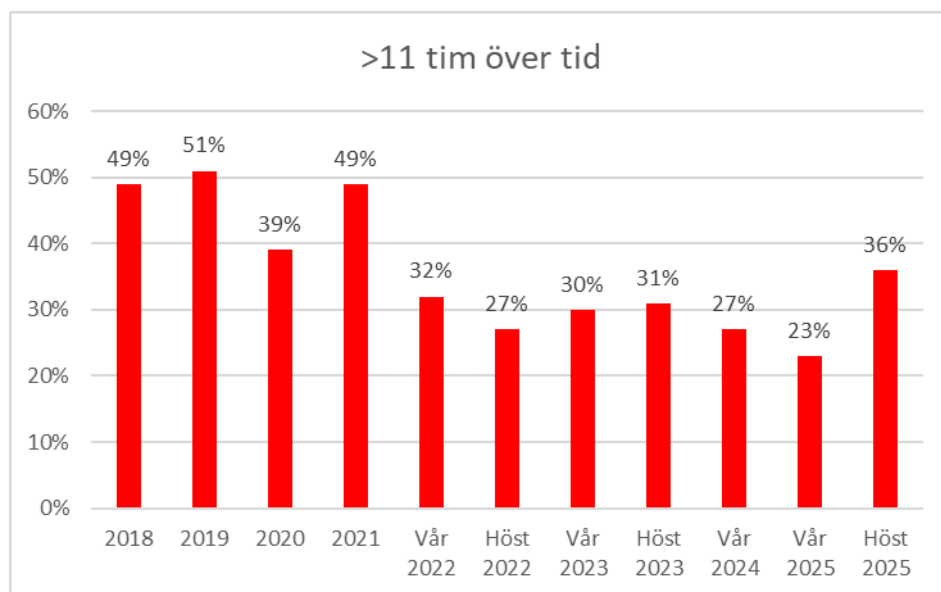
Varje vårdgivare ansvarar för att det finns de processer och rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården, (2017:37) står det att vårdgivaren som ett led i egenkontrollen ska säkerställa att hanteringen av läkemedel i verksamheten regelbundet genomgår en extern kvalitetsgranskning. Den bör utföras minst en gång per år.

I år har hanteringen på Furuliden, Hemtjänstens hus och Högåsen granskats. Farmaceut har ansvarat för granskningen och tjänsten köps av Apoex. Enheterna får en handlingsplan med rekommenderade åtgärder och en tidsplan för när det bör vara åtgärdat.

Nattfasta

Tiden från dagens avslutande måltid till nästkommande dags första måltid kallas nattfasta. Nattfastan bör inte överskrida elva timmar. Är nattfastan lång ökar risken att kroppens byggstenar omvandlas till energi, vilket leder till förlust av viktiga proteiner och därmed också muskelmassa. För lång nattfasta minskar också möjligheten att tillgodose individens energi- och näringsbehov. Äldre personer med för lång nattfasta löper risk för undernäring.

Kommunens kvalitetsuppföljning av den ofrivilliga nattfastan sker genom mätningar 1-2 gånger per år. 2025 genomfördes mätningen vecka 7 och vecka 46.



Diagrammet ovan visar hur stor andel omsorgstagare inom SÄBO som vi vet haft en nattfasta som överstiger 11 timmar =36%. Försämring således. För att arbeta med att minska nattfastan behöver åtgärder aktualiseras på de boenden där man har ett högt antal som har en lång nattfasta. Måltidsombud tillsammans med kostchef har regelbundna samverkansmöten där denna fråga kommer att diskuteras. Totalt var 183 omsorgstagare med i mätningen. I våras var det antalet 204 och våren 2024 hade vi 181 omsorgstagare som deltog.

Vårdhygien

Följsamheten till de hygienrutiner som är framtagna är grunden i vårt arbete för att förhindra vårdskador i form av smittspridning. Under året har hygienrund genomförts på två gruppboendestäder

inom funktionsstöd tillsammans med en hygiensjuksköterska från vårdhygien, Region Kronoberg. I samband med det besöktes även övriga gruppboendestäder för att ge råd och stöd framför allt när det gäller placering av hållare för handsprit och övrig skyddsutrustning så som handskar och förkläden för att få följsamhet till de basala hygienrutinerna.

Förtydligande har gjorts när det gäller vilka produkter som ska användas för att ge bästa effekt och inte göra skada på vare sig människor eller material. En del produkter köptes in i samband med pandemin, då det var akut brist på godkända produkter. Dessa behöver vi fasa ut nu.

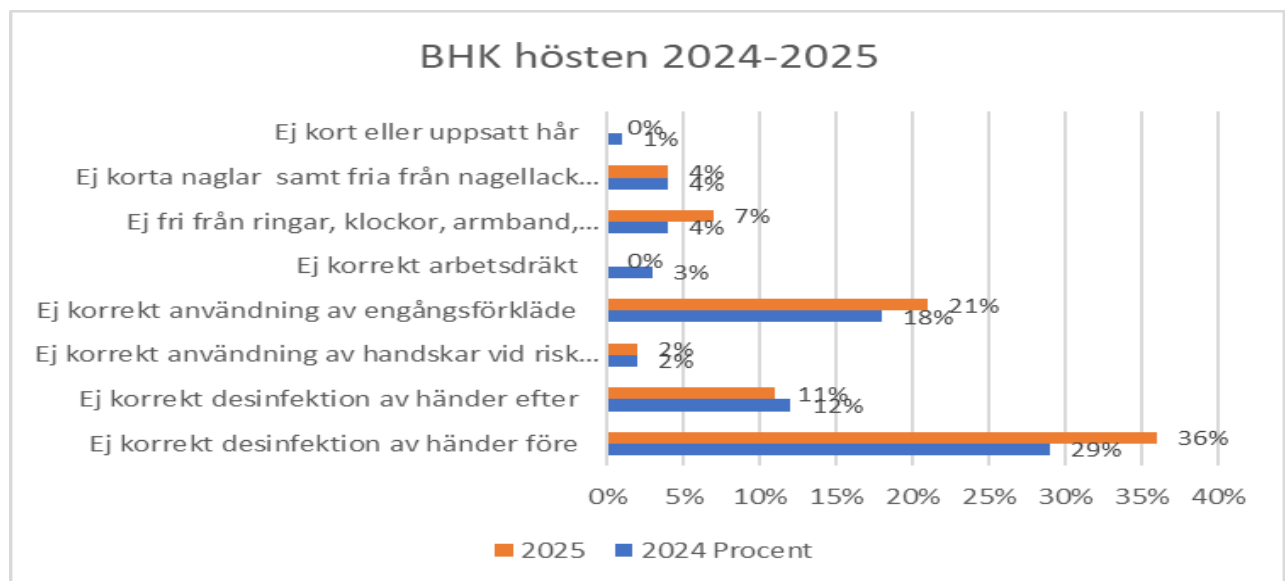
Under året har vi haft några smittsamma utbrott, ett av magsjuka, två av Covid-19 och två utbrott av influensa.

PPM-BHK

En punktprevalensmätning har genomförts under hösten gällande följsamheten till basala hygien- och klädregler. Resultaten kommer att diskuteras med respektive verksamhetschef som i sin tur analyserar resultaten tillsammans med respektive enhetschef för att ta fram åtgärder där så behövs.

Övergripande ses att antal observationerna har minskat från 163 till 123. En förklaring till det kan vara att 2 boenden inte lämnat in något resultat i tid för sammanställningen. Fler observationer gör att resultaten blir säkrare. I 46% (2024=41%) av alla observationer fanns det något moment som inte gjordes enligt rutin. 43% (2024=37%) gällde någon av de 4 hygienmomenten, inte arbetskläder. Momentet som oftast inte utförs korrekt är handdesinfektion före arbetsmoment, 36% (2024=29%). Åtgärderna som beslutades efter förra mätningen är inte genomförda på alla boenden.

Resultatet har redovisats till ledningsgruppen. Nämnden kommer att få ytterligare information om resultatet.



Sårbehandling

Det har påbörjats ett försök med en ny typ av justerbar kompressionslinda, circaid, som ska underlätta för omsorgspersonalen att ge patienten rätt kompression av underben utan att behöva använda kostsamma lindor. Försöket utvärderas i vår av den sårgrupp som träffas regelbundet i kommunen. I sårgruppen har sjuksköterskan med särskilt såruppdrag möjlighet att diskutera svårläkta sår och presentera nya förband och andra nyheter som hämtas från det länsövergripande professionsrådet för svårläkta sår, där sjuksköterskan med såruppdrag medverkar.

För att säkra upp kvaliteten för sårbehandling ska samtliga sår registreras i kvalitetsregistret Rikssår. En manuell inventering har gjorts och den visar att vi i november har 41 patienter med svårläkta sår men bara 16 inkomna mätningar i systemet. Således ett rejält mörkertal.

Under 2026 kommer vi att jobba med att fler sår blir registrerade i Rikssår kontinuerligt. I mars är Regionens distriktssköterska med samordningsansvar sår- och sårbehandling inbjuden till sårgruppen i kommunen för diskussion om hur vi kan gå vidare.

Journalgranskning

Journalgranskningar av hälso- och sjukvårds dokumentation har genomförts. Granskningen har utförts av fem personer i dokumentationsgruppen.

Ett bestämt antal journaler hos patientansvarig sjuksköterska har granskats. Granskningen följs sedan upp genom en journalvecka. Patientansvariga sjuksköterskor går igenom sina patienters journaler och kontrollerar dokumentationen med hjälp av checklista som utarbetas utifrån resultatet av föregående granskning.

Ett bestämt antal journalanteckningar av fysioterapeuter och arbetsterapeuter har granskats med hjälp av en checklista som utarbetas utifrån resultatet av föregående granskning. Under året har en arbetsterapeut och en fysioterapeut på varje område tillsammans granskat en egen journal utifrån en mall.

Journalgranskningen visar på utvecklingspotential inom uppföljning av skyddsåtgärder, uppföljning och uppdatering av individuella vårdplaner samt skörhetsbedömning inklusive kommentar.

Adekvat kunskap

En förutsättning för god vård, omställning till nära vård och mer avancerad vård i hemmet är kompetenshöjande insatser för både legitimerad personal och omsorgspersonal. 2025 har följande utbildningsinsatser genomförts:

- Möjlighet att delta på utbildningar som anordnats av Region Kronoberg bland annat frakturprevention
- Utbildning i vitala parametrar för omsorgspersonalen
- Två sjuksköterskor genomför specialistutbildning med inriktning palliativ vård
- En fysioterapeut har avslutat sin magisterutbildning, breddmagister i gerontologi
- En fysioterapeut har avslutat sin magisterutbildning i fysioterapi
- En arbetsterapeut har påbörjat magisterutbildning i arbetsterapi
- Utbildning i förflyttningsteknik för omsorgspersonal
- Utbildning i beredskap för omsorgspersonal

Patienten som medskapare

Samverkan med patienter och närstående

Patienter och i förekommande fall närstående bör om så önskas få möjlighet att:

- medverka vid upprättande av vårdplaner, genomförandeplaner och handlingsplaner.
- medverka i fallriskutredningar och fallförebyggande åtgärder.
- bli informerade vart man vänder sig för att framföra synpunkter och klagomål.

Samverkan med medborgare

Verksamheten ska ha ett öppet förhållningsätt genom att:

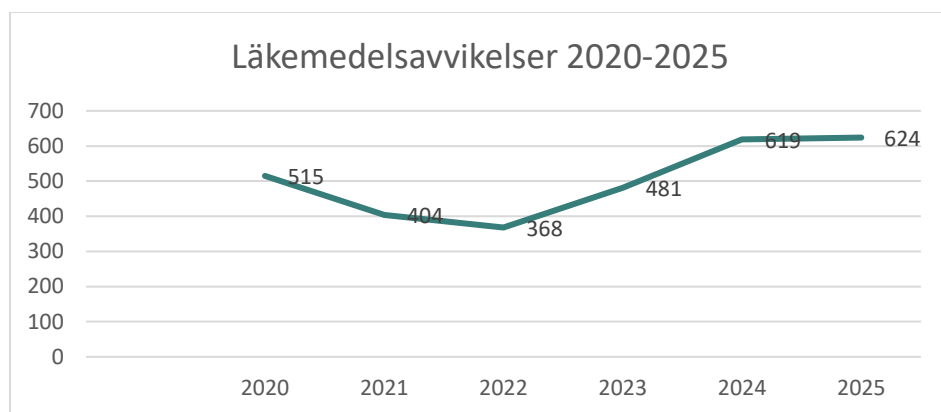
- ha en tillgänglig information via telefon, besök och kommunens hemsida
- medverka vid information till brukar- och pensionärsorganisationer med flera.

Avvikelser

Sammanställning avvikelser

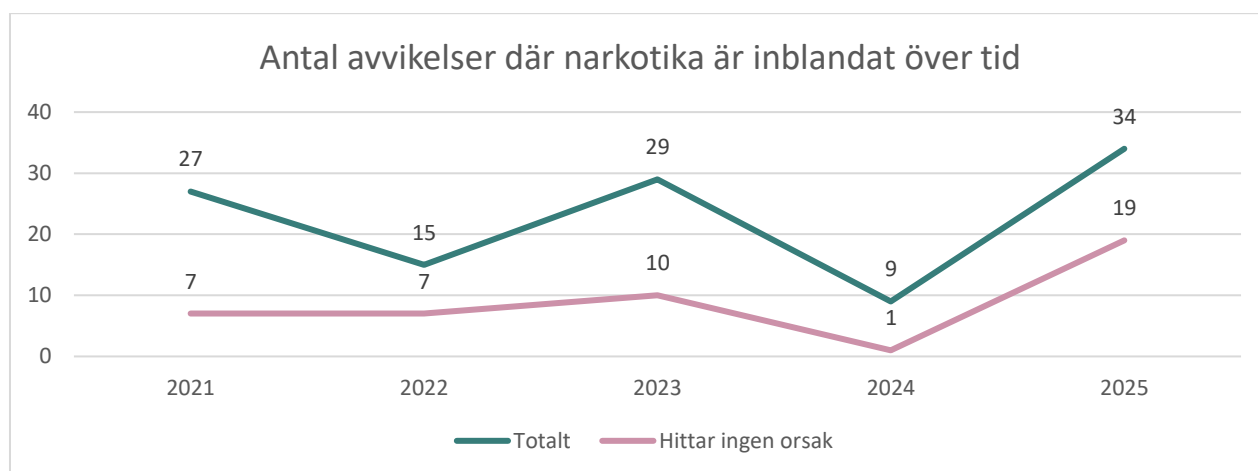
Totalt har det 2025 inkommit 2498 rapporter om vårdskador. I gruppen ingår avvikelser som rör andra vårdgivare, brister i rutiner, fall, läkemedel, medicintekniska produkter, rehab träning och behandling, sjuksköterskeordination, fel utförd/ej utförd och trycksår. De stora grupperna rör läkemedel och fall, se specifikt avsnitt längre ner. Det är framför allt omsorgspersonal som uppmärksammar och rapporterar dessa händelser.

Läkemedel



Avvikelser som gäller läkemedel ligger i stort sett kvar på samma nivå som 2024. Händelserna varierar och handlar om att det är något fel i processen från att läkemedlet kommer från apoteket i olika förpackningar till att patienten har fått läkemedlet i kroppen.

Narkotikapreparat



En del avvikelser handlar om att något har brustit i narkotikahandlingen, 34st under året. Här varierar också orsakerna mellan att omsorgstagare har fått sitt läkemedelsplåster en dag för sent, glömd dos eller att omsorgspersonalen har glömt att signera/räknat ner att man givit ett narkotikaklassat läkemedel till att orsaken inte har kunnat hittas i utredningen och att man då inte kan

utesluta stöld. Vid 2 tillfällen under året har stöld misstänkts och polisanmälan har då gjorts. Dessa ligger fortfarande under utredning hos polisen.

Avvikelseyp	2022	2023	2024	2025
Medicinteknisk produkt	20	25	32	16
Rehab – Träning och behandling	6	11	21	9
Fall	1071	1158	1292	1571
Totalt:	1097	1194	1345	1596

Medicinteknisk produkt

Medicintekniska produkter (MTP) innefattar produkter som är avsedda att användas inom alla former av hälso- och sjukvård. Hit hör bland annat produkter som plåster, stetoskop, hjälpmedel och avancerade system som till exempel respiratorer.

Under året har 16 avvikelser gällande MTP rapporterats. Vid granskning av avvikelserna som rapporterats uppmärksammar medicinskt ansvarig att en del av avvikelserna är felregistrerade. Avvikelserna har involverat larm eller medicinteknisk produkt men det är inte orsaken till avvikelserna. En av avvikelserna gäller en rollator där framhjulet lossnat. Händelsen har anmälts till Läkemedelsverket

Rehab - träning och behandling

Under året har nio avvikelser gällande Rehab - träning och behandling rapporterats. Avvikelserna gäller inte utförd eller signerad träning.

Fall

Fall är det som genererar flest avvikelserrapporter. Fall kan leda till skador, förlorad självständighet, försämrad livskvalitet och dödsfall. Till viss del kan fall förebyggas genom insatser som träning, anpassning av miljö, läkemedelsgenomgångar och god nutrition.

En avvikelserapport skrivs varje gång en patient fallit. Om fallet är orsakat av brister i eller utebliven hälso- och sjukvård, så betraktas fallet som en vårdskada.

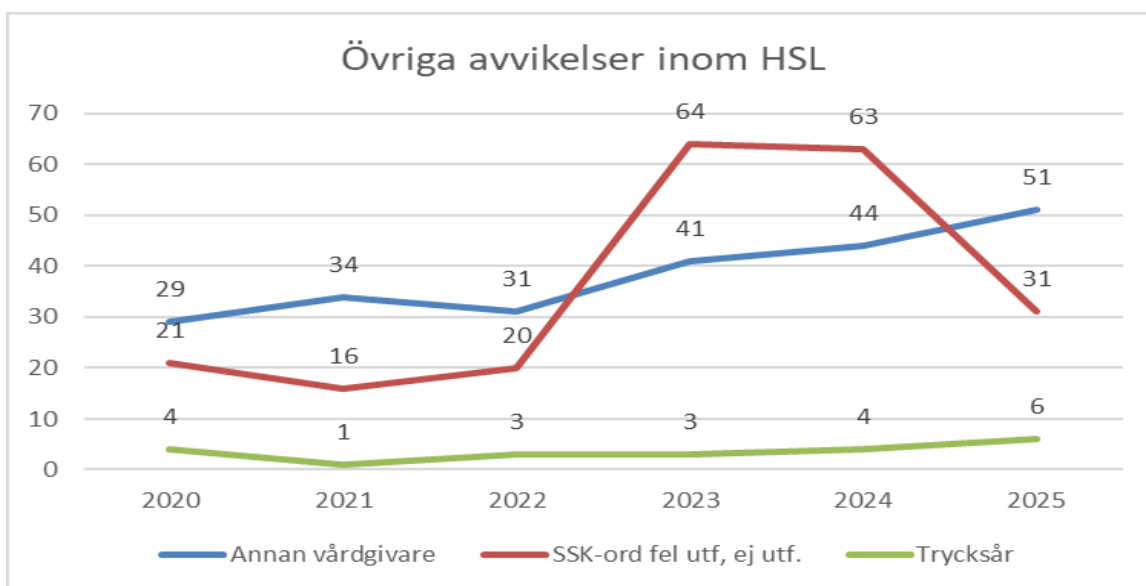
Under 2025 har antalet fall och antalet fall som lett till höftfraktur ökat. Sammanlagt har 1571 avvikelser fall rapporterats och 12 av fallen har lett till höftfraktur.

776 av fallen har skett i ordinärt boende, 756 av fallen i särskilt boende och 39 av fallen inom funktionsstöd.

Analys av samtliga fallrapporter under året visar att patienter som faller från fem gånger upp till sexton gånger på en månad motsvarar 16 % av det totala antalet fall under 2025. De är 21 patienter som sammanlagt fallit 244. 19 fallriskbedömningar har gjorts under året.

Utredningar visar att inget av fallen är orsakat av brister i, eller utebliven hälso- och sjukvård. Alla inkomna avvikelserrapporter fall tas upp på tematräffarna.

Typ av skada	2022	2023	2024	2025
Höftfraktur	6	11	7	12
Annan skada	38	41	55	51
Totalt:	44	52	62	63



Övriga avvikelser. Rapportören har angett att avvikelserna avser att en ordination från sjuksköterska är fel utförd eller ej utförd, att ett trycksår upptäckts eller att någon annan vårdgivare är involverad.

Annan vårdgivare

Avvikelse av typen annan vårdgivare handlar om brister i samverkan med slutenvård, oftast i samband med utskrivning samt samverkan med vårdcentraler. Till kommunen kommer motsvarande avvikelser till oss när det är något som inte har fungerat enligt de rutiner som finns. Avvikelse rapporteras via Regionens avvikelssystem Synergi. Totalt har det skickats eller inkommit 43 avvikelser via Synergi under året, jämfört med 27 under 2024.

IVO, Patientnämnd samt klagomål

IVO	1
Läkemedelsverket	3
Patientnämnd	0
Klagomål	59

Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

En avvikelse har anmälts till IVO som Lex Maria under 2025. Denna och ytterligare en händelse är polisanmälda och det handlade om misstänkt stöld av narkotikaklassade läkemedel.

Läkemedelsverket

Tre anmälningar har skickats till Läkemedelsverket. Två gällande rollatorer och en gällande rullstol som gått sönder.

Patientnämnden

Patientnämndens ansvar är att inom all offentligt finansierad hälso- och sjukvård och tandvård stödja och hjälpa enskilda patienter samt bidra till kvalitetsutveckling och hög patientsäkerhet. Inga ärenden har inkommit från Patientnämnden under 2025. Den totala siffran i länet lämnas av patientnämnden i deras årsrapport.

Klagomål

Det har kommit in 59 rapporter om klagomål och synpunkter. Vem som helst kan på Alvesta kommuns hemsida skriva en synpunkt eller ett klagomål på det man anser inte fungerar eller inte fungerar som det ska. Det kan exempelvis handla om bemötande, besök som inte utförda, larm som inte besvarats på ett enligt rapportören korrekt sätt. Inkommande klagomål behandlas i första hand av enhetschef men har i vissa fall övergått till en Lex Sarah.

Mål, strategier och utmaningar för 2026

Ökad följsamhet till befintliga hygienrutiner

Mål: Följsamhet till basala hygienrutiner för att minska risken för smittspridning.

Strategi: Lättillgänglig handdesinfektion, följsamhet till basala hygienrutiner.

Planerade åtgärder: Uppföljning av insatta åtgärder, samt att öka följsamhet till rutinerna genom att använda utbildningsportalen för uppföljning av kännedom om hygienrutiner.

Markörbaserad journalgranskning

MÅL: Upptäcka risk och förebygga vårdskador

Strategi: Använda markörbaserad journalgranskning

Planerade åtgärder: Granska journaler i team enligt en framtagen struktur.

Förebyggande åtgärder för att minska fall

MÅL: Minska antal fall

Strategi: Använda digitalt system för att minska fallen

Planerade åtgärder: Införa det digitala systemet "Room mate" som kan användas dels för att snabbt upptäcka att någon har fallit, dels för att bättre kunna utreda inträffade fall och se mönster som gör att man i vissa fall kan förebygga nya fall.



Patientsäkerhetsberättelse 2025

Förslag till beslut

Omsorgsnämnden beslutar att godkänna patientsäkerhetsberättelse år 2025

Sammanfattning

Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) samt SOSFS 2011:7 kap. 3 § 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.

Beslutsunderlag

Patientsäkerhetsberättelse år 2025

Anneli Loberg
Förvaltningschef

Lena Bodin
Medicinskt ansvarig sjuksköterska



Omsorgsnämndens årsrapport 2025 med återrapportering av intern kontroll

Förslag till beslut

1. Omsorgsnämnden beslutar att godkänna årsrapport 2025 för omsorgsnämnden.
2. Omsorgsnämnden bedömer att den interna kontrollen för år 2025 är tillräcklig för omsorgsnämnden.

Beskrivning av ärende

I Alvesta kommun ska personer med behov av omsorg och vård ges möjlighet till livskvalitet hela livet. Omsorgen och vården ska ske utifrån den enskildes behov, möjligheter och förutsättningar. Omsorgsnämnden ska erbjuda digital service och välfärdsteknik i första hand och personlig omsorg och vård när behov finns. Kommunfullmäktige har beslutat om två utvecklingsmål för nämnden – Stärka delaktigheten i omsorgen och vården (1) samt främja hälsa, trygghet och livskvalitet för kommunens äldre medborgare (2). Målet att stärka delaktigheten i omsorgen och vården förväntas vara delvis uppfyllt vid årets slut. Målet att främja hälsa, trygghet och livskvalitet för kommunens äldre medborgare bedöms vara uppfyllt vid årets slut.

Det ackumulerade utfallet för 2025 uppgår till ett underskott om 22,5 mnkr jämfört med budget. Intäkterna redovisar ett överskott om 17,6 mnkr, vilket huvudsakligen förklaras av statsbidrag som inte varit budgeterade. Personalkostnaderna överstiger budget med 4,6 mnkr, där ersättning till timanställda uppgår till 24,5 mnkr och sjuklöner till 7,1 mnkr exklusive PO. Övriga kostnader visar en negativ avvikelse om 35,6 mnkr. I posten ingår ett effektiviseringskrav för perioden januari–december om totalt 27,9 mnkr, varav 20,6 mnkr avser den ingående obalansen och 7,3 mnkr motsvarar det tilldelade besparingskravet om 1,5 procent av nettobudgeten.

Resultatet av de fem genomförda internkontrollerna är att tre bedöms till gott eller tillräckligt gott och två till bristfälligt. Åtgärderna för att minska/eliminera riskerna inom dessa kontrollområden ska därför följas upp vid återrapporteringen av 2026 års uppföljning. Uppföljning har även genomförts av två internkontrollområden från 2024 som då inte kunde genomföras. Resultatet av dessa bedöms som tillräckligt gott. Sammantaget bedöms resultatet att den interna kontrollen 2025 är tillräcklig.

Beslutsunderlag

Årsrapport för omsorgsnämnden 2025 med återrapportering av intern kontroll, 2026-02-04

Beslutet skickas till

Kommunstyrelsen



Anneli Loberg
Förvaltningschef



Alvesta
kommun

Omsorgsförvaltningen

Datum 2026-02-04

DNR:

Årsrapport 2025

med återrapportering av intern kontroll

omsorgsnämnden

Beslutad av omsorgsnämnden §XX /2026



Innehållsförteckning

1	SAMMANFATTNING	2
2	NÄMNDENS ANSVARSOMRÅDE	3
3	HÄNDELSER AV VÄSENTLIG BETYDELSE	4
4	VERKSAMHETSBERÄTTELSE	5
4.1	NÄMNDENS INRIKTNING	5
4.2	KOMMUNFULLMÄKTIGES UTVECKLINGSMÅL.....	5
4.3	KOMMUNFULLMÄKTIGES SÄRSKILDA UPPDRAG	6
4.4	NÄMNDENS UTVECKLINGSMÅL OCH SÄRSKILDA UPPDRAG	6
4.5	ÅRETS VERKSAMHET.....	6
5	EKONOMI	8
5.1	DRIFTREDOVISNING	8
5.2	INVESTERINGSREDOVISNING	10
6	MEDARBETARE	11
6.1	NYCKELTAL.....	11
7	FÖRVÄNTAD UTVECKLING	14
8	INTERN KONTROLL	15
9	VOLYMNYCKELTAL	16
BILAGA 1		17
	GENOMFÖRDA KONTROLLER ENLIGT KOMMUNÖVERGRIPANDE INTERNKONTROLLPLAN 2025.....	17
	GENOMFÖRDA KONTROLLER ENLIGT NÄMNDENS INTERNKONTROLLPLAN 2025	17
	GENOMFÖRDA KONTROLLER ENLIGT NÄMNDENS INTERNKONTROLLPLAN 2024	19



1 Sammanfattning

Förstärkt robusthet i en tid med ökande omsorg- och hemsjukvårds behov

Omsorgsnämndens verksamhet under 2025 har präglats av fortsatt hög efterfrågan på omsorg och vård, driven av den demografiska utvecklingen med en växande andel äldre och fler personer med funktionsnedsättningar. Nämnden har, i enlighet med sitt grunduppdrag, verkat för att enskilda ska kunna leva ett värdigt liv med goda möjligheter till delaktighet och självständighet. Arbetet har genomgående utgått från kommunfullmäktiges mål, nationell lagstiftning och kommunens senior- och äldreprogram.

Kvalitetsuppföljningar visar att verksamheten överlag håller god kvalitet. Inom äldreomsorgen ökade nöjdheten i ordinärt boende vad gäller bemötande, trygghet och inflytande, medan särskilt boende uppvisade förbättringar avseende måltider och aktiviteter. Arbetet med införandet av fast omsorgskontakt har fortsatt inför kommande lagkrav. Inom funktionsstöd visar uppföljningen på en god delaktighet och ett positivt bemötande även om årets låga svarsfrekvens begränsar analysmöjligheten.

Flera betydelsefulla insatser har genomförts inom beredskap och säkerhet, inklusive utbildningar, förbättrad lagerhållning och fortsatt utbyggnad av reservkraft. Lokalprojekt har antingen slutförts eller påbörjats, där renoveringen av Furuliden och pågående etablering av ett nytt LSS-boende är särskilt viktiga. Utvecklingsarbetet inom välfärdsteknik har fortsatt, med implementering av digital signering, upphandling av trygghetssensorer och utökad digital service. Verksamheten har fortsatt utveckla personcentrerade arbetsätt och stärkt samverkan med regionen, bland annat genom team-baserad hemgång och ökade förebyggande insatser inom fallprevention och hälsosamtal. Omställningen till nära vård har minskat behovet av sjukhusinläggningar för vissa patientgrupper.

Den demografiska utvecklingen, fler personer med omfattande omsorgsbehov och ökade LSS-volymer har varit tydligt kostnadsdrivande. Parallellt har förvaltningen arbetat aktivt med att stärka den interna styrningen, utveckla resursplaneringen och skapa förutsättningar för att nå budget i balans inom tre år.

Tabell 1. Faktaruta

mnkr	Budget 2025	Utfall 2025	Budget avvikelse	Utfall 2024	Utfall 2023
Intäkter	-96,5	-114,2	17,6	-105,7	-112,1
Personalkostnader	415,8	420,4	-4,6	425,8	400,4
Övriga kostnader	131,3	166,8	-35,6	157,2	136,4
Summa	450,6	473,1	-22,5	477,3	424,8
Förändring i %	4,9%	-0,9%	5,8%	12,4%	8,0%
Nettoinvesteringar	5,0	4,0	1,0	3,6	6,4
Nettokostnad kr/inv 1 nov		23 994		23 992	21 093

* (+) innebär överskott, (-) innebär underskott av utfall jämfört med budget



2 Nämndens ansvarsområde

Omsorgsnämndens grunduppdrag är att inom nämndens ansvarsområde verka för att enskilda kan leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. Nämndens arbete sker i enlighet med de mål och riktlinjer som beslutats av kommunfullmäktige och som framgår av de lagar och förordningar som styr verksamheten. Omsorgsnämnden ansvarar för tjänster och myndighetsutövning inom äldreomsorg och omsorg om personer med funktionsnedsättning. I ansvaret ingår även att arbeta förebyggande med stöd och fokus på att stärka medborgarnas självständighet och delaktighet. Nämnden ska dessutom samverka med andra nämnder som berörs av verksamhetsområdet utifrån individens bästa.

Omsorgsnämnden ska besluta om och tillhandahålla insatser i form av:

- Omsorg och stöd i form av hemtjänst till enskilda samt särskilda boendeformer för äldre enligt Socialtjänstlagen (SoL) och vad som i övrigt sägs i lag om socialnämnd inom detta område.
- Stöd och service enligt Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).
- Kommunal hälso- och sjukvård enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) samt avtal med Region Kronoberg.

För att säkerställa att grunduppdraget håller en bra kvalitet mäts och följs beslutade kvalitetsindikatorer regelbundet. Den sammanfattande bedömningen visar att verksamheten har erbjudit god kvalitet. Betydande fokus har lagts vid att effektivisera samt vidareutveckla och anpassa verksamheten för att på ett ändamålsenligt sätt möta de utmaningar som uppstått.

Årets nationella kvalitetsundersökning "vad tycker äldre om äldreomsorgen" visar på förbättringar inom ordinärt boende gällande indikatorerna bemötande, förtroende, trygghet och inflytande. På särskilt boende ökar nöjdheten kring mat, aktiviteter och personalens förtroende, medan bemötande och hjälpens utförande behöver utvecklas. Fast omsorgskontakt är sedan tidigare ett lagkrav inom ordinärt boende och från 1 juli 2026 gäller samma krav även för särskilt boende. Arbetet med att införa detta i särskilt boende är redan i gång. Syftet med en fast omsorgskontakt är att ge trygghet, kontinuitet, individanpassad vård och bra samordning. Den största förändringen är att endast utbildad personal får ta på sig rollen som fast omsorgskontakt. Sammantaget minskar nöjdheten både i Alvesta och nationellt över tid.

Inom funktionsstöd visar årets kvalitetsundersökning att den enskilde upplever sig ha en bra möjlighet att kunna påverka sin situation och inom insatsen daglig verksamhet och servicebostad har upplevelsen om att personalen bryr sig om den enskilde ökat. Inom daglig verksamhet erbjuds en rad olika sysselsättningar och aktiviteter anpassade efter individens behov och förutsättningar. I Alvesta har stadsbussens tillgänglighet bidragit till en ökad självständighet, då omsorgstagare efter träning på egen hand kan resa mellan hemmet och sin dagliga verksamhet. Svarefrekvensen i årets kvalitetsundersökning har dock varit låg, vilket begränsar möjligheterna att göra mer omfattande bedömningar av den upplevda kvaliteten.



3 Händelser av väsentlig betydelse

Beredskap

Under perioden har arbetet med att stärka förvaltningens beredskap, säkerhet och robusthet fortlöpt. Förvaltningens krisledning har utbildats i stabsmetodik och övat på ledning och styrning. Personal har fått grundläggande kunskaper och färdigheter för att kunna agera tryggt och effektivt i situationer där vårdbehovet är stort och resurserna begränsade. Innehållet omfattade bland annat krisstöd, akut omhändertagande av skadade, hur komplikationer kan minskas vid skada samt återrehabilitering. Deltagarna fick även testa sina kunskaper i praktiska scenarier.

Lagerhållning av läkemedel, förbrukningsmaterial och utrustning har fortgått, och kontinuitetsplanering för att kunna upprätthålla omsorg och vård vid en kris eller störning har tagits fram och implementerats. Arbetet med att installera fler reservkraftverk på våra särskilda boenden fortsätter.

Lokaler

Renovering av etapp två på det särskilda boendet Furuliden i Moheda har påbörjats. Först renoveras B-huset och därefter A-huset. Samtidigt får utemiljön en generell standardhöjning. Renoveringen medför en ökad hyra på 2,7 miljoner kronor årligen, där hälften debiteras från våren 2026 och tillkommande del från våren 2027.

Renovering av LSS-bostaden på Rönnedalsvägen 35 plan 1 är genomförd och omfattade en ytskiktsrenovering, nya kök och badrum samt brandskyddsåtgärder. Under tiden för renoveringen evakuerades de boende till Furuliden. Denna tillfälliga förflyttning avlöpte väl.

Ett nytt LSS-boende med inriktning på servicebostad håller på att etableras på Storgatan 18 C i Alvesta genom en omvandling av allmännyttans befintliga lägenheter. Boendet kommer att bestå av 12 lägenheter och planerad inflyttning är sommaren 2026. Blockförhyrningskostnaden kommer bli högre än beräknat pga. en kortare avskrivningstid.

En kartläggning genomförs för att undersöka möjligheten att etablera ett LSS-boende med sex lägenheter i form av gruppboende på Rönnedalsvägen 31.

Ändrat insatsbehov och volymer

Den demografiska utvecklingen med en växande andel äldre samt fler personer med funktionsnedsättningar leder sammantaget till fler svårt sjuka med omfattande behov av omsorg och vård. I och med omställningen till nära vård ser vi allt komplexare vårdbehov samtidigt som omvårdnadsuppgifter överförs allt tidigare från slutenvården till hemmet och därmed blir omsorgsförvaltningens ansvar. Vi ser också att vissa av våra ärenden blir alltmer kostnadsdrivande då behov av dubbelbemanning eller en köpt plats föreligger. Ökningen inom LSS kan huvudsakligen tillskrivas boendeplaceringar av ungdomar som studerar på annan ort, samt att en större andel unga aktualiseras för insatser och beviljas daglig verksamhet omedelbart efter avslutad grund- eller gymnasieskola, för att därefter erhålla boendeinsats efter en tid. Denna utveckling medför betydande ekonomiska konsekvenser för förvaltningen.



4 Verksamhetsberättelse

4.1 Nämndens inriktning



I Alvesta kommun ska personer med behov av omsorg och vård ges möjlighet till livskvalitet hela livet. Omsorgen och vården ska ske utifrån den enskildes behov, möjligheter och förutsättningar. Omsorgsnämnden ska erbjuda digital service och välfärdsteknik i första hand och personlig omsorg och vård när behov finns. De förebyggande insatserna ska öka och med ett särskilt fokus på mötesplatser. Inriktningen utgår från Alvesta kommuns Senior- och äldreprogram.

4.2 Kommunfullmäktiges utvecklingsmål

❖ Stärka delaktigheten i omsorgen och vården

Målet bedöms delvis vara uppfyllt vid årets slut.

Inom ordinärt boende har samtliga omsorgstagare med hälso- och sjukvårdsinsats en undersköterska som fast omsorgskontakt, och arbetar för en god personalkontinuitet och längre sammanhängande närvaro. Omsorgstagarnas nöjdhet med inflytandet över hur omsorgen och vården ska utföras har ökat.

Inom särskilt boende pågår arbete med att öka den enskildes delaktigheten och ta tillvara anhörigas synpunkter. För att underlätta detta har postlådor satts upp där anhöriga enkelt kan lämna sina synpunkter. Grannråd hålls regelbundet om aktiviteter och förbättringar. Kommunen är bättre än genomsnittet på att ta hänsyn till åsikter och önskemål om utförandet, men något sämre när det gäller påverkan på tiden man får hjälp och stöd.

Inom funktionsstödet stärks den enskildes självbestämmande och trygghet baserad på deras specifika situation, behov och möjligheter. Verksamheten erbjuder bland annat olika fritidsaktiviteter för att skapa valmöjligheter och en meningsfull fritid. En viktig aspekt är även att öka förståelsen för vad som kan påverkas, både hos personal och omsorgstagare. Nöjdheten med inflytandet är god inom daglig verksamhet och gruppboende, men lägre i serviceboende.

❖ Främja hälsa, trygghet och livskvalitet för kommunens äldre medborgare

Målet bedöms vara uppfyllt vid årets slut.

Många av våra mötesplatser har en hög besöksfrekvens. På grund av lokalernas begränsade kapacitet, krävs anmälan vid flera av dessa. Mötesplatserna erbjuder olika aktiviteter som ostprovning, filmvisning, bingo, musik och annan underhållning. Det är möjligt att använda ledsagningstjänster för att delta i olika samhällsaktiviteter. Stöd till personer som ger omsorg till närstående för att de ska kunna delta i egna aktiviteter. Relativt nytt är att tillsyn via hemtjänsten kan utföras genom telefonkontakt. Daglig dialog samt social kontakt ordnas baserad på individuella önskemål och behov.



På våra särskilda boenden ordnas både gemensamma sociala aktiviteter och individuella stunder mellan personal och boende. För närvarande implementeras ett nytt planeringssystem med syftet att stärka kontinuiteten inom personalgrupperna, vilket utgör en av flera insatser för att säkerställa god kvalitet i verksamheten. Tre av våra tillagningskök har vunnit nationella seniormåltidspriser tack vare förbättrat arbete kring mat och måltidsmiljö. Vi har även under året gjort en extra satsning på att servera timbalkost på samma sätt som normalkost, exempelvis en puread morot ska se likadan ut som en vanlig morot, eftersom hela måltidsupplevelsen påverkas av alla sinnen.

4.3 Kommunfullmäktiges särskilda uppdrag

Inga särskilda uppdrag har tilldelats från kommunfullmäktige.

4.4 Nämndens utvecklingsmål och särskilda uppdrag

Särskilda uppdrag från omsorgsnämnden	Lägesbeskrivning
Fortsätta arbeta för ett tillitsbaserat arbetssätt	Arbetet pågår och får stöd av kommunens värdegrund.
Omvärldsbevaka för att hitta ny välfärdsteknik som är bra för omsorgstagaren och verksamheten	<p>Omvärldsbevakning pågår. Nedan redovisas delar av pågående arbete:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Upphandling av trygghetssensorer till särskilt boende är klar. Implementering kommer att ske våren 2026. En del av de trygghetskameror som finns på särskilda boenden kommer då att programmeras om så att de kan användas i ordinärt boende. • Digital signering av HSL-insatser har införts i ordinärt boende och funktionsstöd för att öka patientsäkerheten och förenkla hanteringen. En utvärdering visar att 81 procent tycker att digital signering underlättar arbetet. • Digitala inköp har påbörjats för omsorgstagare inom ordinärt boende, där sådana möjligheter finns tillgängliga. • Löpande arbete pågår med att säkerställa att den välfärdsteknik som redan finns används där den gör mest nytta. • Automatisering av vissa delar av avgiftshandläggning förbereds och kommer att genomföras våren 2026. • Sveriges kommuner har enats om en strategisk agenda – ett handslag för välfärdsutveckling genom digitalisering. Kommunen har anslutit sig till detta arbete. Flera gemensamma initiativ pågår.

4.5 Årets verksamhet

Den växande andelen äldre och personer med funktionsnedsättningar ger en fortsatt ökning av volymerna. Omvårdnads- och hälso- och sjukvårdsinsatser flyttas tidigare från sjukhus till hemmet, vilket ökar omsorgsförvaltningens ansvar och kostnader. Trots dessa utmaningar har kvaliteten i verksamheten varit god.



Internt har betydande insatser utförts för att stärka den ekonomiska styrningen och ledningsprocesserna, säkerställa en effektiv resursplanering samt arbeta målinriktat mot att uppnå budgetbalans inom en treårsperiod. Verksamhetsplanen innehåller flera strategier som till stor del har följts enligt plan. Här presenteras utvalda delar:

Insatser i rätt omfattning

Myndighetshandläggare genomför uppföljning av beviljade insatser inom ordinärt boende årligen eller oftare vid behov. Årets uppföljningar visar att 40 procent av omsorgstagarna hade ett ökat behov av insatser, cirka 35 procent hade oförändrade behov, 20 procent hade minskat behov och cirka 5 procent hade behov av förändrade insatser. Detta utgör grunden till att de insatser vi ger är i rätt omfattning utifrån den enskildes behov och gällande lagstiftning och praxis.

Personcentrerat arbetssätt

Ett nytt arbetssätt har införts för att bättre möta patienters behov som är utskrivningsklar eller skickas hem från Regionens akutvårdsavdelning, och som behöver insatser från hemtjänst, trygg och säker hemgång (TOSH), korttidsplats samt kommunal primärvård. Den tvärprofessionella teamsamverkan har lett till bättre samverkan med Region Kronoberg, ökad personcentrering och en tryggare hemgång för den enskilde, samt en effektivare resursanvändning, exempelvis av korttidsplatser. Cirka 650 ärenden har hanterats under året.

Förebyggande- och funktionsstödjande insatser

Under hösten har sex hälsosamtals-träffar genomförts med syftet att öka medborgarnas kunskap om hälsa och förebyggande insatser. Vid dessa tillfällen gavs information och råd om läkemedel, fallförebyggande träning, kostvanor samt effekterna av ofrivillig ensamhet på hälsan. Sammanlagt deltog 102 medborgare. Uppföljande samtal är planerade.

Flera mötesplatser har haft rullatorcafé där förvaltningens hjälpmedelstekniker kontrollerat besökarnas rullatorer för att de ska vara trygga och säkra att använda.

Inom fallprevention har en metodik och ett arbetssätt utvecklats med fokus på individuella vårdplaner, IVP. För patienter inom kommunal primärvård och där det identifieras en risk för fall ska en riskbedömning utföras. När denna bedömning är genomförd presenteras den i teamet, där samtliga yrkesprofessioner gemensamt utformar en IVP-fall baserad på aktuella riskfaktorer och behov. Metoden och arbetssättet implementeras successivt.

Samverkan sker med vårdcentralens äldreomfattning för att fånga upp personer med kognitiv svikt innan behoven blir allt för stora. Under 2025 har hembesök eller annan form av kontakt genomförts hos 55 patienter.

Nära vård

Omställningen till nära vård i hemmet och samverkan med den regionala primärvården fortskrider. En fördel som identifierats utifrån både kommunalt och patientperspektiv är möjligheten till EKG-undersökningar i hemmet för patienter med bröstsmärta, vilket har medfört att onödiga sjukhusinläggningar kunnat undvikas vid uteslutande av hjärtinfarkt. Under 2025 har sammanlagt 36 patienter registrerats inom ramen för samverkan mellan ambulans, vårdcentral och kommunal primärvård; av dessa har 24 fått insatsen vid ett tillfälle, åtta vid två tillfällen, tre vid tre tillfällen och en patient vid fyra tillfällen.



5 Ekonomi

5.1 Driftredovisning

Tabell 2. Driftredovisning, intäkter och kostnader

mnr	Budget 2025	Utfall 2025	Budget avvikelse	Utfall 2024
Intäkter	-96,5	-114,2	17,6	-105,7
Personalkostnader	415,8	420,4	-4,6	425,8
Övriga kostnader	131,3	166,8	-35,6	157,2
Summa	450,6	473,1	-22,5	477,3

Tabell 3. Driftredovisning per verksamhet

mnr	Budget 2025	Utfall 2025	Budget avvikelse	Utfall 2024
Omsorgsnämnd	1,4	1,5	-0,1	1,4
Förvaltningsledningskontor	5,7	19,1	-13,4	19,0
Ofördelade statsbidrag	-8,8	-8,8	0,0	-10,4
Myndighetskontor	7,3	6,6	0,7	7,3
HSL-verksamhet	50,2	49,8	0,4	51,4
Särskilt boende	154,5	156,5	-2,1	158,1
Hemtjänst	109,2	110,3	-1,2	112,9
Funktionsstöd	131,2	138,1	-6,9	137,7
Summa	450,6	473,1	-22,5	477,3

Analys av årets utfall

Större budgetavvikelser

Det ackumulerade utfallet uppgår till ett underskott om 22,5 mnr jämfört med budget. Intäkterna redovisar ett överskott om 17,6 mnr, vilket huvudsakligen förklaras av statsbidrag som inte varit budgeterade. Personalkostnaderna överstiger budget med 4,6 mnr, där ersättning till timanställda uppgår till 24,5 mnr och sjuklöner till 7,1 mnr exklusive PO. Övriga kostnader visar en negativ avvikelse om 35,6 mnr. I posten ingår ett effektiviseringskrav för perioden januari–december om totalt 27,9 mnr, varav 20,6 mnr avser den ingående obalansen och 7,3 mnr motsvarar det tilldelade besparingskravet om 1,5 procent av nettobudgeten.

Avvikelser per verksamhetsområde

- Omsorgsnämnden avviker med -0,1 mnr.
- Förvaltningskontoret redovisar ett underskott om 13,4 mnr. Den negativa avvikelser förklaras i huvudsak av det budgeterade effektiviseringskravet.
- Ofördelade statsbidrag uppvisar inga avvikelser mot budget.
- Myndighetskontoret redovisar en positiv avvikelse på 0,7 mnr. Detta beror främst på lägre personalkostnader än budgeterat, till följd av olika typer av frånvaro bland personalen som inte fullt ut bemannats.
- HSL-verksamheten redovisar per december en positiv avvikelse om 0,4 mnr. Utfallet förklaras främst av ej tillsatta vakanser och högre intäkter än budgeterat till följd av obudgeterade bidrag.



- Särskilt boende redovisar ett underskott om 2,1 mnkr. Intäkterna överstiger budget till följd av ej budgeterade bidrag och högre hyresintäkter, samtidigt som personalkostnaderna ökar till följd av övertalighet, sjukfrånvaro och timvikarier samt övriga kostnader för bland annat förbrukningsmaterial, livsmedel och köpt plats.
- Hemtjänsten redovisar en avvikelse om -1,2 mnkr. Intäkterna överstiger budget till följd av fler planerade timmar samt obudgeterade statsbidrag. Personalkostnaderna överstiger budget med 2,9 mnkr, främst till följd av ett ökat antal omsorgstagare med omfattande behov samt palliativ vård, vilket har medfört högre beviljad och planerad tid. Kostnadsutfallet påverkas även av förstärkning inom Trygg och säker hemgång. Övriga kostnader avviker negativt med 3,8 mnkr, huvudsakligen till följd av besparingskrav samt ökade bilkostnader.
- Funktionsstöd uppvisar en negativ avvikelse om 6,9 mnkr. Personalkostnadsavvikelsen uppgår till -1,7 mnkr och beror främst på kostnadsdrivande ärenden. Övriga kostnader avviker negativt med 6,1 mnkr. Avvikelsen förklaras främst av det tilldelade besparingskravet, som per december uppgår till 2,0 mnkr, samt kostnader för externt köpta platser. Därtill belastas utfallet av projekteringskostnaden för Hallska Maden och kostnader för särskild avgift för ej verkställda boendebeslut.

Prognossäkerhet

Prognosen per augusti visade på ett negativt utfall mot budget med -33,0 mnkr. Vid prognosläggning i oktober förbättrades prognosen till en -28,6, vilket är en prognosförbättring med 4,4 mnkr som främst berodde på att det budgeterade utrymmet för oförutsedda kostnader samt kompetenshöjande medel inom förvaltningsledningskontoret inte behövde utnyttjas i sin helhet. Vid årets slut förbättrades avvikelsen ytterligare till en negativ avvikelse med -22,5 mnkr främst på grund av ett prognostiserat särskild avgift om ca 1 mnkr inte utdömdes, bidrag kunde redovisas mot kostnader i större omfattning än prognostiserat samt påverkade förändringen av semesterlöneskulden och de upplupna lönerna till en utfallsförbättring med 1,7 mnkr.

Utfall jämfört med föregående år

Utfallet 2025 är 4,2 mnkr lägre än 2024. Intäkterna har ökat med 8,5 mnkr jämfört med föregående år, varav 3,7 mnkr avser ökade statsbidrag. Samtidigt har personalkostnaderna minskat med 5,4 mnkr trots ökade volymer och högre omsorgstyngd. Övriga kostnader har ökat med 9,6 mnkr, främst till följd av högre kostnader för köpta platser (+5,2 mnkr), där förändringen främst är inom särskilt boende.

Åtgärder för att nå en budget i balans 2025

Åtgärdsplan har upprättats och presenterats löpande i nämnd med förväntade effekter. Till grund för åtgärdsplanen finns nämndens verksamhetsplan med internbudget samt kommunfullmäktiges Senior- och äldreprogram samt gällande lagstiftning och praxis. Sammanfattningsvis har följande åtgärder behandlats:

- En extern genomlysning har genomförts och flera rekommenderade effektiviseringsåtgärder är under implementering.
- Månadsvis ekonomisk uppföljning och vakansprövning samt enhetlig ledning och styrning har stärkt kostnadskontrollen och gett ekonomiska effekter.
- Planerade översyner av avgifter, taxor samt vägledningar enligt SoL och LSS är genomförda.
- Förvaltningen arbetar med bemannings- och schemaoptimering samt tidiga insatser och systematisk uppföljning vid sjukfrånvaro, vilket redan gett lägre kostnader och minskad sjukfrånvaro.
- Pågående digitaliseringsarbete (tillsyn, inköp, signering, trygghetssensorer) bedöms ge goda framtida effektiviseringar.



- Genomgång av externa LSS-placeringar har lett till hemflyttningar och minskade framtida kostnader.

5.2 Investeringsredovisning

Tabell 4. Investeringsredovisning per projekt/kategori

mnkr	Budget 2025	Utfall 2025	Budget avvikelse
Reservkraftverk	1,4	0,0	1,4
Hjälpmedel	1,8	1,7	0,1
Särskilt boende	0,4	0,4	0,0
Ordinärt boende	0,2	0,2	0,0
Funktionsstöd	0,2	0,2	0,0
Ofördelade investeringsmedel	1,0	1,5	-0,5
Summa	5,0	4,0	1,0

* (+) innebär överskott, (-) innebär underskott av utfall jämfört med budget

Större budgetavvikelser

Utfallet för 2025 visar en positiv avvikelse om 1,0 mnkr. Jämfört med utfallet för 2024 har investeringsvolymen ökat med 0,4 mnkr. Investeringsbudgeten belastas inte längre av inköp av reservkraftverk, då dessa istället finansieras av annan förvaltning. Därmed omprioriteras somliga budgetmedel och investeringar i bland annat kabeldragning för trygghetsensorer, personalskåp, ARX-system samt parkering för säker på- och avstigning har genomförts istället.



6 Medarbetare

6.1 Nyckeltal

Tabell 5. Nyckeltal medarbetare

	2025	2024	2023	2022	2021
Anställda					
Antal tillsvidareanställda årsarbetare*	670,8	676,3	666,2	649,8	605,3
Antal tillsvidareanställda personer*	705,0	716,0	710,0	697,0	657,0
Personalomsättning	10,1%	11,6%	9,4%	10,8%	8,8%
Genomsnittlig sysselsättningsgrad	95,2%	94,5%	93,8%	93,2%	92,1%
Pension inom 5 år**					
Antal	90	96	94	80	72
Andel	12,8%	13,4%	13,2%	11,5%	11,0%
Sjukfrånvaro					
Antal sjukdagar per anställd	30,4	36,1	35,2	33,7	29,3
Sjukfrånvaro i procent	8,8%	10,3%	10,2%	10,0%	8,7%
varav män	5,6%	5,2%	5,1%	4,8%	3,6%
varav kvinnor	9,4%	11,2%	10,8%	10,7%	9,3%
varav längre än 59 dagar	60,1%	65,1%	61,0%	52,9%	55,2%

* per december månad

**Avgång vid 65 års ålder

Tabell 6. Omsorgsnämndens egna nyckeltal

	2025	2024	2023	2022	2021
Andel månadsanställda	88,1%	88,5%	87,5%	86,7%	87,0%
Andel timanställda	11,9%	11,5%	12,5%	13,3%	13,0%
Andel tillsvidareanställd omsorgspersonal inom äldreomsorgen med undersköterska utbildning	79,5%	77,2%	78,3%	77,9%	77,9%
Andel tillsvidareanställd omsorgspersonal inom funktionsstöd med vårdutbildning	87,1%	83,7%	84,9%	86,4%	91,6%
Heltidsarbetande månadsavlönade inom omsorgen om äldre och funktionsnedsättning	i.u.	55,0%	53,0%	52,0%	47,0%
Friskindex upp till tre sjukdagar	36,7%	37,7%	37,6%	32,0%	39,8%

i.u.=ingen uppgift tillgänglig ännu



Kommentarer till nyckeltalen

Antal anställda

Förvaltningen har aktivt arbetat för en förbättrad och samordnad schemaläggning. Vid behov används resurspass mellan olika avdelningar och enheter, och samverkan sker när det finns övertalighet inom arbetsgrupper eller avdelningar. Detta har lett till att både antalet årsarbetare och antal tillsvidareanställda har minskat.

Under hösten har fler timvikarier använts efter utbildningsinsatser och ökat omsorgsbehov inom ordinärt boende och att verksamheten valt att lösa denna ökning med vikarier. Vissa ärenden inom funktionsstöd har inledningsvis också krävt timvikarier.

Arbetet kring heltidsresan fortsätter och alla nyanställningar görs på heltid. För tillsvidareanställd personal som önskar utöka sin tjänstgöringsgrad försöker arbetsgivaren tillmötesgå det i den utsträckning det är möjligt. Den genomsnittliga sysselsättningsgraden fortsätter att öka.

En personalomsättning på cirka 10 procent är ett riktmärke som ofta återkommer nationellt med en variation utifrån både bransch och yrke. Förvaltningens personalomsättning har minskat något jämfört med 2024 och är nu i nivå med riktmärket.

Pension inom 5 år

Antalet personal som väntas gå i pension de närmaste fem åren är på en ungefärlig lika nivå som 2023.

Sjukfrånvaro

Sjukfrånvaron inom omsorgsförvaltningen har under 2025 utvecklats i en tydlig positiv riktning. Den totala sjukfrånvaron har minskat med 1,5 procentenheter, från 10,3 procent år 2024 till 8,8 procent år 2025. Under året har cheferna tillsammans med HR-Partner arbetat tätare för att följa upp pågående sjukskrivningar, både vad gäller kort- och långtidssjuka medarbetare, något som kan vara en förklaring till minskningen.

Vid närmare analys av sjukfrånvaron kan vi se att det framför allt är gruppen långtidssjuka som minskat. Detta kan vi följa genom att nyckeltalen "antal sjukdagar per snittanställd" och "andel sjukskrivna med 59 dagar eller mer i procent av total sjukfrånvaro" minskat tydligt.

Även andelen korttidssjukfrånvaro har förbättrats, vilket är särskilt betydelsefullt då korta och upprepade sjukperioder står för en stor del av förvaltningens sjukkostnader och dessutom har stor påverkan på verksamheternas planering och arbetsmiljö. Korttidssjukfrånvaron har följts genom mätning av antalet personer som haft fem eller fler sjukfrånvarotillfällen under de senaste tolv månaderna. Utfallet visar att nivån år 2025 är densamma som år 2024. Samtidigt kan vi se att kostnaden för sjuklön dag 2–14 har minskat något, trots att årets lönerrevision uppgick till 3,4 procent. Detta kan indikera att korttidssjukfrånvaron sker i något mindre omfattning per individ jämfört med tidigare år.

Förebyggande och rehabiliterande insatser

- Sunt arbetslivs friskhetsfaktorer för att främja en hälsosam arbetsmiljö
- Uppföljning av korttidssjukfrånvaro sker redan efter tre sjuktilfällen på sex månader som ett komplement till nyckeltalet fem sjuktilfällen på 12 månader
- Utökad uppföljning med HR-Partner kring sjukfrånvaro, både korttid- och långtidssjukfrånvaro
- Stöd och hjälp av företagshälsovården
- Löpande arbete med riskanalyser i verksamheten



- Självförsvarsutbildning i hot och våld, funktionsstöd
- Uppdaterad rutin för riskbedömning inför arbete med enskild omsorgstagare inom samtliga lagrum (SoL, HSL, LSS)

Större utbildningsinsatser under året

- Grundläggande beredskapsutbildning, där drygt 450 baspersonal har deltagit. Utbildningen har handlat om hur personal ska agera vid en kris och omfattat krisstöd, akut omhändertagande, enkla livräddande åtgärder samt återrehabilitering. Sammanlagt har 18 utbildningstillfällen hållits under hösten.
- Krisledningsutbildning och övning för förvaltningens krisledningsstab
- Genom statsbidraget Äldreomsorglyftet har 16 personal läst på undersköterskeutbildningen, tre personal har läst till specialistundersköterska och vissa interna utbildningsinsatser har även genomförts.
- Utbildningar inom förflyttningsteknik, brand och HLR (hjärt- och lungräddning)
- Vital parametrar, tio utbildningstillfällen. Workshop för att öka baspersonalens kunskap för att kunna ge rätt vård till omsorgstagaren.
- På Torsgården har all personal omcertifierats enligt Silviahemmets demensutbildning. Medarbetarna har därmed god kunskap kring ett arbets- och förhållningssätt som kan användas under hela sjukdomsförloppet, från mild till svår fas i sjukdomen och till livets slut.
- BPSD, kvalitetssäkring och kunskap kring omsorg och vård kring personer med kognitiv sjukdom/demenssjukdom
- Personal i köken har genomgått utbildning i livsmedelshygien och specialkost. Första kockarna har genomgått digital utbildning i köksekonomi. Några kockar har genomgått handledarutbildning.
- Medarbetare inom funktionsstöd har genomgått utbildning i pedagogiken Mowe and walk. Den är utformad för att personer med motoriska funktionsvariationer ska kunna få rätt stöd och stimulans i lärandeprocessen.
- Personal på Virda, Barken och personlig assistans har genomgått SENSE som är en tredagarsutbildning som både ger teoretisk kunskap och praktiska verktyg för att hantera utmanande beteenden.
- Funktionsstöd samverkar med utbildningsförvaltningens psykologteam, vilket möjliggör reflektion och utveckling av bemötande och arbetssätt.



7 Förväntad utveckling

Den 1 januari 2026 träder nya bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen i kraft med syfte att stärka hälso- och sjukvårdens beredskap vid kris och krig. Mot denna bakgrund ska omsorgsförvaltningen fortsätta att rusta verksamheten för att kunna hantera perioder med stora påfrestningar. Arbetet fokuserar på att stärka personalens kunskap samt att organisera verksamheterna på ett sätt som möjliggör snabb kapacitetsökning och omhändertagande av fler svårt sjuka personer eller personer med omfattande omvårdnadsbehov under längre tid. Organisationen ska känna trygghet i att kunna omprioritera insatser utifrån en i förväg fastställd prioriteringsordning.

Parallellt fortsätter förberedelserna inför den nya socialtjänstlagen, där det förebyggande arbetet har en central betydelse för kommunens långsiktiga utveckling.

Den enskilde omsorgstagaren ska, med stöd av digitala hjälpmedel, ges möjlighet att vara så självständig som möjligt, i kombination med riktade personalinsatser.

Den ekonomiska situationen är fortsatt utmanande och kräver ett aktivt utvecklingsarbete där nya arbetsätt prövas för att säkerställa att verksamheten ryms inom tilldelade ekonomiska ramar. Vi arbetar för att bibehålla en bemanning som motsvarar uppdragens krav samt att rätt kompetensnivå upprätthålls vid rekrytering. Verksamhetens system ska bidra till att minska den administrativa belastningen i samtliga områden och därigenom frigöra mer tid för arbete som skapar mervärde för kommuninvånarna.



8 Intern kontroll

Resultatet av de fem genomförda internkontrollerna är att tre bedöms till gott eller tillräckligt gott och två till bristfälligt. Åtgärderna för att minska/eliminera riskerna inom dessa kontrollområden ska därför följas upp vid återrapporteringen av 2026 års uppföljning. Uppföljning har även genomförts av två internkontrollområden från 2024 som då inte kunde genomföras. Resultatet av dessa bedöms som tillräckligt gott. Sammantaget bedöms resultatet att den interna kontrollen 2025 är tillräcklig. En sammanställning av de olika internkontrollerna finns i bilaga 1.

Processen kring nämndens internkontroll med de olika stegen som riskanalys, framtagandet av internkontrollplan, genomförandet och uppföljningen har fungerat enligt plan. Förvaltningen använder också självutvärdering av internkontrollen enligt COSO-ramverket för att arbeta mer proaktivt och systematiskt.



9 Volymnyckeltal

Statistik per december månad

Tabell 7. Beslutade och planerade hemtjänsttimmar per månad

Ordinärt boende	Januari	Februari	Mars	April	Maj	Juni	Juli	Augusti	September	Oktober	November	December
Beslutad tid	14217	14089	12987	13367	13483	13776	13370	13581	13992	13958	13451	13558
Planerad tid	9772	9632	9302	9572	9706	10153	10192	10293	10979	11198	10782	10760
Personal- kontinuitet	16,75	16,07	16,60	16,81	15,74	16,95	15,72	18,79	18,81	17,93	18,12	17,51

Tabell 8. Aktuell kösituation till boenden

Bostad/Månad	Januari	Februari	Mars	April	Maj	Juni	Juli	Augusti	September	Oktober	November	December
Särskilt boende	18	19	21	22	22	25	24	20	19	24	23	22
LSS-bostad	6	6	9	9	11	9	9	8	9	10	9	10



Bilaga 1

Genomförda kontroller enligt kommunövergripande internkontrollplan 2025

Kontrollmoment	Välfärdsbrottslighet <ul style="list-style-type: none"> Hur arbetar nämnden med att förebygga och motverka välfärdsbrottslighet idag? Inom vilka verksamhetsområden bedömer nämnden att det finns en risk för att välfärdsbrottslighet förekommer? Vilka risker bedömer nämnden finns?
Avgränsningar/urval	Personlig assistans och köpta platser
Bedömt resultat	Tillräckligt
Kommentar och slutsats	<p>Arbete pågår strukturerat. Syftet är att stärka det förebyggande arbetet mot välfärdsbrottslighet och säkerställa att det finns en tydlig process och klara rutiner att hantera problem när de upptäcks. De högsta riskerna för felaktiga utbetalningar har identifierats inom områdena personlig assistans och köpta platser.</p> <p>Under hösten har två nya rutiner avseende personlig assistans implementerats:</p> <ul style="list-style-type: none"> En för ansvarsfördelning vid ansökan, beslut och fakturahantering av merkostnadsersättning vid ordinarie assistents sjukdom. En för att hantera tillfälliga bemanningsförfrågningar från externa assistansanordnare.
Förslag till åtgärd	Fortsatt systematiskt arbete.

Genomförda kontroller enligt nämndens internkontrollplan 2025

Kontrollmoment	Kontroll av att dokumenterade kontinuitetsplaner finns på samtliga enheter
Avgränsningar/urval	kontinuitetsplan som hanterar störning och avbrott i verksamheten i händelse av cyberattack (IT-avbrott)
Bedömt resultat	God
Kommentar och slutsats	Alla enheter har aktuella kontinuitetsplaner inom de definierade områdena. De finns utskrivna på papper och förvaras på de olika arbetsplatserna samt digitalt i teams. Det som kan vara oklart är hur väl de är kända för all personal. Det är ett moment som behöver säkerställas.
Förslag till åtgärd	Förankra det regelbundet i personalgrupperna för att det ska bedömas som god.

Kontrollmoment	Kontroll av att hantering av arbetsskador och tillbud som rapporterats in av medarbetaren via kommunens systemstöd (Stella) hanteras av ansvarig chef enligt de rutiner som finns
Avgränsningar/urval	Period januari-september
Bedömt resultat	Bristfällig



Kommentar och slutsats	Granskningen visade att endast 11 av 30 händelser hade korrekt klassificerats enligt gällande definitioner, medan fem tillbud borde ha bedömts som skador och i 14 fall påbörjades ingen hantering alls. Klassificering av händelsernas allvarlighetsgrad saknades i majoriteten av fallen, vilket försvårade uppföljning. I de flesta arbetsskador gjordes heller inga utredningar, trots lagkrav, och när utredningar väl genomfördes fokuserade de främst på åtgärder snarare än orsaksanalyser, vilket riskerar att syftet med förebyggande arbete går förlorat. Dessutom var det få händelser som rapporterades vidare till Försäkringskassan och ingen till AFA, troligtvis på grund av bristande kunskap kring anmälningsrutiner och att dessa inte sker automatiskt.
Förslag till åtgärd	Det finns ett tydligt behov av att stärka chefernas kompetens och följsamhet kring hantering av tillbud och skador, både vad gäller systemanvändning och kunskap om gällande lagkrav och interna rutiner. Tydligare instruktioner, förstärkt systemstöd samt uppföljning och chefsstöd föreslås som prioriterade åtgärder. Ny internkontroll kommer ske under 2026 för att säkerställa att åtgärder vidtagits och fått effekt så att betyget inte längre är bristfälligt.

Kontrollmoment	Kontroll av att riktlinjerna för uppföljning av myndighetsbeslut följs
Avgränsningar/urval	Hemtjänst
Bedömt resultat	God
Kommentar och slutsats	Handläggarna genomför regelbundna uppföljningar, i snitt 17 uppföljningar per handläggare varje månad. Beslut följs upp minst en gång per år, oftare vid behov såsom efter en sjukhusvistelse där uppföljning ofta sker inom 14 dagar. Slutsatsen är att myndighetshandläggarna arbetar med god kvalitet på sina uppföljningar.
Förslag till åtgärd	--

Kontrollmoment	Kontroll av om beviljade insatser utförs
Avgränsningar/urval	Omsorgstagare som bor på servicebostad om de får sina aktiviteter (LSS)
Bedömt resultat	Bristfällig
Kommentar och slutsats	Stickproven visar att majoriteten av omsorgstagarna inte har en genomförandeplan som innehåller livsområden som handlar om aktiviteter, rekreation & fritid eller samhällsgemenskap vilket gör det svårt att följa upp och utvärdera insatser. Via journalgranskningen framgår det att ungefär 43 %, av omsorgstagarna, sällan eller aldrig har en dokumenterad aktivitet i sin journal. Ungefär 57 % av omsorgstagarna har ofta eller mycket ofta en dokumenterad aktivitet i sin journal. Slutsatsen är att aktiviteter inte ges tillräcklig prioritet i planeringen, och att deltagandet i aktiviteter varierar stort mellan olika individer. Detta pekar på ett behov av förbättrad planering, genomförande och dokumentation för att skapa mer individanpassad och heltäckande omsorg



Förslag till åtgärd	Införa krav på att individanpassad aktivitetsplanering alltid ska ingå i genomförandeplanen samt följas upp och utvärderas. Ny internkontroll kommer genomföras under 2026 för att säkerställa att åtgärder vidtagits och fått effekt så att betyget inte längre är bristfälligt.
----------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Genomförda kontroller enligt nämndens internkontrollplan 2024

Följande internkontroller genomfördes inte under 2024 pga resursbrist (vakanta tjänster). Internkontrollen har enligt rutin därför genomförts under 2025.

Kontrollmoment	Kontroll av följsamhet till uppsatta riktlinjer för avvikelser SoL och LSS samt vårdskador HSL
Avgränsningar/urval	Urval: utredning och vidtagna åtgärder av inkommen avvikelse SoL, LSS, HSL. Jan-sep, april o sep.
Bedömt resultat	Tillräcklig
Kommentar och slutsats	Fler avvikelser har hanterats på ett korrekt sätt, vilket utgör en förbättring jämfört med tidigare år. Granskningen visar dock att åtgärder oftast dokumenteras i samband med analysen, vilket försvårar möjligheten att följa upp genomförda insatser.
Förslag till åtgärd	Rutinen ska uppdateras och uppföljning av avvikelsehanteringen ska genomföras tillsammans med varje enhetschef.

Kontrollmoment	Granskning av kvalitén på genomförandeplaner och om verkställigheten arbetar efter uppsatta mål
Avgränsningar/urval	Urval: korttidsplats enligt SoL och LSS
Bedömt resultat	Tillräckligt
Kommentar och slutsats	Granskningen av genomförandeplaner för korttidsplatser inom SoL visar på ett varierande resultat. De flesta har en genomförandeplan av god kvalitet, men omsorgstagare är sällan delaktiga i planeringen och ger oftast bara sitt medgivande till personalen att göra planen själva. Granskningen av genomförandeplaner för korttidsplatser inom LSS visar på en följsamhet till fastställda rutiner för genomförandeplaner. Flera av dessa planer är formulerade i jag-form, till exempel: "Jag vill ha det så här", vilket visar på en god delaktighet i framtagandet. Innehållet i genomförandeplanerna bedöms vara tillfredsställande.
Förslag till åtgärd	Korttidsplats enligt SoL behöver nå en ökad delaktighet i framtagandet av genomförandeplan. Kontrollmomentet finns med i internkontrollplan 2026.



Åtgärdsplan inklusive statusrapportering per december 2025

Förslag till beslut

1. Omsorgsnämnden godkänner återrapporteringen av åtgärdsplan inklusive statusrapportering per december 2025.

Förvaltningen ska fortsätta vidta nödvändiga åtgärder i enlighet med upprättad åtgärdsplan för att säkerställa att budgeten för 2026 följs både på enhets- och verksamhetsnivå. Detta inkluderar att uppfylla det tilldelade besparingsbidraget på 11 miljoner kronor.

Beskrivning av ärende

Omsorgsnämnden står inför ekonomiska utmaningar på grund av ökade volymer, förändrade behov, hög inflation och minskade statsbidrag. För att säkerställa en långsiktig budget i balans har flera åtgärder beslutats och implementeras under 2025 med kontinuerlig statusrapportering och fokus på effektiv resursanvändning och lagstadgad korrekthet. Omsorgsnämnden arbetar för att uppnå en budget i balans inom tre år, baserat på nämndens verksamhetsplan och kommunfullmäktiges program för seniorer och äldre.

Åtgärdsplanen är en sammanfattning av fattade beslut och pågående åtgärder för verksamhetsåret 2025.

Beslutsunderlag

Åtgärdsplan inklusive statusrapportering per december 2025, 2026-02-04

Anneli Loberg
Förvaltningschef

Marianne Stark
Strateg



Åtgärdsplan för omsorgsnämnden med tillhörande statusrapportering och resultatuppföljning för perioden januari–december 2025

Bakgrund

Omsorgsnämnden har ett svårt ekonomiskt läge till följd av ökade volymer, förändrade insatsbehov, kvarstående kostnader från tidigare års höga inflation, minskade statsbidrag samt implementering av nya EU-direktiv. Både omsorgsnämnden och kommunstyrelsen har gett omsorgsförvaltningen i uppdrag att vidta åtgärder för att säkerställa en långsiktigt balanserad budget där det övergripande målet är att uppnå ekonomisk balans inom tre år. Beslut i principiella eller särskilt betydelsefulla frågor har fattats av omsorgsnämnden, medan övriga åtgärder har handlagts inom omsorgsförvaltningens verkställighetsansvar.

Styrning och ledning baseras på nämndens verksamhetsplan och internbudget samt kommunfullmäktiges Senior- och äldreprogram. I huvudsak arbetas med:

- De insatser vi ger ska vara av rätt omfattning utifrån den enskildes behov samt gällande lagstiftning och praxis. I varje ärende ska utredas om den sökta insatsen kan tillgodoses på annat sätt.
- Vi ska erbjuda digital service och välfärdsteknik i första hand och personlig omsorg och vård när behov finns. Endast satsningar som är självfinansierande på kort sikt och som bidrar till en kostnadsbesparing genomförs.
- Vi erbjuder förebyggande och tidiga insatser i samarbete med andra aktörer för att främja hälsa. Detta syftar till att öka individens självständighet och möjlighet att delta i samhället, samtidigt som behovet av omsorg och vård minskar. Fokusområden är social gemenskap, meningsfulla aktiviteter, fysisk aktivitet och hälsosamma matvanor.
- Vi fortsätter vårt arbete med att efterleva den EU-lagstiftning som gäller inom arbetsgivarområdet, där stabila anställningsförhållanden och en god arbetsmiljö är centrala komponenter. Projekt bedrivs för en minskad sjukfrånvaro.
- Vi säkerställer att samtliga taxor, avgifter och priser följer prisutvecklingen genom beslut om avgiftskonstruktion med adekvat indexering.
- Förvaltningen bedriver ett kontinuerligt arbete för att säkerställa att samtliga enheter uppnår budgetbalans, samtidigt som besluten inom den lagstiftning som nämnden är bunden av genomförs på ett korrekt sätt.

Detta underlag är en sammanfattning av fattade beslut och pågående åtgärder för verksamhetsåret 2025. I bilaga redovisas ekonomiska måltal och de olika åtgärdernas ekonomiska effekter.

Summering av åtgärdsplanens ekonomiska effekt på 2025

Utfallet för 2024 blev -47,8 miljoner kronor. Inför år 2025 gick vi in med en obalans på 24 miljoner kronor vilket minskades med 3,3 miljoner kronor till följd av PO-förändring. Vilket innebar en kvarstående obalans på 20,7 miljoner kronor för 2025.

Den totala effekten av åtgärdsplanen har genererat 4,4 miljoner kronor 2025.

Utfallet för 2025 blev -22,5 miljoner kronor, vilket innebär att det kvarstår en obalans för 2026 och 2027 att hantera för att uppnå det övergripande målet om ekonomisk balans inom tre år.

Åtgärder beslutade av omsorgsnämnden

För att tillskapa utrymme att klara det långsiktiga åtagandet inom nämndens ansvarsområde ska följande åtgärder genomföras (ON § 10 /2025):

- En extern genomlysning med syfte om förslag på åtgärds paket för en budget i balans
- Tätare ekonomisk återrapportering
- Varje vakans ska noga prövas

Status december:

Arbetet kring de beslutade åtgärderna har genomförts enligt plan.

Den extern granskningens och resultat och förslag presenterades under maj och juni. Rapporten innehöll rekommendationer för åtgärder som syftar till att uppnå ekonomisk balans på kort sikt samt minska kostnader och öka effektiviteten på längre sikt. Förvaltningsledningen har ansvarat för att identifiera och prioritera relevanta åtgärder samt bedöma deras ekonomiska effekter. Implementering av prioriterade åtgärder pågår. Kostnaden för den externa granskningen uppgick till 360 000 kronor.

En mer frekvent ekonomisk återrapportering har utförts och månatligen redovisats till nämnd.

Samtliga lediga tjänster har genomgått en noggrann granskning och de utannonserade befattningarna har blivit godkända. Prövningen av vakanser har utförts oavsett yrkeskategori. Den ekonomiska effekten av vakanta chefstjänster samt bemanningsplanerare är möjlig att särredovisa och uppgår till 2,2 miljoner kronor. De vakanta chefstjänsterna har för de återstående cheferna medfört en större arbetsbörda samt ansvar för ett utökat antal medarbetare.

Fortsätta utreda ett införande av kyld mat för matdistribution inom äldreomsorgen. (ON § 60/2025)

Status december:

Arbetet är påbörjat och under hösten har omvärldsbevakning genomförts.

Översyn av taxor, avgifter och priser för 2026.

Status december:

Planerad åtgärd är uppfylld och har genomförts enligt plan, ON § 71 / 2025, KF § 128 / 2025.

Översyn av vägledning för SoL och vägledning för LSS

Status december:

Planerad åtgärd är uppfylld och har genomförts enligt plan.

Omsorgsnämndens Vägledning för biståndsbedömning och verkställighet enligt socialtjänstlagen (SoL) har uppdaterats för medboende i särskilt boende, ON § 71 / 2025.

Omsorgsnämndens Vägledningen för biståndsbedömning och verkställighet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) är reviderad, ON § 100 / 2025.

Åtgärder beslutade av omsorgsförvaltningen

Minska den negativa helårsprognosen genom konkreta åtgärdsplaner på verksamhet- och enhetsnivå.

Efter delårsrapporten beslutades att de enheter eller verksamhetsområden som bedömt att de inte kan uppnå det tilldelade besparingskravet på 1,5 procent ska tilldelas särskilda åtgärder, bestämda mål och nyckeltal av förvaltningschefen.

Status december:

Arbete pågår och effekter syns.

Enheternas aktuella åtgärder inriktas på att anpassa bemanningen utifrån verksamhetens behov, samordna personalresurser mellan olika avdelningar och enheter samt optimera rutten och central schemaläggning.

Myndighetsbeslut om insatser följs upp regelbundet eller vid förändrade behov.

Controllerstödet och HR:s stöd till cheferna har förstärkts.

Arbetet med att minska sjukfrånvaro har fortsatt och årsavstämningen visar på såväl en minskad sjukfrånvaro som en lägre kostnad för sjuklön. Sjukfrånvaron för 2025 uppgick till 8,8 procent, vilket är en minskning jämfört med föregående år då nivån var 10,3 procent. Kostnaden för utbetald sjuklön exklusive sociala avgifter var 7,1 mnkr under 2025, jämfört med 7,3 mnkr 2024. I analysen är det viktigt att ta hänsyn till en lönerrevision på ungefär 3,4 procent för 2025.

En hållbar och effektiv personalplanering genom:

- En förbättrad och samordnad schemaläggning och samverkan vid övertalighet.
- Att samtliga verksamheter ska arbeta för att nå en ökad direkttid hos omsorgstaren och gör aktiva åtgärder för att minska kringtiden.
- En justering av nattpassens längd från 10 till 9,5 timmar inom äldreomsorgen. Arbetstiden optimerats därigenom för att säkerställa personalnärvaro under perioder då omsorgstagarna har störst behov av stöd.
- Ett minska övertidsuttaget genom att deltidsanställd personal endast schemaläggs under sina ordinarie arbetspass. Vid behov av ytterligare arbetskraft ska i första hand vikarie anlitas. Detta beslut grundas på det nya avtalet, där deltidsanställda nu erhåller övertidsersättning på samma villkor som heltidsanställda.

Status december:

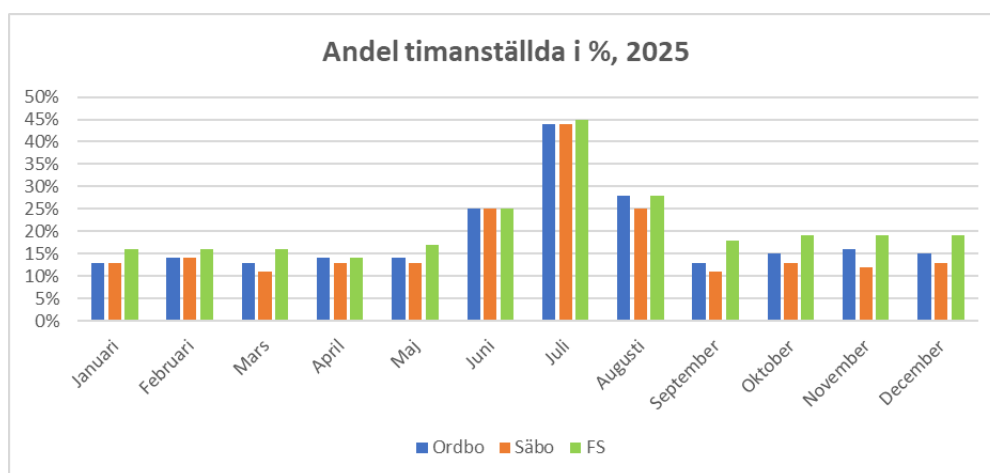
Arbetet kring de beslutade åtgärderna pågår och effekter syns.

En förbättrad och samordnad schemaläggning sker inom samtliga verksamhetsområden. Resursspass nyttjas vid behov mellan olika avdelningar och enheter, och samverkar vid en övertalighet mellan avdelningar/-arbetsgrupper.

Alla chefer har tagit fram ett bemanningskrav efter befintligt behov. Ansvarsfördelningen vid schemaläggning och bemanning är förankrad och anpassad efter enhetens omfattning. En utbildning i bemanning och schemaläggning kommer att genomföras under februari 2026 för chefer, planerare, bemanningssamordnare, administratörer och HR. Ett samarbete har inletts med kommunledningen för att undersöka möjligheten att få stöd från IT-enheten i utvecklingen av digitala lösningar som kan effektivisera och förenkla schemaläggningsprocessen. Som ett första steg genomförs en kartläggning där fokus är att identifiera aktuellt behov av stöd.

Inom ordinärt boende har nattpassens längd justerats. Tidigare var bemanningen högre än nödvändigt under eftermiddagar, vilket resulterade i ökade kostnader. Motsvarande förändring av nattpassens längd kommer att införas inom särskilt boende i början av 2026. Det har framkommit en del oro och synpunkter från nattpersonal om ändringen av nattidsmättet.

Kostnaderna för övertid har ökat något jämfört med föregående år (ca 0,4 mnkr exklusive sociala avgifter). Det nya avtalet, där fyllnadstid nu räknas som kvalificerad övertid omedelbart, har en direkt påverkan på detta.



Andelen timvikarier är som högst under sommarmånaderna beroende på deras introduktion och personalens semesterperiod. Under hösten har genomförda utbildningsinsatser resulterat i ett något ökat nyttjande av timvikarier. Inom verksamhetsområdet ordinärt boende har andelen timanställda ökat något under hösten även beroende på ett ökat omsorgsbehov i två hemtjänstområden och att verksamheten valt att lösa denna ökning med vikarier. Inom funktionsstöd är det vissa ärenden som inledningsvis har krävt timvikarier.

Årsarbetare:

Inom verksamhetsområdet ordinärt boende har de planerade arbetstimmarna ökat från 10 000 i januari till 11 000 i december. Samtidigt har antalet årsarbetare minskat från 147,3 till 141,5 under samma period, dvs en effektivisering har genomförts inom verksamhetsområdet. En ny arbetsrutin kring schemaplanering och resurspass har varit en bidragande faktor.

Verksamhetsområdet ser en tydlig förändring av omvårdnadsbehoven då allt fler ärenden har ett komplext och stort omvårdnadsbehov. För närvarande har 21 omsorgstagare i ordinärt boende 100 timmar eller mer i planerad tid per månad. En utvärdering av ordinärt boendes servicegrupp är genomförd och överlämnad till nämnd.

Inom särskilt boende har samtliga enheter gjort framsteg i sin bemanningsplanering. Antalet årsarbetare har minskat från 212,4 i januari till 208,1 i december. Arbetet med att minska antalet övertidstimmar fortsätter, med målet att samtliga verksamheter ska sänka sina övertidskostnader. Inom kostorganisationen

samordnas personal mellan köken i Moheda och Alvesta samt mellan köken i södra kommundelen.

Samplaneringen mellan olika insatser inom funktionsstöd pågår. Ett exempel är samordningen av hämtning och lämning mellan boendet och den dagliga verksamheten. Antalet årsarbetare har minskat från 153,1 i januari till 147,6 i december.

Styrning och ledning genom:

- Alla chefer ska vara aktivt involverade i arbetet med budgetering, resurskontroll och uppföljning. Processer och styrtal identifieras och implementeras för att möjliggöra en effektiv ledning av verksamheten både i det dagliga arbetet och inom strategisk planering.
- Planering, genomförande och utvärdering ska ligga till grund för verksamheten. För att uppnå effektiva resultat ska chefer leda och styra på ett enhetligt sätt.
- Beslut från ledningsgrupp formaliseras och kommuniceras internt.

Status december:

Arbetet kring de beslutade åtgärderna pågår och effekter syns.

Samtliga verksamhetsområden arbetar med sina processer och styrtal.

Inom ordinärt boende sätts inför varje schemaperiod ett bemanningskrav. Bemanningskravet utgår ifrån den senaste månadens planerade tid, kringtid och restid och utifrån detta läggs således schemat. Vid behov omfördelas personalresurser mellan hemtjänstgrupperna och enheterna så att bemanningen stämmer med aktuellt bemanningskrav. Det kan vara enstaka resursspass eller att personal förflyttas. Ordinärt boende har minskat sin extrabemanning då resursspass används i första hand. Vikarien tas även enbart in för den exakta tid som behövs. Inom ordinärt boende syns en ökad ekonomisk medvetenhet och kontroll.

Omsorgstyngdsmätningen inom särskilt boende har, sedan augusti, utförts varje månad istället för enbart vid behov som tidigare. Metoden utvecklas fortfarande för att även kunna mäta viss kringtid, vilket idag inte tas med i beräkningen. Enligt decembermätningen är användningen av personalresurser generellt högre än det aktuella bemanningskravet. Indirekt tid behöver som nämnts tidigare justeras då vissa delar ännu inte är med i beräkningen för att bättre spegla bemannings-situationen. Personalresurser som överstiger bemanningskravet ska i första hand nyttjas till resursspass inom enheten, men kan vid behov omdisponeras till andra särskilda boenden. På Högåsen har en ny struktur för schemalaggningsenheten med bland annat resursspass startat i december. Enhetscheferna inom särskilt boende är mer aktiva i enhetens schemaplanering vilket leder till en högre ekonomisk medvetenhet och kontroll. Inom kostorganisationen har tjänsten som poolkock inte återbesatts för att hålla kostnaderna nere. Matsedlarna ses över kontinuerligt för att anpassa utbudet efter billigare livsmedel och säsongens råvaror.

Arbetet med att utveckla ett resursfördelningssystem för LSS-insatserna daglig verksamhet samt bostad med särskild service fortskrider enligt plan. En modell för

löpande resursfördelning har tagits fram för att tillgodose aktuellt behov. Under hösten har implementeringsarbetet påbörjats, där det första steget innebär att bedömt behov ställs i relation till den budget som fastställts för 2026. Modellen kommer att testas under 2026 och därefter tillämpas fullt ut i budgetprocessen för 2027.

Inom sjuksköterskeorganisationen genomförs vårddyngdsmätningar tillsammans med en kompletterande översikt över utförda arbetsuppgifter utöver patient tid. Syftet med underlagen är att uppnå en jämn fördelning av personalresurser mellan arbetslagen, säkerställa en god arbetsmiljö samt möjliggöra en tydlig beskrivning av verksamheten både internt och för ledningen. Redan nu märks effekter såsom ökad transparens mellan arbetslagen samt förbättrade möjligheter att fördela och omplacera resurser.

Ledningsgruppens beslut är formaliserade och kommuniceras internt.

Digitalisering

Fortsatt arbete med digitaliseringsåtgärder för att frigöra tid och effektivisera.

Status december:

Arbete pågår.

Digital tillsyn, digitala inköp, digital hemtjänst, läkemedelsrobotar påskyndas. Upphandling av läkemedelsautomater planeras inför att avtalet löper ut hösten 2026. Förstudien visar att fler modeller finns tillgängliga och att det går att hyra efter behov.

Digitala inköp för personer med hemtjänst påbörjades i oktober och omfattar initialt 30 omsorgstagare i Alvesta. Införandet har inneburit vissa praktiska förberedelser, såsom att ordna BankId för de omsorgstagare som tidigare saknat detta. Omställningen förväntas effektivisera arbetet motsvarande 0,4 årsarbetare.

Trygghetssensorer inom särskilt boende med implementering våren 2026. Många äldre på särskilda boenden har behov av tillsyn under hela eller delar av dygnet. Det är viktigt att få tillsyn utifrån sitt individuella behov där integritet och självständighet stärks men också att snabbt få hjälp och stöd av personal vid till exempel fall, skada eller sjukdom. Trygghetssensorer bidrar till en hållbar ekonomi och möjliggör att vi kan stå rustade inför de utmaningar vi har gällande demografi och kompetensförsörjning då den minskar behovet av fysisk tillsyn och effektiviserar personalens arbete. Samtidigt som den ger en ökad trygghet för den enskilde. En del av de trygghetskameror som finns på särskilda boendena kommer då att programmeras om så att de kan användas i ordinärt boende.

Digital signering av HSL-insatser har införts inom verksamheterna funktionsstöd och ordinärt boende. Implementeringsarbetet pågår fortfarande inom särskilt boende, då vissa tekniska komponenter ännu inte är installerade på samtliga enheter. Digital

signering bidrar till en ökad patientsäkerhet. Den fördröjda installationen av IT-komponenter på samtliga särskilda boenden har även inneburit att införandet av planeringssystemet inom dessa enheter har försenats.

Ett arbete pågår för att effektivisera hjälpmedelshanteringen genom införandet av ett digitalt systemstöd, med målet att optimera processerna och säkerställa kostnadseffektiv, säker och kvalitativ omsorg och vård. Ökad återanvändning och tillgänglighet av rekonditionerade hjälpmedel främjar både hållbarhet och bidrar till förbättrad livskvalitet för individerna.

I samband med övergången till debitering baserat på utförd tid inom hemtjänsten i februari 2026 kommer vissa moment inom avgiftshandläggningen att digitaliseras, vilket bedöms leda till en effektivisering av arbetet och frigöra resurser.

Externa placeringar

Granska beslutade placeringar och dess avtal. Ta fram en strategi för eventuella hemmaplanslösningar för ärenden som idag placeras externt inom LSS samt vilka åtgärder som skulle behöva göras för att möjliggöra en första placering i kommunens verksamhet.

Status december:

Samtliga placeringar är genomgångna och det finns en planering för dessa. Två placeringar har avslutats under 2025 genom hemflytt till kommunen, och ytterligare en hemflytt beräknas ske under 2026. Det nya LSS-boendet på Storgatan 18C kommer att underlätta för hemmaplanslösningar.

Ekonomiska måltal har satts upp, men inte kunnat nås pga. Ett nytt större ärende som tillkom 2025.

Grundmadrass köps in till samtliga lägenheter på särskilt boende.

Status december

Åtgärden förväntas medföra en lägre sammantagen kostnad då inköp av specialmadrasser och omlägningsmaterial kan minska. Ungefär hälften av grundmadrasserna köps in i år och hälften i början av 2026. Inköpet ryms inom befintlig investeringsbudget på Rehab. Åtgärden förväntas medföra en god hygienisk standard på madrasserna, en bättre kontroll på sårvård och ett minskat antal trycksår.

Undersöka möjligheten till specialisthemtjänst/samverkansgrupp för specialärenden

Status december
Arbetet är inlett.

Anneli Loberg
Förvaltningschef

Bilaga. Statusrapportering av åtgärdsplaner per december

Bilaga Statusrapportering av åtgärdsplaner per december

Åtgärder 2025	Utfall 2025	Prognostiserad effekt 2025	Effekt 2026	Effekt 2027	Status
Ordinärt boende					
Bemanning;					
Övertids- och bemanningsrestriktioner		180	200	500	
Effektivisering genom schemaförändringar	1200	500	250	1 250	
Förändrade vikarierutiner (Minskad kostnad för timanställda inkl po)	0	137	150	300	
Digitalisering som påverkar bemanning	0	100	100	100	
Minskad kostnad för sjuklön inkl po	60	120	120	120	
Vakanser	1200	850	600		
Upphandling trygghetslarm ordinärt boende samt läkemedelsautomater					
Översyn servicegruppen					
Digital hemtjänst					
Ordinärt boende Totalt:	2 460	1 887	1 420	2 270	
Särskilt boende					
Bemanning;					
Övertids- och bemanningsrestriktioner	300	100	200	200	
Effektivisering genom schemaförändringar	1 735	180	250	300	
Förändrade vikarierutiner (Minskad kostnad för timanställda inkl po)	350	50	200	400	
Minskad kostnad för sjuklön inkl po	90	80	100	100	
Vakanser	525	700	480	0	
Digitalisering som påverkar bemanningen ex trygghetssensorer		10	520	520	
Resursfördelningssystem		75	50	50	
Köpt plats					
Särskilt boende Totalt:	3 000	1 195	1 800	1 570	



Uppdateringar av delegationsordning 2026

Förslag till beslut

Omsorgsnämnden beslutar att godkänna de förslag på tillägg i nämndens delegationsordning som framgår av underlaget. .

Beskrivning av ärende

Delegationsordningen är en förteckning över de ärendetyper i vilka nämnden delegerat sin beslutanderätt till arbetsutskott, ordförande eller tjänsteperson på förvaltningen. Bestämmelser om delegering av ärenden finns i 6 kap. 37-41 §§ och i 7 kap. 5-8 §§ kommunallagen, KL, samt i de lagar som styr verksamheten. Delegering av beslut sker för att möjliggöra en enkel och snabb handläggning av ärenden genom att delegat fattar beslut på nämndens uppdrag.

Två avsnitt i delegationsordningen har utökats. Förslag på tillägg framgår av gulmarkering i beslutsunderlaget.

Beslutsunderlag

Delegationsordning för omsorgsnämnden, reviderad 2026-03-03

Anneli Loberg
Förvaltningschef

Lovisa Olsson
Nämndsekreterare



Alvesta
kommun

Delegationsordning för omsorgsnämnden

Fastställd: 2023-04-24 (ON § 57)

Reviderad: xx (ON § xx)

Dnr NOH-2026-00012

Innehåll

Delegationsordning för	1
omsorgsnämnden.....	1
Allmän information om delegation	3
Laglig grund och ansvar	3
Beslut som inte får delegeras.....	3
Delegation respektive verkställighet.....	3
Anmälan av delegationsbeslut	4
Vidaredelegering till förvaltningschef	4
Övrigt	4
Förkortningar	4
Förteckning över delegerade ärenden	6
Allmänna ärenden.....	6
Övergripande ärenden.....	6
Beslut i samband med handläggning av ärenden (förvaltningslagen)	7
Överklagande av ärenden.....	8
Ärenden gällande allmänna handlingar	8
Ärenden gällande personuppgiftsbehandling.....	8
Ärenden gällande anmälningar och rapporter till tillsynsmyndighet.....	9
Ärenden om bistånd enligt socialtjänstlagen (SoL)	10
Ärenden om bistånd enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) ..	11
Övriga ärenden gällande myndighetsutövning enligt SoL och LSS	13
Avgiftsärenden (SoL och HSL)	13
Ekonomiärenden.....	14
Personalärenden.....	15

Allmän information om delegation

Laglig grund och ansvar

Enligt kommunallagen får omsorgsnämnden delegera sin beslutanderätt. Detta innebär att nämnden kan uppdra åt ett utskott, presidiet, en ledamot eller ersättare i nämnden eller en anställd inom förvaltningen att besluta på nämndens vägnar i ett visst ärende eller i en viss grupp av ärenden (6 kap. 37 § KL). Bestämmelser om delegering av ärenden finns i 6 kap. 37-41 §§ och i 7 kap. 5-8 §§ kommunallagen (KL) samt i de lagar som styr verksamheten.

Delegering av beslut sker för att underlätta beslutsfattande och möjliggöra en enkel och snabb handläggning av ärenden. Den person som har fått en sådan beslutanderätt delegerad till sig kallas för delegat.

Den som erhåller rätt till delegationsbeslut ska ha tillräcklig kunskap bland annat om riktlinjer för det delegationen avser. Delegaten ska vara medveten om vilka styrande principer i form av styrdokument och instruktioner som gäller för uppdraget.

När beslutet är fattat är ärendet avgjort. Nämnd eller chef kan inte ändra ett delegationsbeslut som fattats av behörig delegat. Beslutet kan i de flesta fall överklagas, antingen genom laglighetsprövning eller förvaltningsbesvär.

Nämnden kan när som helst återkalla en delegation. Nämnden kan även genom eget handlande föregripa ett beslut i ett enskilt ärende av den som fått delegering genom att själva ta över och besluta i ärendet.

Beslut som inte får delegeras

Det är förbjudet att delegera ärenden av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt (6 kap. 38 § KL). Beslut som inte får delegeras är följande:

1. Ärenden som avser verksamhetens mål, inriktning, omfattning eller kvalitet,
2. framställningar eller yttrande till kommunfullmäktige, liksom yttrande med anledning av att beslut av nämnden i dess helhet eller av fullmäktige överklagats,
3. ärenden som rör myndighetsutövning mot enskilda, om de är av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt,
4. ärenden som väckts genom medborgarförslag och som överlåtits till nämnden, och
5. vissa ärenden som anges i särskilda föreskrifter. Lag (2007:68).

Med principiell beskaffenhet menas att det saknas tidigare beslut i liknande ärenden och att beslutet blir prejudicerande för andra liknande ärenden i framtiden. Delegationen omfattar beslut och avgöranden av rutinkaraktär med stöd av normer, vägledning, riktlinjer, uttalad inriktning med mera från nämndens sida.

Ett ärende som är delegerat kan visa sig vara av större vikt eller principiell beskaffenhet. I dessa fall ska ärendet lyftas till nämnden för avgörande med hänvisning till 6 kap. 38 § KL.

Delegation respektive verkställighet

Gränsen mellan delegation och verkställighet kan inte dras med någon exakthet.

Kännetecknande för ett delegationsbeslut är bland annat att det finns utrymme för alternativa lösningar och att beslutsfattaren måste göra vissa överväganden och bedömningar. Vid ren verkställighet saknas utrymme för självständiga bedömningar, som till exempel vid tillämpning

av en taxa eller riktlinjer, fastighetsförvaltning, anvisningar, arbetsmallar, attest, lönesättning och övrig personaladministration. Till exempel bör utgångspunkten när det gäller normala ekonomiska transaktioner som avser drift vara sådana beslut att de utgör ren verkställighet.

Beslut som är ren verkställighet kan inte överklagas.

Anmälan av delegationsbeslut

Nämnden ska besluta i vilken utsträckning beslut som har fattats med stöd av uppdrag enligt 6 kap. 37 § eller 7 kap. 5-6 §§ KL ska anmälas till den enligt 6 kap. 40 § KL och 7 kap 8 §. Detta gäller ej beslut som är fattade med stöd av 6 kap. 39 § KL vilka alltid ska anmälas vid nämndens nästa sammanträde.

Delegationsbeslut i förteckningen nedan som inte behöver anmälas till nämnden framgår i kolumnen Ersättare/anmärkning. Alla beslut som kan överklagas enligt 13 kap. KL ska anmälas till nämnden¹. Vid osäkerhet om hur beslutet kan överklagas ska det alltid anmälas till nämnden.

Vidaredelegering till förvaltningschef

Nämnden medger förvaltningschefen att, med stöd av 7 kap. 6 § KL, i sin tur uppdra åt annan anställd inom nämndens ansvarsområde att besluta i ärende, vilket med stöd av 7 kap. 5 § KL delegerats till förvaltningschefen att besluta i.

Övrigt

Vid förfall av ordförande inträder i första hand nämndens förste vice ordförande som ersättare och i andra hand nämndens andre vice ordförande. När förste vice eller andre vice ordförande fullgör ordförandes skyldigheter har de samma beslutanderätt som ordförande enligt delegationsordningen.

De ärenden som är delegerade till delegat som fattat beslutet omfattar även dennes ersättare vid frånvaro.

Rollen myndighetshandläggare omfattar samtliga handläggare som fattar beslut enligt SoL och LSS.

Förkortningar

FL	Förvaltningslagen
GDPR	Dataskyddsförordningen (General Data Protection Regulation)
IVO	Inspektionen för vård och omsorg
KL	Kommunallagen
LSS	Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade
MAS	Medicinskt ansvarig sjuksköterska
MAR	Medicinskt ansvarig för rehabilitering

¹ Beslut som inte anmäls ska protokollföras särskilt, om beslutet får överklagas enligt bestämmelserna i 13 kap. KL enligt 6 kap. 40 § KL. För att underlätta hanteringen ska därför alla dessa beslut anmälas till nämnden.

OSL	Offentlighets- och sekretesslagen
PUA	Personuppgiftsansvarig
PSL	Patientsäkerhetslag
SAS	Socialt ansvarig samordnare
SKR	Sveriges kommuner och regioner
SoL	Socialtjänstlagen
SoF	Socialtjänstförordning
SOSFS	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd
TF	Tryckfrihetsförordning

Förteckning över delegerade ärenden

I denna förteckning finns alla de ärendetyper som nämnden har delegerat. Om ärendetyper inte finns med, är ärendet inte delegerat. Det betyder att endast nämnden får fatta beslut.

Nr	Ärendetyp	Delegat	Kommentar
1	Allmänna ärenden		
1.1	Övergripande ärenden		
1.1.1	Brådskande ärenden som ej kan vänta till nämnden sammanträder.	Nämndens ordförande	6 kap. 39 § KL Ordförande ska, om så är möjligt, rådfråga nämndens presidium före beslut av större vikt.
1.1.2	Yttrande över remisser från myndigheter/andra instanser då svarstiden inte medger att omsorgsnämnden behandlar ärendet.	Nämndens ordförande	
1.1.3	Beslut att avstå från att lämna yttranden/remissvar i ärenden som inte är av principiell beskaffenhet.	Nämndens ordförande	
1.1.4	Yttranden över detaljplaneärenden inom Alvesta kommun	Arbetsutskottet	
1.1.5	Utfärdande av fullmakt att föra omsorgsnämndens talan vid domstolar och andra myndigheter eller vid förrättningar av olika slag	Nämndens ordförande	
1.1.6	Beslut att polisanmäla brott som hindrar nämndens verksamhet eller vissa brott som riktar sig mot underårig	Nämndens ordförande	

Nr	Ärendetyp	Delegat	Kommentar
1.1.7	Behörighet att ta emot rekommenderat brev och skriva på delgivning.	Förvaltningschef, verksamhetschef eller nämndsekreterare	
1.2	Beslut i samband med handläggning av ärenden (förvaltningslagen)		
1.2.1	Beslut att avslå begäran om att ärendet ska avgöras inom fyra veckor efter sex månaders handläggning.	a.) Chef myndighetskontor (myndighetshandläggning SoL och LSS) b.) Förvaltningschef (övriga ärenden)	12 § FL Tillämpas ej vid handläggning av ärenden som kan överklagas genom laglighetsprövning.
1.2.2	Beslut att avvisa ett ombud eller beslut om föreläggande till ombud/part att ombudet ska styrka sin behörighet	Handläggare som ansvarar för ärendet	14 § FL 2 st och 15 § FL 2 st
1.2.3	Beslut om föreläggande till enskild att avhjälpa en brist som finns kvar, om bristen medför att framställningen inte kan läggas till grund för en prövning i sak.	Handläggare som ansvarar för ärendet	20 § 2 st FL
1.2.4	Rättelse av skrivfel eller likande	Delegat som tagit beslutet	36 § FL
1.2.5	Beslut att ändra ett beslut som myndigheten fattat som första instans om den anser att beslutet är felaktigt.	Delegat som fattat beslutet	37-39 § FL Tillämpas ej vid handläggning av ärenden som kan överklagas genom laglighetsprövning.
1.2.6	Beslut att avskriva ett ärende från vidare handläggning (i samråd med chef myndighetskontor).	Delegat som fattat beslutet.	Förvaltningslagen (2017:900)
1.2.7	Avvisning av för sent inkommet överklagande av beslut.	Delegat som tagit beslutet	45 § FL Tillämpas ej vid ärenden som överklagas genom laglighetsprövning – dessa ska skickas direkt till överklagandeinstansen.

Nr	Ärendetyp	Delegat	Kommentar
1.3	Överklagande av ärenden		
1.3.1	Beslut att överklaga/yrkande om inhibition i ärenden eller mål vid allmän domstol, förvaltningsdomstol eller vid tillsynsmyndighets beslut.	Nämndens ordförande	
1.3.2	Beslut om yttrande till överklagandeinstans med anledning av besvär som anförts över ett beslut.	Delegat som fattat beslutet	
1.4	Ärenden gällande allmänna handlingar		
1.4.1	Beslut i fråga om utlämnande av allmän handling till enskild eller annan myndighet samt uppställande av förbehåll i samband med utlämnande till enskild (med undantag för handlingar som avses i punkt 1.4.2 och 1.4.3 nedan)	Förvaltningschef	6 kap. 3 § och 10 kap. 14 § OSL 2 kap. 12-14 §§ TF
1.4.2	Beslut i fråga om utlämnande av allmän handling i form av journal/dokumentation i verksamhetssystem enligt SoL och LSS till enskild eller annan myndighet samt uppställande av förbehåll i samband med utlämnande till enskild	SAS eller förvaltningschef	
1.4.3	Beslut i fråga om utlämnande av allmän handling i form av journal/dokumentation i verksamhetssystem enligt HSL till enskild eller annan myndighet samt uppställande av förbehåll i samband med utlämnande till enskild	MAS eller MAR	
1.5	Ärenden gällande personuppgiftsbehandling		
1.5.1	Beslut att utse dataskyddsbud för omsorgsnämnden	Förvaltningschef	Ej överklagbart. Överklagandeförbud enligt 7 kap 5 § lag 2018:218 om kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning.

Nr	Ärendetyp	Delegat	Kommentar
1.5.2	Beslut att ingå personuppgiftsbiträdesavtal inklusive instruktioner	Förvaltningschef	Ej överklagbart, se ovan.
1.5.3	Beslut att anmäla personuppgiftsincident till tillsynsmyndighet	Förvaltningschef	Ej överklagbart, se ovan.
1.5.4	Beslut i fråga om utlämnande av registerutdrag till enskild (art 15), rättelse (art 16), radering (art 17), begränsning av behandling (art 18), registrerades invändning mot en behandling (art 21)	Förvaltningschef	
1.5.5	Beslut att ej tillmötesgå begäran om registerutdrag eller beslut att ta ut en rimlig avgift för att täcka administrativa kostnader för kopior vid uppenbart ogrundade eller orimliga begäranden, särskilt på grund av deras repetitiva art.	Förvaltningschef	Art 12.5 och 15.3 GDPR PUA måste visa att begäran är orimlig.
1.5.6	Fastställa konsekvensbedömning (DPIA) avseende dataskydd (art 35, 1-3)	Förvaltningschef	Samråd med dataskyddsombud innan konsekvensbedömning fastställs. Överklagandeförbud enligt 7 kap 5 § lag 2018:218 om kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning.
1.5.7	Beslut att fastställa intresseavvägning enligt 8 § kamerabevakningslagen.	Förvaltningschef	
1.5.8	Bedömning enligt 9 § kamerabevakningslagen att förutsättningarna enligt 8 § är uppfyllda och att tilltänkt kamerabevakning kan inledas.	Förvaltningschef	
1.6	Ärenden gällande anmälningar och rapporter till tillsynsmyndighet		
1.6.1	Beslut att anmäla händelser som medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (Lex Maria).	MAS eller MAR	3 kap. 5 § PSL
1.6.2	Beslut om att anmäla till IVO om det finns skäligen anledning att befara att en person som har legitimation för yrke inom hälso- och sjukvården och som är verksam eller har varit verksam, kan utgöra en fara för patientsäkerheten.	MAS eller MAR	3 kap. 7 § PSL

Nr	Ärendetyp	Delegat	Kommentar
1.6.3	Beslut att anmäla allvarliga missförhållanden eller påtagliga risker för allvarliga missförhållanden (Lex Sarah).	SAS	27 kap. 6 § SoL och 24 f § LSS Vid SAS frånvaro kan även MAS fatta beslut.
1.6.4	Rapportering av gynnande beslut enligt 11 kap. 1 § SoL och 9 § LSS som inte har verkställts inom tre månader från dagen för beslutet till IVO, kommunfullmäktige och kommunens revisorer samt beslut om att utse huvudrapportör till IVO.	Förvaltningschef	34 kap. 1 § och 3 § SoL samt 28 f- h §§ LSS
2	Ärenden om bistånd enligt socialtjänstlagen (SoL) Delegationsrätten gäller utifrån de förutsättningar och begränsningar kring insatser som framgår av omsorgsnämndens vägledning enligt SoL.		
2.1	Stöd i form av serviceinsatser eller personlig omvårdnad	Myndighetshandläggare Enhetschef kan fatta ett tillfälligt beslut som gäller för 14 dagar.	11 kap. 1 § Se Vägledning SoL avsnitt 6.1 – 6.4
2.2	Bistånd i form av stöd i bostad	Myndighetshandläggare Enhetschef kan fatta ett tillfälligt beslut som gäller för 14 dagar.	11 kap. 1 § SoL Insatsen är främst aktuell inom funktionsstöd.
2.3	Bistånd i form av boende i särskild boendeform	Särskilt utsedda myndighetshandläggare	11 kap. 1 § SoL Se Vägledning SoL avsnitt 7
2.4	Beslut att verkställa ett beslut om boende i särskild boendeform i extern regi (köp av plats)	Arbetsutskott	
2.5	Bistånd i form av korttidsboende eller växelvis korttidsboende	Myndighetshandläggare	11 kap. 1 § SoL

Nr	Ärendetyp	Delegat	Kommentar
			Se Vägledning SoL avsnitt 7
2.6	Beslut att verkställa ett beslut om tillfälligt boende i särskild boendeform i extern regi (köp av plats)	Förvaltningschef	
2.7	Bistånd i form av kontaktperson	Myndighetshandläggare	11 kap. 1 § SoL Se Vägledning SoL avsnitt 8.3
2.8	Bistånd i form av avlösning och avgiftsfri avlösarservice	Myndighetshandläggare	11 kap. 1 § SoL Se Vägledning SoL avsnitt 8.1, 8.2 och 8.4
2.9	Bistånd i annan form utöver rättigheterna i 11 kap. 4 § SoL	Arbetsutskottet	11 kap. 4 § och 12 kap. 2 § SoL Ärenden av principiell vikt ska alltid lyftas till nämnden för beslut.
2.10	Bistånd till person från annan kommun med varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser som har rätt att ansöka om insatser enligt 29. Kap § 7-8 SoL	Myndighetshandläggare Enhetschef kan fatta ett tillfälligt beslut som gäller för 14 dagar.	29 kap. 7 § SoL med stöd av 11 kap. 1 § SoL
3	Ärenden om bistånd enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)		
3.1	Beslut om personkretstillhörighet enligt LSS	Myndighetshandläggare	1 § LSS
3.2	Beslut om personlig assistans. Biträde av personlig assistent eller ekonomiskt stöd till skäliga kostnader för sådan assistans.	Myndighetshandläggare	9 § 2 p. LSS
3.3	Beslut om personlig assistans för vistelse mer än en vecka per år eller för vistelse i annat land än Sverige, Norge, Danmark eller Finland.	Arbetsutskott	9 § 2 p. LSS

Nr	Ärendetyp	Delegat	Kommentar
3.4	Beslut om ledsagarservice: a.) i närmiljö b.) utanför närmiljö samt längre resor	a.) Myndighetshandläggare b.) Arbetsutskott	9 § 3 p. LSS
3.5	Beslut om biträde av kontaktperson/stödfamilj	Myndighetshandläggare	9 § 4 p. LSS
3.6	Beslut om avlösarservice i hemmet	Myndighetshandläggare	9 § 5 p. LSS
3.7	Beslut om korttidsvistelse utanför det egna hemmet	Myndighetshandläggare	9 § 6 p. LSS
3.8	Beslut om korttidstillsyn för skolungdom över 12 år utanför det egna hemmet i anslutning till skoldagen samt under lov	Myndighetshandläggare	9 § 7 p. LSS
3.9	Beslut om boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn eller ungdomar som behöver bo utanför föräldrahemmet	Myndighetshandläggare	9 § 8 p. LSS
3.10	Beslut om bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna	Myndighetshandläggare	9 § 9 p. LSS
3.11	Beslut att verkställa ett beslut om boende enligt 9 § 8 p och 9 p i extern regi (köp av plats).	Förvaltningschef	
3.12	Beslut om daglig verksamhet för personer i yrkesverksam ålder som saknar förvärvsarbete och inte utbildar sig	Myndighetshandläggare	9 § 10 p LSS
3.13	Beslut att verkställa ett beslut om daglig verksamhet enligt 9 § 10 p i annan kommun (köp av plats)	Förvaltningschef	
3.14	Beslut om ersättning för personlig assistans enligt 9 § 2 p ska betalas ut till annan än den stödberättigade	Arbetsutskott	11 § LSS
3.15	Beslut om återbetalning av ekonomiskt stöd	Enhetschef	12 § LSS

Nr	Ärendetyp	Delegat	Kommentar
3.16	Beslut om förhandsbesked om rätt till insats enligt LSS	Delegat som har delegation på beslut om sökt insats	16 § LSS
3.17	Beslut om ersättning från förälder/vårdnadshavare gällande kostnader för omvårdnad av barn under 18 år	Verksamhetschef Funktionsstöd	20 § LSS
4	Övriga ärenden gällande myndighetsutövning enligt SoL och LSS		
4.1	Anmälan till överförmyndaren om behov av god man/förmyndare/förvaltare	Myndighetshandläggare	5 kap. 3 § SoF 15 § 6 p LSS Behöver ej anmälas till nämnden.
4.2	Yttrande till överförmyndarnämnden vid förfrågan om behov av god man/förmyndare/förvaltare	Myndighetshandläggare	Behöver ej anmälas till nämnden.
4.3	Förordnande/entledigande av kontaktperson/stödfamilj samt beslut om ersättning för uppdraget. <i>Ersättningsnivå bestäms enligt nämndens vägledning och SKL:s rekommendationer.</i>	Enhetschef	
5	Avgiftsärenden (SoL och HSL)		
5.1	Beslut om fastställande av avgiftsutrymme för debitering av avgift för insatser enligt socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen.	Avgiftshandläggare	32 kap. 1 § SoL och 17 kap. 1 § HSL Behöver ej anmälas till nämnden. Avgifter debiteras enligt kommunens taxa och räknas som verkställighet.
5.2	Beslut om höjning eller sänkning av minimibeloppet	Avgiftshandläggare	32 kap. 9 § SoL Behöver ej anmälas till nämnden.

Nr	Ärendetyp	Delegat	Kommentar
5.3	Beslut om av- eller nedskrivning av fordran (redan debiterad avgift) samt avgiftsbefrielse.	Förvaltningschef	32 kap. 1 § SoL och 17 kap. 1 § HSL
6	Ekonomiärenden		
6.1	Beslut om att utse beslutsattestanter löpande under året.	Förvaltningschef	Omsorgsnämnden fastställer attestförteckningen en gång per år.
6.2	Beslut om utdelning ur Nybygdenarvet gällande ansökningar från enskilda.	Arbetsutskottet	-
6.3	Beslut vid varje enskilt tillfälle om vad Ragnar Engkvists gåva ska användas till. Användandet av gåvan ska vara till förmån för så närliggande syfte som möjligt som trivselkassan på Björklidens särskilda boende kan anses vara.	Enhetschef på Björkliden	KS § 7/2016 Nämnden erhåller vid årets slut en sammanställning över hur gåvan har använts under året.
6.4	Beslut vid varje enskilt tillfälle om vad Ingvar Erikssons gåva ska användas till. Användningen av gåvan ska vara till förmån för så närliggande syfte som möjligt som "att användas till de boendes trivsel" på Torsgårdens särskilda boende kan anses vara.	Enhetschef på Torsgården	KS § 103/2017 Nämnden erhåller vid årets slut en sammanställning över hur gåvan har använts under året.
6.5	Beslut om hyresnivåer för omsorgsförvaltningens trygghetsbostäder	Förvaltningschef	
6.6	Teckna och säga upp hyresavtal för lokaler	Förvaltningschef	Förutsätter att andra eventuellt nödvändiga beslut har fattats samt att rutinen för lokalsamordning följs. Ex hyra av förråd, garageplats eller liknande till mindre belopp bedöms vara verkställighet.
6.7	Rätt att ingå, underteckna och förlänga avtal som inte är av principiell betydelse eller i övrigt av större vikt och som avser den löpande verksamheten (till värde av max 250 000 kronor)	Verksamhetschef	Är tecknandet av avtalet en följd av exempelvis ett annat beslut bedöms det vara verkställighet.

Nr	Ärendetyp	Delegat	Kommentar
	Beslutet förutsätter att det finns finansiering inom befintlig budget.		Avtal som avser den löpande verksamheten och understiger 100 000 kronor (per år) bedöms som verkställighet (förutsätter att det ryms inom budgetram).
6.8	Rätt att ingå, underteckna och förlänga avtal som inte är av principiell betydelse eller i övrigt av större vikt och som avser den löpande verksamheten hos förvaltningen (till värde av max 500 000 kr) Beslutet förutsätter att det finns finansiering inom befintlig budget.	Förvaltningschef	Är tecknandet av avtalet en följd av exempelvis ett annat beslut bedöms det vara verkställighet. Avtal som avser den löpande verksamheten och understiger 100 000 kronor (per år) bedöms som verkställighet (förutsätter att det ryms inom budgetram).
6.9	Beslut att rekvirera/ansöka om generella och riktade bidrag (exempelvis statsbidrag) inklusive användande av dem samt eventuell återrapportering.	Förvaltningschef	Om statsbidraget är av mer generell karaktär och/eller inte avser ett tydligt syfte som redan ligger inom förvaltningens uppdrag ska nämnden fatta beslut om hur det ska användas.
7	Personalärenden		
	Beslut om anställning (inkl. löne- och anställningsvillkor) vid nyanställning av personal inom omsorgsförvaltningen a.) Verksamhetschefer samt övrig personal direkt underställd förvaltningschef b.) Enhetschefer samt övrig personal direkt underställd verksamhetschef c.) Personal direkt underställd enhetschef	a.) Förvaltningschef b.) Verksamhetschef c.) Enhetschef	Tidsbegränsad anställning av personal under en sammanlagd tid av högst sex månader är verkställighet och beslutas av närmsta chef.

Nr	Ärendetyp	Delegat	Kommentar
	Beslut om tjänstledighet utan lön som ej följer av lag eller avtal a.) Heltid, upp till sex månader b.) Del av tjänst, upp till 50 procent (som längst ett år) c.) Heltid, längre än sex månader d.) Del av tjänst, 50 procent eller mer (som längst ett år)	a.) Närmaste chef b.) Närmaste chef c.) Förvaltningschef d.) Förvaltningschef	Ska samrådas med närmaste högre chef (gäller ej för förvaltningschef. Beslut om tjänstledighet med lagstöd (ex. föräldraledighet, studieledighet) betraktas som verkställighet.
	Beslut om att behålla lön eller del därav vid utbildning enligt gällande AB	Förvaltningschef	Om särskilt beslut har fattats om rätt till lön vid viss utbildning räknas det som verkställighet när medarbetare går utbildning med lön i enlighet med beslutet.
	Beslut om avstängning eller disciplinär åtgärd enligt AB	Förvaltningschef	I samråd med HR-avdelningen
	Beslut om uppsägning eller avsked för arbetstagare	Förvaltningschef	I samråd med HR-chef
	Överenskommelse/avtal med enskild arbetstagare om avslutande av anställning	Förvaltningschef	I samråd med HR-chef
	Beslut om förbud mot bisyssla	Förvaltningschef	I samråd med HR-avdelningen
	Beslut om polisanmälan gentemot anställd som misstänks för brott i arbetet	Förvaltningschef	



Handlingsplan för bostadsförsörjning

Förslag till beslut

Omsorgsnämnden beslutar att notera informationen och lämnar handlingsplan för bostadsförsörjning utan kommentarer.

Beskrivning av ärende

Det har tagits fram ett förslag på en handlingsplan gällande bostadsförsörjning. Denna handlingsplan är framarbetad gemensamt av förvaltningar och bolag i Alvesta kommunkoncern och ska ses som en bilaga till bostadsförsörjningsprogrammet som antogs i kommunfullmäktige den 28 april 2025. Handlingsplanens syfte är att fördela ansvar och lista konkreta åtgärder som är kopplade till de mål som framgår i bostadsförsörjningsprogrammet. Handlingsplanen är uppdelad så att varje mål har konkreta aktiviteter som ska genomföras för att nå målet tillsammans med ansvarig del inom kommunkoncernen.

I handlingsplanen finns målet "kommunkoncernen ska verka för att kunna erbjuda varierade och tillgängliga boendeformer till seniorer och äldre". Inom målet har omsorgsförvaltningen tillsammans med andra aktörer ansvar för följande åtgärder:

- Säkerställa att renoveringar och ombyggnationer i allmännyttan sker med fokus på tillgänglighet.
- Utredda placering och behov av nytt särskilt boende för äldre i Alvesta tätort.
- Utveckla nya arbetssätt kopplat till ny socialtjänstlag med fokus på samhällsplaneringen.

Beslutsunderlag

Utkast Handlingsplan för bostadsförsörjning, reviderat 2026-01-26

Beslutet skickas till

Therese Lindström, samhällsbyggnadsförvaltningen

Anneli Loberg
Förvaltningschef

Marianne Stark
Strateg



Alvesta
kommun

Alvesta kommun

Handlingsplan för bostadsförsörjning

PROGRAM **PLAN** POLICY RIKTLINJE

Beslutat av: Kommunstyrelsen, §
Beslutsdatum: 2025-01-01
Gäller från och med: Klicka eller tryck här för att ange datum.
Giltighetstid: Ange text eller sätt ett mellanslag för att lämna blankt.
Dokumentet gäller för: Nämnder och styrelser i Alvesta kommun
Ansvarig för uppföljning: Kommunledningsförvaltningen, utvecklingsavdelningen
Diarienummer: 2025-



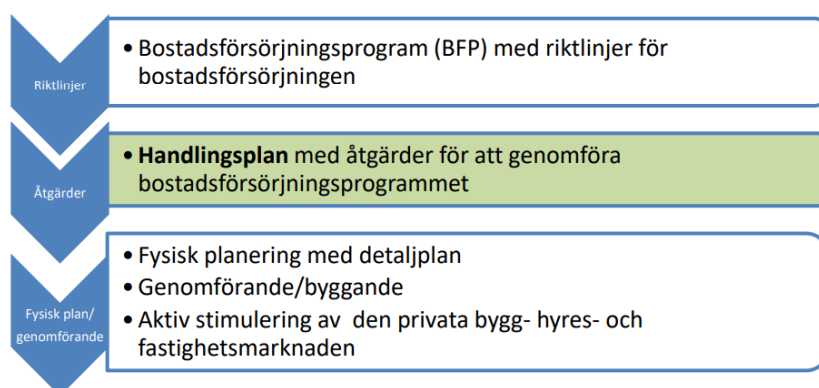
Innehållsförteckning

Bakgrund	3
Övergripande mål	4
<i>Mål Ö1 Kommunkoncernen ska verka för att nya och befintliga bostadsområden ska främja social, ekologisk och ekonomisk hållbarhet</i>	4
<i>Mål Ö2 Kommunkoncernen ska verka för ett varierat utbud av bostäder i alla kommundelar som tillgodoser invånarnas behov och efterfrågan</i>	6
<i>Mål Ö3 Kommunkoncernen ska verka för att kunna erbjuda varierade och tillgängliga boendeformer till seniorer och äldre</i>	7
<i>Mål Ö4 Kommunkoncernen ska utveckla och höja boendekvaliteten</i>	8
<i>Mål Ö5 Kommunen ska ha en beredskap för nya bostadsområden för olika ändamål för att stödja och stimulera den privata marknaden</i>	10
<i>Mål Ö6 Kommunkoncernen ska arbeta för att främja en exploatering av flerbostadshus i de orter som inte erbjuder en varierande upplåtelseform idag. Även i andra tätorter om det finns en efterfrågan på marknaden</i>	11
Mätbara mål	12
<i>Mål M1 Kommunkoncernen ska tillskapa 200 bostäder fram till 2030 genom omvandling eller genom nyproduktion</i>	12
<i>Mål 2 Kommunkoncernen ska ha som målsättning att tillskapa 9 lägenheter till fyror eller femmor fram tills 2030 genom omvandling eller genom nyproduktion</i>	13
Riktlinjer för AllboHus AB	14
Uppföljning	14



Bakgrund

Denna handlingsplan är framarbetad gemensamt av förvaltningar och bolag i Alvesta kommunkoncern och ska ses som en bilaga till bostadsförsörjningsprogrammet som antogs i kommunfullmäktige den 28 april 2025. Handlingsplanens syfte är att fördela ansvar och lista konkreta åtgärder som är kopplade till de mål som framgår i bostadsförsörjningsprogrammet.



Handlingsplanen har tagits fram genom styrgrupp för Hållbar Tillväxt samt en arbetsgrupp med representanter från Samhällsbyggnadsförvaltningen, Förvaltningen för arbete och lärande, Omsorgsförvaltningen, Utbildningsförvaltningen, Kultur- och fritidsförvaltningen samt vårt kommunala bostadsbolag Allbohus Fastighets AB. Programmet har tagits fram genom arbetsgruppsmöten.

Bostadsförsörjningsprogrammet består av övergripande mål och mätbara mål. Handlingsplanen är uppdelad så att varje mål har konkreta aktiviteter som ska genomföras för att nå målet tillsammans med ansvarig del inom kommunkoncernen. Handlingsplanen är en revidering av den föregående och gäller för en ny tidsperiod, år 2025-2028. Målen ska ses som förhållningssätt i bostadsplanering, vid ombyggnation och nybyggnation.

Bostadsförsörjningsprogrammet konstaterar att det har varit en låsning på bostadsmarknaden. Efterfrågan på bostadsmark som har gått vidare till köp har minskat. Bakomliggande faktorer är exempelvis ekonomiska läget med räntehöjningar och inflationer samt den minskade befolkningsutvecklingen. Nuvarande och eventuella framtida räntesänkningar ger en positiv indikation på att inbromsningen på bostadsmarknaden kommer att vända. Kommunkoncernen förbereder inför vändningen genom upprustning av bostadsbeståndet, utbudet av kommunal service som exempelvis stadsbuss, skola och multiarena. Kommunen arbetar med att ta fram en ny översiktsplan.



Övergripande mål

Mål Ö1 Kommunkoncernen ska verka för att nya och befintliga bostadsområden ska främja social, ekologisk och ekonomisk hållbarhet

Kommunen ska genomföra följande åtgärder för att nå målet:

Nummer	Åtgärd	Ansvar	Tidplan
Ö1.1	Leda och bidra i arbetet med missionsdriven områdesutveckling för hälsa- och välbefinnande. Arbeta för att konkretisera mål samt följa de resultat från FORMAS-projektet som arbetas fram i syfte att förbättra livsvillkor för hyresgäster i Västra Alvesta.	Allbohus KLF - utv. SBF - plan	2025-2027
Ö1.2	Säkra tomter för blandad bebyggelse genom direktanvisningar för att blanda upplåtelseform och verksamheter in områden.	SBF - plan	2025-2028
Ö1.3	Säkerställa att allmänna ytor i anslutning till bostäder utan tomt ska utformas med och/eller planeras för: - en trygg inre sfär direkt utanför dörren, - socialt närområde inom 300 meter och - bostadsnära natur inom 500 meter.	Allbohus SBF - park SBF - plan	Löpande
Ö1.4	Detaljplaner ska tas fram i samverkan med verksamheter och drift av ytor för att säkerställa funktionen på lång sikt.	SBF - plan	Löpande
Ö1.5	Utveckla och förbättra tätortsnära natur, parker och torg med stort fokus på tillgänglighet och trygghet.	SBF - park SBF - stab	Löpande



Ö1.6	Förbättra gång och cykelvägar i samråd med framtagande av en cykelplan.	SBF - plan SBF - tekn.	2025-2028
Ö1.7	Samordna genomförandet av målbild för Aringsås.	KLF - utv.	2025-2028
Ö1.8	Tillämpa bostad-först-modellen som innebär att hemlösa personer uppmuntras att själva definiera sina behov och mål.	Allbohus FAL	Löpande
Ö1.9	Verka för att ödehus ska få en ny användning.	SBF - plan	2025-2028
Ö1.10	Utreda förutsättningar till en systematisk hyressättning som är en metod för att sätta en hyra som är rättvis och speglar en lägenhets faktiska bruksvärde, baserat på en poängsättning av faktorer som storlek, standard och läge.	Allbohus	2026
Ö1.11	Utredning av bäst lämpad teknik för ett hållbart samhällsbyggande ska göras tidigt i processen. Startmöten för detaljplaner ska involvera hela kommunkoncernen för att främja innovativa lösningar för el-, VA- och värmeförsörjning där expertkompetensen från koncernen tas tillvara och utvecklas.	Allbohus Alv. Energi SBF - plan KLF - utv.	2026-2028
Ö1.12	De sju landmärkena för hälsa och hållbar utveckling ska vara en naturlig del av samhällsplaneringen inom koncernen	SBF - plan	Löpande



Mål Ö2 Kommunkoncernen ska verka för ett varierat utbud av bostäder i alla kommundelar som tillgodoser invånarnas behov och efterfrågan

Kommunen ska genomföra följande åtgärder för att nå målet:

Nummer	Åtgärd	Ansvar	Tidplan
Ö2.1	Säkerställa att ombyggnation av allmännyttans bestånd sker för att möta det aktuella behovet.	Allbohus	Löpande
Ö2.2	Genomföra intervjuer och/eller enkäter för att fråga efter invånares behov.	KLF - utv. SBF - plan	2025-2028
Ö2.3	Genomföra intervjuer och/eller enkäter för att fånga upp information från boende i allmännyttan i samband med utflyttning.	Allbohus	Löpande
Ö2.4	Utreda möjligheter att tillskapa kostnadseffektiva bostäder.	Allbohus KLF - utv.	2025-2028
Ö2.5	Genomföra dialog med markägare i strategiska lägen enligt översiktsplanen med syfte att skapa en god markreserv.	SBF - plan	Löpande
Ö2.6	Genomföra dialog med näringslivet för att följa efterfrågan på bostadsmarknaden för att bibehålla och locka rätt kompetenser till kommunen.	KLF - utv.	Löpande
Ö2.7	Undersöka om det finns en efterfrågan på studentbostäder i närhet till centralstationen.	KLF - utv. Allbohus	2027



Mål Ö3 Kommunkoncernen ska verka för att kunna erbjuda varierade och tillgängliga boendeformer till seniorer och äldre

Kommunen ska genomföra följande åtgärder för att nå målet:

Nummer	Åtgärd	Ansvar	Tidplan
Ö3.1	Driva arbetet med att få till ett trygghetsboende i centrala Moheda	Allbohus KLF - utv. SBF - plan	2025-2028
Ö3.2	Säkerställa att renoveringar och ombyggnationer i allmännyttan sker med fokus på tillgänglighet.	Allbohus SBF - bygg OF	Löpande
Ö3.3	Utreda placering och behov av nytt särskilt boende för äldre i Alvesta tätort.	KLF - utv. SBF - plan OF	2025-2028
Ö3.4	Utveckla nya arbetssätt kopplat till ny socialtjänstlag med fokus på samhällsplaneringen.	FAL OF SBF - plan	2025-2028



Mål Ö4 Kommunkoncernen ska utveckla och höja boendekvaliteten

Kommunen ska genomföra följande åtgärder för att nå målet:

Nummer	Åtgärd	Ansvar	Tidplan
Ö4.1	Kartlägga och koppla samman satsningar som görs inom besöksnäringen som ger ett mervärde för boendekvalitet för invånare.	KLF - utv.	2025-2028
Ö4.2	Sprida varumärket Alvesta som en bra boendeplats.	Allbohus KLF - utv.	Löpande
Ö4.3	Bygga om centralplan för att skapa en trygg miljö i anslutning till stationen.	SBF - tekn.	2026-2028
Ö4.4	Säkerställa att utemiljöer i anslutning till bostadsområden skapas i dialog med närboende och anpassas för olika åldrar.	Allbohus KOF - Fritid SBF - stab	2025-2028
Ö4.5	Säkerställa att utemiljöer eller allmänna lokaler i tätorter ska utformas med fokus på att möjliggöra studiero och återhämtning för barn och unga efter skoltid.	Allbohus KOF - Fritid SBF - stab	2025-2028
Ö4.6	Utreda möjligheten att tillskapa eller utveckla allmänna lokaler inom bostadsområden med många trångbodda hushåll i syfte att möjliggöra studiero, återhämtning och värdefull fritid för barn och unga efter skoltid.	Allbohus KOF – Fritid SBF – stab UF	2025-2028
Ö4.7	Kartlägga möjligheter och identifiera brister inom stadsdelar i syfte att möjliggöra för invånare att byta bostad inom samma område genom hela livet.	Allbohus SBF - plan	2025-2028



Ö4.8	Ha en god dialog med föreningslivet för att gemensamt kunna genomföra livskvalitetshöjande insatser på kommunal mark.	KOF - fritid SBF - plan	Löpande
Ö4.9	Samordna kommunkoncernens deltagande i By2030 som hålls samman av Region Kronoberg.	KLF - utv.	2025-2028



Mål Ö5 Kommunen ska ha en beredskap för nya bostadsområden för olika ändamål för att stödja och stimulera den privata marknaden

Kommunen ska genomföra följande åtgärder för att nå målet:

Nummer	Åtgärd	Ansvar	Tidplan
Ö5.1	Ta fram detaljplaner som ger möjlighet till flera användningsområden för att underlätta för privata aktörer.	SBF - plan	2025-2028
Ö5.2	Bygga relationer med exploatörer genom dialogträffar (en gång per år).	SBF - plan	2026-2028
Ö5.3	Detaljplanera för bostäder med blandande upplåtelseformer i attraktiva sjönära lägen.	SBF - plan	2025-2028
Ö5.4	Kommunen ska underlätta för privata markägare att exploatera sina marker nära tätorter för bostadsbebyggelse på ett hållbart sätt i enighet med översiktsplanens målsättningar.	SBF - plan	2025-2028
Ö5.5	Erbjuda nybyggnadskartor i samband med försäljning av kommunal mark.	SBF - plan	2026-2028



Mål Ö6 Kommunkoncernen ska arbeta för att främja en exploatering av flerbostadshus i de orter som inte erbjuder en varierande upplåtelseform idag. Även i andra tätorter om det finns en efterfrågan på marknaden.

Kommunen ska genomföra följande åtgärder för att nå målet:

Nummer	Åtgärd	Ansvar	Tidplan
Ö6.1	Verka för att bygga fler hyreslägenheter med fokus på tillgänglighet i centrala Moheda.	Allbohus SBF - plan	2026-2028
Ö6.2	Verka för att bygga fler hyreslägenheter med fokus på tillgänglighet i Grimslöv.	Allbohus SBF - plan	2026-2028
Ö6.3	Verka för att bygga nya hyresrätter i Aringsåsområdet med fokus på naturnära boende.	Allbohus	2026-2028
Ö6.4	Bevaka mark i Hjortsberga för att möjliggöra fler hyresrätter.	SBF - plan	2025-2028
Ö6.5	Bevaka mark i anslutning till Hanaslöv, Huseby bruk och Åsnens nationalpark för att möjliggöra varierad upplåtelseform nära besöksmålen.	SBF - plan	2025-2028
Ö6.6	Ta fram ett kartskikt på hur upplåtelseformer är spritt över kommunen i dagsläget.	SBF - plan	Löpande
Ö6.7	Inför köp eller försäljning av fastigheter och byggnader ska en analys av påverkan på upplåtelseformer i området göras.	Allbohus SBF - plan	2025-2028



Mätbara mål

Mål M1 Kommunkoncernen ska tillskapa 200 bostäder fram till 2030 genom omvandling eller genom nyproduktion

Kommunen ska genomföra följande åtgärder för att nå målet:

Nummer	Åtgärd	Ansvar	Tidplan
M1.1	Säkerställa tillgång till mark för bostäder i olika byggskedan i Spåningslandaområdet.	SBF - plan	2025-2028
M1.2	Marknadsföra tomter i Silkesnäs	SBF - plan	2025-2026
M1.3	Verka för förtätning i kvarteret Borgmästaren i Alvesta tätort	SBF - plan	2025-2028
M1.4	Verka för förtätning inom fastigheten Moheda 4:192 i Moheda centrum	SBF - plan	2025-2028
M1.5	Detaljplanera flexibelt för att kunna möta marknadens behov med utrymme för olika bostadstyper och upplåtelseformer.	SBF - plan	2025-2028
M1.6	Verka för att tomma verksamhetslokaler byggs om till bostäder.	Allbohus SBF - plan	2026-2028



Mål 2 Kommunkoncernen ska ha som målsättning att tillskapa 9 lägenheter till fyror eller femmor fram tills 2030 genom omvandling eller genom nyproduktion.

Kommunen ska genomföra följande åtgärder för att nå målet:

Nummer	Åtgärd	Ansvar	Tidplan
M2.1	Genomföra en utvärdering enligt fyrstegsprincipen innan omdaning av allmännyttiga bostäder.	Allbohus	löpande
M2.2	Tillskapa två större lägenheter i Grimslöv genom ombyggnation.	Allbohus	2025
M2.3	Tillskapa två större lägenheter i Rönnedalsområdet genom ombyggnation.	Allbohus	2025
M2.4	Tillskapa två större lägenheter i Torpsbruk genom ombyggnation.	Allbohus	2026-2028
M2.5	Tillskapa tre större lägenheter i Aringsåsområdet genom nyproduktion	Allbohus	2026-2028



Riktlinjer för AllboHus AB

Alvesta kommun värnar hyresrätten som boendeform. En bred hyresbostadsmarknad med god tillgång till olika typer av bostäder av bra kvalitet och till rimliga priser är viktigt för en väl fungerande arbetsmarknad och minskade klyftor i samhället.

AllboHus AB är en aktiv aktör som tillsammans med Alvesta kommun medverkar till trygga och trivsamma stadsmiljöer genom förvaltning och förnyelse av bolagets befintliga bestånd och genom nyproduktion för att möta samhällets behov. Bolaget styrs av lagar som aktiebolagslagen och lagen om allmännyttiga kommunala aktiebolag.

Ägaren (kommunen) styr bolaget genom ett så kallat ägardirektiv. Ägardirektivet håller på att arbetas om och det är viktigt att bevaka så att riktlinjer och åtgärder enligt denna handlingsplan hålls uppdaterade för att vara samordnade med direktivet. Bolagets verksamhet ska utgå från en social grund med affärsmässiga och långsiktiga principer. Alla åtgärder för boendeplanering i det här dokumentet gäller för såväl AllboHus AB som för alla andra (privata aktörer).

Uppföljning

Arbetsgruppen träffas kontinuerligt under handlingsplanens genomförandetid. Arbetsgruppen rapporterar två gånger om året till Styrgrupp för hållbar tillväxt och koncernledningen, en gång i anslutning till att bostadsmarknadsenkäten ska besvaras och en uppföljning görs efter bostadskonferensen som anordnas av Länsstyrelsen i Kronobergs län årligen. Respektive tjänsteperson i arbetsgruppen ansvarar för att följa upp handlingsplanen i sina nämnder efter behov.



Handlingsplan för digitalisering 2026

Förslag till beslut

Omsorgsnämnden godkänner handlingsplan för digitalisering 2026..

Beskrivning av ärende

Denna handlingsplan utgår från verksamhetsplan för 2026 och beskriver de delar eller områden som förvaltningen kommer att arbeta med under det kommande år kopplat till digitalisering. Digitalisering innebär en ökad användning av digital teknik och är inte ett mål i sig, utan ska fungera som ett medel för att nå verksamhetens mål.

Omsorgsnämndens inriktning för verksamheten är att i första hand erbjuda digital service och välfärdsteknik (Verksamhetsplan 2026). En av strategierna är Digitalisering och välfärdsteknik: "Förvaltningen ska arbeta med digitala lösningar som norm för omsorgstagare. När behovet kan tillgodoses av en digital lösning ska det så långt det är möjligt provas först. Vi ska verka för att det digitala stödet och välfärdstekniken bidrar till ökad trygghet, delaktighet och självständighet för den enskilde och deras närstående, bättre arbetsmiljö och ökad effektivitet."

Förvaltningen har även fått i särskilt uppdrag från nämnden att omvärldsbevaka för att hitta ny välfärdsteknik som är bra för omsorgstagaren och verksamheten.

Omsorgsförvaltningen tog år 2022 fram en handlingsplan för digitalisering vilken har följts upp och redovisats till omsorgsnämnden halvårsvis. Den nya handlingsplanen ersätter den gamla och kommer att revideras årligen beroende av de uppdrag som omsorgsnämnden ger. Arbetet utifrån handlingsplanen kommer även fortsättningsvis att redovisas till omsorgsnämnden varje halvår.

I denna revidering har ett antal delmoment för 2026 uppdaterats. Ett nytt område gällande trygghetslarm ordinärt boende har lagts till.

Beslutsunderlag

Handlingsplan Digitalisering 2026, 2026-02-03

Anneli Loberg
Förvaltningschef

Lovisa Olsson
Nämndsekreterare

Handlingsplan för digitalisering, år 2026

Utgångspunkter för handlingsplanen

Denna handlingsplan utgår från verksamhetsplan för 2026 och beskriver de delar eller områden som förvaltningen kommer att arbeta med under det kommande år kopplat till digitalisering. Digitalisering innebär en ökad användning av digital teknik och är inte ett mål i sig, utan ska fungera som ett medel för att nå verksamhetens mål. Omsorgsnämndens inriktning för verksamheten är att i första hand erbjuda digital service och välfärdsteknik (Verksamhetsplan 2026). En av strategierna är Digitalisering och välfärdsteknik: "Förvaltningen ska arbeta med digitala lösningar som norm för omsorgstagare. När behovet kan tillgodoses av en digital lösning ska det så långt det är möjligt provas först. Vi ska verka för att det digitala stödet och välfärdstekniken bidrar till ökad trygghet, delaktighet och självständighet för den enskilde och deras närstående, bättre arbetsmiljö och ökad effektivitet." Förvaltningen har även fått i särskilt uppdrag från nämnden att omvärldsbevaka för att hitta ny välfärdsteknik som är bra för omsorgstagaren och verksamheten.

Omsorgsförvaltningen tog år 2022 fram en handlingsplan för digitalisering vilken har följts upp och redovisats till omsorgsnämnden halvårsvis. Denna handlingsplan ersätter den gamla och kommer att revideras årligen beroende av de uppdrag som omsorgsnämnden ger. Arbetet utifrån handlingsplanen kommer även fortsättningsvis att redovisas till omsorgsnämnden varje halvår.

Gemensam digitaliseringsprocess och digitaliseringsportfölj för Alvesta kommun

Kommunledningsförvaltningen har tagit fram en gemensam digitaliseringsprocess och portfölj för Alvesta kommun. Syftet med digitaliseringsprocessen är att identifiera behov av utveckling, beskriva nyttan med utveckling, prioritera aktiviteter kopplat till digitalisering samt följa upp att tänkta nyttor uppnås. Syftet med portföljstyrningen är att samordna styrningen av alla projekt och uppdrag kopplat till digitalisering. Digitaliseringsportföljen ska skapa en översiktsbild över nya och pågående initiativ och eventuella beroenden och samband mellan initiativen.

Område	Syfte	Uppdrag/delmoment 2026	Redovisning	Ansvarig	Klart
Omvärldsbevakning av utvecklingen av ny välfärdsteknik	Vara uppdaterade på den teknik och de möjligheter som finns.	<p>Identifiera ny välfärdsteknik som kan vara bra för omsorgstagare och verksamhet.</p> <p>Bevaka utveckling genom initiativet handslag för välfärdsutveckling genom digitalisering (SKR).</p>	Årsrapport för 2026	Ledningsgrupp har huvudansvar men varje profession ansvarar utifrån respektive område.	2026

Omsorgsförvaltningen

Område	Syfte	Uppdrag/delmoment 2026	Redovisning	Ansvarig	Klart
E-tjänster	Öka användandet av e-tjänster för att underlätta både för kommuninvånaren samt för den interna administrationen.	Fortsätta att se över möjligheten att införa ytterligare e-tjänster via befintligt system för detta i kommunen. Medborgartjänst E-tjänst för handläggning av sjuklön vid ordinarie personlig assistents sjukdom.	Halvårsvis redovisning till nämnden.	Flera professioner utifrån respektive område	2026
Använda befintlig välfärdsteknik effektivt	Säkerställa att den välfärdsteknik som redan finns inom verksamheten används där den gör mest nytta.	Löpande se över var tekniken finns samt se över rutiner för användningen. Digitalisera redovisning till Försäkringskassan inom personlig assistans. Digitalisera processen för att få habiliteringsersättning. Automatisering av delar av avgiftshandläggningen med start 1 februari 2026. Översyn av läkemedelsautomater. Upphandling påbörjad. Visning av Tandem, journalanteckning AI. Visning av social dokumentation med hjälp av AI.	Halvårsvis redovisning till nämnden.	Samtliga berörda professioner	-

Omsorgsförvaltningen

Område	Syfte	Uppdrag/delmoment 2026	Redovisning	Ansvarig	Klart
Digital signering	Digital signering av hälso- och sjukvårdsåtgärder, exempelvis läkemedelsöverlämnande, träning med mera. Syftet är bland annat att öka patientsäkerheten samt effektivisera signeringsprocessen och minska pappersanvändning.	Fortsätta arbetet med att se över möjligheten till införande utifrån inriktningen att det är en modul för signering som redan finns i Lifecare som kommer lämpa sig bäst. Färdigställa implementering inom särskilt boende.	Halvårsvis redovisning till nämnden.	Medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig för rehab	-
Implementering av planeringssystem i särskilt boende	Implementera system för planering i särskilt boende i syfte att bland annat säkerställa utförandet av insatser.	Planeringssystem infört på Björkliden och Furuliden. Är planerat att införas på Torsgården vid årsskiftet 2025/2026, därefter Asken.	Halvårsvis redovisning till nämnden.	Verksamhetschef särskilt boende	2026
Arbeta mot mer digitala utbildningar/ utbildningsfilmer internt	Förenkla möjligheten till intern utbildning till nyanställda eller till redan anställda samt utbildning i exempelvis ny teknik eller nya system genom utbildningsvideor.	Kommunen har upphandlat en utbildningsportal som lanserades maj 2025. Utbildningsportalen ska användas i första hand för utbildningar och anmälningar. Överföring av utbildningar från hemsida, Teams och intranätet.	Halvårsvis redovisning till nämnden.	Flera professioner utifrån respektive område	-
Medverka i digitalt utvecklingsarbete övergripande i kommunen	Representera omsorgsförvaltningens behov samt bidra med kunskap utifrån de professioner som deltar.	Medverka i Dimios (projekt för digital mognad) - Medverka i projektet med medarbetare som företräder omsorgsförvaltningen samt sprida information om det internt.	Återkoppling av relevanta delar till omsorgsnämnden vid halvårsvis redovisning av arbetet med digitalisering.	De medarbetare som ingår i de olika utvecklingsarbetena.	-

Omsorgsförvaltningen

Område	Syfte	Uppdrag/delmoment 2026	Redovisning	Ansvarig	Klart
		Implementering av verktyget SEFOS för säker överföring av information.			
Trygghetssensorer särskilt boende	Trygghetssensorer bidrar till en hållbar ekonomi och möjliggör att vi kan stå rustade inför de utmaningar vi har gällande demografi och kompetensförsörjning. Bedömningen är att trygghetssensorer är en del i arbetet för att klara nämndens långsiktiga åtagande.	Trygghetssensorer upphandlade. Implementering våren 2026.	Årsrapport 2026	Verksamhetschef, Systemansvarig	Årsskiftet 2025/2026
Digitalt som norm	Utveckla nya arbetssätt som gagnar den enskilde och som möjliggör att personalresurserna används där de bäst behövs.	Fortsätta uppmuntra fler omsorgstagare inom ordinärt boende till digitala inköp. Utöka digitala tillsyner dagtid.	Återkoppling av relevanta delar till omsorgsnämnden vid halvårsvis redovisning av arbetet med digitalisering.	Verksamhetschef	-
Trygghetslarm ordinärt boende	Upphandling av trygghetslarm ordinärt boende.	Påbörja upphandling hösten 2026.	Halvårsvis redovisning till nämnden.	Verksamhetschef, systemansvarig	-



Årsberättelse 2025 Sammanfattning

Omsorgsförvaltningens årsberättelser för 2025 beskriver ett år präglad av ökande vårdtyngd, mer komplexa ärenden och demografiska förändringar som påverkat verksamheterna kraftigt. Trots detta framträder en stark professionalism och ett tydligt utvecklingsfokus. Digitaliseringen har gjort stora framsteg med införande av digital signering, planering, tillsyn och närvaromarkering, vilket har förbättrat arbetsflöden och ökat kvaliteten.

Ett genomgående tema är ökad delaktighet och individanpassning. Genomförandeplaner används mer systematiskt, fast omsorgskontakt är etablerat i alla relevanta verksamheter och dialogen med omsorgstagare och anhöriga har stärkts. Arbetsätt inom LSS utvecklas kontinuerligt med stöd av tydliggörande pedagogik. Teamarbete – med regelbundna tvärprofessionella träffar – har blivit en central del i att upptäcka behov tidigt och skapa samordnade insatser. Inom Kommunrehab lyfts särskilt LINK-teamet som en betydelsefull insats för tryggare hemgångar.

Ett område som fått ökad betydelse under 2025 är sociala aktiviteter och insatser som stärker livskvalitet. Flera verksamheter vittnar om att den sociala gemenskapen har stor positiv påverkan på såväl fysisk som psykisk hälsa. Samtidigt märks de ökande behoven tydligt. Fler äldre är multisjuka, fler personer vårdas kvar i hemmet längre och vårdbehoven vid inflyttning på särskilt boende är mer avancerade än tidigare. Korttidsplatserna belastas hårt och flera enheter beskriver att utskrivningar från regionen sker i ett skede där omsorgstagarna inte alltid är färdigbehandlade.

Ekonomiskt har året präglats av stora påfrestningar. Många verksamheter beskriver en svår balans mellan ökade behov och begränsade resurser. Vissa enheter har trots detta lyckats hålla en positiv ekonomisk utveckling genom strukturerad planering, effektiv bemanningsstyrning och att avvakta med att tillsätta vakanser. Andra har redovisat underskott, ofta drivet av resurskrävande ärenden eller strukturella förutsättningar.

Arbetsmiljön har varit en central fråga under året. Trots en stundtals hög belastning beskriver flera enheter stabila personalgrupper med god sammanhållning. Satsningar på friskfaktorer, handledning, utbildning och förbättrad kommunikation har gett resultat. Sjukfrånvaron har minskat på flera håll och arbetet med Äldreomsorgslyftet har stärkt kompetensen och ökat attraktiviteten i yrket. Samtidigt kvarstår stora utmaningar, däribland gällande schemaläggning och rekrytering av utbildad personal.

Inför 2026 står omsorgsförvaltningen inför en rad stora och gemensamma utmaningar.

Omsorgstyngden fortsätter att öka samtidigt som rekryteringssvårigheter och ekonomiska ramar begränsar handlingsutrymmet. Samtidigt finns många styrkor och möjligheter att bygga vidare på. Förvaltningen har engagerade och kompetenta medarbetare, en växande interprofessionell samverkan, en hög digital ambitionsnivå och utvecklingsprojekt som ger effekt både på kvalitet och arbetsmiljö. Arbetsätten inom LSS och daglig verksamhet utvecklas kontinuerligt och kostorganisationen fortsätter att leverera måltider av mycket hög kvalitet. Årsberättelserna visar sammantaget en verksamhet som håller hög kvalitet och värme trots stora utmaningar och som har goda förutsättningar att fortsätta utvecklas om rätt strukturella förutsättningar ges.



Redovisning av delegationsbeslut 2026

Förslag till beslut

Omsorgsnämnden godkänner redovisningen av delegationsbesluten.

Beskrivning av ärende

Omsorgsnämnden har i vissa ärenden överlåtit sin beslutanderätt till arbetsutskott, ordförande och tjänstemän enligt gällande delegationsordning. Delegationsbeslut ska redovisas på nämndens sammanträde

Delegationsbeslut

Beslut enligt socialtjänstlagen (SoL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) under december 2025 (se lista).

Beslut enligt socialtjänstlagen (SoL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) under januari 2026 (se lista).

Beslut i personalärenden från 2025-12-30 – 2026-02-16

Beslut om rapportering av ej verkställda beslut enligt SoL och LSS till Inspektionen för vård och omsorg, kommunfullmäktige och revisorerna, fattat av förvaltningschef 2025-12-31 (dnr NOH-2025-00006).

Beslut om anmälan av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal enligt 3 kap.7 § patientsäkerhetslagen, enligt punkt 1.6.1. delegationsordningen, 2025-12-11 (NOH-2025-00212)

Beslut om yttrande till Förvaltningsrätten i Växjö gällande överklagat ärende, mål nr 93-26, enligt punkt 1.3.2. delegationsordningen, 2026-01-09 (dnr NOH-2026-00005)

Beslut att inte anmäla personuppgiftsincident till Integrationsmyndigheten, IMY, fattat av förvaltningschef 2026-01-09 (dnr NOH-2026-00006)

Beslut om ansökan om ledsagarservice enligt 9 § 3 p lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, fattat av omsorgsnämndens arbetsutskott 2026-02-11 (dnr NOH-11786)

Beslut om uppdatering av attestförteckning, fattat av förvaltningschef 2026-02-17 (dnr NOH-2025-00184)

Beslutsunderlag

Lista över fattade delegationsbeslut enligt SoL och LSS under december 2025

Lista över fattade delegationsbeslut enligt SoL och LSS under januari 2026

Lista över beslut i personalärenden, 2025-12-30 – 2026-02-16

Lista över rapportering av omsorgsnämndens ej verkställda beslut för kvartal 4 2025

Delegationsbeslut, 2026-01-09

Delegationsbeslut. 2026-02-17



Anneli Loberg
Förvaltningschef

Lovisa Olsson
Nämndsekreterare



Meddelanden till omsorgsnämnden 2026

Förslag till beslut

Omsorgsnämnden har tagit del av aktuella meddelanden och lägger dessa till handlingarna.

Sammanfattning

Protokoll från arbetsutskottets möte 2026-02-11 (dnr NOH-2026-00032)

Protokoll från möte i kommunala pensionärsrådet 2025-11-27 (dnr NOH-2025-00043)

Redovisning av beslut om bostad som inte har verkställts, 2025-12-01

Redovisning av beslut om bostad som inte har verkställts, 2026-01-02

Redovisning av beslut om bostad som inte har verkställts, 2026-02-01

Statistik över sjukfrånvaro november 2025

Statistik över sjukfrånvaro december 2025

Analys av Alvesta kommuns sjukfrånvaro 2025

Redovisning av nattfastemätning 2025

Mätning av basala hygienrutiner och klädregler (PPM-BHK) 2025

Dom från förvaltningsrätten i mål nr 2088-25 gällande ej verkställt beslut (dnr NOH-2025-00018)

Dom från förvaltningsrätten i mål nr 1332-25 gällande ej verkställt beslut (dnr NOH-2024-00209)

Anneli Loberg
Förvaltningschef

Lovisa Olsson
Nämndsekreterare