

Hälsa- och välfärdsnämnden

Tid: Torsdagen den 22 augusti 2019, klockan 13:00

Plats: Sammanträdesrum Killeberg, kommunhuset Osby

Ärende

- 1 Upprop och protokollets justering
- 2 Godkännande av dagordning
- 3 Information
 - Politikerpraktiken
 - Lägesrapport ekonomiskt bistånd 2019
 - Sammanträdesplan 2020
- 4 SEKRETESS - Anmälningar
- 5 Anmälningar delegationsbeslut
- 6 Budgetuppföljning maj 2019, Åtgärdsplan för budget i balans
- 7 Budgetuppföljning maj 2019, Utredning av införande av nystartsjobb
- 8 Riktlinjer läkemedel kommunal hälso- och sjukvård
- 9 Riktlinjer delegationer kommunal hälso- och sjukvård

Jimmy Ekborg (C)

Ordförande

Marit Löfberg

Sekreterare

4



OSBY KOMMUN

Hälsa och välfärd
Handläggare, direkt telefon
Marie Johnsson
Tel 0479-52 83 37

Datum

Sida 1

2019-08-06

HVN/2019:28

Härmed anmäles inkomna LOB (Lagen om omhändertagande av berusade personer) / Trafiknykterhetsbrott

Gäller under perioden 1 juni – 31 juli 2019

LOB 7 st

Trafiknykterhetsbrott 0 st



Östra Skånes hjälpmedelsnämnd

2019-06-12

Plats och tid Hjälpmedelscentrum, Kabelvägen 17, 13:30 – 14:30

Beslutande Emelie Nyberg (M) Kristina Lindbåge (S) Eva Gustavsson (C)
Jimmy Ekborg (C) Maria Linde Strömberg (M) Per-Erik Johansson (M)
Berit Lundström (M) Bianka Mårtensson (M) §§ 2-3 Margaretha Lindquist (KD)

Ersättare Ewa Jakobsen (M) Mona Nihlén (V) Agneta Malm (S)
Hanna Sjöstrand (SD) Lilian Borén (S) Lena Blennow-Andersson (M)
Jörgen Lidfeldt (SD) §§2-3 Ingela Kristensson (KD) §§ 2-3

Övriga närvarande Ingrid Magnusson Leila Smailagic Emelie Josephsson
Hjälpmedelschef Ekonom Nämndsekreterare

Utses att justera Per-Erik Johansson (M)

Justeringens
tid och plats

Sekreterare Paragrafer 7-10
Emelie Josephsson

Ordförande
Emelie Nyberg

Justerare
Per-Erik Johansson (M)

ANSLAG/BEVIS

Protokollet är justerat. Information har skett genom anslag.

Styrelse/Nämnd **Östra Skånes hjälpmedelsnämnd** Sammanträdesdatum 2019-06-12

Datum då anslaget sätts upp Datum då anslaget tas ned

Förvaringsplats för protokollet Östra kommunhuset

Underskrift
Emelie Josephsson



Östra Skånes hjälpmedelsnämnd

Sammanträdesdatum

2019-06-12

ÖSHN § 7

Fastställande av dagordning

Beslut

- Dagordningen fastställs

Val av justerare

- Per-Eric Johansson (M) väljs till justerare för dagens protokoll.



Östra Skånes hjälpmedelsnämnd

Sammanträdesdatum

2019-06-12

ÖSHN § 8

Informationsärenden

Änr HMN 2019/18 1.3.3

Beslut

- Informationen läggs till protokollet

Sammanfattning

- Protokoll HÖS ledningsgrupp februari – april 2019
- HÖS-bladet februari, mars och april 2019
- Protokoll från samverkansmöte
2019-02-06, 2019-03-20
- Information om preliminärt budgetförslag 2020 med bilagor;
Preliminärt budgetförslag 2020, bilaga 1
Preliminär investeringsbudget 2020, bilaga 2
Jämförelse månadsavgift 2019-2020, bilaga 3
- Granskning av Östra Skånes hjälpmedelsnämnd (ansvarsfrihet för år 2018)
- Information om kontrollfrågor till kommundemensamma kontrollområden för intern kontrollplan 2019:
kontrollfrågor avseende arbetsmiljö
kontrollfrågor avseende avtalstrohet
- Inbjudan till invigning av nya lokaler, 2019-09-25



Östra Skånes hjälpmedelsnämnd

Sammanträdesdatum

2019-06-12

ÖSHN § 9

Tertialrapport 1, 2019

Änr HMN 2019/17 1.4.1

Beslut

- Godkänna föreliggande ekonomi- och verksamhetsuppföljning t.o.m. april 2019

Sammanfattning

Hjälpmedelscentrum Östra Skåne (HÖS) har efter årets första fyra månader gjort en uppföljning av ekonomi och verksamhet med prognos för bedömt utfall 2019. Det första tertialet 2019 visar följande resultat: 519 tkr för HÖS drift, 175 tkr för serviceverksamheten, 50 tkr för transportverksamheten samt 11 tkr för verksamheten för hemtransport. Sesam lagerekonomi visar ett resultat på 186 tkr. Totalt resultat är således 940 tkr. Bedömningen i helårsprognosen innebär ett resultat på -418 tkr för samtliga fyra verksamheter.

Årets prognos inkluderar inte Sesam lagerekonomi.

Under årets första fyra månader har en ombyggnad påbörjats i de lokaler som HÖS övertagit av en daglig verksamhet i Kristianstads kommun. När ombyggnaden är klar kommer all HÖS verksamhet finnas under samma tak.

Hjälpmedelscentrum Östra Skånes förslag till Östra Skånes hjälpmedelsnämnd

- Godkänna föreliggande ekonomi- och verksamhetsuppföljning t.o.m. april 2019



Sammanträdesdatum

Östra Skånes hjälpmedelsnämnd

2019-06-12

Beslutsunderlag

Hjälpmedelscentrum Östra Skåne tjänsteutlåtande 2019-05-17

Statistik inköp-försäljning, bilaga 1a och 1b

Ekonomisk uppföljning tertial 1 2019, bilaga 2

Uppföljning verksamheten för hemtransport, bilaga 3



Östra Skånes hjälpmedelsnämnd

Sammanträdesdatum

2019-06-12

ÖSHN § 10

Lokalöversyn, ombyggnad etapp 2

Änr HMN 2019/22 1.3.2

Beslut

- C4 Teknik ges i uppdrag att teckna tilläggsavtal med Estrids Fastigheter avseende lokal på fastigheten Taket 1, Kabelvägen 17.
- Godkänna kostnader i samband med ombyggnad på Kabelvägen 17 i enlighet med beskrivning av etapp 2.

Sammanfattning

Östra Skånes hjälpmedelsnämnd har i styrkort 2016, 2017 och 2018 gett Hjälpmedelscentrum Östra Skåne (HÖS) i uppdrag att utreda lokalerna. Syftet har varit att lokalisera all verksamhet på samma ställe, vilket sker under 2019 då hyresavtalet på Kabelvägen 11 går ut 2019-07-31 (etapp 1).

Efter åtgärderna för nödvändig ombyggnad för HÖS verksamhet på Kabelvägen 17, i enlighet med etapp 2, kommer ett hyrespåslag på ca 541 tkr/år (10-årsavtal). Etapp 2 består av ombyggnad av entrén, kontorsdelen, konferensrum och utprovningssrummen.

Fastighetsägaren har aviserat att det behövs ca 7 månader för ombyggnaden, vilket gör att ombyggnaden troligtvis blir klar i oktober/november 2020.



Sammanträdesdatum

Östra Skånes hjälpmedelsnämnd

2019-06-12

Hjälpmedelscentrum Östra Skånes förslag till Östra Skånes hjälpmedelsnämnd

- C4 Teknik ges i uppdrag att teckna tilläggsavtal med Estrids Fastigheter avseende lokal på fastigheten Taket 1, Kabelvägen 17.
- Godkänna kostnader i samband med ombyggnad på Kabelvägen 17 i enlighet med beskrivning av etapp 2.

Beslutsunderlag

Hjälpmedelscentrum Östra Skåne, tjänsteutlåtande 2019-05-29

Översikt över etapperna, bilaga 1

Planritning ombyggnad etapp 2, bilaga 2

Utkast på hyresavtal, bilaga 3



Östra Skånes hjälpmedelsnämnd

Sammanträdesdatum

2019-06-12

ÖSHN § 10

Lokalöversyn, ombyggnad etapp 2

Änr HMN 2019/22 1.3.2

Beslut

- C4 Teknik ges i uppdrag att teckna tilläggsavtal med Estrids Fastigheter avseende lokal på fastigheten Taket 1, Kabelvägen 17.
- Godkänna kostnader i samband med ombyggnad på Kabelvägen 17 i enlighet med beskrivning av etapp 2.

Sammanfattning

Östra Skånes hjälpmedelsnämnd har i styrkort 2016, 2017 och 2018 gett Hjälpmedelscentrum Östra Skåne (HÖS) i uppdrag att utreda lokalerna. Syftet har varit att lokalisera all verksamhet på samma ställe, vilket sker under 2019 då hyresavtalet på Kabelvägen 11 går ut 2019-07-31 (etapp 1).

Efter åtgärderna för nödvändig ombyggnad för HÖS verksamhet på Kabelvägen 17, i enlighet med etapp 2, kommer ett hyrespåslag på ca 541 tkr/år (10-årsavtal). Etapp 2 består av ombyggnad av entrén, kontorsdelen, konferensrum och utprovningssrummen.

Fastighetsägaren har aviserat att det behövs ca 7 månader för ombyggnaden, vilket gör att ombyggnaden troligtvis blir klar i oktober/november 2020.



Sammanträdesdatum

Östra Skånes hjälpmedelsnämnd

2019-06-12

Hjälpmedelscentrum Östra Skånes förslag till Östra Skånes hjälpmedelsnämnd

- C4 Teknik ges i uppdrag att teckna tilläggsavtal med Estrids Fastigheter avseende lokal på fastigheten Taket 1, Kabelvägen 17.
- Godkänna kostnader i samband med ombyggnad på Kabelvägen 17 i enlighet med beskrivning av etapp 2.

Beslutsunderlag

Hjälpmedelscentrum Östra Skåne, tjänsteutlåtande 2019-05-29

Översikt över etapperna, bilaga 1

Planritning ombyggnad etapp 2, bilaga 2

Utkast på hyresavtal, bilaga 3



Östra Skånes hjälpmedelsnämnd

Sammanträdesdatum

2019-06-12

ÖSHN § 9

Tertialrapport 1, 2019

Änr HMN 2019/17 1.4.1

Beslut

- Godkänna föreliggande ekonomi- och verksamhetsuppföljning t.o.m. april 2019

Sammanfattning

Hjälpmedelscentrum Östra Skåne (HÖS) har efter årets första fyra månader gjort en uppföljning av ekonomi och verksamhet med prognos för bedömt utfall 2019. Det första tertialet 2019 visar följande resultat: 519 tkr för HÖS drift, 175 tkr för serviceverksamheten, 50 tkr för transportverksamheten samt 11 tkr för verksamheten för hemtransport. Sesam lagerekonomi visar ett resultat på 186 tkr. Totalt resultat är således 940 tkr. Bedömningen i helårsprognosen innebär ett resultat på -418 tkr för samtliga fyra verksamheter.

Årets prognos inkluderar inte Sesam lagerekonomi.

Under årets första fyra månader har en ombyggnad påbörjats i de lokaler som HÖS övertagit av en daglig verksamhet i Kristianstads kommun. När ombyggnaden är klar kommer all HÖS verksamhet finnas under samma tak.

Hjälpmedelscentrum Östra Skånes förslag till Östra Skånes hjälpmedelsnämnd

- Godkänna föreliggande ekonomi- och verksamhetsuppföljning t.o.m. april 2019



Östra Skånes hjälpmedelsnämnd

Sammanträdesdatum

2019-06-12

Beslutsunderlag

Hjälpmiddelscentrum Östra Skåne tjänsteutlåtande 2019-05-17

Statistik inköp-försäljning, bilaga 1a och 1b

Ekonomisk uppföljning tertial 1 2019, bilaga 2

Uppföljning verksamheten för hemtransport, bilaga 3



Årsredovisning 2018



För VoB är det viktigt att följa socialtjänstens behov och anpassa verksamheten. Bolaget har under året startat skyddat boende, lägenhets- och stödboenden samt ett öppenvårdsteam. I syfte att kunna visa vilken faktisk skillnad våra insatser gör, fortsätter VoB sin satsning på att integrera beprövade utvärderingsverktyg i verksamheternas arbetsätt.

Vd och styrelseordförande har ordet	4
Bolagets verksamheter 2018.....	5
Sammanfattning, verksamheterna under 2018	24
Förvaltningsberättelse	29
Räkenskapsåret och måluppfyllelse	36
Resultaträkning	38
Balansräkning.....	39
Kassaflödesanalys	41
Noter	42
Underskrifter	46
Granskningsrapport	47
Revisionsberättelse	48
Styrelse, ägarombud och revisorer	50
Ledning och administration	51

Design Creative Army AB

Omslagsfoto: Bonninstudio

Innehållet i denna publikation kan skilja sig från originalet.

Vd och styrelseordförande har ordet

När VoB nu lägger ytterligare ett verksamhetsår bakom sig är det glädjande att kunna konstatera att bolaget har klarat av det pågående omställningsarbetet på ett fortsatt bra sätt. Med anledning av att mottagandet av nyanlända unga flyktingar har minskat i större utsträckning än vad som var väntat har många avtal avslutats i förtid. Under 2018 avvecklade bolaget ytterligare tre integrationsboenden, vilket skall läggas till de åtta enheter som bolaget stängde under föregående år. Detta innebär att det vid ingången av 2019 endast återstod ett av de 12 boenden som VoB tidigare drev för målgruppen. Även detta återstående integrationsboende stänger dock den 31 maj 2019.

Det förändrade behovet hos bolagets uppdragskommuner innebär att utvecklings- och förändringsarbetet under de senaste två åren inriktats på att anpassa organisationen till de nya förutsättningarna. Under 2018 har bolaget startat flera nya enheter. Under våren öppnade Trollsjöns behandlingshem för tonåringar samt Myra - skyddat boende för våldsutsatta vuxna och barnfamiljer. I december startade VoB dessutom ett öppenvårdsteam som erbjuder insatser till familjer, barn och unga i deras hemmiljö eller i VoB:s lägenhetsboenden.

Under 2018 har VoB liksom de flesta övriga HVB-organisationer i landet noterat en generell nedgång i efterfrågan. Den minskade efterfrågan rör alltså inte endast ensamkommande unga flyktingar utan också andra målgrupper. Således har även beläggningen vid behandlings- och utredningshemmen för familjer och ungdomar påverkats negativt. Sannolikt har kommunernas prognoser för framtiden, som anger minskat ekonomiskt utrymme, betydelse för att socialtjänsten blivit mer restriktiva med att göra placeringar.

Som en följd av den lägre efterfrågan minskade bolagets intäkter under 2018. Det ekonomiska utfallet är avsevärt svagare jämfört med tidigare år och når inte heller upp till det för året budgeterade resultatet. Genom de positiva resultat som VoB uppnått under tidigare år har emellertid en ekonomisk stabilitet skapats som innebär att bolaget kan hantera en period av lägre efterfrågan och underskott. Tack vare bolagets breda utbud och den höga kvalitet som verksamheterna håller är förhoppningen att

ägarkommunerna, när behovet av placeringar åter ökar, i första hand kommer att anlita VoB. För att stärka bolagets position och konkurrenskraft inför framtiden påbörjades under hösten 2018 olika strategiska utvecklingsåtgärder, vilka kommer att fortsätta under det kommande året. Bl.a. utökas utbudet i form av insatser i bolagets lägenhetsboenden för olika målgrupper och behandlingsinsatser i förstärkt familjehemsvård. Vidare kommer profileringen och specialiseringen vid bolagets befintliga behandlings- och utredningshem att förtydligas.

Under 2018 tecknade bolaget ramavtal, avseende HVB och familjehem, med ägarkommunerna samt för kommunerna i Hallands län. Under året har SKL dessutom genomfört en upphandling för ett stort antal kommuners räkning där samtliga bolagets anbud antogs. I den ranking som upprättades av upphandlaren kan konstateras att bolagets verksamheter överlag står sig konkurrensmässigt väl.

Under 2018 erhöll VoB, efter genomförd förnyelserevision av Lloyds Register Quality Assurance (LRQA), nytt certifikat i enlighet med ISO-standardens senaste version, ISO 9001:2015. Den uppdaterade standarden innehåller relativt omfattande förändringar, vilket innebär att bolaget under året arbetat med att uppdatera och vidareutveckla bolagets kvalitetsledningssystem, bl.a. avseende beskrivningar av verksamheternas kärnprocesser.

VoB:s styrelse och VD riktar ett varmt tack till ägarna och deras medlemskommuner, bolagets medarbetare och till samarbetspartners för det vi tillsammans har åstadkommit under 2018.

Malmö den 2019-03-26

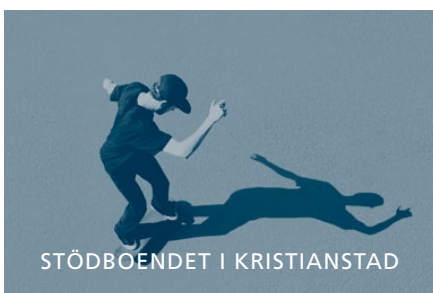
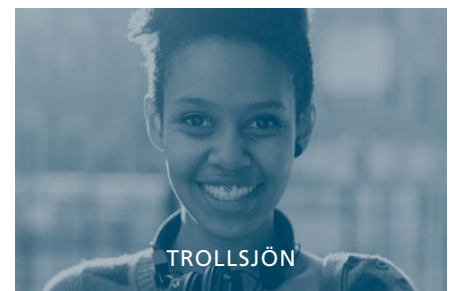
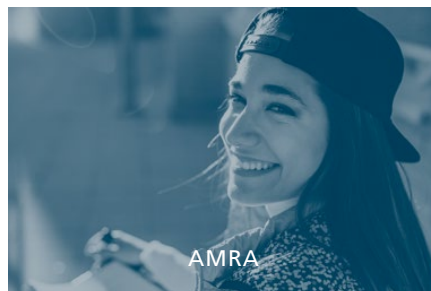

Cecilia Lind
Ordförande


Niels Elvhammar
Verkställande direktör

Bolagets verksamheter

VoB Syd AB drev under 2018 sex behandlings- och utredningsverksamheter för ungdomar, barn och föräldrar; Familjehuset i Alvesta, Familjehuset i Hörby, Högelid, Vittskövlegården, Amra och Trollsjön.

Vid ingången av året drevs fyra integrationsboenden för ensamkommande unga flyktingar; Erlandsdal, Lundgården, Pilgården och Felixgården. Vid årsskiftet återstod dock endast den sistnämnda verksamheten. Bolaget har under året även drivit Stödboendet i Kristianstad och Familjehemsresursen. Vid ingången av året drev bolaget även Psykologresursen som var samorganiserad med Familjehemsresursen. Psykologresursen avvecklades dock under 2018. Under 2018 öppnade bolaget Myra – skyddat boende samt Öppenvårdsteamet.





Familjehuset i Alvesta

Familjehuset är ett akut-, utrednings- och behandlingshem för familjer och ensamplacerade barn i åldern 0–18 år. Verksamheten har totalt 27 platser.

Beläggning och ekonomi

Efterfrågan och beläggning har varierat kraftigt under året. Under januari och februari var den mycket god för att under mars och april sjunka kraftigt. Under hösten var efterfrågan åter relativt hög. Sammantaget är dock beläggningsutfallet om 77 % svagare än tidigare år. Intäkterna når som en följd av detta inte budgeterat mål. Eftersom kostnaderna samtidigt är lägre än förväntat, främst avseende personalområdet, redovisar enheten ett positivt resultat för året.

Kvalitet

Utfallet i genomförda kundenkäter, vilket redovisas nedan, visar att Familjehuset i Alvesta har mycket goda resultat, och verksamheten överträffar de högt ställda målen. Bl.a. skall nämnas att 100 % av kunderna anser att Familjehuset i Alvesta genomfört uppdraget i enlighet med vad som överenskommits. Målen avseende svarsfrekvens uppnås emellertid inte trots upprepade påminnelser. Förbättringar avseende detta arbete planeras inför det kommande året. I de 25 klientnöjdhetsenkäter som genomförts med klienterna ger de tillfrågade ett genomsnittligt omdöme om 3,9 (skala 1–5) vilket innebär att målet uppnås.

Verksamhetsutveckling

Verksamheten har under året arbetat vidare med utveckling av de sedan tidigare tillgängliga metoderna i arbetsgruppen; ESTER, CRA, Återfallsprevention, MI, Miljöterapi, ASQ, Trappan och BOF. Målet är uppnått då samtliga metoder är förankrade i verksamheten. Inför året planerades för insatser i syfte att höja nattpersonalens kompetens samt att en förskollärare skulle rekryteras. Båda åtgärderna har genomförts. Vidare har verksamheten förtydligat sin profil riktad mot missbruk och hedersrelaterat hot och våld. Metoderna CRA och återfallsprevention är implementerade gällande missbruk och utbildning för hela personalgruppen i HRV är avslutad. Måluppfyllelsen i verksamheten avseende verksamhetsutveckling är mycket god för 2018.

Framtid

Under 2019 har verksamheten bl.a. som mål att implementera miljöterapi och skattningar enligt KASAM. Vidare skall Familjehuset under den kommande tvåårsperioden öka kompetensen gällande samtalsmetodik, bl.a. gällande parsamtal. I syfte att ännu bättre kunna matcha efterfrågan av insatser från kommunerna är målet att öka den sammanvägda kompetensen inom Familjehuset, bl.a. genom att erbjuda utbildning till den personal som saknar grundutbildning.



Carola Karlsson

Verksamhetschef

Tel: 0472-19219

carola.karlsson@vob.se

Familjehuset i Hörby

Familjehuset i Hörby är en akut-, utrednings- och behandlingsenhet för familjer med barn. I verksamheten finns det plats för 10 familjer uppdelat på två familjeavdelningar. En avdelning för familjer med barn 0–3 år och en för familjer med barn upp till 12 år. Verksamheten har även ett lägenhetsboende samt en utslussningslägenhet.

Beläggning och ekonomi

Efterfrågan och beläggning har pendlat under året. Beläggningsen var som högst under mars, april och som lägst i juni, november och december. Generellt märktes en minskning avseende förfrågningar under sommaren och hösten. Sammantaget når verksamheten i det närmaste beläggningsmålet om 77 % då utfallet blev 76 %. Utfallet avseende det ekonomiska resultatet ligger på samma nivå, dvs strax under budgeterat mål.

Kvalitet

Resultatet på kundenkätfrågorna för 2018 är åter mycket positivt. Utfallet i frågorna varierar mellan 96 % till 100 % och verksamheten når därmed målen på samtliga tre frågeställningar. Svarefrekvensen om 78 % är emellertid något lägre än målet, 85 % Exempel på kommentarer från handläggarna är: "Bra flexibilitet och kommunikation. Bra och tydliga observationer". Bra stöd till modern i att ta emot erbjudna insatser". I genomförda klientenkäter varierar utfallet mellan avdelningar från 3,4 till 4,8 (skala 1–5). Det genomsnittliga målet var 3,5. När det gäller klientenkäterna är svarefrekvensen avsevärt lägre än förväntat. Verksamheten konstaterar att föräldrarna behöver erbjudas att svara på enkäten i god tid innan ärendet avslutas.

Verksamhetsutveckling

I syfte att höja kompetensen i verksamheten har samtlig personal deltagit i en flerdagarsutbildning i miljöterapi. Insatserna kring kunskapsutveckling avseende samspelsbehandling har fortsatt under året. Utbildning i form av konsultation genomförs varje månad och två heldagsföreläsningar med psykolog Eva Körner, som utformat metoden, har hållits. Samspel filmas regelbundet och följs upp på teamkonferens. Tio medarbetare har under året genomgått utbildning i metod för utvecklingsbedömning av barn, ASQ och ASQ-SE. I syfte att följa upp vilken effekt som insatserna ger har skattningsverktyget KASAM-13 implementerats. Utfallet avseende formulerade utvecklingsmål är mycket god för 2018.

Framtid

Det utvecklingsmål som inte uppnåddes under 2018 är ökad samtalskompetens vilket berodde på att utbildningar i miljöterapi och ASQ har prioriterats. Utbildningar i utredande och behandlande samtal samt i barnsamtalstekniken Tejping kommer därför att prioriteras under 2019. Vidare kommer arbetet med att implementera ASQ och ASQ-SE samt KASAM-13 att fortsätta under det kommande året.



Elin Fridström

Verksamhetschef

Tel: 0415-386301

Mobil: 0736-208057

elin.fridstrom@vob.se

Högelid

Högelid är ett akut-, utrednings- och behandlingshem för ungdomar 12–20 år. Verksamheten som ligger i Alvesta har 10 platser samt en plats i stödboende (extern lägenhet). Högelid arbetar främst med kartläggning och utredning men tar även emot uppdrag om behandlings- och förändringsarbete samt skydd och stöd. Lagrum är både SoL och LVU. Verksamheten har en miljöterapeutisk grundstruktur. Samtliga utredningsuppdrag genomförs utifrån BBIC.

Beläggning och ekonomi

Efterfrågan och beläggning har varit betydligt lägre under 2018 jämfört med tidigare år. Framförallt var beläggningen svag under det andra halvåret. Beläggningen uppgår för helåret till 72 % att jämföra med budgeterade 85 %. Detta innebär att intäkterna för 2018 avviker negativt jämfört med budget. Trots vissa besparingar på kostnadssidan redovisar verksamheten ett större underskott.

Kvalitet

Högelid har under 2018 fått in 23 besvarade kundenkäter av 31 möjliga. Svarsfrekvensen är därmed 74 %, vilket är lägre än tidigare och än det uppsatt målet. Utfallet i enkätsvaren är överlag mycket positivt. 100 % av kunderna anser att Högelid genomfört uppdraget i enlighet med vad som överenskommits. Utfallet på de övriga två frågorna är 96 % respektive 91 %.

I genomförda klientenkäter är det genomsnittliga utfallet 4,1 (skala 1–5) vilket är mycket positivt. Även här är dock svarsfrekvensen (35 %) lägre än målet. Orsakerna till detta är flera men framförallt beror det på att Högelid inte kom igång med klientenkäterna förrän under senare delen av året. Rutinerna för genomförandet av klientnöjdhetsenkäten har förtydligats och efter detta har svarsfrekvensen ökat.

Verksamhetsutveckling

Högelid har under året bl.a. utvecklat verksamheten genom att anställa ytterligare en samordnare. Under sommaren genomfördes rekrytering och vid årsskiftet fanns det tre samordnare på plats. Detta möjliggör att ha fler utredningar igång samtidigt. Uppföljning av behandlingsresultat har genom användandet av skattningsverktyget FIT (feedback informerad terapi), införts. Personalgruppen har genomgått en tvådagarsutbildning och arbetet med skattningsmodellen har kommit igång bra med tydliga rutiner för hur arbetet ska gå till. Högelid har fortsatt att arbeta med ESTER bedömningar. Av de ärenden som varat längre än 14 dagar har bedömning gjorts i 84 % av ärendena vilket är en ökning jämfört med 2017.

Framtid

I januari 2019 kommer en uppföljningsdag i FIT (feedback informerad terapi) att genomföras i syfte att säkerställa att implementeringen av arbetet med skattningsarna kan fortsätta på ett framgångsrikt sätt. Under det kommande året skall verksamheten dessutom starta upp arbetet med ytterligare ett skattningsverktyg, SDQ, för att tydligare kunna mäta psykisk hälsa och kunna använda detta som en del i det skrivna utlåtandet.



Anna Meyer

Verksamhetschef

Tel: 0472-105 10

anna.meyer@vob.se

Vittskövlegården

Vittskövlegårdens behandlingshem drivs delvis på entreprenad för Kristianstad kommun men enheten kan även ta emot placeringar från andra kommuner. Verksamheten, som är samorganiserad med Amra, riktar sig till ungdomar i åldern 14–17 år med psykosocial problematik. Verksamheten har en miljöterapeutisk grundstruktur och arbetar utifrån ett kognitivt beteendeterapeutiskt perspektiv.

Beläggning och ekonomi

Efterfrågan på enhetens platser har varierat under året. I jämförelse med tidigare år har den totalt sett varit avsevärt lägre. Vittskövlegården har dock kunnat ta emot en mycket stor andel av de förfrågningar som inkommit. Placering har oftast skett mer eller mindre "akut", dvs utan längre förberedande planering, men ärendena har därefter övergått till att bli mer långvariga behandlingsuppdrag. Sammantaget når enheten ett beläggningsresultat om 67 % att jämföra med budgeterade 95 %. Vittskövlegården redovisar därför ett större underskott för 2018.

Kvalitet

Trots att verksamheten arbetat aktivt med påminnelser för att få in kundenkätsvaren från socialtjänsten är svarsfrekvensen fortsatt låg, 45 %. Svaren från de handläggare som inkommit med enkäter är dock mycket positiva då utfallet är 100 % nöjdhet på alla tre frågeställningarna. Svarsfrekvensen i genomförda klientenkäter uppgår till 55 %. Ungdomarna anger ett genomsnittligt omdöme om 3,9 (skala 1–5), vilket innebär att verksamheten även här når det uppsatta målet (3,5). Med tanke på att enheten tagit emot ärenden med förhållandevis svår problematik tyder utfallet i enkäterna på att enheten under året lyckats väl med sin behandlingsstrategi.

Verksamhetsutveckling

Under 2018 har fokus i utvecklingsarbete bl.a. varit att kompetensutveckla och utbilda personalgruppen i de metoder som används i verksamhetens koncept. Personalgruppen har under året genomgått utbildning i miljöterapi, MI och ÅP (återfallsprevention). Valet av utbildningar har också syftat till att stärka enhetens grundkoncept, KBT, samt öka kompetensen i att kunna möta missbruksproblematik. Vidare har verksamheten utvecklat sitt arbete med att genomföra effektmätningar av behandlingsresultat, bl.a. genom utbildning av personalen i skattningar och Journal Digital. En skattningsrutin har upprättats och skattningsformulär har valts ut. Samtliga placerade ungdomar genomför nu skattningar in/ut.

Framtid

Vittskövlegården ska under det kommande året fortsätta sitt arbete med att i så hög utsträckning som möjligt kunna möta kommunernas behov av vårdplatser genom flexibilitet vid placeringar samt utökad specialiserad kunskap. Kommunernas behov skall analyseras och mötas genom specifika och effektiva behandlingsprogram. Målet är att verksamheten därigenom skall kunna öka och stabilisera efterfrågan samtidigt som kvalitén i insatserna höjs. Under 2019 kommer personalen utbildas och uppdateras i flera olika metoder som exempelvis CRU-1, DBT, MI samt inom Kris och trauma.



Jenny Tapper
Verksamhetschef

Mobil: 0736-227562
jenny.tapper@vob.se



Amra

Behandlingshemmet Amra drivs delvis på entreprenad för Kristianstad kommun, men tar även emot placeringar från andra kommuner. Verksamheten är samorganiserad med Vittskövlegården. Enheten riktar sig till ungdomar i åldern 15–19 år med psykosocial problematik. Amra har en miljöterapeutisk grundstruktur och arbetar utifrån ett kognitivt beteendeterapeutiskt perspektiv.

Beläggning och ekonomi

Efterfrågan på Amras platser har varierat under året men totalt sett har den varit något högre jämfört med vid Vittskövlegården. Amra har haft förmåga att ta emot de, ofta akuta, förfrågningar som inkommit. Sammantaget har beläggningen vid Amra varit god, 83 %, särskilt med tanke på att beläggningen överlag varit avsevärt lägre jämfört med tidigare, både inom VoB och andra organisationer. Verksamheten redovisar ett positivt ekonomiskt resultat.

Kvalitet

Svarsfrekvensen avseende kundenkäter uppgår till 70 % (7 av 10 möjliga enkäter har inkommit). Även om inte målet nås är detta en klar förbättring jämfört med föregående år. Målet avseende utfallet i svaren på de tre frågorna nås inte. 86 % av handläggarna anger på samtliga frågor att de är nöjda, vilket betyder att det är en handläggare av sju som svarat negativt. Utfallet i genomförda klientenkäter är en svarsfrekvens på 50 % (5 av 10) och omdömet från de unga är 3,1 (skala 1–5), vilket innebär att sätta mål inte uppnås. Utfallet påverkas även här av att en av ungdomarna givit negativa svar på enkätfrågorna. Inkomna klagomål och negativa utfall i enkäter har analyserats och följts upp.

Verksamhetsutveckling

Amra har under 2018 fokuserat på att öka beläggningen, stabilisera rutiner och strukturer samt etablera behandlingsmetodik och införa effektmätning. Detta arbete har fungerat bra och enheten har utvecklats mycket positivt under året. Under 2018 har enheten haft tillgång till en familjebehandlare under utbildning samt samarbetat med Prisma som är Kristianstad kommuns familjebehandling. Fortsatt planering kring hur enheten ska hantera behovet av familjebehandling skall ske under 2019.

Framtid

Amras arbete med att vidareutveckla och etablera verksamheten avseende utbildning och implementering av metoder sammanfaller och samordnas i hög grad med de planer som redovisats för Vittskövlegården ovan. I syfte att kunna öka svarsfrekvensen både avseende kundenkäter och klientenkäter skall ett särskilt arbete för att utveckla rutiner och arbetssätt kring detta genomföras under 2019. Vidare skall arbetet med att implementera effektmätning genom skattningar fortsätta.



Jenny Tapper
Verksamhetschef

Mobil: 0736-227562
jenny.tapper@vob.se

Trollsjön

Trollsjöns behandlingshem i Eslöv startade i januari 2018. Enheten riktar sig till ungdomar i åldern 15–19 år med psykosocial problematik. Trollsjöns arbete utgår ifrån ett miljöterapeutiskt synsätt där vikten av en strukturerad behandlingsmiljö betonas. Behandlingsarbetet genomsyras av ett systemiskt förhållningssätt där ungdomens relation till sitt nätverk ges stor betydelse.

Beläggning och ekonomi

Verksamheten fick en något svag start då den första ungdomen inte togs emot förrän i mitten av februari och därefter har placeringar tagits emot i relativt långsam takt. Trots omfattande satsningar på marknadsföring genom olika forum, har efterfrågan inte ökat i tillräcklig grad för att nå målen. Som mest har verksamheten haft sex av sina tio platser belagda. Utfallet avseende beläggning för året som helhet blev 33 % att jämföra med budgeterade 63 %. För 2018 redovisar Trollsjön därmed ett större ekonomiskt underskott.

Kvalitet

Trollsjön har fått in 5 av 6 kundenkäter vilket ger en svarsfrekvens om 83 %. Avseende de två första frågorna svarar samtliga handläggare (100 %) att de är nöjda med verksamhetens insatser. På fråga 3 har fyra handläggare (80 %) svarat att enheten motsvarat eller överträffat förväntningarna. Under 2018 genomfördes inga klientenkäter på Trollsjön då ungdomarna inte velat eller kunnat fylla i enkäten. Under 2019 kommer enheten se över rutinerna kring hur enkäten genomförs med ungdomarna.

Verksamhetsutveckling

Trollsjön har under 2018 fokuserat på att starta upp och få igång verksamheten. Under våren 2018 utbildades hela personalgruppen i både FIT, Feedback Informed Treatment, samt Miljöterapi. FIT är ett skattningsverktyg där formulären ORS/SRS används för att följa upp genomförda insatser och öka klientens delaktighet i behandlingen. Metoden har under 2018 implementerats väl i personalgruppen. Viss personalomsättning gjorde att ytterligare ett utbildningstillfälle i FIT gavs under december månad.

Framtid

Trollsjöns arbete med att utveckla och implementera metoder och arbetssätt kommer att fortsätta. En ny satsning i att utbilda personalen i Miljöterapi kommer att göras internt inom VoB under 2019 där Trollsjön kommer delta. Tillsammans med övriga tonårsenheter pågår ett arbete med att förtydliga varje enhets profilering och specialisering. Syftet med detta arbete är att identifiera och förtydliga vilken målgrupp som den enskilda enheten är särskild bra på att möta och vilken kompetens och vilka metoder som är specifika för enheten. Målet är både att utveckla enhetens förutsättningar att kunna ta emot ungdomar med svår problematik och att verksamheten skall ges en tydligare identitet.



Anna Meyer

Verksamhetschef

Tel: 0472-105 10

anna.meyer@vob.se

Stödboendet i Kristianstad

VoB:s stödboende i Kristianstad Stödboendet vänder sig till ungdomar i åldern 16–20 år med behov av visst vuxenstöd. De placerade har tillgång till ett eget rum i ett mindre gruppboende, alternativt eget rum i delad lägenhet. Verksamheten är bemannad med tillgänglig personal dygnet runt. Övergripande målet med placeringen är att ungdomen skall klara eget boende efter 6–12 månaders vistelse i Stödboendet.

Beläggning och ekonomi

Under 2018 har Stödboendet inte uppnått beläggning enligt budget. Utfallet var 46 % att jämföra med budgeterade 74 %. En del av orsaken kan kopplas till ärenden där klienter och socialtjänst varit positiva och intresserade av placering, men insatsen har därefter inte godkänts av ansvarig nämnd. Samtliga som inkommit med förfrågan till Stödboendet erbjuds studiebesök vilket har varit mycket uppskattat av kommunerna. Till följd av den svaga beläggningen redovisar enheten ett större underskott.

Kvalitet

Resultatet avseende Stödboendets kundenkäter är mycket positivt. Svarsfrekvensen är 100 % och samtliga frågor har besvarats positivt av samtliga handläggare. Utfallet är således 100 % nöjda kunder. Det positiva utfallet visar sig också genom nya uppdrag från kommuner som tidigare haft placerade ungdomar i verksamheten.

Svarsfrekvensen när det gäller klientenkäter är 89 % (16 av 18) vilket innebär att målet nås. Det genomsnittliga utfallet i ungdomarnas svar är 4,8 (skala 1–5). Även här nås de uppsatta målen med god marginal.

Verksamhetsutveckling

Arbetet med materialet "Hitta rätt" har fortsatt under året. Bl.a. har de ungas genomförandeplaner anpassats till rubrikerna i Hitta Rätts. Vidare görs uppföljning på personalmöten, vilket resulterar i att en sammanfattning av arbetet med Hitta rätt görs varje månad i månadsrapporten som delges kommunen. I syfte att kunna visa för kunderna att Stödboendets insatser gör skillnad har skattningar enligt KASAM införts. Samtlig tillsvidareanställd personal har fått internutbildning i KASAM.

Framtid

Arbetet med att vidareutveckla arbetet med KASAM skall med stöd av utvecklingsavdelningen fortsätta under 2019. Ytterligare insatser för att marknadsföra och etablera verksamheten kommer att ske under det kommande året. I detta arbete ingår bl.a. att förtydliga att VoB:s lägenhetsboenden även riktar sig till andra målgrupper än unga i åldern 16–20 år och att boende i egen lägenhet kan kombineras med olika former av insatser. Tanken är således att bolagets lägenheter skall användas på ett mer flexibelt och effektivt sätt. Stödboendet i Kristianstads verksamhetschef har en samordnande funktion när det gäller detta utvecklingsarbete.



Rikard Jönsson
Verksamhetschef

Mobil: 0700-80 60 96
rikard.jonsson@vob.se

Myra – Skyddat boende

Myras verksamhet startade i april 2018. Enheten tar emot vuxna och barnfamiljer som har behov av skyddat boende, p.g.a. våld, hot eller förtryck i nära relationer. Det övergripande uppdraget är att tillgodose behovet av skydd samt att arbeta aktivt med att de placerade ska kunna flytta ut från det skyddade boendet, och då ha förmåga att upprätthålla sitt eget skydd. Myra har personal tillgänglig dygnet runt, vilket innebär möjlighet till att kunna ta emot akuta placeringar utanför kontorstid. Verksamheten erbjuder omfattande stöd och vägledning, men riktar sig till familjer och individer som inte är i behov av vård i HVB.

Beläggning och ekonomi

Trots att verksamheten startades i samarbete med socialtjänsten som tydligt uttryckte ett behov av platser för målgruppen, har beläggningen under 2018 som helhet varit låg. VoB har under året genomfört flera marknadsföringsinsatser i form av exempelvis annonsering, utskick, blogginlägg och inte minst en temadag på temat "våld i nära relationer". Antalet placeringar ökade något under hösten men många av dem var dock kortvariga. För perioden som helhet blev beläggningsutfallet 43 %. Myra redovisar ett större underskott för sitt första verksamhetsår.

Kvalitet

Myra har mottagit 7 enkätsvar av 9 möjliga, vilket innebär en svarsfrekvens på 78 %. Resultatet av inkomna enkäter är 100 % nöjda kunder då samtliga handläggare svarat positivt på alla tre frågorna. De omdömen som de placerade givit avseende Myras insatser är också positiva. I de 9 klientenkäter som genomförts blev det genomsnittliga utfallet 4,5 (skala 1–5). Måluppfyllelsen avseende kvalitet var således mycket god under 2018. Det är glädjande att såväl uppdragsgivare som placerade familjer och individer anser att Myra klarar att genomföra sina uppdrag på ett mycket tillfredsställande sätt.

Verksamhetsutveckling

Personalgruppen deltog under våren 2018 vid två introduktionsdagar. Vidare genomfördes tillsammans med arbetsgruppen genomgång av arbetssätt, rutiner och strukturer. Som ett led i att utveckla en nära samverkan och för att löpande följa upp verksamheten, har referensgruppsmöten hållits med representanter från socialtjänsten i berörda ägarkommuner. Personalen har under året genomgått utbildning i MI samt riskbedömningsinstrumenten PATRIARK, SARA och SAM. Under hösten implementerades arbetet med att genomföra skattningar enligt KASAM, vilket föregicks av att personalgruppen fick information om och introduktion i metoden.

Framtid

Under det kommande året kommer arbetet med att utveckla enhetens metoder och arbetssätt fortsätta. Fokus på insatserna skall tydligt vara på att tillgodose behovet av skydd och att ge det stöd som bedöms lämpligt utifrån den enskilda individens och familjens behov. Under 2019 skall nyanställd personal utbildas i risk- och skyddsbedömning. Vidare är målet att samtliga skall erbjudas utbildning i hot och våld samt hedersrelaterad problematik. Ytterligare ett mål är att höja personalens kulturkompetens och kunskaper avseende HBTQ-frågor.



Afrah Hussein
Verksamhetschef

Mobil: 0708-10 18 24
afrah.hussein@vob.se



Familjehemsresursen

Familjehemsresursen tar emot placeringar av barn och ungdomar i utbildade och konsulentstödda familjehem, samt jourhem. Familjehemmen som är knutna till verksamheten har extra stöd, vilket bl.a. innebär regelbunden handledning, utbildning och tillgång till kontakt med familjehemskonsulenter, även utanför kontorstid. På uppdrag erbjuder verksamheten även konsultativa tjänster som upprättande av familjehemsutredningar, handledning till interna och externa familjehem och personalgrupper, familjehemsutbildning enligt "Ett hem att växa i" samt medverkan vid umgängen och riskbedömningar enligt PATRIARK, SARA och SAM.

Beläggning och ekonomi

Under 2018 har det inkommit många förfrågningar till Familjehemsresursen. Dessa har dock ofta gällt barn och ungdomar som har mycket omfattande problematik och som har varit svåra att matcha till rätt familjehem. Trots den överlag goda efterfrågan medför karaktären på förfrågningarna att verksamheten inte riktigt når beläggningsmålet. Utfallet blev 67,5 % att jämföra med målet som var 71 %. Verksamheten redovisar ett positivt ekonomiskt resultat.

Kvalitet

Verksamheten har avslutat 39 uppdrag under året och i 29 av dessa har enkätsvar inkommit, vilket ger en svarsfrekvens om 74 %. Kundnöjdheten är god på samtliga enkätfrågor. 100 % av handläggarna som besvarat enkäten anger att verksamheten genomfört uppdraget enligt överenskommelse. Även målen rörande övriga frågor uppnås. Verksamheten har under året infört en enkät för att mäta familjehemmens nöjdhet med familjehemskonsulenternas insats. Enkäten syftar till att ge vägledning i utformningen av stödet till familjehemmen och är också ett verktyg i att förbättra verksamhetens rekryteringsarbete. Verksamheten har fått tillbaka 31 enkäter av 35 möjliga (88 %). Resultatet visar att familjehemmen är mycket nöjda med samarbetet och den vägledning de får från familjehemskonsulenterna.

Verksamhetsutveckling

I syfte att öka antalet familjehem som är knutna till verksamheten och socialtjänstens efterfrågan har familjehemskonsulenterna arbetat aktivt med marknadsföringsinsatser. Flera utskick har genomförts till socialtjänsten, både postalt och digitalt. Vidare har telefonkontakter tagits och annonsering i lokaltidningar skett för att nå nya möjliga familjehem. Utöver detta har rekrytering av nya familjehem skett genom att familjehemskonsulenterna kontinuerligt frågat aktuella familjehem efter tips om potentiella nya familjehem i deras nätverk. Familjehemskonsulenterna har under året uppdaterat sin utbildning i riskbedömningsinstrumenten PATRIARK, SARA och SAM, vilket innebär att verksamheten nu kan erbjuda kommunerna att köpa enstaka bedömningar vid behov.

Framtid

Under det kommande året planerar verksamheten att ytterligare förbättra möjligheterna att ta emot barn med omfattande problematik i familjehem. Detta skall ske genom att utveckla ett nära samarbete med VoB:s öppenvårdsteam som skall kunna erbjuda behandlingsinsatser till de unga som placerats i VoB:s familjehem. Målsättningen är därmed att VoB till kommunerna skall kunna erbjuda "särskilt förstärkt familjehemsvård", vilket kan utgöra ett alternativ till behandlingsplacering av barn på HVB. Familjehemsresursen kommer vidare under 2019 fortsatt fokusera på arbetet med att utöka antalet familjehem i verksamheten.



Helén Hettinger
Familjehemskonsulent

Mobil: 0736-20 59 82
helen.hettinger@vob.se



Marita Flood
Familjehemskonsulent

Mobil: 0705-13 32 61
marita.flood@vob.se



Mikaela Hedenstedt
Familjehemskonsulent

Mobil: 0704-8491 57
mikaela.hedenstedt@vob.se



Psykologsresursen

Psykologsresursen i VoB har tidigare erbjudit utredning, behandling, handledning och utbildning, samt via samarbetspartners neuropsykiatrisk utredning. Eftersom efterfrågan på verksamhetens tjänster minskat kraftig under senare år, beslutades under våren 2018 att den dåvarande heltidstjänsten skulle reduceras till en halvtidstjänst. Psykologen valde att säga upp sig och verksamheten avvecklades därför under juni 2018. VoB kommer att genomföra upphandling av psykologkonsulttjänster så att dessa i framtiden åter kan erbjudas både internt och externt vid behov. Psykologsresursen redovisar ett underskott för den aktuella perioden.

Integrationsboenden

VoB:s integrationsboenden tar emot tonåringar upp till 18 år. Efter 18 års ålder erbjuds insatser i stödboenden, utslussningslägenheter, där de unga som längst kan vara kvar tills de fyller 21 år. Huvudsakligen tas pojkar emot, men ett par av enheterna har även möjlighet att ta emot flickor. VoB:s boenden har som huvuduppgift att ge den nyanlände unge asylsökande stöd och introducera den för sitt nya sammanhang. När beslut om permanent uppehållstillstånd fattats, övergår uppdraget till att arbeta för den unges integration med målet att ge förutsättningar för ett självständigt liv.

Under inledningen av året drev VoB fyra integrationsboenden på entreprenad för olika kommuner: *Pilgården* i Kävlinge, *Erlandsdal* i Svedala, *Felixgården* i Eslöv samt *Lundgården* på uppdrag från Lunds kommun. Som tidigare nämnts stängdes tre av dessa boenden under 2018 och vid årsskiftet återstod endast Felixgården.

ESLÖVS KOMMUN

FELIXGÅRDEN

KÄVLINGE KOMMUN

PILGÅRDEN

LUNDS KOMMUN

LUNDGÅRDEN

SVEDALA KOMMUN

ERLANDSDAL



Felixgården (Eslövs kommun)

Felixgården har i sitt avtal med Eslövs kommun totalt 20 platser, varav 4 avser platser i stödboende (utslusningslägenheter). I praktiken har dock enheten tillgång till fler stödboendeplatser i externa lägenheter som kommunen kan nyttja vid behov. Efter att Lunds kommun under våren sagt upp avtalet avseende HVB-delen av Lundgårdens integrationsboende övertog Felixgården ansvaret för de 3 stödboendeplatser som VoB drivit för Lunds kommuns räkning. Därmed skedde också en mindre utökning av Felixgårdens organisation.

Beläggning och ekonomi

Felixgården har haft varierande beläggning under året. Inledningsvis hade enheten låg beläggning men under våren och sommaren omplacerades flera unga, som tidigare vistats i andra boenden som anlitats av kommunen, till Felixgården. Under perioden april till oktober hade därför enheten full beläggning eller överbeläggning. I takt med att ungdomar har fyllt 18 har placeringar avslutats och beläggningen åter minskat under hösten. Ytterligare en anledning till att beläggningen har minskat beror på att en del ungdomar har återförenats med sin familj som kommit till Sverige. Felixgården har sammantaget haft en beläggning under 2018 om 97 %. Verksamheten redovisar ett ekonomiskt överskott för 2018.

Kvalitet

Under året avslutades 24 ärenden vid enheten och 23 enkäter har inkommit (96 %). Samtliga handläggare anger på alla tre frågorna att de är nöjda med insatsen. Samtliga mål uppnåddes således avseende kundenkäten. Vidare har Felixgården genomfört 46 klientenkäter av 51 möjliga, vilket ger en svarsfrekvens om 90 %. Det genomsnittliga utfallet i enkätsvaren är 4,05 (skala 1–5), vilket innebär att målet uppnås.

Verksamhetsutveckling

Ett utvecklingsmål för 2018 var att arbeta vidare med materialet "Hitta Rätt" som används som grund i det vardagliga arbetet. Hitta Rätt har nu implementerats och handledning i arbetet har givits vid personalmöten. Enligt formulerat mål angående att utveckla arbetet med uppföljning skulle under året en mätmetod framarbetats tillsammans med utvecklingsavdelningen och andra verksamhetschefer inom integrationsområdet. Då övriga integrationsenheter inom bolaget har avvecklats under året, har möjligheten till och behovet av att samverka om en metod minskat. Fokus har därmed inriktats på att utveckla andra delar, såsom dokumentation och verksamhetsspecifik introduktion.

Framtid

Kommunen sade under hösten 2018 upp avtalet vilket innebär att Felixgårdens HVB kommer att stänga den 31 maj 2019. Verksamhetens stödboendeverksamhet kommer dock att drivas vidare då kommunen bedömt att det finns fortsatt behov ytterligare en period. Stödboendet kommer efter den 1 juni 2019 att samorganiseras med Trollsjön. Avtal om fyra stödboendeplatser för ensamkommande har upprättats, mellan VoB och kommunen. Avtalet löper fram till 2019-12-31.

Hanh Chau
Verksamhetschef

Mobil: 0702-954689
hanh.chau@vob.se

Pilgården (Kävlinge kommun)

VoB har drivit Pilgårdens integrationsboende på entreprenad för Kävlinge kommun. Avtalet omfattade 28 platser, varav 6 avsåg platser i utslusslägenheter (stödboende). Eftersom det redan under inledningen av året var känt att verksamheten skulle stänga under hösten 2018 minskade beläggningen successivt under året. För året som helhet blev utfallet 60 %. Verksamheten redovisar ett positivt ekonomiskt resultat. Under året inkom 21 kundenkäter av 23 möjliga, vilket innebär en svarsfrekvens om 91 %. Kundnöjdheten var 100 % på samtliga frågor. Pilgårdens verksamhet avvecklades den 31 oktober 2018.

Lundgården (Lunds kommun)

Lundgårdens integrationsboende drevs på entreprenad för Lunds kommun. Verksamhetens lokaler var belägna i Eslövs kommun. Boendet hade 13 HVB-platser samt 3 stödboendeplatser i lägenhet i Lund. Lunds kommun sade under hösten 2017 upp avtalet pga. det minskade behovet av platser för målgruppen och Lundgårdens HVB stängde den 30 juni 2018. Verksamhetens stödboende, som efter stängningen av HVB verksamheten har samorganiserats med Felixgården, fortsatte dock att drivas fram till 2019-02-28. Lundgårdens beläggningsresultat för perioden januari–juni var 66 %. Verksamheten redovisar ett negativt resultat jämfört med budget. Verksamheten avslutade 7 uppdrag och har fått in 6 enkätsvar, en svarsfrekvens om 86 %. Samtliga handläggare besvarar samtliga tre frågor med ett ja och kundnöjdheten är således 100 %.

Erlandsdal (Svedala kommun)

Avtalet med Svedala kommun rörande Erlandsdals integrationsboende omfattade 18 platser. Avtalet sades upp under 2017 och Erlandsdal avvecklades i februari 2018. Beläggningen under januari–februari uppgick till 62 %. Verksamheten redovisar ett resultat i nivå med budget. Verksamheten tog emot 14 kundenkäter vilket innebar 100 % svarsfrekvens. Även kundnöjdheten var 100 % då samtliga frågor besvarades positivt av samtliga handläggare.

Sammanfattning, verksamheterna under 2018

Beläggning och ekonomi

Budgeterad genomsnittlig beläggning för 2018 i de intäktsfinansierade enheterna, dvs akut-, utrednings-, och behandlingsinstitutionerna samt Familjehemsresursen, var 80,9 %. Det genomsnittliga utfallet blev 67,8 %. Variationerna är stora mellan de olika enheterna. Omsättningen vid institutionerna (inklusive psykolog) var 85 563 tkr (80 437 tkr). Familjehemsresursen omsatte under året 13 611 tkr (10 592 tkr). Omsättningen vid integrationsverksamheterna, var totalt 30 965 tkr (88 115 tkr). Omsättningen vid Stödboendet i Kristianstad var 2 990 tkr (757 tkr). Omsättningen vid Myra Skyddat boende var 2 382 tkr.

Kvalitet – Kundnöjdhet – Inkomna enkäter

Kundnöjdhet vid behandlings- och utredningshem samt familjehems- och psykologresursen

Verksamhet	Avslutade ärenden	Inkomna enkäter	Uppdragsgivaren anser att uppdraget utförts enligt överenskommelse			Uppdragsgivaren anser att VoB:s personal kunnat förena flexibilitet och struktur			Uppdragsgivaren anser att VoB har motsvarat/överträffat förväntningarna		
			Ja	Nej	Ej svar	Ja	Nej	Ej svar	Ja	Nej	Ej svar
Amra	10	6/60%	5	1	0	5	1	0	5	1	0
Familjehemsresursen	39	29/74%	29	0	0	26	0	3	27	1	1
Familjehuset i Alvesta	31	23/74%	23	0	0	22	1	0	22	0	1
Familjehuset i Hörby	32	26/78%	26	0	0	25	1	0	23	1	2
Högelid	31	23/74%	23	0	0	22	0	1	21	0	2
Myra	9	7/78%	7	0	0	7	0	0	7	0	0
Trollsjön	6	5/67%	5	0	0	5	0	0	4	0	0
Vittskövlegården	11	5/45%	5	0	0	5	0	0	5	0	0
Psykologresursen	6	6/100%	5	0	1	6	0	0	6	0	0
Totalt (andel ja-svar)	175	130/74%	128/98%			123/95%			120/92%		

Det sammanlagda antalet inkomna enkäter var 129 av möjliga 175 vilket ger en svarsfrekvens om 74 %. Målsättningen är minst 85 % vilket innebär att målet ej nåtts under 2018. Under 2019 kommer VoB att genomföra en översyn av kundenkäten för att den ska bli enklare och tydligare att svara på och därmed kunna ge verksamheterna fler och mer konkreta svar som går att arbeta vidare med i förbättringsarbetet.

Behandlingsenheterna har utmärkande bra resultat på alla tre frågeställningarna, 98 % svarar ja på fråga 1, 95 % anger ja på fråga 2 och på fråga 3 anser 92 % att VoB överträffat eller motsvarat förväntningarna. Därmed uppnår VoB:s de högt ställda målsättningarna. Målen överträffas på samtliga frågor och utfallet har förbättrats jämfört med föregående år, vilket framgår av nedanstående sammanställning för de senaste fem åren.

Fråga	2018	2017	2016	2015	2014
1	98 %	92 %	97,5 %	94 %	95 %
2	95 %	91 %	92,5 %	90 %	92 %
3	92 %	90 %	94 %	88 %	92 %
Svarsfrekvens	74 %	73 %	82 %	84 %	88 %

Kundnöjdhet vid VoB:s integrationsboenden

Under 2018 avslutades 74 ärenden inom verksamheterna för ensamkommande flyktingungdomar. Av dessa besvarades 70 enkäter, vilket motsvarar en svarsfrekvens om 95 % (55 %), vilket är ett mycket positivt utfall som med god marginal överträffar målet (80 %).

Samtliga handläggare har på samtliga tre frågor angivit att de är nöjda med verksamheternas insatser och att de anser att VoB överträffat eller motsvarat förväntningarna. Utfallet är således 100 % nöjda kunder. Trots att VoB under 2018 har avvecklat flera integrationsboende med den oro och turbulens som detta kan ha medfört, så har integrationsboendena alltså uppnått detta toppresultat, långt över VoB:s målsättningar. Detta ger ett utmärkt betyg till personal och chefer som uppenbarligen har klarat av att ha fokus på de placerade ungdomarnas behov trots den oro som funnits i samband med nedläggningarna.

Klientnöjdhet

Samtliga enheter har under 2018 erbjudit placerade klienter att genomföra en klientnöjdhetsenkät. Syftet är att inhämta klientens uppfattning om VoB:s personal, bemötande och arbetsmetoder. Enkäten är en viktig del i det systematiska arbetet med uppföljning av verksamheternas insatser. Inför ifyllandet av enkäten genomför personal ett samtal med klienten där syftet med enkäten förklaras. Vidare nämns vikten av att säkerställa att klienten får tillfälle att uttrycka sina funderingar om sin tid i VoB, både för sin egen skull men också för att VoB ska kunna förbättra sin verksamhet, vilket också kommer andra klienter tillgodo. Eftersom VoB:s verksamheter riktar sig till olika målgrupper och tar emot varierande typer av uppdrag, används tre olika enkäter där frågorna i vissa delar skiljer sig något åt, en enkät för behandling/utredning, en för skyddat boende och för integration/stödboende. Klienten värderar på en skala 1 till 5 hur väl varje påstående i enkäten stämmer med den egna åsikten. Totalt har 210 klientnöjdhetsenkäter genomförts i VoB:s verksamheter under 2018.

Sammanställning av resultat från klientnöjdhetsenkäter som besvarade under 2018:

Totalt medelresultat per fråga för samtliga Behandlings/utredningsverksamheter	
Jag har förstått varför jag varit här.	4,11
Jag har fått ett bra bemötande.	4,11
Jag har kunnat lita på personalen.	3,87
Jag har kunnat uttrycka mina åsikter.	3,99
Jag har kunnat påverka min vardag.	3,70
Jag tycker vi har arbetat med anledningen till varför jag/vi har varit här.	3,89
Jag har kunnat påverka målen för min tid på ...	3,80
Jag har fått den hjälp jag förväntade mig.	3,87

Jag tycker insatsen gjort positiv skillnad för mig och/eller min familj.	3,91
Jag har fått information i god tid på vad som är planerat efter tiden på ...	3,41
Jag vet varför jag ska lämna.	4,23

Totalt resultat för skyddat boende

Jag tycker vi har arbetat med anledningen till varför jag/vi har varit här.	4,38
Jag har kunnat lita på personalen.	4,38
Jag har kunnat påverka målen för min tid på Myra.	4,88
Jag har fått den hjälp jag förväntade mig.	4,50
Jag tycker insatsen gjort positiv skillnad för mig och/eller min familj.	4,75
Jag har känt mig trygg och säker under tiden på Myra.	4,38

Totalt resultat för samtliga integrations- och stödboenden

Det finns personal som kan hjälpa mig när jag mår dåligt.	4,20
Det finns personal som kan hjälpa mig med praktiska saker.	4,27
Jag kan säga vad jag tycker.	4,44
Jag kan påverka min vardag.	4,39
Jag får hjälp med att lära mig klara mig själv.	4,39

Avvikelse- och klagomålshantering

Under 2018 har det inkommit 88 avvikelserapporter, varav 83 hanterats och stängts, övriga 5 är under åtgärd. Antalet inkomna avvikelser är lägre än föregående år, vilket sannolikt kan förklaras av att VoB stängt flera integrationsboenden.

Avvikelse registreras och hanteras genom rapportering i ett formulär som omfattar följande områden:

	2018	2017
Allvarliga kriser och katastrofer	5	2
Avvikelse från VoB:s riktlinjer/rutiner	33	61
Förbättringsförslag	8	11
Klagomål från socialtjänsten m.fl / nej-svar på kundenkät	18	15
Kvalitetsbrist i klientbemötande	8	–
Lex Sarah	1	9
Oplanerade avbrott i vården	4	1
Polisanmälan mot anställd personal eller mot inskriven klient	6	1
Totalt	83	100

Flera av avvikelserna handlar om att inskrivna klienter har mått mycket dåligt psykiskt och antingen utsatt sig själv eller andra för fara, att klienter har hotat eller misshandlat annan inskriven eller att det funnits en misstanke om drogpåverkan. Det framkommer att personalen vid flertalet av händelserna har följt de rutiner som finns. Vid någon händelse har det identifierats brist som direkt har åtgärdats.

Noterbart är att flera avvikelser på olika verksamheter handlar om kommunikationsbrist i personalgruppen, exempelvis fel hantering av mediciner till inskrivna klienter. Dessa avvikelser får ses som allvarliga och är delvis möjliga att förebygga genom att förankra och repetera befintliga rutiner. Den felaktiga hanteringen av mediciner till inskrivna klienter kan förhoppningsvis åtgärdas då beslut har fattats om att förtydliga denna rutin och göra en egen rutin av den så att den lättare hittas på VoB:s intranät.

Vad gäller oplanerade avbrott i våren så har det under året registrerats 4 sådana, vilket sannolikt inte speglar det reella antalet behandlingar som avbrutits. Efter diskussioner i ledningsgruppen har VoB beslutat att denna kategorin fr.o.m. 2019 ej längre ska registreras i avvikelssystemet, utan istället hanteras via dokumentationssystemet Idok. Detta skapar mindre dubbelarbete samt ger bättre möjligheter att analysera avbrotten för att om möjligt kunna förebygga dessa.

Mycket positivt är att det endast inkommit en lex Sarah rapport, vilket kan tolkas som att de händelser som har inträffat ej har varit av så allvarlig karaktär som under föregående år, då antalet Lex Sarah rapporter var 9 st. I sammanhanget skall nämnas att flertalet lex Sarah rapporter under 2017 rörde incidenter på integrationsboenden, där unga skadade eller försökte skada sig själva. Detta var en kategori av händelser som under en period mer eller mindre samtidigt inträffade på åtskilliga boenden för målgruppen runt om i landet.

Överlag så hanterar de ansvariga verksamhetscheferna avvikelserna enligt rutinerna i Kvalitetsledningssystemet. Det som kan förbättras

är att dokumentera eventuella åtgärder enkelt och tydligt så att resultatet av dessa går att följa upp innan avvikelserna stängs.

Utöver att besvara frågorna i ovan redovisade kundenkäter, med givna svarsalternativ, ges handläggarna möjlighet att i fritext kommentera verksamhetens insats. Uppdragsgivarna ger i många fall kommentarer, vilka dels ger bekräftelse på genomfört arbete vid den berörda enheten, men är också ett viktigt inslag i det löpande förbättringsarbetet vid verksamheterna. I huvudsak är kundernas kommentarer positiva och de kritiska synpunkter som kundenkäterna genererar, är vid sidan av den direkta kontakten med uppdragsgivarna, bolagets viktigaste redskap för hantering av kundklagomål.

VoB har väl inarbetade rutiner för att rapportera klagomål och återkoppla till de uppdragsgivare som på något sätt haft kritiska synpunkter på uppdragets genomförande. Varje verksamhet, som i sina enkätsvar fått ett nej på någon fråga, följer upp och analyserar detta, samt kommunicerar med uppdragsgivaren i varje enskilt fall. Detta är en naturlig del i förbättringsarbetet och avvikelserapport skrivs.

Revisioner avseende bolagets kvalitet och ledningssystem

Lloyd's Register har under 2018 genomfört två revisioner. I januari genomfördes en förnyelserevision inför nya ISO standarden ISO 9001:2015. Inför denna revisionen gjordes ett omfattande uppgraderingsarbete i Kvalitetsledningssystemet, vilket resulterade i att VoB:s Kvalitetsledningssystem bedömdes uppfylla de krav som den nya standarden ställer. VoB beviljades nytt certifikat för tiden 2018-03-03–2021-03-02.

I september genomförde LR en uppföljningsrevision dels på Ledningsprocesserna och dels på Familjehemsresursen. Vid genomgång av systemet tillsammans med stickprov i verksamheten gjordes bedömningen att ledningssystemet inom VoB i stort sett fungerade på ett tillfredsställande sätt. Det sågs som mycket positivt att det påbörjats ett arbete med att tydliggöra

kärnprocesser och stödprocesser med tillhörande rutiner för att öka användare vänligheten. En mindre avvikelse avseende gällande Inköpsprocessen och dess tillämpning rapporterades.

Internrevision genomfördes under året avseende:

- *”Rutinerna för dokumentstyrning i våra lokala dokument”, Kvalitetsledningsmanualen Kap 7, vilken innebär att vi ska dokumentstyra alla våra såväl övergripande som lokala rutiner enligt rutinen.*
- *”Klientdokumentation – pappersakten”, Klientdokumentation, kap 3, vilken anger att vi ska skriva ut och förvara vissa dokument från IDOK, så att dessa kan vara åtkomliga även vid ström- eller IT-avbrott.*
- *Handlingar i pappersakten ska stämma med motsvarande handling i IDOK, vilket innebär att det som skrivits ut ska vara samma version som finns i IDOK.*

Revisionen genomfördes genom kollegial granskning av varandras verksamheter. Den sammanfattande bedömningen var att det fanns vissa brister i hur verksamheterna följde ovanstående rutiner. En handlingsplan utarbetades därför där åtgärder för att korrigera bristerna skulle vara genomförda senast 2019-01-31. Uppföljning av åtgärderna har skett.

Genomförd riskanalys och internkontrollplan

VoB Syds styrelse och ledning genomför årligen en företagsövergripande riskanalys och upprättar en internkontrollplan. Under detta arbete identifieras behovet av prioriterade åtgärder, vilka sammanställs i en detaljerad aktivitets- och tidplan som bolagsledningen arbetar med under året.

Ett riskområde som varit särskilt aktuellt under senare år är kommunernas förändrade behov, inte minst med tanke på att behovet av placering av målgruppen ensamkommande flyktingar är mycket litet, vilket minskat efterfrågan på bolagets tjänster.

Som tidigare nämnts har ett omfattande arbete genomförts med att anpassa VoB:s verksamhet till kommunernas behov. Bedömningen är att det inledda omställnings- och utvecklingsarbetet kommer att innebära att bolaget på sikt har goda förutsättningar att möta den förändrade situationen. Kortsiktigt innebär dock omstruktureringen ökade kostnader och förhållandevis låga intäkter då de nystartade verksamheterna behöver tid för att kunna etableras på marknaden. Tre nya verksamheter har startats under 2018, varav två hittills redovisat förhållandevis stora underskott. Bedömningen är att det under 2019 finns risk för fortsatta underskott i bl.a. dessa verksamheter. Bolagets sedan tidigare stabila ekonomiska grund innebär dock att denna situation kan hanteras under en period, men styrelse och VD har att nära följa utvecklingen och förbereda för åtgärder om behovet av sådana skulle uppstå.

Riskanalysen har inför 2019 vidare kompletterats med anledning av det instabila politiska läget och att förväntad nedgång i kommunernas ekonomi riskerar att innebära att efterfrågan generellt kan minska ytterligare.

Ytterligare ett område som har prioriterats är att implementera arbetet med att genomföra inköp i enlighet med rutiner och riktlinjer inom LOU. Under 2018 har ett antal upphandlingar genomförts och påbörjats.

Till sist skall nämnas att införandet av ny dataskyddsförordning (GDPR) identifierats som en potentiell risk för bolaget. Genom att anlita sakkunniga jurister har emellertid VoB vidtagit åtgärder och upprättat rutiner som innebär att det finns goda förutsättningar för att bolaget och dess anställda skall kunna efterfölja det gällande regelverket.



Förvaltningsberättelse

Allmänt om VoB Syd

VoB Syd AB bildades 2003-10-10 och övertog verksamhet från VoB Kronoberg och Region Skåne 2004-01-01. Bolagets säte är i Skåne. Enligt Bolagsordningen är ändamålet med VoB Syd "att på samhällsnyttig grund, utveckla och tillhandahålla vård och behandling, utredning, rådgivning, utbildning samt annan likartad verksamhet". VoB Syd ägs till 50 % vardera av Kommunförbundet Skåne, 837600-9109 och Kommunalförbundet VoB Kronoberg, 222000-0687.

Företagets verksamhet omfattar utrednings- och behandlingshem för barn, ungdomar, vuxna och familjer, familjehemsresurs, skyddat boende, stödboende samt öppenvårdsteam. Bolagets verksamheter finns i Växjö, Alvesta, Kristianstad, Eslöv, Hörby och Malmö.

VoB:s verksamhet kännetecknas av kvalitetstänkande, flexibilitet och kundfokus.

Bolagets förstahandskunder är kommunerna i Skåne och Kronoberg vilka under 2018 svarade för ca 88 % av köpt vård. 12% av VoB:s tjänster köptes av andra kommuner i landet.

Väsentliga händelser under räkenskapsåret

Under 2018 har VoB:s arbete med att avveckla verksamheterna för ensamkommande flyktingungdomar fortsatt samtidigt som bolaget startat nya verksamheter.

I budget och verksamhetsplan inför 2018 hade bolaget kalkylerat med att ett av de återstående fyra integrationsboenden skulle avvecklas under året. I mars 2018 sade Lund och Kävlinge dock upp sina avtal och båda dessa verksamheter avvecklades därför under året, vilket innebar ytterligare minskad volym och lägre intäkter jämfört med budget.

VoB startade i enlighet med upprättad verksamhetsplan tre nya verksamheter under det gångna året, Trollsjön, Myra och Öppenvårdsteamet. Trots att bolaget under förberedelsefasen, i dialog med kommunerna, identifierat att dessa verksamheters utbud ligger i linje med socialtjänstens behov och önskemål, fanns inför 2018 en osäkerhet kring vilken beläggning och vilket resultatet som kunde förväntas under enheternas första verksamhetsår. Svårigheten låg framförallt i att bedöma hur lång tid det skulle ta innan de nya verksamheterna etablerat sig på marknaden. I budgeten för de nystartade verksamheterna, inklusive de enheter som bolaget öppnade under hösten 2017, Amra och Stödboendet, tog bolaget hänsyn till dessa omständigheter. Utgångspunkten för respektive budget var överlag relativt försiktiga kalkyler avseende utfall för

beläggning och intäkter. Det kan nu konstateras att ingen av de nya enheterna når upp till budgeterad beläggning för 2018. Utöver svårigheterna med att etablera nya verksamheter på en konkurrensutsatt marknad är den generellt lägre efterfrågan från den kommunala socialtjänsten avseende köpt vård, en viktig förklaring till det negativa utfallet. Även om den svaga efterfrågan framförallt drabbat nystartade verksamheter, har även de sedan tidigare etablerade enheterna i VoB påverkats, då samtliga enheter redovisar lägre beläggning och svagare intäkter jämfört med budget, även om Familjehuset i Hörby är mycket nära att nå målen.

Det genomförda omställningsarbetet innebär att bolagets volym och ekonomi kortsiktigt påverkats i negativ riktning. Förändringarna i omvärlden med ökad konkurrens och lägre efterfrågan, har alltså dessutom bidragit ytterligare till att bolaget befinner sig i en situation som kräver en delvis förändrad strategi. Bedömningen är dock fortsatt att VoB:s satsning på nya verksamheter, med ett breddat och delvis nytt utbud, innebär att bolaget skapat förutsättningar för att långsiktigt stärka sin ställning som en stabil aktör som kan möta ägarkommunernas behov av olika former av insatser med hög kvalitet.

Under 2018 undertecknades slutligen ett avtal rörande den upphandling av HVB och familjehem för kommunerna i Skåne, Kronoberg och Halland som Kommunförbundet Skåne genomförde under 2016. På grund av överklaganden fördröjdes processen men nu har alltså VoB ramavtal för samtliga verksamheter som bolaget drev vid ingången av 2016. De enheter som bolaget startat efter att upphandlingen genomfördes, saknar av förståeliga skäl, ramavtal. Det har sannolikt bidragit till svårigheterna att uppnå en god beläggning. I sammanhanget skall nämnas att ägarkommunerna i enlighet med de så kallade Teckal-kriterierna, egentligen inte behöver upphandla verksamhet som drivs av VoB, eftersom kommunerna är ägare av bolaget. Erfarenheten är dock att många ägarkommuner har direktiv om att i första hand använda upphandlade verksamheter oavsett denna omständighet. Kommunförbundet Skåne har aviserat att ny upphandling kommer att ske under 2019, vilket är positivt då det ger en möjlighet för VoB:s nystartade verksamheter att lämna anbud och ingå ramavtal.

Vidare har SKL under 2018 genomfört en upphandling för ett hundratal kommuner runt om i landet. Samtliga bolagets anbud antogs. I den ranking som upprättades av upphandlaren kan konstateras att bolagets verksamheter står sig konkurrensmässigt väl, särskilt avseende HVB för tonåringar. Antalet placeringar i VoB från de kommuner som omfattats av detta ramavtal är dock begränsat, vilket också ligger i linje med bolagsordningen där det anges att VoB:s tjänster i första hand skall erbjudas till ägarkommunerna.

Lönerevisionen gällande från den 1 april 2018 gav ett utfall för bolaget som helhet om 3,4 % (2,7 % 2017).

Styrelsen för VoB bedömer att den verksamhet som bolaget bedrivit under verksamhetsåret 2018 varit förenlig med bolaget ändamål och utförts inom ramen för de kommunala befogenheterna.

Statistik – Målgrupper och uppdrag

Statistik sammanställs årligen avseende vilka kategorier av målgrupper och uppdrag som verksamheterna tagit emot. Nedan redovisas ett urval av uppgifter från 2018 som avser arbetet vid behandlings- och utredningsinstitutionerna samt familjehemmen. Inom parentes anges 2017 års uppgifter.

Antalet avslutade uppdrag vid behandlings- och utredningsinstitutionerna samt familjehemmen var 258 (240). Av dessa var 28 placerade vid Högelid, 10 på Vittskövlegården, 10 på Amra, 5 på Trollsjön och 159 vid barn- och familjeenheterna samt 46 inom Familjehemsresursen (Myra – skyddat boende som startades under året ingår inte i statistiken).

Nyckeltal vid institutioner och familjehem:

- 41 (44) % barn under 12 år
- 29 (24) % ungdomar 12-20 år
- 30 (32) % över 20 år
- 12 (7) % placerades akut
- 55 (56) % var utredningsuppdrag
- 6 (6) % var behandlingsuppdrag
- 21 (26) % var skydd och stöd
- 33 (22) % var placeringar enligt LVU
- Medelvårdtiden var 146 dagar (143)

Nyckeltal vid VoB:s integrationsboenden och tillhörande utsluss-/träningsboenden:

- 80 (165) placeringar avslutades under året
- 81 (54) % hade vid avslutad placering erhållit permanent uppehållstillstånd (PUT)
- Genomsnittlig vistelsetid var 405 (487) dagar

Måluppfyllelse 2018

Uppföljning av kvalitetsmål

Tre kvalitetsmål mäts genom kundenkät i varje enskilt ärende.

Mål och resultat vid utrednings- och behandlingshemmen samt vid familjehemsresursen och skyddat boende för 2018:

1. *Minst 95 % av uppdragsgivarna skall anse att VoB utfört överenskommet uppdrag.*
Resultat: 98 % (92 %) svarade ja. Målet uppnåddes.
2. *Minst 95 % av uppdragsgivare skall anse att VoB har varit flexibla och haft en bra struktur i ärendet.*
Resultat: 95 % (91,5 %) svarade ja. Målet uppnåddes.
3. *Minst 90 % av uppdragsgivarna skall anse att VoB har motsvarat eller överträffat de förväntningar man hade när uppdraget överenskomms.*
Resultat: 92 % (91 %) svarade ja. Målet uppnåddes.

Mål och resultat vid integrations- och stödboenden för 2018:

1. *Minst 95 % av uppdragsgivarna skall anse att VoB utfört överenskommet uppdrag.*
Resultat: 100 % (89 %) svarade ja. Målet uppnåddes.
2. *Minst 95 % av uppdragsgivare skall anse att VoB har varit flexibla och haft en bra struktur i ärendet.*
Resultat: 100 % (84 %) svarade ja. Målet uppnåddes.
3. *Minst 90 % av uppdragsgivarna skall anse att VoB har motsvarat eller överträffat de förväntningar man hade när uppdraget överenskomms.*
Resultat: 100 % (86 %) svarade ja. Målet uppnåddes.

Uppföljning av mål för verksamhetsutveckling 2018:

- *VoB skall vara det mest attraktiva alternativet på marknaden genom att bedriva specialiserad vård- och behandlingsverksamhet med stor bredd och hög kvalitet. I syfte att få återkoppling kring hur attraktiv VoB:s verksamhet är skall antalet förfrågningar och placeringar mätas.*

Mål: Antalet avslutade ärenden skall ha ökat 2018-12-31 jämfört med 2017-12-31.

Utfall: Antalet avslutade ärenden (individer) vid behandlings- och utredningsenheterna samt Familjehemsresursen var under året 258 att jämfört med 240 under föregående år.

Målet är uppfyllt.

- *Bolaget skall 2018-12-31 veta hur många förfrågningar vi mottagit sammanlagt under 2018 för att kunna göra framtida jämförelser. En rutin och ett formulär för att registrera och sammanställa samtliga förfrågningar och ett system skall framarbetas och användas från den 1 januari 2018.*

Utfall: Rutin har upprättats och implementerats. Inkomna förfrågningar

har registrerats vid samtliga enheter. Totalt antalet registrerade förfrågningar var under året 492 stycken.

Målet är uppfyllt

- *För att kunna uppnå ovanstående mål, att vara det mest attraktiva alternativet, skall varje enhet framarbete en beskrivning av enhetens profilering och uppdrag, dvs ett "koncept". Konceptbeskrivningarna skall vara klara senast den 31 oktober 2018 inför upprättandet av kommande verksamhetsplan.*

Utfall: Målet är uppfyllt.

- *Samtliga enheter skall i kommande verksamhetsplan beskriva de behandlingsmetoder eller verktyg som används eller skall användas i verksamheten. Klart senast den 31 oktober 2018.*

Utfall: Målet är uppfyllt

- *Mål för kompetensnivå i bolaget: Andelen anställda i VoB som uppnår det av bolagets angivna lägsta krav på kompetensnivå (grundutbildning) skall öka inom respektive verksamhetsområde.*

Utfall: Vid årets slut 2018-12-31 uppnådde 91 % av bolagets anställda inom utrednings/behandlingsenheterna (HVB) det av bolaget lägsta kravet, 2-årig eftergymnasial utbildning med relevant inriktning. Vidare noteras att 65 % av bolagets anställda har minst kandidatexamen med beteendevetenskaplig inriktning. Då det inte finns en relevant tidigare mätpunkt att stämna av mot skall det nu registrerade utfallet följas upp vid kommande årsskifte.

Målet är delvis uppfyllt.

- *Mål för metoder och verktyg för utvärdering (1): Samtliga enskilda skall verksamheter ha påbörjat införandet av minst ett skattningsverktyg samt genomfört utbildning för personalen samt börjat att genomföra skattningar i alla nya ärenden.*

Utfall: Målet är uppfyllt.

- *Mål för metoder och verktyg för utvärdering (2): Samtliga klienter ska ges möjlighet att fylla i en enkät i syfte att inhämta klientens uppfattning om VoB, personal, bemötande och arbetsmetoder. Samtliga verksamheter i VoB skall vid angivna tider redovisa utfall av klientenkäter.*

Utfall: Samtliga enheter har under året erbjudit placerade klienter att fylla i enkät i enlighet med gällande rutin och samtliga enheter har redovisat utfall. Totalt har 210 klientnöjdhetenkäter genomförts under 2018.

Målet är uppfyllt.

Nya verksamheter 2018:

- *Bolaget skall starta ett nytt behandlingshem för tonåringar.*

Utfall: Trollsjön i Eslöv startade i enlighet med planeringen i februari 2018.

Målet är uppfyllt.

- *VoB skall starta ett skyddsboende.*

Utfall: Myra – skyddat boende startade i april 2018.

Målet är uppfyllt.

- *VoB skall starta ett öppenvårdsteam.*

Utfall: VoB:s öppenvårdsteam startade i december 2018.

Målet är uppfyllt.

Utredningar avseende ytterligare verksamhetsutveckling:

Utvecklingsavdelningen och ledningsstrateg skall under det kommande verksamhetsåret utreda förutsättningarna för VoB att utveckla nya verksamheter enligt följande:

- *Familjehemsplatser för vuxna missbrukare. Klart senast 2018-08-31.*

Utfall: Frågan är utredd och familjehemsresursen söker familjehem som kan ta emot uppdrag för målgruppen.

Målet är delvis uppfyllt.

- *Utslussboenden och lägenhetsboenden för olika målgrupper.*

Utfall: Frågan är utredd och VoB har skapat en struktur och en organisation för att använda bolagets lägenheter på effektivt och flexibelt sätt för olika målgrupper och former av insatser.

Målet är uppfyllt.

- *Akut och jourplatser för unga missbrukare.*

Utfall: Frågan är utredd och VoB bedömer att det kan vara möjligt för bolaget att på uppdrag från kommuner och region driva en verksamhet för målgruppen. Dialog med de eventuella uppdragsgivarna upprätthålls och vidare besked i samverkansprocessen mellan kommuner och region inväntas.

Målet är uppfyllt.

Marknadsföring och samverkan:

- *VoB skall under det kommande året i samarbete med det konsultföretag som bolaget anlitar, utveckla och implementera en ny hemsida. Huvudansvariga är VD och verksamhetsutvecklare. Klart senast 2018-09-30.*

Utfall: Arbetet har pågått under 2018 men har delvis försenats pga omständigheter som VoB ej råder över. Ny hemsida förväntas nu vara klar senast under maj 2019.

Målet är delvis uppfyllt.

- *VoB skall under det kommande året arrangera minst två större kostnadsfria föreläsningar som främst riktar sig till socialtjänsten i ägarkommunerna.*

Utfall: En välbesökt större föreläsning hölls under våren och en något mindre föreläsning genomfördes under hösten.

Målet är uppfyllt.



- *VoB skall under 2018 fortsätta öka samarbetet med universitet, högskolor och folkhögskolor. Ledningsstrategen och personalchefen är huvudansvariga för detta arbete. En planering för samverkan framarbetas, vilken skall presenteras senast 2018-03-31.*

Utfall: Plan för samverkan har upprättats och presenterats. Samarbetet med universitet, högskolor och folkhögskolor har utvecklats och intensifierats i enlighet med denna plan.

Målet är uppfyllt.

Personal – Uppföljning av personalmål

För 2018 sattes följande personalmål upp:

1. *Den totala sjukfrånvaron ska understiga 6,0%.*
Resultat: 6,0% (6,7%). *Målet uppnås.*

Korttidsfrånvaron, dag 1–14 ska understiga 3,5%.
Resultat: 2,2%. *Målet uppnås.*
2. *Minst 75% av medarbetarna i VoB ska använda friskvårdsbidraget.*
Resultat: 55%. *Målet uppnås inte.*
3. *Minst 90% av medarbetarna ska uppleva att det finns en positiv stämning och gemenskap på arbetsplatsen.*
Resultat: 95%. *Målet uppnås.*
4. *Personalomsättningen bland tillsvidareanställda ska understiga 15%.*
Resultat: 18,4% (12,9). *Målet uppnås inte.*

PERSONALFÖRSÖRJNING

Antalet medeltal anställda den 31 december 2018 var 149 (197). Könsfördelningen var 40 (27 %) män och 109 kvinnor (73 %).

Lönerevisionen 2018 gav ett utfall för bolaget som helhet om 3,4 % (2,7 %) och lönespridningen, dvs de individuella lönepåslagets spridning, blev 1,2 %–10,8 %. Särskild satsning (pott) avsattes under året för gruppen utredare/behandlare i syfte att vara konkurrenskraftig och behålla personal med rätt kompetens och utvecklingsförmåga liksom att rätta till eventuella snedsitsar.

För VoB är det viktigt att arbeta proaktivt med att vara en attraktiv arbetsgivare som erbjuder en bra arbetsmiljö, belönar prestationer, utvecklar medarbetare, samt har ett inkluderande ledarskap som skapar trivsel. Målet är att behålla personal med rätt kompetens, utvecklingsförmåga och personliga egenskaper som trivs, och som bidrar till en verksamhet som håller rätt kvalitet.

Arbetet med att utveckla VoB:s policy och plan för det strategiska personalarbetet har varit pågående under året vilket även kräver ett fortsatt arbete under det kommande året.

Omvärldens krav och förväntningar gör att denna fråga mer eller mindre alltid är aktuell då VoB dels behöver förhålla sig till kundernas efterfrågan på tjänster som kräver en viss kompetens liksom avveckling och utveckling av verksamheter och personal. VoB behöver även "vara på tårna" och helst ligga steget före för att kunna möta morgondagens medarbetare.

Under året har översyn genomförts med anledning av målet att anställda i VoB som uppnår det av bolagets angivna lägsta krav på kompetensnivå (grundutbildning) skall öka inom respektive verksamhetsområde. Vid årets slut är det 91 % av bolagets samlade kompetens inom utrednings/behandlingsenheterna (HVB) som uppnår det av bolaget lägsta kravet, 2-årig eftergymnasial utbildning med relevant inriktning och 65 % av bolagets samlade kompetens har minst kandidatexamen med relevant beteendevetenskaplig inriktning. Det skiljer sig dock mellan tonårsenheterna och familjehusen, där man inom den senare verksamhetsgrenen har en större andel medarbetare som har lägst en beteendevetenskaplig kandidatexamen, 83 %. Diskussioner kommer framöver att föras med anledning av hur fördelningen, sammantaget, avseende teoretisk samt övrig kompetens bör vara inom de olika verksamhetsgrenarna för att möta de behov som vi står inför, kundernas efterfrågan av tjänster.

Vad är en optimal personalomsättning? Det primära är att analysera och att kartlägga vad avgångsorsaken är liksom vilka det är som lämnar bolaget. Det blir i sammanhanget även väldigt viktigt att "rekrytera rätt" och att anställa personer som har förmåga att se till såväl kundens, klientens samt verksamhetens bästa. Det ligger naturligtvis i bolagets intresse att personer som slutar av olika anledningar har trivts, utvecklats och upplevt att VoB varit en bra arbetsgivare. Det ökar även förutsättningarna för att de sprider VoB:s varumärke vidare på ett positivt sätt. Avgångsenkät och avgångssamtal är viktiga redskap för att öka kunskapen om hur organisationen kan bli bättre på att attrahera och behålla värdefulla medarbetare. Antal avgångar under året var 39 personer, med en anställningstid mer än 6 månader och av dessa har 30 personer besvarat enkäten, 77 % (45 %).

Bild 1, resultat avgångsenkät visar att de som avslutat sin anställning sammantaget genom åren varit mycket nöjda med sin tid i VoB vilket även bekräftas av många positiva kommentarer som delges och de få kommentarer som är mer kritiska, handlar uteslutande om lönevillkoren.

Varje delområde innehåller mellan fyra till sju frågor som betygssätts från 1–5. De områden som medarbetarna varit mest nöjda med är ledarskapet, arbetsuppgifterna, och de utvecklingsmöjligheter man har i VoB. Minst nöjd är man med allmänna villkor, vilket inkluderar löneutveckling som en del-fråga (3,9). Inför lönerevision 2019 kommer en särskild översyn att göras avseende löneläget bland liknande befattningar inom kommuner och andra jämförbara verksamheter som VoB.

Delområden	2018	2017	2016
Arbetsuppgifter	4,4	4,2	4,1
Samarbete/gemenskap	4,2	4,3	3,8
Ledarskap	4,5	4,2	4,1
Arbetsmiljö	4,3	4,1	4,1
Utvecklingsmöjligheter	4,2	4,2	4,0
Allmänna villkor	3,9	4,0	3,5
Summa:	4,3	4,2	4,0

Bild 1. Resultat avgångsenkät

ARBETSMILJÖARBETE

Målsättningen med VoB:s arbete avseende den organisatoriska och den sociala arbetsmiljön är att tillsammans med anställda verka för att utveckla en arbetsplats, som är fri från kränkningar av alla former. VoB ska erbjuda en arbetsplats och arbetsmiljö där medarbetarna bemöter varandra med respekt. Detta främjar alla medarbetares hälsa, arbetsglädje och möjligheter till utveckling i arbetet. En liten mätning gjordes under året, där övervägande delen av VoB:s personal menar att det finns en positiv stämning och gemenskap på arbetsplatsen.

Under kommande år ska en större medarbetarundersökning göras, där en särskild del kommer att beakta de olika diskrimineringsgrunderna och arbete med aktiva åtgärder.

Under året har arbetsmiljöverket besökt tre av VoB:s verksamheter med anledning av hur arbetet med det systematiska arbetet

bedrivs. En del synpunkter och krav har framförts vilka samtliga har åtgärdats och därefter har besked lämnats om att VoB bedömts uppfylla ställda krav.

Arbetet med frisknärvaro och sjukfrånvaro har börjat ge resultat och både den totala sjukfrånvaron liksom korttidsfrånvaron, dag 1–14 har minskat sedan föregående år, vilket är glädjande. Nya rutiner infördes under året med tätare uppföljningar gällande sjukfrånvaro, vilket säkerligen är en bidragande orsak till minskningen. En ökad medvetenhet kring uppföljning, att utreda personalens behov av rehabiliteringsbehov på ett tidigt stadium i enlighet med rehabiliteringsprocessen och att möjliggöra en tidigare återgång i arbete är en annan orsak som säkerligen har påverkat resultatet.

2018	2017	2016	2015
6,0 %	6,7 %	6,1 %	5,6 %

Bild 2. Total sjukfrånvaro

Väsentliga händelser efter årets slut

Den 31 maj 2019 avvecklas bolagets sista återstående verksamhet för unga ensamkommande, Felixgården. Eftersom Eslövs kommun hade sagt upp avtalet redan under hösten 2018 är detta beaktat i budgeten för 2019. Den kraftiga nedgången i efterfrågan på bolagets tjänster som beskrivits ovan, har fortsatt under inledningen av 2019. Bolaget redovisar ett underskott om 3 200 tkr per den 28 februari 2019. Med anledning av detta har en åtgärdsplan upprättats, fastställts och implementerats, främst gällande besparingar på kostnadssidan. Styrelse och bolagsledning följer kontinuerligt och noggrant utvecklingen i bolaget och i omvärlden avseende efterfrågan, beläggning och ekonomi, för att vid behov, vidta ytterligare åtgärder. Tidigare års överskott bidrar emellertid till att bolaget anses ha en fortsatt stabil ekonomisk plattform inför de kommande åren.

Det kommande året 2019

Mål för VoB:s ekonomi, personal- och verksamhetsutveckling, formuleras i verksamhetsplaner både för bolaget som helhet och för varje enskild enhet. I verksamhetsplanen för 2019 ligger fokus främst på att fortsätta arbetet med att vidareutveckla befintliga verksamheters utbud, metoder och kvalitet. Med tanke på att bolaget under 2017 och 2018 startat flera nya verksamheter som ännu inte har etablerats, finns det inför 2019 inte någon på

förhand bestämd planering för fler nya enheter. VoB har dock alltid en beredskap för att kunna planera för ett utökat eller förändrat utbud om och när bolaget i dialog med socialtjänsten i ägarkommunerna identifierat att det finns behov och förutsättningar för detta.

VoB kommer under 2019 att fortsätta föra diskussioner med ägarkommunerna om eventuell start av boendeverksamhet med akut- och jourplatser för unga missbrukare. Vidare har bolaget inlett ett utvecklingsarbete för att utöka utbudet avseende olika insatser i VoB:s lägenhetsboenden samt i förstärkt familjehemsvård, vilket är tjänster som kommunerna uttryckt ett särskilt intresse för och behov av. Eftersom det i samhällsdebatten finns ett fortsatt starkt fokus på "våld i nära relationer", är bedömningen att även detta är ett utvecklingsområde för VoB.

Som ett led i att ytterligare höja kvalitén i verksamheternas insatser för klienter, samt stärka bolagets position som en attraktiv arbetsgivare, skall under 2019 ett utvecklingsarbete genomföras för att öka normmedvetenheten och kunskaperna avseende jämställdhet, jämlikhet och likabehandling, hos samtliga anställda.

Arbetet med att informera om och marknadsföra bolagets verksamheter via sociala medier, annonser, blogg och hemsida kommer att intensifieras ytterligare under 2019. En ny hemsida kommer att vara klar för publicering under våren 2019. VoB kommer att fortsätta att anordna aktiviteter av olika slag för att utveckla dialogen och samverkan med socialtjänsten. Enkätundersökningar, frukostmöten, nätverksträffar och referensgrupper är några exempel. Vidare skall temadagar och utbildningar som är riktade till externa intressenter, i första hand till den kommunala socialtjänsten, arrangeras även under 2019.

I syfte att stärka bolagets befintliga verksamheters kompetens och konkurrenskraft kommer satsningarna på metodutveckling, uppföljning och vidareutbildning att fortsätta under 2019. I de planer som formuleras uttrycks att verksamheternas koncept, metoder och kärnprocesser skall förtydligas. Målet är att verksamheternas kärnprocesser, metoder och arbetssätt skall bli väl utvecklade, tydligt formulerade och väl förankrade hos samtliga anställda.

Som tidigare nämnts har nedgången i efterfrågan på bolagets tjänster fortsatt under inledningen av 2019, vilket innebär att

ett större underskott redovisas för de första månaderna 2019. Åtgärder för att minska kostnaderna har därför vidtagits. Bolaget bedömer dock att det är strategiskt viktigt att fortsätta att satsa på utveckling och marknadsföring av verksamheterna. Styrelse och bolagsledning följer noggrant utvecklingen i bolaget avseende efterfrågan, beläggning och ekonomi. Vid behov kommer ytterligare åtgärder att vidtas för att bolaget på ett så framgångsrikt sätt som möjligt, skall kunna hantera den aktuella situationen och ha en beredskap för att ytterligare anpassa verksamheten för att kunna möta förväntade framtida behov hos ägarkommunerna.

Ett väl utarbetat och implementerat kvalitetsledningssystem är en framgångsfaktor för VoB. Under 2018 erhöll VoB, efter genomförd förnyelserevision, nytt certifikat i enlighet med ISO-standardens senaste version, ISO 9001:2015. VoB kommer under 2019 fortsätta arbetet med att uppdatera och vidareutveckla bolagets kvalitetsledningssystem, bl.a. avseende implementering av verksamheternas kärnprocesser och bolagets stödprocesser. Vidare planeras under hösten 2019 för certifiering av tre av de verksamheter som tillkommit under senare år.

För att klara konkurrensen krävs att VoB förmår att bedriva verksamhet minst lika effektivt som andra aktörer inom branschen. Ekonomiskt utrymme krävs för att finansiera egen utveckling samt för oförutsedda händelser och risker. Vidare måste eget kapital värdesäkras i förhållande till inflationen. Under 2019 budgeteras för ett svagare ekonomiskt resultat men målet över tid är att den årliga rörelsemarginalen i genomsnitt skall vara 4 %. I första hand utgör gällande priser för ägarkommuner beräkningsgrund för budgeterade intäkter 2019. Samtliga vårdavgifter och priser, som inte omfattas av ingångna entreprenadavtal eller ramavtal med externa kommuner, uppräknas för 2019 i enlighet med index från SKL.

Räkenskapsåret och måluppfyllelse

Årets resultat

VoB redovisar för helåret 2018 ett rörelseresultat på 2 270 tkr mot budgeterat + 6 632 tkr. 2017 års rörelseresultat uppgick till + 22 171 tkr.

Övergripande budgetmål för 2018

- *80,9 % beläggning på de intäktsfinansierade enheterna.*

Målet uppnåddes inte då utfallet blev 67,8 %.

- *Målet för fakturerade avgifter vid samtliga verksamheter var 156 022 tkr.*

Målet uppnåddes inte då utfallet blev 135 587 tkr.

Främsta förklaringen till den negativa avvikelsen avseende fakturerade avgifter är att behandlings- och utredningshemmen samt Stödboendet i Kristianstad och Myra inte nådde upp till budgeterade intäkter och att fler integrationsboenden än förväntat avvecklades under året.

- *Mättet personalkostnadseffektivitet – personalkostnader i förhållande till omsättning – avser att mäta verksamheternas förmåga att anpassa bemanningen till verksamhetens totala volym. Målet är att personalkostnaderna ska understiga 70%.*

Målet uppnåddes inte då resultatet blev 75 %.

- *Rörelsemarginalen för 2018 blev 1,67 % (12,28 %). Målet för året var 4,25 %.*

- *Bolagets finansiella ställning stärktes något under verksamhetsåret 2018. Justerat eget kapital ökade med 252 tkr till 87 705 tkr (85 652 tkr). Detta ger bolaget en fortsatt förstärkt finansiell ställning, vilket är mycket viktigt med tanke på den ovissa framtida utgången av den pågående omställningen av bolagets verksamhet.*

- *Soliditeten på balansdagen uppgår till 83 % (77 %).*

Investeringar 2018

Investeringarna under året har uppgått till 1 666 tkr och fördelar sig enligt följande:

Byggnader och mark

Ny värmepanna	Vittskövlegården	366 tkr
		366 tkr

Inventarier och bilar

Bilar	Div. verksamheter	1 014 tkr
		1 014 tkr

Flerårsjämförelse *

Definitioner av nyckeltal, se tilläggsupplysningar.

Belopp i SEK	2018	2017	2016	2015	2014
Nettoomsättning, tkr	135 586 549	179 318 131	188 026 161	132 020 768	110 019 462
Resultat efter finansiella poster, tkr	2 712 784	22 511 075	20 251 413	8 041 062	5 160 047
Resultat av nettoomsättningen, %	2,00	12,55	10,77	6,09	4,69
Balansomslutning, tkr	105 130 031	110 895 885	90 860 690	69 647 670	60 798 262
Soliditet, %	83,42	77,23	75,00	75,24	75,94
Avkastning på eget kapital, %	3,12	29,27	33,59	16,31	11,67
Avkastning på totalt kapital, %	2,52	22,32	25,24	12,33	8,79
Kassalikviditet, %	435,68	331,67	320,57	277,72	312,27

* Definitioner av nyckeltal, se noter

Förändringar i eget kapital

	Aktiekapital	Övrigt bundet eget kapital	Övrigt fritt eget kapital	Årets resultat	Summa fritt eget kapital
Belopp vid årets ingång	8 000 000	–	47 501 227	14 339 995	61 841 222
Resultatdisp. enl. beslut av					
Årsstämma	–	–	14 339 995	-14 339 995	–
Årets vinst	–	–	–	2 633 835	2 633 835
Belopp vid årets utgång	8 000 000	–	61 841 222	2 633 835	64 475 057

Resultatdisposition

Förslag till disposition av bolagets vinst.

Till årsstämmans förfogande står	
Balanserad vinst	61 841 222
Årets vinst	2 633 835
	64 475 057
Styrelsen föreslår att	
I ny räkning överföres	64 475 057
	64 475 057

Beträffande bolagets resultat och ställning i övrigt hänvisas till efterföljande resultat- och balansräkningar med tillhörande noter.

Resultaträkning

Belopp i SEK	Not	2018-01-01–2018-12-31	2017-01-01–2017-12-31
Rörelsens intäkter m.m.			
Nettoomsättning	2	135 586 549	179 318 131
Övriga rörelseintäkter	3	820 792	1 243 120
		136 407 341	180 561 251
Rörelsens kostnader			
Övriga externa kostnader	4, 5	-29 276 343	-33 201 547
Personalkostnader	6	-103 449 597	-123 803 705
Av- och nedskrivningar av materiella och immateriella anläggningstillgångar		-1 285 256	-1 232 911
Övriga rörelsekostnader		-126 603	-152 336
		-134 137 799	-158 390 499
Rörelseresultat		2 269 542	22 170 752
Resultat från finansiella poster			
Övriga värdepapper och fordringar som är anläggningstillgångar		425 138	334 689
Övriga ränteintäkter och liknande resultatposter	7	36 083	12 820
Räntekostnader och liknande resultatposter		-17 979	-7 186
		443 242	340 323
Resultat efter finansiella poster		2 712 784	22 511 075
Bokslutsdispositioner			
Avsättning till periodiseringsfond		-1 250 000	-6 209 000
Återföring från periodiseringsfond		2 150 000	2 223 000
Förändring av avskrivningar utöver plan		-153 496	-69 842
		746 504	-4 055 842
Resultat före skatt		3 459 288	18 455 233
Skatt på årets resultat	8	-825 453	-4 115 238
Årets resultat		2 633 835	14 339 995

Balansräkning

Belopp i SEK	Not	2018-12-31	2017-12-31
TILLGÅNGAR			
Anläggningstillgångar			
Materiella anläggningstillgångar			
Byggnader och mark	9	5 237 539	5 064 308
Förbättringsarbeten annans fastighet	10	2 999 912	3 644 522
Inventarier, verktyg och installationer	11	1 927 081	1 518 916
		10 164 532	10 227 746
Finansiella anläggningstillgångar			
Andra långfristiga fordringar	12	37 759 826	31 734 689
		37 759 826	31 734 689
Summa anläggningstillgångar		47 924 358	41 962 435
Omsättningstillgångar			
Kortfristiga fordringar			
Kundfordringar		14 962 508	19 671 386
Fordringar hos koncernföretag		32 819	40 024
Aktuell skattefordran		1 929 195	–
Övriga fordringar		2 544 494	3 428 627
Förutbetalda kostnader och upplupna intäkter	13	2 601 229	2 557 524
		22 070 245	25 697 561
Kassa och bank		35 135 428	43 235 889
Summa kassa och bank		35 135 428	43 235 889
Summa omsättningstillgångar		57 205 673	68 933 450
SUMMA TILLGÅNGAR		105 130 031	110 895 885

Balansräkning forts.

Belopp i SEK	Not	2018-12-31	2017-12-31
EGET KAPITAL OCH SKULDER			
Eget kapital			
Bundet eget kapital			
Aktiekapital	14	8 000 000	8 000 000
		8 000 000	8 000 000
Fritt eget kapital			
Balanserat resultat		61 841 222	47 501 227
Årets resultat		2 633 835	14 339 995
		64 475 057	61 841 222
Summa eget kapital		72 475 057	69 841 222
Obeskattade reserver			
Periodiseringsfond	15	19 060 000	19 960 000
Akkumulerade avskrivningar utöver plan		464 901	311 405
Summa obeskattade reserver		19 524 901	20 271 405
Kortfristiga skulder			
Leverantörsskulder		2 521 310	3 330 766
Aktuell skatteskuld		–	4 833 067
Övriga skulder		3 138 225	3 390 240
Upplupna kostnader och förutbetalda intäkter	16	7 470 538	9 229 185
Summa kortfristiga skulder		13 130 073	20 783 258
SUMMA EGET KAPITAL OCH SKULDER		105 130 031	110 895 885

Kassaflödesanalys

Belopp i SEK	Not	2018-12-31	2017-12-31
Den löpande verksamheten			
Rörelseresultat		2 269 542	22 170 752
Justeringar för poster som ej ingår i kassaflödet		1 410 729	1 385 247
Erhållen ränta m.m.		461 221	347 509
Erlagd ränta		-17 979	-7 186
Betald inkomstskatt		-7 587 715	-1 924 187
Kassaflöde från den löpande verksamheten före förändringar av rörelsekapitalet		-3 464 202	21 972 135
Kassaflöde från förändringar i rörelsekapitalet			
Minskning/ökning av kundfordringar		4 716 083	1 605 776
Minskning/ökning av fordringar		840 428	-3 304 858
Minskning/ökning av leverantörsskulder		-809 456	788 971
Minskning/ökning av kortfristiga skulder		-2 010 662	-1 340 664
Kassaflöde från den löpande verksamheten		-727 809	19 721 360
Investeringsverksamheten			
Förvärv av byggnader och mark	9	-366 369	-
Förvärv av förbättringsarbeten på annans fastighet		-	-544 317
Förvärv av inventarier, verktyg och installationer	11	-1 014 347	-1 122 125
Försäljning av inventarier, verktyg och installationer		33 201	543 919
Förvärv av räntefonder	12	-6 025 137	-12 734 689
Kassaflöde från investeringsverksamheten		-7 372 652	-13 857 211
Förändring av likvida medel		-8 100 461	5 864 149
Likvida medel vid årets början		43 235 889	37 371 740
Likvida medel vid årets slut	17	35 135 428	43 235 889

Noter

Allmänna upplysningar

NOT 1 Redovisningsprinciper

Årsredovisningen är upprättad i enlighet med årsredovisningslagen och BFNAR 2012:1 Årsredovisning och koncernredovisning K3. Principerna är oförändrade jämfört med föregående år.

FORDRINGAR

Fordringar har upptagits till de belopp varmed de beräknas inflyta.

ÖVRIGA TILLGÅNGAR, AVSÄTTNINGAR OCH SKULDER

Övriga tillgångar, avsättningar och skulder har värderats till anskaffningsvärden om inget annat anges nedan.

INTÄKTSREDOVISNING

Försäljning av tjänster redovisas löpande och månadsvis. Försäljningen redovisas netto.

MATERIELLA ANLÄGGNINGSTILLGÅNGAR

Materiella anläggningstillgångar redovisas till anskaffningsvärde med avdrag för ackumulerade avskrivningar och eventuella nedskrivningar. Tillgångarna skrivs av linjärt över tillgångarnas bedömda nyttjandeperiod förutom mark som inte skrivs av. Nyttjandeperioden omprövas per varje balansdag.

Följande nyttjandeperioder tillämpas	Antal år
Byggnader	25–60
Förbättringsarbeten annans fastighet	10
Inventarier, bilar	5

Materiella anläggningstillgångar har delats upp på betydande komponenter när komponenterna har väsentligt olika nyttjandeperioder. För byggnader har fördelning i komponenter gjorts enligt följande:

- *Stomme och grund*
- *Värme och sanitet*
- *Fasad, inkl. fönster*
- *Yttertak*
- *Inre ytskikt och vitvaror*
- *El*
- *Ventilation*

Vid tidpunkten för övergång till K3 2013-01-01, har analysen baserats på en teknisk inventering av byggnadens fysiska skick.

INKOMSTSKATT

Aktuell skatt är inkomstskatt för innevarande räkenskapsår som avser årets skattepliktiga resultat och den del av tidigare räkenskapsårs inkomstskatt som ännu inte har redovisats.

Aktuell skatt värderas till det sannolika beloppet enligt de skattesatser och skatteregler som gäller på balansdagen.

Upplysningar till enskilda poster

NOT 2 Nettoomsättning

Belopp i SEK	2018	2017
Vårdavgifter	134 070 667	177 896 660
Övriga tjänster	1 515 882	1 421 471
	135 586 549	179 318 131

NOT 3 Övriga rörelseintäkter

Belopp i SEK	2018	2017
Vinst vid avyttring av anläggningstillgång	117 065	162 911
Erhållna lönebidrag	–	-36 247
Försäkringsersättningar	7 657	–
Vinst vid överlåtelse av verksamhet	678 000	1 000 000
Ers höga sjuklönekostnader	18 070	116 456
	820 792	1 243 120

NOT 4 Leasingavtal – Operationell leasing leasetagare

Belopp i SEK	2018	2017
Under året har företagets leasingavgifter uppgått till	8 613 754	8 421 377

Framtida minimileasingavgifter för icke uppsägningsbara leasingavtal, förfaller till betalning enligt följande:

Belopp i SEK	2018	2017
Inom ett år	7 523 090	8 512 071
Mellan 2 till 5 år	12 451 810	14 209 158
Senare än 5 år	381 587	–
Totalt	20 359 487	22 721 229

Företaget redovisar samtliga leasingavtal, såväl finansiella som operationella, som operationella leasingavtal. De operationella leasingavtalen utgörs i huvudsak av leasing av fastigheter och lokaler med kontraktstid på mellan ett och sex år, samt bilar med en kontraktstid på i snitt tre år. All operationell leasing avser minimi-leasingavgifter enligt icke uppsägningsbara operationella leasingavtal. Det finns inga materiella underleasingavtal, inga väsentliga rörliga avgifter, inga förnyelse- eller köpoptioner, indexklausuler eller begränsningar genom leasing arrangemangen.

NOT 5 Ersättning till revisorer

Belopp i SEK	2018	2017
Revisionsorganet 1		
Revisionsuppdrag	72 794	85 436
	72 794	85 436

Med revisionsuppdrag avses revisors arbete för den lagstadgade revisionen och med revisionsverksamhet olika typer av kvalitetsstyrningstjänster. Övriga tjänster är sådant som inte ingår i revisionsuppdrag, revisionsverksamhet eller skatterådgivning.

NOT 6 Personal

Antal (st)	2018	2017
Medelantal anställda		
Medelantalet anställda bygger på av bolaget betalda närvarotimmar relaterade till en normal arbetstid.		
Medelantal anställda har varit	149	197
varav kvinnor	109	127
varav män	40	70

Löner, ersättningar m.m.

Löner, ersättningar, sociala kostnader och pensionskostnader har utgått med följande belopp:

Styrelsen och VD:	2018	2017
Löner och ersättningar	1 983 596	1 777 626
	1 983 596	1 777 626

Övriga anställda:

Löner och ersättningar	70 061 005	85 229 635
Pensionskostnader	3 835 061	4 438 999
	73 896 066	89 668 634

Sociala kostnader	23 192 028	27 840 558
-------------------	------------	------------

Summa styrelse och övriga	99 071 690	119 286 818
----------------------------------	-------------------	--------------------

Könsfördelning i styrelse och företagsledning

Antal styrelseledamöter	8	8
varav kvinnor	3	3
varav män	5	5
Antal övriga befattningshavare inkl. VD	13	12
varav kvinnor	10	10
varav män	3	2

Ersättningar till anställda avser alla typer av ersättningar som företaget lämnar till de anställda. Företagets ersättningar innefattar bland annat löner, betald semester, betald frånvaro, bonus och ersättningar efter avslutad anställning (pensioner). Redovisning sker i takt med intjänandet. Ersättningar till anställda efter avslutad anställning avser avgiftsbestämda eller förmånsbestämda pensionsplaner. Som avgiftsbestämda planer klassificeras planer där fastställda avgifter betalas och det inte finns förpliktelser, vare sig legala eller informella, att betala något ytterligare, utöver dessa avgifter. Övriga planer klassificeras som förmånsbestämda pensionsplaner. Företaget har inga övriga långfristiga ersättningar till anställda.

NOT 7 Övriga ränteintäkter och liknande resultatposter

Belopp i SEK	2018	2017
Räntor	36 083	12 820
	36 083	12 820

NOT 8 Skatt på årets resultat

Belopp i SEK	2018	2017		
Aktuell skatt	-825 453	-4 115 238		
	-825 453	-4 115 238		
Avstämning av effektiv skatt	Procent	Belopp	Procent	Belopp
Resultat före skatt	3 459 288	18 455 233		
Skatt enligt gällande skattesats	22,00 %	-761 043	22,00 %	-4 060 151
Ej avdragsgilla kostnader	0,58 %	-20 235	0,23 %	-42 530
Ej skattepliktiga intäkter	0,00 %	–	-0,09 %	16 825
Skattemässiga justeringar	0,82 %	-28 367	0,00 %	–
Schablonintäkt periodiseringsfond	0,46 %	-15 808	0,07 %	-12 651
Skatt hänförlig till tidigare år	0,00 %	–	0,09 %	-16 731
Redovisad effektiv skatt	23,86 %	-825 453	22,30 %	-4 115 238

NOT 9 Byggnader och mark

Belopp i SEK	2018-12-31	2017-12-31
Ingående anskaffningsvärde	6 328 542	6 328 542
Inköp	366 369	–
Försäljningar/utrangeringar	–	–
Utgående ackumulerade anskaffningsvärden	6 694 911	6 328 542
Ingående avskrivningar	-1 264 234	-1 072 114
Årets avskrivningar	-193 137	-192 120
Utgående ackumulerade avskrivningar	-1 457 371	-1 264 234
Utgående redovisat värde	5 237 540	5 064 308
Redovisat värde byggnader	5 237 539	5 064 308
	5 237 539	5 064 308

NOT 10 Förbättringsarbeten på annans fastighet

Belopp i SEK	2018-12-31	2017-12-31
Ingående anskaffningsvärde	6 450 536	6 127 773
Inköp	–	544 317
Försäljningar/utrangeringar	–	-221 554
Utgående ackumulerade anskaffningsvärden	6 450 536	6 450 536
Ingående avskrivningar	-2 806 014	-2 234 785
Försäljningar/utrangeringar	-644 610	38 899
Årets avskrivningar	–	-610 128
Utgående ackumulerade avskrivningar	-3 450 624	-2 806 014
Utgående redovisat värde	2 999 912	3 644 522

NOT 11 Inventarier, verktyg och installationer

Belopp i SEK	2018-12-31	2017-12-31
Ingående anskaffningsvärde	5 061 716	4 887 350
Inköp	1 014 347	1 122 125
Försäljningar/utrangeringar	-460 076	-947 759
Utgående ackumulerade anskaffningsvärden	5 615 987	5 061 716
Ingående avskrivningar	-3 542 800	-3 546 297
Försäljningar/utrangeringar	301 403	434 160
Årets avskrivningar	-447 509	-430 663
Utgående ackumulerade avskrivningar	-3 688 906	-3 542 800
Utgående redovisat värde	1 927 081	1 518 916

NOT 12 Andra långfristiga fordringar

Belopp i SEK	2018-12-31	2017-12-31
Slag av fordringar		
Räntefonder	37 759 826	31 734 689
	37 759 826	31 734 689

På balansdagen uppgår marknadsvärdet på ovanstående räntefonder till 37 524 543 kronor.

NOT 13 Förutbetalda kostnader och upplupna intäkter

Belopp i SEK	2018-12-31	2017-12-31
Förutbetalda hyror	1 187 159	954 588
Förutbetalda försäkringspremier	241 791	99 278
Förutbet. hyrda lokaltillbehör	34 480	18 738
Förutbet. serviceavtal data	424 671	445 928
Övriga förutbetalda kostnader och uppl. intäkter	713 128	1 038 992
	2 601 229	2 557 524

NOT 14 Upplysningar om aktiekapital

Antal (st)	Antal aktier	Kvotvärde/ Aktie
Antal/värde vid årets ingång	8 000	1 000
Antal/värde vid årets utgång	8 000	1 000

NOT 15 Periodiseringsfond

Belopp i SEK	2018-12-31	2017-12-31
Periodiseringsfond 2012	–	2 150 000
Periodiseringsfond 2013	1 653 000	1 653 000
Periodiseringsfond 2014	1 616 000	1 616 000
Periodiseringsfond 2015	2 260 000	2 260 000
Periodiseringsfond 2016	6 072 000	6 072 000
Periodiseringsfond 2017	6 209 000	6 209 000
Periodiseringsfond 2018	1 250 000	–
	19 060 000	19 960 000
Uppskjuten skatt i obeskattade reserver	4 193 200	4 391 200

NOT 16 Upplupna kostnader och förutbetalda intäkter

Belopp i SEK	2018-12-31	2017-12-31
Upplupna löner	1 402 162	2 988 501
Upplupna semesterlöner	3 757 477	3 045 786
Avräkning särskild löneskatt pensionskostnad	1 021 977	1 093 512
Övriga upplupna kostnader och förutb. intäkter	1 288 922	2 101 386
	7 470 538	9 229 185

NOT 17 Likvida medel

Belopp i SEK	2018-12-31	2017-12-31
Kassa och bank	35 135 428	43 235 889
	35 135 428	43 235 889

NOT 18 Disposition av vinst eller förlust

Förslag till disposition av bolagets vinst.

Belopp i SEK	
Till årsstämmans förfogande står	
Balanserad vinst	61 841 222
Årets vinst	2 633 835
	64 475 057
Styrelsen föreslår att i ny räkning överföres	64 475 057
	64 475 057

NOT 19 Ställda säkerheter

Bolaget har inga ställda säkerheter under 2018.

NOT 20 Definition av nyckeltal

SOLIDITET

Justerat eget kapital i procent av balansomslutning.

AVKASTNING PÅ EGET KAPITAL

Resultat efter finansiella poster i procent av genomsnittligt justerat eget kapital.

AVKASTNING PÅ TOTALT KAPITAL

Rörelseresultat med tillägg för finansiella intäkter, i procent av genomsnittlig balansomslutning.

KASSALIKVIDITET


Omsättningstillgångar exkl. varulager i procent av kortfristiga skulder.

Underskrifter


Styrelsen, verkställande direktörens revisorens underskrifter

VoB Syd AB styrelse överlämnar föreliggande årsberättelse och bokslut till bolagstämman.

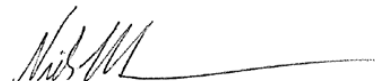
Växjö den 9 april 2019.



Cecilia Lind
Styrelseordförande



Monica Widnemark
Styrelseledamot



Niels Elvhammar
Verkställande direktör



Benny Johansson
Styrelseledamot



Kjell-Åke Persson
Styrelseledamot



Tommy Johansson
Styrelseledamot



Kristina Bendz
Styrelseledamot



Magnus Carlberg
Styrelseledamot



Sven Jansson
Styrelseledamot

Revisorspåteckning

Min revisionsberättelse har lämnats den 9 april 2019.

Ernst & Young AB



Kristina Lindstedt
Auktoriserad revisor

Granskningsrapport

Till årsstämman i VoB Syd AB

Vi, av VoB Syd AB:s årsstämma valda lekmannarevisorer, har granskat VoB Syd AB:s (org.nr 556650-4204) verksamhet.

Styrelse och VD ansvarar för att verksamheten bedrivs enligt gällande bolagsordning och konsortialavtal samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. Lekmannarevisorernas ansvar är att granska om bolagets verksamhet har skötts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredställande sätt samt pröva den interna kontrollen och om verksamheten bedrivits enligt årsstämmans uppdrag och mål samt de föreskrifter som gäller för verksamheten.

Granskningen har utförts enligt aktiebolagslagen, kommunallagen och god revisionssed i kommunal verksamhet samt utifrån av års/bolagsstämman fastställda direktiv. Granskningen har genomförts med den inriktning och omfattning som behövs för att ge rimlig grund för prövning och bedömning.


Vi bedömer sammantaget att bolagets verksamhet i allt väsentligt har skötts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredställande sätt.

Vi bedömer därtill att bolagets interna kontroll har varit tillräcklig.

Vi bedömer att bolagets verksamhet bedrivits utifrån de kommunala befogenheter som utgör ram för verksamheten.

Någon grund för anmärkning mot styrelsens eller verkställande direktörens förvaltning föreligger därmed inte.

Malmö den 16 april 2019.



Per Lilja
Kommunförbundet Skåne



Carl Geijer
VoB Kronoberg

Revisionsberättelse

Till bolagsstämman i VoB Syd AB. Org.nr 556650-4204

Rapport om årsredovisningen

Uttalanden

Jag har utfört en revision av årsredovisningen för VoB Syd AB för räkenskapsåret 2018-01-01–2018-12-31. Bolagets årsredovisning ingår på sidorna 29–47 i detta dokument.

Enligt min uppfattning har årsredovisningen upprättats i enlighet med årsredovisningslagen och ger en i alla väsentliga avseenden rättvisande bild av VoB Syd ABs finansiella ställning per den 31 december 2018 och av dess finansiella resultat och kassaflöde för året enligt årsredovisningslagen. Förvaltningsberättelsen är förenlig med årsredovisningens övriga delar.

Jag tillstyrker därför att bolagsstämman fastställer resultaträkningen och balansräkningen.

Grund för uttalanden

Jag har utfört revisionen enligt International Standards on Auditing (ISA) och god revisionssed i Sverige. Mitt ansvar enligt dessa standarder beskrivs närmare i avsnittet Revisorns ansvar. Jag är oberoende i förhållande till VoB Syd AB enligt god revisorssed i Sverige och har i övrigt fullgjort mitt yrkesetiska ansvar enligt dessa krav.

Jag anser att de revisionsbevis jag har inhämtat är tillräckliga och ändamålsenliga som grund för mina uttalanden.

Styrelsens och verkställande direktörens ansvar

Det är styrelsen och verkställande direktören som har ansvaret för att årsredovisningen upprättas och att den ger en rättvisande bild enligt årsredovisningslagen. Styrelsen och verkställande direktören ansvarar även för den interna kontroll som de bedömer är nödvändig för att upprätta en årsredovisning som inte innehåller några väsentliga felaktigheter, vare sig dessa beror på oegentligheter eller misstag.

Vid upprättandet av årsredovisningen ansvarar styrelsen och verkställande direktören för bedömningen av bolagets förmåga att fortsätta verksamheten. De upplyser, när så är tillämpligt, om förhållanden som kan påverka förmågan att fortsätta verksamheten och att använda antagandet om fortsatt drift. Antagandet om fortsatt drift tillämpas dock inte om styrelsen och verkställande direktören avser att likvidera bolaget, upphöra med verksamheten eller inte har något realistiskt alternativ till att göra något av detta.

Revisorns ansvar

Mina mål är att uppnå en rimlig grad av säkerhet om att årsredovisningen som helhet inte innehåller några väsentliga felaktigheter, vare sig dessa beror på oegentligheter eller misstag, och att lämna en revisionsberättelse som innehåller mina uttalanden. Rimlig säkerhet är en hög grad av säkerhet, men är ingen garanti för att en revision som utförs enligt ISA och god

revisionssed i Sverige alltid kommer att upptäcka en väsentlig felaktighet om en sådan finns. Felaktigheter kan uppstå på grund av oegentligheter eller misstag och anses vara väsentliga om de enskilt eller tillsammans rimligen kan förväntas påverka de ekonomiska beslut som användare fattar med grund i årsredovisningen.

Som del av en revision enligt ISA använder jag professionellt omdöme och har en professionellt skeptisk inställning under hela revisionen. Dessutom:

- identifierar och bedömer jag riskerna för väsentliga felaktigheter i årsredovisningen, vare sig dessa beror på oegentligheter eller misstag, utformar och utför granskningsåtgärder bland annat utifrån dessa risker och inhämtar revisionsbevis som är tillräckliga och ändamålsenliga för att utgöra en grund för mina uttalanden. Risker för att inte upptäcka en väsentlig felaktighet till följd av oegentligheter är högre än för en väsentlig felaktighet som beror på misstag, eftersom oegentligheter kan innefatta agerande i maskopi, förfalskning, avsiktliga utlämnanden, felaktig information eller åsidosättande av intern kontroll.
- skaffar jag mig en förståelse av den del av bolagets interna kontroll som har betydelse för min revision för att utforma granskningsåtgärder som är lämpliga med hänsyn till omständigheterna, men inte för att uttala mig om effektiviteten i den interna kontrollen.
- utvärderar jag lämpligheten i de redovisningsprinciper som används och rimligheten i styrelsens och verkställande direktörens uppskattningar i redovisningen och tillhörande upplysningar.
- drar jag en slutsats om lämpligheten i att styrelsen och verkställande direktören använder antagandet om fortsatt drift vid upprättandet av årsredovisningen. Jag drar också en slutsats, med grund i de inhämtade revisionsbevisen, om det finns någon väsentlig osäkerhetsfaktor som avser sådana händelser eller förhållanden som kan leda till betydande tvivel om bolagets förmåga att fortsätta verksamheten. Om jag drar slutsatsen att det finns en väsentlig osäkerhetsfaktor, måste jag i revisionsberättelsen fästa uppmärksamheten på upplysningarna i årsredovisningen om den väsentliga osäkerhetsfaktorn eller, om sådana upplysningar är otillräckliga, modifiera uttalandet om årsredovisningen. Mina slutsatser baseras på de revisionsbevis som inhämtas fram till datumet för revisionsberättelsen. Dock kan framtida händelser eller förhållanden göra att ett bolag inte längre kan fortsätta verksamheten.

- utvärderar jag den övergripande presentationen, strukturen och innehållet i årsredovisningen, däribland upplysningarna, och om årsredovisningen återger de underliggande transaktionerna och händelserna på ett sätt som ger en rättvisande bild.

Jag måste informera styrelsen om bland annat revisionens planerade omfattning och inriktning samt tidpunkten för den. Jag måste också informera om betydelsefulla iakttagelser under revisionen, däribland de eventuella betydande brister i den interna kontrollen som jag identifierat.

Rapport om andra krav enligt lagar och andra författningar

Uttalanden

Utöver min revision av årsredovisningen har jag även utfört en revision av styrelsens och verkställande direktörens förvaltning för VoB Syd AB för räkenskapsåret 2018-01-01–2018-12-31 samt av förslaget till dispositioner beträffande bolagets vinst eller förlust.

Jag tillstyrker att bolagsstämman disponerar vinsten enligt förslaget i förvaltningsberättelsen och beviljar styrelsens ledamöter och verkställande direktören ansvarsfrihet för räkenskapsåret.

Grund för uttalanden

Jag har utfört revisionen enligt god revisionsssed i Sverige. Mitt ansvar enligt denna beskrivs närmare i avsnittet Revisorns ansvar. Jag är oberoende i förhållande till VoB Syd AB enligt god revisorssed i Sverige och har i övrigt fullgjort mitt yrkesetiska ansvar enligt dessa krav.

Jag anser att de revisionsbevis jag har inhämtat är tillräckliga och ändamålsenliga som grund för mina uttalanden.

Styrelsens och verkställande direktörens ansvar

Det är styrelsen som har ansvaret för förslaget till dispositioner beträffande bolagets vinst eller förlust. Vid förslag till utdelning innefattar detta bland annat en bedömning av om utdelningen är försvarlig med hänsyn till de krav som bolagets verksamhetsart, omfattning och risker ställer på storleken av bolagets egna kapital, konsolideringsbehov, likviditet och ställning i övrigt.

Styrelsen ansvarar för bolagets organisation och förvaltningen av bolagets angelägenheter. Detta innefattar bland annat att fortlöpande bedöma bolagets ekonomiska situation och att tillse att bolagets organisation är utformad så att bokföringen, medelsförvaltningen och bolagets ekonomiska angelägenheter i övrigt kontrolleras på ett betryggande sätt. Verkställande direktören ska sköta den löpande förvaltningen enligt styrelsens riktlinjer och anvisningar och bland annat vidta de åtgärder som är nödvändiga för att bolagets bokföring ska fullgöras i överensstämmelse med lag och för att medelsförvaltningen ska skötas på ett betryggande sätt.

Revisorns ansvar

Mitt mål beträffande revisionen av förvaltningen, och därmed mitt uttalande om ansvarsfrihet, är att inhämta revisionsbevis för att med en rimlig grad av säkerhet kunna bedöma om någon styrelseledamot eller verkställande direktören i något väsentligt avseende:

- företagit någon åtgärd eller gjort sig skyldig till någon försummelse som kan föranleda ersättningskyldighet mot bolaget, eller
- på något annat sätt handlat i strid med aktiebolagslagen, årsredovisningslagen eller bolagsordningen.

Mitt mål beträffande revisionen av förslaget till dispositioner av bolagets vinst eller förlust, och därmed mitt uttalande om detta, är att med rimlig grad av säkerhet bedöma om förslaget är förenligt med aktiebolagslagen.

Rimlig säkerhet är en hög grad av säkerhet, men ingen garanti för att en revision som utförs enligt god revisionsssed i Sverige alltid kommer att upptäcka åtgärder eller försummelser som kan föranleda ersättningskyldighet mot bolaget, eller att ett förslag till dispositioner av bolagets vinst eller förlust inte är förenligt med aktiebolagslagen.

Som en del av en revision enligt god revisionsssed i Sverige använder jag professionellt omdöme och har en professionellt skeptisk inställning under hela revisionen. Granskningen av förvaltningen och förslaget till dispositioner av bolagets vinst eller förlust grundar sig främst på revisionen av räkenskaperna. Vilka tillkommande granskningsåtgärder som utförs baseras på min professionella bedömning med utgångspunkt i risk och väsentlighet. Det innebär att jag fokuserar granskningen på sådana åtgärder, områden och förhållanden som är väsentliga för verksamheten och där avsteg och överträdelser skulle ha särskild betydelse för bolagets situation. Jag går igenom och prövar fattade beslut, beslutsunderlag, vidtagna åtgärder och andra förhållanden som är relevanta för mitt uttalande om ansvarsfrihet. Som underlag för mitt uttalande om styrelsens förslag till dispositioner beträffande bolagets vinst eller förlust har jag granskat om förslaget är förenligt med aktiebolagslagen.

Växjö den 9 april 2019.



Kristina Lindstedt
Auktoriserad Revisor

Styrelse, ägarombud och revisorer



Bakre raden f.v: Magnus Carlberg, Kjell-Åke Persson, Sebastian Ohlsson, Sven Jansson, Magnus Roslund (suppleant nyval 2019)
Främre raden f.v: Cecilia Lind, Benny Johansson, Monica Widnemark, Fia Rosenstråle (ledamot nyval 2019), Kristina Bendz,
Ann-Sofie Thuresson (ägarombud nyval 2019), Tommy Johansson

Ordinarie ledamöter

Cecilia Lind (s)	Malmö
Monica Widnemark (s)	Lessebo
Benny Johansson (m)	Växjö
Magnus Carlberg (s)	Tingsryd
Sven Jansson (c)	Markaryd
Kjell-Åke Persson (c)	Hörby
Tommy Johansson (s)	Östra Göinge
Kristina Bendz (m)	Ystad

Suppleanter

Lars Ingvert (s)	Älmhult
Bo Ederström (m)	Ljungby
Lena Axelsson (s)	Skurup
Mattias Adolfsson (fp)	Landskrona

Ägarombud

Sebastian Ohlsson (s)	VoB Kronoberg
Anders Tell (s)	Kommunförbundet Skåne

Ägarombud, ersättare

Lars-Erik Hammarström (s)	VoB Kronoberg
Monica Holmqvist	Kommunförbundet Skåne

Lekmannarevisorer, ordinarie

Carl Geijer (m)	VoB Kronoberg
Per Lilja (m)	Kommunförbundet Skåne

Lekmannarevisorer, suppleanter

Eva Isaksson (s)	VoB Kronoberg
Lisbeth Göransson (c)	Kommunförbundet Skåne

Auktoriserade Revisorer

Kristina Lindstedt, (ord.)	Ernst & Young
Marika Sengoltz, (supp.)	Ernst & Young

Ledning och administration



Niels Elvhammar
VD

Mobil: 0700-91 39 33
niels.elvhammar@vob.se



Camilla Svaleklev
Personalchef

Tel: 0470-78 18 04
Mobil: 0733-700820
camilla.svaleklev@vob.se



Gun Hartman
Ekonomichef

Tel: 0470-78 18 01
gun.hartman@vob.se



Annika Weitner
Verksamhetsutvecklare

Tel: 0707-539752
annika.weitner@vob.se



Bodil Eriksson
Kvalitetsutvecklare

Tel: 0708-38 08 81
bodil.eriksson@vob.se



Marie Niesel
Ekonomiassistent

Tel: 0470-78 18 02
marie.niesel@vob.se



Pia Nilsson
Lönehandläggare

Tel: 0470-78 18 03
pia.nilsson@vob.se



Agneta Dellheden
Löne- och personaladministratör

Tel: 0470-78 18 08
agneta.dellheden@vob.se



vob.se

Växjö (Kansli): Norra Järnvägsgatan 12, 352 30 Växjö · Malmö (Kontor, VoB Plus): Göran Olsngatan 1, 211 22 Malmö
Tel: 0470-78 18 20 · Fax: 0470-7288 00 · E-post: info@vob.se

5

Gäller beslut tagna mellan den 1 – 30 juni 2019, Hälsa och välfärdsnämnden SoL, Ekonomiskt bistånd
 HVN/2019:6 002

Delegationsnr	Ärende	Bifall	Avslag
2.2.1	Försörjningsstöd 4:1	236	
2:2.1	Livsföring i övrigt 4:1	137	
2:2.1	Avslag 4:1		111
2.2.13	Försörjningsstöd 4:1 ensamkommande	9	
2.2.4	Återkrav bistånd 9:1 SoL	1	
2.2.1	Livsföring i övrigt 4:1 Ensamkommande	1	
6.10	Överklagan i rätt tid	2	
6.9	Ändring av överklagat beslut	1	
6.12	Avge yttrande m a a överklagan av beslut	1	
2.2.1	Avslag övrigt	1	
2.2.1	Ek bistånd utöver skälig levn nivå 4:2	1	
2.2.7	Förskott på förmån 9:2 Försörj stöd	6	
2.2.7	Förskott på förmån 9:2 Livsför övrigt	5	

Gäller beslut tagna mellan den 1 – 30 juni 2019, Hälsa och välfärdsnämnden SoL, Individärenden
 Vuxna

Delegationsnr	Ärende	Bifall	Avslag
2.3.3	HVB Tillfälligt SoL	1	
2.3.8	Tillfälligt boende	1	
2.3.4	Öppenvård	5	
2.3.17	Lägga ner utredning	1	
2.3.3	HVB SoL	1	
3.7	Utredn LVM inleds	1	

Gäller beslut tagna mellan den 1 – 30 juni 2019, Dödsboanmälningar

Delegationsnr	Ärende	Bifall	Avslag
6.25	Dödsboanmälan	1	0

Gäller beslut tagna mellan den 1 – 31 juli 2019, Hälsa och välfärdsnämnden SoL, Ekonomiskt bistånd

HVN/2019:6 002

Delegationsnr	Ärende	Bifall	Avslag
2.2.1	Försörjningsstöd 4:1	236	
2:2.1	Livsföring i övrigt 4:1	136	
2:2.1	Avslag 4:1		118
2.2.13	Försörjningsstöd 4:1 ensamkommande	21	
2.2.7	Återkrav bistånd 9:2 ej förf över Försörj stöd X	2	
2.2.1	Livsföring i övrigt 4:1 Ensamkommande	1	
6.10	Överklagan i rätt tid	11	
6.9	Ändring av överklagat beslut	4	
6.12	Avge yttrande m a a överklagan av beslut	8	
2.2.1	Avslag övrigt	1	
2.2.7	Förskott på förmån 9:2 Försörj stöd	4	
2.2.7	Förskott på förmån 9:2 Livsför övrigt	3	

Gäller beslut tagna mellan den 1 – 31 juli 2019, Hälsa och välfärdsnämnden SoL, Individärenden Vuxna

Delegationsnr	Ärende	Bifall	Avslag
2.3.8	Tillfälligt boende	1	
2.3.4	Öppenvård	2	
2.3.17	Lägga ner utredning	3	
2.3.8	Avslag övrigt	1	
3.7	Utredn 7 § LVM inleds	2	
3.10	Läkarundersökning 9 § LVM	1	
3.11	Polishandräckning läkare 45 1 § LVM	1	
3.8	Avsluta LVM utredning , ej LVM	1	
2.3.17	Avsluta utredning avslag	2	
2.3.17	Avsluta utredning ansökan återtagen	1	

Gäller beslut tagna mellan den 1 – 30 juli 2019, Dödsboanmälningar

Delegationsnr	Ärende	Bifall	Avslag
6.25	Dödsboanmälan	2	0

Gäller beslut tagna mellan den 1 – 30 juni, vård och omsorgsnämnden gällande LSS

HVN/2019:6 002

Delegationsnr	Ärende	Bifall	Avslag
3.2	Beslut om biträde av personlig assistent	1	0
3.5	Beslut om ledsagarservice	1	0
3.6	Beslut om biträde av kontaktperson	0	0
3.8	Beslut om avlösarservice i hemmet	0	0
3.9	Korttidsvistelse utanför egna hemmet	0	0
3.10	Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år utanför det egna hemmet i LSS anslutning till skoldagen samt under lov	1	0
3.12	Beslut om boende med särskild service för barn och ungdom	0	0
3.13	Beslut om boende inom kommunen med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna	0	0
3.14	Beslut om boende utanför kommunen med särskild service för vuxna	1	0
3.15	Daglig verksamhet inom kommunen för personer i yrkesverksam ålder som saknar förvärvsarbete	0	0

Gäller beslut tagna mellan den 1 – 31 juli, vård och omsorgsnämnden gällande LSS

HVN/2019:6 002

Delegationsnr	Ärende	Bifall	Avslag
3.2	Beslut om biträde av personlig assistent	2	0
3.5	Beslut om ledsagarservice	0	0
3.6	Beslut om biträde av kontaktperson	1	0
3.8	Beslut om avlösarservice i hemmet	0	0
3.9	Korttidsvistelse utanför egna hemmet	0	0
3.10	Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år utanför det egna hemmet i LSS anslutning till skoldagen samt under lov	0	0
3.12	Beslut om boende med särskild service för barn och ungdom	0	0
3.13	Beslut om boende inom kommunen med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna	0	0
3.14	Beslut om boende utanför kommunen med särskild service för vuxna	0	0
3.15	Daglig verksamhet inom kommunen för personer i yrkesverksam ålder som saknar förvärvsarbete	0	1

Gäller beslut tagna mellan den 1 – 30 juni, Hälsa och välfärdsnämnden Äldreomsorg enl SoL

HVN/2019:6 002

Delegationsnr	Ärende	Bifall	Avslag	Ej tillämplig
2.1	Hemtjänst- service	11	1	0
2.1	Hemtjänst – personlig omvårdnad	14	0	0
2.1	Matdistribution	11	0	0
2.1	Trygghetslarm	16	0	0
2.1	Avlösning i hemmet	3	0	0
2.1	Trygg hemgång	7	0	0
2.1	Boendestöd IFO	3	0	0
2.4	Vård- och omsorgsboende	0	0	1
2.5	Beslut enligt 4 kap 1§ SoL (övrigt)	0	0	0
2.6	Korttidsvistelse SoL	9	0	0
2.6	Plats i dagverksamhet	0	0	0
2.9	Kontaktperson	0	0	0

Gäller beslut tagna mellan den 1 – 31 juli, Hälsa och välfärdsnämnden Äldreomsorg enl SoL

HVN/2019:6 002

Delegationsnr	Ärende	Bifall	Avslag	Ej tillämplig
2.1	Hemtjänst- service	15	0	0
2.1	Hemtjänst – personlig omvårdnad	11	0	0
2.1	Matdistribution	6	0	0
2.1	Trygghetslarm	16	0	0
2.1	Avlösning i hemmet	1	0	0
2.1	Trygg hemgång	10	0	0
2.1	Boendestöd/Öppenvård	8	0	0
2.4	Vård- och omsorgsboende	4	0	0
2.5	Beslut enligt 4 kap 1§ SoL (övrigt)	0	0	0
2.6	Korttidsvistelse SoL	9	0	0
2.6	Plats i dagverksamhet	0	0	0
2.9	Kontaktperson	0	0	0

6

Hälsa- och välfärd
Helena Ståhl
0479-528408
helena.stahl@osby.se

Budgetuppföljning maj 2019, åtgärdsplan

Dnr HVN/2019:2 041

Hälsa- och välfärd förslag till Hälsa- och välfärdsnämnden

Hälsa och välfärdsnämnden beslutar

- 1) avsluta extern placering och verkställa beslutet på hemmaplan
- 2) samlokalisera dagverksamheterna för personer med kognitiv svikt
- 3) i övrigt godkänna åtgärdsplanen för budget

Sammanfattning av ärendet

Budgetuppföljningen för Hälsa- och välfärdsnämnden per den 31 maj 2019 visade på ett underskott motsvarande drygt 8 800 tkr. Kommunfullmäktige beslutade i juni att förstärka nämndens ram med 5 000 tkr vilket innebär att det återstår 3 800 tkr för att komma i balans.

Förvaltningen fick i uppdrag att, till nämndens sammanträde den 22 augusti 2019, ta fram förslag på åtgärder, som gör att årets utfall kommer ner till den av kommunfullmäktige beviljade ramen. Förvaltningen har under sommaren analyserat kostnader och intäkter som resulterat i följande åtgärdsplan.

Åtgärd	Effekt 2019 tkr	Effekt 2020 tkr	Politiskt beslut	FVC
Kostnadsreducerande förslag				
Avsluta extern placering	210	840	X	
Samlokalisera dagverksamhet	125	520	X	
Översyn HoS-organisationen	150	300		X
Nattsjuksköterska	200	0		X
Rehaborganisation	90	265		X
Ledningsorganisation	240	650		X
LSS	50	300		X
Placeringar missbruk	300	0		X

Politisk organisation	0	???	X	
Generellt sparbetning	685			X
Summa kostnadsreducering	2 050	2 875		
Intäkter				
Stimulansbidrag psykiatri	-334	-300?		X
Stimulansbidrag ÄO	-900	-900 ?		X
Stimulansbidrag HAB	-516	-515		X
Summa intäkter	-1 750	-1 715		X
Summa totalt	3 800	4 590		
Underskott	0	1 200*		

Beslutsunderlag

Åtgärdsplan för budget i balans 2019 daterad 2019-08-08

Protokollsutdrag §80 Hälsa och välfärdsnämnden 2019-06-20

Helena Ståhl

Förvaltningschef för Hälsa och välfärd

Beslutet skickas till

Hälsa-och välfärd
Helena Ståhl, 0479-52 84 08
helena.stahl@osby.se

Åtgärdsplan för budget i balans

Budgetuppföljningen för Hälsa-och välfärdsnämnden per den 31 maj 2019 visade på ett underskott motsvarande drygt 8 800 tkr. Kommunfullmäktige beslutade i juni att förstärka nämndens ram med 5 000 tkr vilket innebär att det återstår 3 800 tkr för att komma i balans.

Förvaltningen fick i uppdrag att, till nämndens sammanträde den 22 augusti 2019, ta fram förslag på åtgärder, som gör att årets utfall kommer ner till den av kommunfullmäktige beviljade ramen.

Förvaltningen har under sommaren arbetat med att analysera olika alternativ på såväl utgifts- som intäktssidan med ambitionen att hitta åtgärder som även har bäring på resursbehovet 2020. Förvaltningen föreslår följande förslag:

Minskade kostnader

- 1) Avsluta extern placering och verkställa beslut på hemmaplan. Uppföljning har gjorts och vårdbehovet bedöms vara sådant att det kan tillgodoseas på särskilt boende i Osby kommun. Kostnaden per helår är 840 tkr och förvaltningen räknar med att åtgärden kan vara verkställd sista kvartalet 2019. Det innebär en besparing med 210 tkr för 2019.
- 2) Samlokalisera dagverksamheterna för personer med kognitiv svikt genom att flytta verksamheten i Lönsboda till Osby. Detta förslag har varit uppe för beslut tidigare i år och avslogs då av nämnden. Förvaltningen väljer att lyfta förslaget igen eftersom det bedöms ha stora samordningsvinster samt minskar sårbarheten i organisationen. Personalresurser kan minskas och lägenheten på Bergfast kan hyras ut som trygghetsbostad. Besparing för 2019 beräknas till 125 tkr och helårseffekten blir 520 tkr.
- 3) Översyn av hälso-och sjukvårdsorganisationen som innebär att frånvaro vid sjukdom och semester ersätts i mindre utsträckning. Istället får tjänstgörande personal ersätta varandra i högre utsträckning. Grundbemanningen i organisationen är förhållandevis god och med prioritering av arbetsuppgifter innebär förslaget liten risk för att patientsäkerheten äventyras. Vikariebudgeten reduceras med 300 tkr på helår och för 2019 reduceras kostnaderna med 150 tkr.

- 4) Ersätta en av tre nattsjuksköterskor med undersköterska permanent. Modellen har provats på försök under våren. I början av provperioden fördes det fram en del synpunkter från sjuksköterskorna och några mindre avvikelser noterades. Åtgärder har dock vidtagits för att minska riskerna att det upprepas och förvaltningens uppfattning är att förändringen är rimlig att genomföra, inte minst med tanke på det besvärliga rekryteringsläget för sjuksköterskor. Kostnaderna för 2019 beräknas kunna reduceras med 200 tkr. Ingen påverkan på budget 2020 eftersom det redan har reglerats där.
- 5) Åtgärder inom rehaborganisation kommer att ge en del intäkter. Ev kommer förvaltningen att kunna ”sälja” delar av fysioterapeuttjänst till annan kommun under hösten vilket skulle ge en viss intäkt. Dietisttjänst säljs redan till Region Skåne med ett visst överskott. En fysioterapeut kommer att vara tjänstledig 25% för att arbeta inom Barn och utbildning. Tjänstledigheten kommer att hållas vakant. I pengar innebär dessa åtgärder 90 tkr för 2019 och 265 tkr 2020.
- 6) Inom ledningsorganisationen kommer ytterligare enhetschefstjänst, som blir vakant pga. att anställningen avslutas, att hållas vakant under 2019. Åtgärden innebär en än högre belastning på en redan reducerad ledningsorganisation och att vi avviker från ledarpolicyns rekommendation om 20 - 40 medarbetare. En enhetschefstjänst som blir vakant 2020 pga. pensionsavgång kommer inte att återbesättas. 45% av enhetschefstjänst för AME kommer även under 2020 att kunna finansieras genom ESF-medel. För 2019 innebär det en reducering med 240 tkr och budgeten för 2020 kan sänkas med 650 tkr.
- 7) Inom elevboendet för LSS kommer det att göras schemaanpassningar vilket beräknas ge 50 tkr 2019 och 300 tkr 2020.
- 8) Den positiva trenden att kostnaderna för placering av personer med missbruksproblematik ligger lägre än budgeterat, verkar hålla i sig. En bidragande faktor är att klienter i större utsträckning kan erbjudas behandling på hemmaplan än tidigare tack vare de två behandlingspedagoger som tillträtt under våren 2019. Prognosen för 2019 kommer att sänkas med 300 tkr. För 2020 kommer budgetmedel att överföras till budgeten för placeringar relaterat till våld i nära relationer där behovet är stadigt ökande.
- 9) En förändrad politisk sammanträdesordning för 2020 är under diskussion i kommunen. Ett förslag har tagits fram som bygger på att arbetsutskotten i nämnderna tas bort och ersätts med beredning istället. Förvaltningen föreslår också att ersättningsnivåer för s.k. jourtelefon till ordförande ses över för 2020. Förslaget innebär att kostnaderna för den politiska organisationen kan minskas i budget 2020 men någon exakt siffra är inte framtagen ännu.

- 10) Ett generellt sparbetning på 685 tkr för 2019 kommer att ges till verksamheterna utöver ovanstående 9 punkter. Sparbetninget fördelar sig enligt följande:

Gemensamt	50 tkr
Ordinärt boende	200 tkr
Särskilt boende	235 tkr
Nämnd ledning	90 tkr
LSS	100 tkr
AME	10 tkr

Områdescheferna får i uppdrag att vidare fördela i sina verksamheter och att tillsammans med enhetschefer ta fram en plan för hur sparbetninget ska verkställas.

För övriga IFO-delar som ekonomiskt bistånd och socialpsykiatri pågår olika projekt för förändrade och alternativa arbetssätt samt ett utökat teamarbete. Förhoppningen är att detta på sikt ska kunna reducera kostnaderna.

Risk -och konsekvensbedömningar kommer att göras för samtliga förslag.

Ökade intäkter

Under sommaren har förvaltningen fått information om att utbetalning av en del statliga stimulansbidrag kommer att betalas ut. Detta förbättrar prognosen under förutsättning att pengarna används för att finansiera redan budgeterade kostnader.

1. Statligt stimulansbidrag psykiatri 334 tkr. Förvaltningen tittar på hur dessa pengar kan användas.
2. Statligt stimulansbidrag äldreomsorg 900 tkr. Pengarna kommer att användas till att täcka det underskott som är prognosticerat för äldreomsorgen.
3. Statligt stimulansbidrag habiliteringsersättning 516 tkr. Pengarna kommer att finansiera habiliteringsersättningen som redan finns budgeterat.

Med ovanstående åtgärder kommer förvaltningen utifrån majprognosen att prognosticera en budget i balans givet allt lika. Orosmomentet är dock fortfarande bristen på arbetsmarknadspolitiska åtgärder och situationen på arbetsförmedlingen.

Flertalet av åtgärderna kräver inte några politiska beslut utan kan betraktas som ren verkställighet. Tabellen nedan beskriver var beslut ska tas.

Åtgärd	Effekt 2019 tkr	Effekt 2020 tkr	Politiskt beslut	FV
Kostnadsreducerande förslag				
Avsluta extern placering	210	840	X	
Samlokalisera dagverksamhet	125	520	X	
Översyn HoS-organisationen	150	300		X
Nattsjuksköterska	200	0		X
Rehaborganisation	90	265		X
Ledningsorganisation	240	650		X
LSS	50	300		X
Placeringar missbruk	300	0		X
Politisk organisation	0	???	X	
Generellt sparbetning	685			X
Summa kostnadsreducering	2 050	2 875		
Intäkter				
Stimulansbidrag psykiatri	-334	-300?		X
Stimulansbidrag ÄO	-900	-900 ?		X
Stimulansbidrag HAB	-516	-515		X
Summa intäkter	-1 750	-1 715		X
Summa totalt	3 800	4 590		
Underskott	0	1 200*		

*utifrån alternativt budgetförslag där alla förslag om förstärkningar är borttagna.

Helena Ståhl
Förvaltningschef

Konsekvenser vid anpassningar äldreomsorgen Hälsa och välfärdsnämnden

Område som påverkas	Konsekvens verksamhet	Konsekvens vårdtagare	Ekonomiska konsekvenser	KF-mål som påverkas	Kommentarer
Minska till en dagverksamhet för personer med kognitiv svikt	<p>1. Kommer att finnas bara på en ort.</p> <p>2. Möjlighet att ha kompetens samlad.</p> <p>3. Möjlighet att erbjuda avlastning på obekväma tider.</p> <p>4. Ökad belastning på hemtjänstpersonalen om vårdtagarna väljer bort att åka till dagverksamheten.</p> <p>5. Om vårdtagarna från Lönsboda flyttar över till Osby kommer det att medföra att gruppen blir större vilket kommer att kräva ett utvecklingsarbete för att på ett bra sätt möta behovet.</p>	<p>1. Vissa vårdtagare får åka längre färdtjänstresor till dagverksamheten vilket ger långa dagar.</p> <p>2. Risk att vårdtagare väljer att inte åka till dagverksamheten vilket kan leda till ökad belastning för närstående.</p> <p>3. Vårdtagarna får flytta från en närmiljö som de känner igen. I Lönsboda är allt välkänt, i Osby blir det ny miljö och nya personer de möter.</p>	<p>Ökad kostnad för vårdtagare relaterat till resor.</p> <p>Troligtvis ökat behov av hemtjänstinsatser och eller korttidsvistelse.</p>	<p>Miljö – Osby kommun ska arbeta aktivt för långsiktig hållbar livsmiljö</p>	<p>Positivt att kunna erbjuda en dagverksamhet med större möjligheter till flexibel vistelsetid.</p> <p>Negativt med längre resor.</p> <p>Förslag från personal att behålla dagverksamheten i Lönsboda, genomföra planerad flytt, spara kostnad för hyra samt istället ha intäkter för uthyrning av nuvarande lägenhet.</p>
Reducera uppsökande verksamhet	<p>Kan fungera trots neddragning då verksamheten förändrats. Vi uppnår de ställda målen. Sårbarheten blir större i verksamheten. Idag kan</p>	<p>Mycket liten efftersom målen uppnås.</p>	<p>Sårbarheten ökar vilket kan leda till ökade kostnader.</p>	<p>Utveckling och tillväxt – Osby kommun ska vara en god arbetsgivare</p>	

7

Hälsa- och välfärd
Helena Ståhl
0479-528408
helena.stahl@osby.se

Budgetuppföljning maj 2019, utredning nystartsjobb

Dnr HVN/2019:2 041

Hälsa- och välfärd förslag till Hälsa- och välfärdsnämnden

Hälsa och välfärdsnämnden beslutar:

-godkänna förslaget att 11 individer får förlängd anställning under 2019 genom nystartsjobb samt att verksamheten kan nyanställa runt 8 individer till en totalt kostnad av 500 tkr för att undvika att dessa blir beroende av försörjningsstöd

-föreslå budgetberedningen och den särskilda budgetgruppen att arbetsmarknadsenhetens budget 2020 avseende arbetsmarknadspolitiska anställningar ökas med 3 500 tkr, samt att budgeten 2020 för ekonomiskt bistånd bibehålls på samma nivå som 2019

Sammanfattning av ärendet

Hälsa- och välfärdsnämnden uppdrog 190620 åt förvaltningen att utreda möjligheter och konsekvenser av nystartsjobb som alternativ till försörjningsstöd och som ett led i arbetet att på sikt halvera kostnaderna för försörjningsstöd och få fler i arbete.

En genomgång har gjorts av de som idag har en arbetsmarknadspolitisk anställning via arbetsmarknadsenheten. Syftet med genomgången har varit att identifiera vilka individer, som efter anställning riskerar att bli beroende av försörjningsstöd. Verksamheten identifierade 20 individer. Dessa skulle med fördel kunna erbjudas förlängd anställning för att undvika bidragsberoende. Av dessa 20 individer kommer 11 avslutas under 2019.

Förvaltningen har gjort en uträkning på skillnaden mellan att gå på försörjningsstöd och att ha ett nystartsjobb (se bilaga). I det förslaget utgår verksamheten kostnadsmässigt från en utökning med 30 nystartsjobb. Uträkningen visar en total kostnad under första året på cirka 4 700 tkr. Därefter sjunker kostnaden till 0 kr år två under förutsättning att berörd individ varit medlem i a-kassa under första året. Totalt ger detta för de två första åren en minskad kostnad med 60 tkr/individ och totalt för 30 individer 1 800 tkr.

De 11 individer som avslutas i år skulle vid en förlängning av sin anställning kosta 315 tkr för 2019. Med en prognos på att nyanställa runt 8 individer skulle den totala kostnaden för 2019 landa på cirka 500 tkr.

Genom att utöka möjligheten till anställning kan utvecklingen vi ser på försörjningsstöd förhoppningsvis bromsas.

Finansiering

Förslaget ryms inte inom befintlig ram men alternativet är att försörjningsstöd istället utbetalas vilket blir dyrare.

Beslutsunderlag

Utredning av nystartsjobb daterad 2019-08-05

Beräkning kostnader nystartsjobb daterad 2019-08-12

Helena Ståhl

Förvaltningschef för Hälsa och välfärd

Emma Frostensson

Verksamhetsutvecklare

Beslutet skickas till

Möjligheter och konsekvenser av införandet av nystartsjobb som alternativ till försörjningsstöd

Hälsa- och välfärdsnämnden uppdrog 190620 åt förvaltningen att utreda möjligheter och konsekvenser av nystartsjobb som alternativ till försörjningsstöd och som ett led i arbetet att på sikt halvera kostnaderna för försörjningsstöd och få fler i arbete, §80.

En genomgång har gjorts av de som idag har en arbetsmarknadspolitisk anställning via arbetsmarknadsenheten. Syftet med genomgången har varit att identifiera vilka individer, som efter anställning riskerar att bli beroende av försörjningsstöd. Verksamheten identifierade 20 individer. Dessa skulle med fördel kunna erbjudas förlängd anställning för att undvika bidragsberoende. Av dessa 20 individer har 11 ett planerat avslut på sin anställning under 2019.

Utöver de som idag har en arbetsmarknadspolitisk anställning, finns det individer som uppbär försörjningsstöd på grund av arbetslöshet och som är inskrivna på arbetsmarknadsenheten. Dessa individer har olika planeringar, beroende på behov och hur långt från arbetsmarknaden de står. Arbetsmarknadsenheten har dock identifierat att individerna i de flesta fall står mycket långt från arbetsmarknaden och är i behov av diverse åtgärder innan de kan ta ett arbete. Väldigt få av de inskrivna står redo att ta ett arbete imorgon. Verksamheten ser en skillnad på de individer som idag uppbär försörjningsstöd jämfört med för några år sedan, där de idag upplevs stå längre från arbetsmarknaden.

Verksamheten ser ett behov av att öka antalet arbetsmarknadspolitiska anställningar. Idag finns 1 200 tkr i budget för kostnader kopplade till dessa. Verksamheten har tidigare utgått från att individer kan anställas med höga lönebidrag, samt i andra former av arbetsmarknadspolitiska anställningar med höga subventioner. Budgeten har då täckt cirka 40-50 anställningar. Tidigare har det även utgått ersättning när individer varit i arbetsträning, det utgår oftast inte längre, vilket innebär minskade intäkter för verksamheten.

Verksamheten uppskattar att det idag finns ett behov av att ha igång runt 50 arbetsmarknadspolitiska anställningar kontinuerligt. Kostnaden för verksamheten för en arbetsmarknadspolitisk anställning är olika beroende på vilken form av anställning som arbetsförmedlingen har möjlighet att fatta beslut om.

Förvaltningen har gjort en uträkning på skillnaden mellan att gå på försörjningsstöd och att ha ett nystartsjobb. I det förslaget utgår verksamheten kostnadsfritt från en utökning med 30 nystartsjobb. Uträkningen visar en total kostnad under första året på cirka 4 700 tkr (se bifogad fil). Därefter sjunker kostnaden till 0 kr år två under förutsättning att berörd individ varit medlem i a-kassa under första året. Totalt ger det för de två första åren en minskad kostnad med 60 tkr/individ och totalt för 30 individer 1 800 tkr.

De 11 individer som avslutas i år skulle vid en förlängning av sin anställning kosta 315 tkr för 2019. Om vi utöver det även nyanställer runt 8 individer skulle den totala kostnaden för 2019 landa på cirka 500 tkr.

Genom att utöka möjligheten till anställning kan den utveckling vi ser på försörjningsstöd förhoppningsvis bromsas. Dock kan vi inte helt styra över det inflöde som sker. Det förvaltningen kan påverka när det gäller inflöde är att erbjuda de som har en anställning en förlängd anställningstid i de fall vi ser att de annars kommer bli beroende av försörjningsstöd. En åtgärd som redan har vidtagits för att påverka inflödet, är en gemensam rutin med Arbetsförmedlingen i Hässleholm. Syftet med rutinen är att fånga upp de individer som inom ett halvår lämnar etableringen och som sannolikt kommer bli beroende av försörjningsstöd. Förhoppningen är att arbetsmarknadsenheten och arbetsförmedlingen gemensamt ska hitta en väg under sista delen av etableringstiden som gör att individen är självförsörjande när etableringen är över. Det är dock ytterst osäkert i vilken mån arbetsförmedlingen lever upp till den beslutade rutinen med tanke på hur deras situation ser ut rent organisatoriskt för tillfället.

Verksamheten ser idag inga möjligheter att dra ner budgeten för ekonomiskt bistånd. Det prognostiserade utfallet tyder på att budgeten inte kommer att räcka under 2019.

Förvaltningen ser det som nödvändigt för Osby kommun att agera i den situation som har uppstått i avvaktan på centrala och statliga beslut.

Förvaltningens slutsatser och förslag

- Att de 11 individer som avslutar sin anställning under 2019 får sin anställning förlängd samt att verksamheten kan nyanställa runt 8 individer till. Detta till en total kostnad av 500 tkr.
- Öka arbetsmarknadsenhetens budget 2020 avseende arbetsmarknadspolitiska anställningar med 3 500 tkr.
- Bibehålla budgeten för ekonomiskt bistånd 2020.
- Fokus ska ligga på att kompetenshöja individen under pågående arbetsmarknadspolitisk anställning för att öka chansen att få fäste på arbetsmarknaden. Det kan ske bland annat genom OCN (validering av praktiska kunskaper).

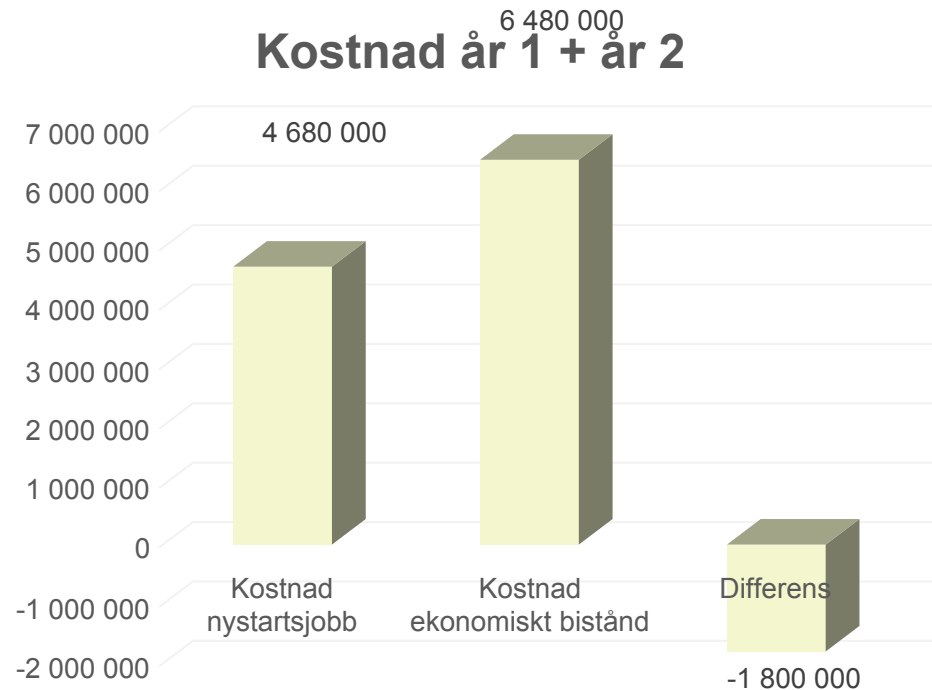
AME inför 2020

Nystartsjobb eller ekonomiskt bistånd
190812

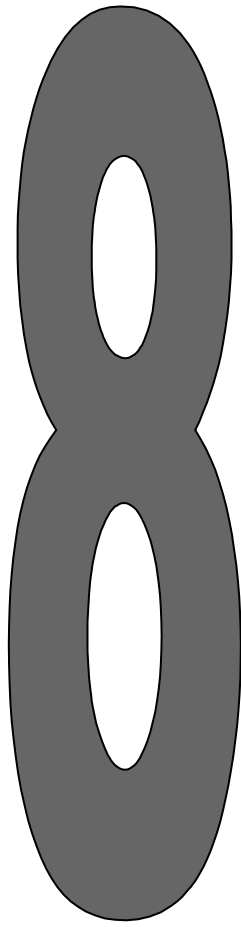


Bruttokostnad år 1 + år 2

BRUTTOKOSTNAD KOMMUN NYSTARTSJOBB			
Antal	Kostnad/individ år 1	Per månad	Per år
30	13 000	390 000	4 680 000
Antal	Kostnad/individ år 2	Per månad	Per år
30	0	0	0
Total kostnad 2 år			4 680 000
KOSTNAD EKONOMISKT BISTÅND			
Antal	Kostnad/individ år 1	Per månad	Per år
30	9 000	270 000	3 240 000
Antal	Kostnad/individ år 2	Per månad	Per år
30	9 000	270 000	3 240 000
Total kostnad 2 år			6 480 000
Differens kostnad år 1 + år 2			1 800 000
Kostnad nystartsjobb			4 680 000
Kostnad ekonomiskt bistånd			6 480 000
Differens			-1 800 000



Observera att positiv skatteeffekt p g a osäkerhet inte tagits med här. Sannolikt kommer delar av inbetald skatt att komma kommunen tillgodo men hur mycket vet vi inte?



Hälsa- och välfärd
Lina Bengtsson
0479528300
lina.bengtsson@osby.se

Riktlinjer läkemedelshantering kommunal hälso- och sjukvård

Dnr HVN/2019:215 720

Hälsa- och välfärd förslag till Hälsa- och välfärdsnämnden

Beslutar att godkänna de uppdaterade riktlinjerna för läkemedelshantering inom hälsa och välfärd.

Sammanfattning av ärendet

En ny läkemedelsförfattning har kommit från Socialstyrelsen och därför har läkemedelsriktlinjen uppdaterats. Bifogar även de gamla riktlinjerna då den uppdaterade riktlinjen har ganska mycket förändringar i upplägg och till viss del i innehåll även om stora delar av innehållet är detsamma.

Beslutsunderlag

Nuvarande riktlinjer för läkemedelshantering i kommunal hälso- och sjukvård

Uppdaterade riktlinjer i kommunal hälso- och sjukvård

Helena Ståhl
Förvaltningschef

Lina Bengtsson
MAS/Verksamhetsutvecklare

Beslutet skickas till



Beslutad av: Hälso- och välfärdsnämnden
Framtagen av: MAS Lina Bengtsson
Uppdaterad: 2019-06-28

Beslutsdatum: 2019-06-28
Dokumentansvarig: MAS
Diarienummer:
Giltighetstid: <Eventuell giltighetstid>



Innehåll

1	Läkemedelshantering	6
2	Definitioner	6
3	Ledningssystem.....	7
3.1	Ansvar vid läkemedelshantering	7
3.2	Sjuksköterska med förskrivningsrätt	8
3.3	Sjuksköterska med ansvar för basläkemedelsförråd som Region Skåne tillhandhåller	8
3.4	Ansvar studerande:	8
3.5	Ansvar enhetschef (EC) oavsett lagrum:	8
3.6	Ansvar vårdpersonal:	9
4.	Behörighet att ordinera läkemedel	9
5	När den enskilde själv ansvarar för sin läkemedelshantering.....	9
6	Egenvård	10
6:1	Handräckning	10
7	Ställningstagande då sjuksköterska i kommunal vård och omsorg övertagit ansvaret för läkemedelshanteringen eller delar där av	11
7.	Ordination	11
7.1	Lämplighetsbedömning	12
7.2	Planering, uppföljning eller avslut av läkemedelsbehandling	12
7:3	Dokumentation av läkemedelsordinationer	12
7:4	Uppgifter som ska dokumenteras på en ordinationshandling	13
7.5	Läkemedelslista	13
7:6	Ordinationshandling Pascal	14
7:7	Samlad läkemedelsordination	14
7:8	Förvaring av ordinationshandling/läkemedelslista/signeringslistor mm	14
7:9	Patienter inom LSS i daglig verksamhet	14
8.	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar för att kopian är aktuell och att den byts ut direkt då originalet ändras.....	15
9.	Generella direktiv om läkemedelsbehandling	16
10.	Justering av dos	16
11.	Överkänslighet	16
12.	Muntlig/telefon ordination	17
13.	Förvaring.....	17
13:1	Förvaring av läkemedel i ordinärt boende.....	18
13:2	Förvaring av läkemedel i särskilt boende oavsett lagrum (SoL, LSS).....	18
13:3	Samlat läkemedelsförråd	18
13:4	Kylskåp.....	19
13:5	Krämer salvor mm.....	19
14.	Ordningställande, administrering och överlämnande av läkemedel	19

14:1 Hygieninstruktioner	19
14:2 Kontroll vid iordningsställande av läkemedel	20
14:3 Rimlighetsbedömning.....	20
14:4 Märkning av iordningsställda läkemedel	20
14:5 Dosettindelning	21
14:6 Dosdispenserade läkemedel.....	21
15. Administrering.....	22
15:1 Administrering/överlämnande av läkemedel till patient.....	22
15:2 Krossade läkemedel.....	22
15:3 Flytande läkemedel.....	23
15:4 Smärtplåster.....	23
15:5 Injektionsläkemedel.....	24
15:6 Läkemedel som administreras via sond.....	24
16. Vaccinationer.....	25
17. Oxygenbehandling	25
18. Naturläkemedel.....	25
19. Cytostatika	25
19:1 Peroral cytotostatikabehandling	25
19:2 Riskbedömning	26
19:3 Hygienrutiner.....	26
20. Vid behovs läkemedel.....	27
21. Akut behov av läkemedel i särskilda fall.....	27
22. Antikoagulantia	28
22:1 Vårdplan antikoagulantia behandling	28
22:2 Waran.....	28
22:3 NOAK – Nya Orala Antikoagulantia	29
23. Narkotika	29
23:1 Avräkningsjournal.....	29
23:2 Dosdispenserade läkemedel.....	30
23:3 Glasampull	30
24. Signering	30
25. Generika, likvärdigt generiskt läkemedel.....	31
26. Kortidsboende/växelvård	31
27. Överlämnande av läkemedel då patient byter vårdenhet	31
28. Kasserade läkemedel.....	32
29. Avlidnas läkemedel	32
30 Läkemedelsgenomgångar.....	32
31. Generella direktiv	33
31. Läkemedelsförråd – kommunal hemsjukvård (basförråd)	34
31:1 Lokal rutin för hantering av basförråd	34

32. Dokumentation	35
28:1 Läkarjournal	35
28:2 Hälso- och sjukvårdsjournal	35
33. Kvalitetssäkring.....	35

1 Läkemedelshantering

Allmänt

Grunden för läkemedelshantering inom den kommunala hälso- och sjukvården är att den ska vara individuellt anpassad och säker utifrån den enskildes sjukdom och personliga förutsättningar.

Utgångsläget är att den enskilde själv svarar för sina *ordinationer, omhändertagande samt förvaring av den egna medicinen*. Om ansvaret för läkemedelshantering har övertagits av den kommunala hälso- och sjukvården framgår det i 7 kap. 1 § patientsäkerhetsförordningen ([2010:1369](#)) att den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen på ett betryggande sätt ska förvara, hantera och i förekommande fall dela ut läkemedel som han eller hon har hand om. Ett nära samarbete mellan den kommunala hälso- och sjukvården och ordinerande läkare är mycket viktigt gällande läkemedelshantering.

Rutin för läkemedelshantering bygger på [HSLF-FS 2017:37](#), Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården.

FASS är läkemedelsindustrins gemensamma läkemedelsförteckning och finns på nätet, [fass.se](#)

2 Definitioner

Ordinationsorsak: indikation som den som ordinerar som skäl till en viss ordination.

Ordination: beslut av hälso- och sjukvårdspersonal som är avsett att påverka en patients hälsotillstånd genom en hälso- och sjukvårdsåtgärd.

Generellt direktiv om läkemedelsbehandling: beslut om läkemedelsbehandling som gäller patienter på en viss vårdenhets och vid särskilt angivna tillstånd.

Iordningställande av läkemedel: färdigställande av ett ordinerat läkemedel inför administrering.

Administrering av läkemedel: tillförsel av läkemedel till kroppen (övervaka intag)

Överlämnande av läkemedel: ett läkemedel som ska tillföras till en patient lämnas över till patienten själv eller till en tredje person som administrerar läkemedlet (lägga fram och patienten tar själv).

3 Ledningssystem

Vårdgivaren ska fastställa rutiner och processer för läkemedelshantering så att följsamhet till lagar och föreskrifter efterföljs. Som ett led i egenkontrollen ska vårdgivaren säkerställa att hanteringen av läkemedel i verksamheten regelbundet genomgår en extern kvalitetsgranskning. Den externa kvalitetsgranskningen bör utföras minst en gång per år.

3.1 Ansvar vid läkemedelshantering

Ansvar hälsa- och välfärdsnämnden:

- Erbjud en god och säker sjukvård
- Vård av god kvalitet
- Tillgodose patienternas behov av trygghet i vården och behandlingen.

Ansvar Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska (MAS)

- Att det finns sådana rutiner att kontakt tas med läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det.
- Att beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med säkerheten för patienterna.
- Att anmälan görs enligt gällande lagstiftning samt till den nämnd som har ledningen av hälso- och sjukvårdsverksamheten, om en patient i samband med vård eller behandling drabbas av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom.
- Fortlöpande följa upp läkemedelshantering inom verksamhetsområdet och säkerställa att rutinerna och ansvarsfördelningen tillgodoser kvaliteten och säkerheten i vården.
- Fastställa ändamålsenliga rutiner och entydigt fördela ansvaret för läkemedelshantering inom verksamhetsområdet.
- Rutiner och ansvar ska dokumenteras i en instruktion för läkemedelshantering.

Ansvar patientansvarig läkare (PAL):

- Ordinera läkemedel till varje enskild patient, ge anvisningar om patientens vård och behandling samt följa patientens tillstånd om så behövs.
- Bedöma huruvida patienten klarar att själv sköta sina läkemedel. Om så uppenbart inte är fallet, eller om läkaren är tveksam, skall kontakt tas med omvårdnadsansvarig sjuksköterska (OAS) i den kommunala hälso- och sjukvården.
- Samordna patientens vård, tex ordinationer från olika läkare.
- I patientens journal ska finnas uppgift om vem som är PAL.

Ansvar omvårdnadsansvarig sjuksköterska (OAS):

- Hålla nödvändig kontakt med läkare.
- Upprätta vårdplan för läkemedelshantering för vilka delar av läkemedelshantering sjuksköterska ansvarar för, när och hur utvärdering och återkoppling till förskrivare ska ske samt effekten av ordinerade behandlingar. Uppföljning på plats hos patient ska ske minst en gång i månaden samt vid behov.
- Känna till indikationen för behandlingen samt förstå verkningsmekanismerna.
- Behärska metoder, avseende läkemedelshantering, för undervisning av patienten/anhörig samt i förekommande fall vårdpersonal.
- Ansvara för förvaring, iordningställande och administrering av läkemedel till patienten.
- Då författningen tillåter, delegera enskilda uppgifter i fråga om läkemedelshantering till vårdpersonal.
- Ha tillsynsansvar över sjuksköterskestuderande som iordningsställer och administrerar läkemedel.

3.2 Sjuksköterska med förskrivningsrätt

- Följa Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2001:16) om kompetenskrav för sjuksköterskor vid förskrivning av läkemedel.

3.3 Sjuksköterska med ansvar för basläkemedelsförråd som Region Skåne tillhandhåller

- Rekvirera läkemedel.
- Upprätthålla ordning i läkemedelsförrådet.
- Delta i extern kvalitetsrevision.
- Åtgärda eventuella påpekanden vid revision i samråd med enhetschef efter gällande rutin.
- Utföra kontroll av narkotikaklassificerade läkemedel tillsammans med annan sjuksköterska.

3:4 Ansvar studerande:

- Iordningsställa och administrera läkemedel under tillsyn av leg. sjuksköterska.

3.5 Ansvar enhetschef (EC) oavsett lagrum:

- Fastställa att lokala rutiner och ansvarsområde avseende läkemedelshantering är kända och tillämpas i verksamheterna till berörd personal.

- Säkerställa att vårdpersonalen fortlöpande får information och utbildning samt skolas in i de tekniker som kommer till användning i läkemedelshantering.
- Arbeta med förbättringsarbete genom avvikelser från författningar, lokala rutiner, instruktioner och i övrigt oönskade händelser, t ex att tillgrepp av läkemedel rapporteras enligt riktlinje för systematiskt förbättringsarbete.
- Delta vid kvalitetsgranskning av extern utförare.
- Utse sjuksköterska för kontroll av narkotika (Gäller EC för SSK).
- Utser sjuksköterska med särskilt ansvar för basläkemedelsförråd.

(Gäller EC för SSK).

3.6 Ansvar vårdpersonal:

- Vid delegering biträda legitimerad sjuksköterska och betraktas då som hälso- och sjukvårdsvårdpersonal och omfattas av Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659).
- Ansvara för hur arbetsuppgifterna fullgörs.
- Rapportera avvikelser i läkemedelshantering enligt gällande rutin för systematiskt kvalitetsarbete.
- Rapportera till sjuksköterska om patientens tillstånd förändras.

4. Behörighet att ordinera läkemedel

Behörighet att ordinera läkemedel har den hälso- och sjukvårdspersonal som är behörig att förskriva ett läkemedel enligt angivna författningar. (HSLF-FS 2016:34). Sjuksköterskors behörighet att förskriva läkemedel framgår i (SOSFS 2001:16).

5 När den enskilde själv ansvarar för sin läkemedelshantering

Utgångsläget är att den enskilde själv svarar för omhändertagande och förvaring av de läkemedel som ordinerats denne samt för den egna medicineringen. För att läkemedelshantering ska vara säker, måste den enskildes förmåga att sköta sina läkemedel själv bedömas individuellt. För att kunna dra gränsen mellan hälso- och sjukvård eller egenvård måste som regel patientens ansvarige läkare göra en bedömning av vilka åtgärder som kan anförtros åt patienten eller anhöriga efter enklare instruktion.

6 Egenvård

För att läkemedelshantering ska vara säker, måste den enskildes förmåga att sköta sina läkemedel själv bedömas individuellt. För att kunna dra gränsen mellan hälso- och sjukvård och egenvård måste läkare/förskrivare göra en bedömning vilka åtgärder som kan anförtros patient eller anhörig efter enklare instruktion. Som grund finns Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (2009:6) Bedömning av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård.

I andra fall ska Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården tillämpas HSLF-2017:37

6:1 Handräckning

I möjligaste mån strävas efter att kommunens hälso- och sjukvård övertagit ansvaret då vårdpersonal överlämnar läkemedel.

Person som själv klarar att ta ansvar för sin läkemedelshantering men är i behov av handräckning kan ansöka om hjälp från socialtjänsten eller enligt LSS för att t.ex. få hjälp med handräckning. Detta gäller även personer i särskilt boende. Handräckningen kan bestå i att öppna en burk, riva av en dospåse och lägga tablettorna i en kopp på bordet, eller påminna att ta läkemedel. Personen ska vara helt klar och adekvat samt veta precis vilka läkemedel som personen ska ha, hur de ska tas och när de ska tas. Dessa personer omfattas inte av föreskriften HSLF-FS 2017:37.

I de fall anhöriga har ansvaret för läkemedelshantering genom ett egenvårdsbeslut och vill ha hjälp med överräckning ska detta beviljas som SoL-insats av biståndshandläggare. I beslutet ska tydligt framgå vad som är vårdpersonalens uppgift. Kopia på intyg från ansvarig läkare som tagit ställning till egenvården ska bifogas biståndshandläggaren inför beslut. Anhörigas egenvård kan inte överlämnas till personal utan ordinator behöver skriva egenvårdsintyg som gäller för personalen. Signering krävs inte vid dessa tillfällen då kommunens hälso- och sjukvård inte övertagit ansvaret för medicineringslistan. Signeringslista kan användas som arbetsredskap till hjälp för den personal som överlämnar läkemedel. I dessa fall upprättas listan av vårdpersonal i samråd med berörd enhetschef.

7 Ställningstagande då sjuksköterska i kommunal vård och omsorg övertagit ansvaret för läkemedelshantering eller delar där av

Då den enskilde inte själv kan förvara sina läkemedel eller klara sin medicinering övertas ansvaret för detta av kommunens personal. Det är patientansvarig läkare som avgör om kommunens personal ska överta läkemedelshantering.

- Vilken del av läkemedelshantering som sjuksköterskan har ansvar för ska dokumenteras som vårdplan i patientens hälso- och sjukvårdsjournal.
- Sjuksköterskan ansvarar för att följa effekten av givna läkemedel, följa upp vidbehovs medicinering samt eventuella biverkningar och att rapportera dessa till ansvarig förskrivare efter dennes direktiv. När uppföljning ska ske ska specificerat framgå i vårdplan.
- Sjuksköterska som övertagit ansvaret för läkemedelshantering ska följa upp behandlingen enligt ovan samt se över ordinationshandlingar, signeringslistor samt ordning där läkemedel förvaras minst en gång i månaden hemma hos patienten vilket ska framgå i en dokumenterad vårdplan. Även när och hur uppföljning och återkoppling av medicineringen ska ske till förskrivare ska framgå.
- Läkemedelsbehandling under tvång är ej tillåten. Även en person med kognitiv nedsättning måste respekteras. För livsnödvändiga läkemedel såsom tex hjärtmedicin eller insulin ska särskilt ställningstagande göras av behandlande läkare.
- Vårdpersonalen ska alltid kontakta sjuksköterska när läkemedel lämnas in av tex närstående. Det gäller även receptfria läkemedel. Inga läkemedel ska ges utan ordination, gäller även utvärtes läkemedel som tex salvor eller gel.
- Försök få in alla patienter på dosdispenserade läkemedel.
- Om det inte går med dos så kan man lägga in patienten i Pascal utan dos, d.v.s. lägga in allt under ”Stående originalpreparat”.

7. Ordination

Vård och behandling ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet samt så långt det är möjligt utformas och genomförs tillsammans med patienten.

Ordination av läkemedel får endast göras av läkare samt av sjuksköterska med förskrivningsrätt. Huvudregeln är att ordinationen ska vara skriftlig och styrkas med signum. Ordinationen ska omfatta:

- Läkemedlets namn
- Beredningsform
- Styrka
- Administrationsätt
- Dosering
- Tidpunkt för administrering
- Indikationer

Internationella enheter ska vid läkemedelsordination förkortas med E.

7.1 Lämplighetsbedömning

Den som ordinerar ett läkemedel ska säkerställa att ordinationen är lämplig i förhållande till patientens behov. Lämplighetsbedömning ska utföras vid såväl insättning, utsättning, ändring eller vid förlängning av läkemedel. För ordination till barn rekommenderas specifika it-stöd som tar hänsyn till barnens behov. Hänsyn ska vid varje ordination tas till:

- Hälsotillstånd
- Ålder
- Kön
- Läkemedelsanvändning
- Pågående behandling och utredning
- Överkänslighet mot läkemedel
- Eventuell graviditet och amning
- Kontraindikationer

7.2 Planering, uppföljning eller avslut av läkemedelsbehandling

Den som ordinerar ett läkemedel ska planera för uppföljning av ordinationen. I detta ingår att bestämma tidpunkt för ställningstagande till eventuell fortsättning av behandling alternativt avslut av behandling.

7:3 Dokumentation av läkemedelsordinationer

- Läkemedelsordinationer ska dokumenteras i förskrivares patientjournal samt på ordinationshandling.
- Elektronisk läkemedelsordination (Pascal) ska eftersträvas. Patienter som har stående originalförpackning och som har läkemedel i ordningsställda i dosett kan ha Pascal. Likaså om de önskar hämta ut läkemedel på apotek och inte ha inköp av läkemedel på faktura.

- Endast ett original av ordinationshandlingen får förekomma för att minska riskerna för att ogiltig ordinationshandling används.
- Förvara originalet i sjuksköterskans journal och ha kopian i patientens pärm. Inget ska skrivas på kopian utan den är en kopia av originalhandlingen. Sjuksköterskan SKA kontrollera att inget är skrivet direkt på kopian. Arkivera sjuksköterskans ex. Om något ändå skulle vara skrivet på kopian så ska även denna arkiveras. Originalet ska följa patienten vid läkarbesök osv. Om originallistan skickas med patienten vid läkarbesök eller sjukhusvistelse, ta kopia och förvara i journalen. Ange ”kopia pga läkarbesök” på den. Detta för att kunna svara om frågor kring patientens läkemedelsbehandling kommer från tex annan vårdgivare.
- OBS! Signeringslistan är ingen ordinationshandling och personalen måste ALLTID kontrollera ordinationshandling innan läkemedel ges. E-läkemedel används ENDAST för signering.

7:4 Uppgifter som ska dokumenteras på en ordinationshandling

- läkemedelsnamn eller aktiv substans
- läkemedelsform
- läkemedlets styrka
- dosering,
- administreringsätt
- administreringstillfällen
- läkemedelsbehandlingens längd
- ordinationsorsak,
- när och hur läkemedelsbehandling ska följas upp eller avslutas,
- i förekommande fall, anledningen till att läkemedlet inte får bytas ut mot ett likvärdigt läkemedel
- övriga uppgifter av vikt som behövs för en säker hantering av läkemedlet
- doseringen kan t.ex. anges i antal tabletter eller andra avdelade läkemedelsdoser per tidsenhet, eller volym per doseringstillfällen

Vid dokumentation av en läkemedelsordination ska internationella enheter förkortas med E.

7.5 Läkemedelslista

Med läkemedelslista menas, ”gul lista”, utskrivningsmeddelande, lista från PMO eller liknande.

Kopia på läkemedelslista ska förvaras i patientjournalen. Det ska klart framgå att det är en kopia, datum för när kopian togs samt namn på vem som tagit kopian.

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar för att kopian är av aktuell läkemedelslista och att den byts ut direkt då originalet hemma hos patienten ändras.

7:6 Ordinationshandling Pascal

- Ordinationsunderlag för dosdispenserade läkemedel ska finnas hos patienten och bytas ut vid förändring.
- Dosrecept gäller inte som ordinationsunderlag utan fungerar som recept.

7:7 Samlad läkemedelsordination

Samlad läkemedelsordination får enligt författning inte upprättas av sjuksköterska. Har patienten inte Pascallista gäller utskrivningsinformationen fram till första ändring. Då är det patientens ansvariga läkare på primärvården som ska vara behjälplig med en samlad ordinationshandling.

7:8 Förvaring av ordinationshandling/läkemedelslista/signeringslistor mm

Hos patient som har någon form av insats gällande läkemedel, ska ordinationshandling, signeringslistor, signaturförtydligande, eventuell narkotikajournal, blankett för administrering av läkemedel vid akuta behov i särskilda fall, eventuella recept och annat som kan vara av vikt, förvaras samlade i anslutning till läkemedlen i pärm.

- På särskilt boende samt gruppboende inom LSS finns avsedd kontaktpärm.
- I ordinärt boende finns flik för HSL i ”hemma hos pärmen”.
- Tackar patient i ordinärt boende nej till ”hemma hos pärm”, eller patient som enbart har insatser från hälso- och sjukvården, ska papper som berör hälso- och sjukvård förvaras i ”HSL pärm” som används på SÄBO/LSS. HSL pärmen ska förvaras i anslutning till läkemedel. Denna pärm är ett arbetsredskap för att kunna hantera läkemedel patientsäkert och kan inte väljas bort av den enskilde då sjuksköterskan övertagit hela ansvaret för hanteringen av läkemedel.
- Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar för att innehållet i pärmarna är aktuellt. Innehållet i pärmarna ska inte vara äldre än 1 månad.

7:9 Patienter inom LSS i daglig verksamhet

Ansvarig sjuksköterska för daglig verksamhet ska vara utsedd och känd i verksamheten. För patienter som deltar i daglig verksamhet och som får läkemedel där som överlämnas av delegerad

vårdpersonal ska omvårdnadsansvarig sjuksköterska upprätta signeringslistor samt kopia på aktuell ordinationshandling.

- Ansvarig sjuksköterska utsedd för daglig verksamhet ska i samråd med enhetschef för daglig verksamhet se till att läkemedelshantering sköts enligt gällande rutiner.
- I vårdplan för läkemedelshantering ska framgå var vårdpersonal på daglig verksamhet ska vända sig om/när vidbehovsläkemedel behöver ges.
- Daglig verksamhet ansvarar för att läkemedel förvaras i låsbart skåp, oåtkomligt för obehöriga, i lådor/korgar märkta med patientens namn och personnummer.
- Daglig verksamhet ansvarar för att kopia på ordinationshandling och aktuella signeringslistor förvaras i anslutning till läkemedelsskåp, oåtkomlig för obehöriga, samlade i mapp märkt med patientens namn. Vid behov även förbrukningsjournal för narkotika.
- Läkemedel som ges vid akuta behov kan förvaras i väska som medföljer patienten, detta ska klart framgå och dokumenteras i patientens hälso- och sjukvårdsjournal.
- Signeringslistor skickas i slutet av varje månad med internpost till omvårdnadsansvarig sjuksköterska, som ansvarar för att signeringslistorna samlas in och förvaras i patientens journal.
- Delegerad personal på daglig verksamhet ansvarar för att var tredje månad kontrollera utgångsdatum på läkemedel som förvaras på daglig verksamhet eller i medföljande väska.
- När utgångsdatum närmar sig kontaktas personal på gruppboenden för att få läkemedlet utbytt. Kasserade läkemedel förvaras enligt gällande rutin och överlämnas till OAS för återlämnande till apoteket

8. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar för att kopian är aktuell och att den byts ut direkt då originalet ändras.

- Sjuksköterska som mottar en uppdaterad läkemedelslista ansvarar för att kopian uppdateras. OBS! Inget får skrivas på kopian.
- Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar för att signeringslistorna samlas in och förvaras i patientens journal.

9. Generella direktiv om läkemedelsbehandling

Endast läkare får utfärda generella direktiv om läkemedelsbehandling. Ett generellt direktiv ska utfärdas restriktivt, omprövas återkommande, vara skriftligt och innehålla uppgifter om:

- läkemedelsnamn eller aktiv substans,
- läkemedelsform,
- läkemedlets styrka,
- dosering,
- maxdos,
- administreringsätt,
- indikationer och kontraindikationer, och
- antalet tillfällen som läkemedlet får ges utan att en läkare kontaktas.

Innan ett läkemedel med stöd av ett generellt direktiv om läkemedelsbehandling iordningställs och administreras eller överlämnas till en patient ska en sjuksköterska:

- göra en bedömning av patientens behov av läkemedlet
- kontrollera läkemedlets indikation och kontraindikationer
- Bedömningen ska dokumenteras i patientjournalen

10. Justering av dos

För hälsa- och välfärdsförvaltningen gäller att justering av dos får utföras av sjuksköterska till de läkemedel som ingår i förskrivningsrätt enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2001:16). Vidare gäller även att justeringen ska utföras på avsedd ordinationshandling och dokumenteras i hälso- och sjukvårdsjournalen. Ska ej förväxlas med ramordinationer från ordinator.

11. Överkänslighet

Varningsmärkning ska av behandlande läkare göras i de fall patienterna har en allvarlig säkerställd överkänslighet mot läkemedel eller annat ämne som kan ge allvarliga eller livshotande reaktioner.

Patienten ska utrustas med skriftlig information om sin överkänslighet.

- Vid dokumentation i datajournal ska det tydligt framgå en markering med ”VARNING” att patienten har en särskild överkänslighet.
- Vid lindrigare art eller ej fastställd överkänslighet kan angivet ämne/preparat tecknas på ”VARNING” med hänvisning till journalanteckning.
- Tjänstgörande sjuksköterska som tar emot information om eventuell överkänslighet ansvarar för att detta dokumenteras och att berörd vårdpersonal blir informerad.
- Ordinationshandling ska markeras med VARNING antingen för hand med rödpenna eller med röd stämpel (SOSFS 2008:14).

12. Muntlig/telefon ordination

- Får användas vid tillfälle då patienten behöver omedelbar behandling.
- Tjänstgörande sjuksköterska ska ta emot ordinationen, skriva den på ordinationshandling, där även datum, tidpunkt, fullständigt namn på ordinerande läkare och mottagande sjuksköterska ska signera.
- Utöver ovanstående ska tjänstgörande sjuksköterska dokumentera de uppgifter som ska dokumenteras på en ordinationshandling.
- Fax med signerad ordination och namnförtydligande ska om möjligt följa ordinationen eller en signerad journalanteckning som skickas snarast.
- På särskilda boende signerar läkare i efterhand.
- Alla ordinationer/ändringar ska skrivas med arkivbeständigt bläck.

13. Förvaring

Läkemedel ska förvaras enligt tillverkarens anvisningar på förpackningarna. *Vid behov se läkemedelsverkets skrift, Svensk läkemedelsstandard 2015.1 Förvaring, märkning, lagrings- och användningstider för läkemedel.* Läkemedel ska förvaras oåtkomligt för obehöriga. När kommunens hälso- och sjukvård har övertagit ansvaret för hela läkemedelshantering i någon av kommunens

verksamheter ska dessa förvaras i låsbart skåp, i patientens lägenhet alternativt i låst läkemedelsrum.

13:1 Förvaring av läkemedel i ordinärt boende

I det ordinära boendet ansvarar den enskilde själv för säker förvaring av läkemedel. Då kommunens hälso- och sjukvård övertagit ansvaret för läkemedelshantering ska låst skåp användas. Kodlås med kommunövergripande kod bör eftersträvas. Den enskilde ansvarar för att köpa hem detta. Om läkemedlet av någon anledning inte kan förvaras hos patienten ska detta klart framgå och dokumenteras i patientens hälso- och sjukvårdsjournal. Även vem som gjort överenskommelsen ska dokumenteras. Beslutet ska kontinuerligt utvärderas och omprövas.

- Om läkemedel inte får plats i låst skåp hos patienten får prioritering göras vilka läkemedel som måste låsas in i förhållande till narkotiska preparat och stöldbegärlighet. Pågående dosett och dosrulle som vårdpersonal hanterar ska alltid vara inlåst. Strävan ska alltid vara att samtliga läkemedel förvaras inlåsta.

13.2 Förvaring av läkemedel i särskilt boende oavsett lagrum (SoL, LSS)

- Vid förvaring i patientens läkemedelsskåp ska aktuella läkemedel samt vid behovsläkemedel förvaras separerade i märkta plastbackar.
- Brytdatum ska skrivas på insulinpennor, flytande, ögondroppar och salvor eller annat läkemedel för utvärtes bruk. Ska även märkas med patientens namn och personnummer. Etikettskrivare bör finnas.
- Ej aktuella läkemedel ska i första hand kasseras. I de fall läkemedel inte ska kasseras ska dessa förvaras i försluten påse märkt - inaktuella läkemedel.
- Stora mängder narkotika klassade/stöldbegärliga preparat ska förvaras med restriktivitet i patientens skåp. Lämpligt är att förvara som mest 14-dagarsförbrukning i patientens skåp, den större mängden förvaras i läkemedelsförråd på sjuksköterskeexpeditionen i märkta boxar.

13:3 Samlat läkemedelsförråd

- Endast i undantagsfall, vid speciella omständigheter, exempelvis vid risk för inbrott i låst skåp, ska individuellt förskrivna läkemedel förvaras i samlat läkemedelsförråd.
- Läkemedel i samlat läkemedelsförråd ska förvaras åtskilda från basläkemedelsförrådet.
- Läkemedel ska förvaras i plastbackar märkta med patientens namn och personnummer.

- Anledningen till att läkemedlen inte kan förvara hos patienten ska klart framgå och dokumenteras i patientens hälso- och sjukvårdsjournal. Även vem som gjort överenskommelsen ska framgå av berörd sjuksköterska. Beslutet ska kontinuerligt utvärderas och omprövas.

13:4 Kylskåp

- Läkemedel som kräver kylförvaring och behöver förvaras ute hos patient förvaras i låst läkemedelslåda i patientens kylskåp. Temperaturkontroll och dokumentation av temperaturen ska ske regelbundet. Minimum 1 gång/vecka.

13:5 Krämer salvor mm

- Efter riskbedömning kan mjukgörande krämer/salvor, som används regelbundet, i begränsad omfattning, förvaras utanför låst skåp. Detta gäller även för större skrymmande förpackningar med bulkmedel.

14. Iordningsställande, administrering och överlämnande av läkemedel

Iordningsställande av läkemedel = Färdigställande av ett ordinerat läkemedel inför administrering

Administrering av läkemedel = tillförsel av läkemedel till kroppen

Överlämnande av läkemedel = läkemedel som lämnas till patient själv eller till en tredje person som administrerar läkemedlet

Läkemedel ska iordningsställas av sjuksköterska. Undantaget är de läkemedel som måste iordningställas i direkt anslutning till administrering vilket efter riskbedömning kan utföras av delegerad vårdpersonal. All iordningsställande, administrering eller överlämnande av läkemedel ska ske efter läkemedelsordination där det framgår vem som ordinerat samt datum för ordination.

Delegering av läkemedelshantering får endast ske om det är förenligt med god och säker vård. V.g. se rutin för delegering.

14:1 Hygieninstruktioner

- Vid all tillredning av läkemedel är det viktigt att arbetet sker aseptiskt så att risken för kontamination av läkemedlet minimeras.
- Personalen ska aldrig ta läkemedel direkt i handen. Använd läkemedelsmugg, läkemedelssked eller engångshandskar (som ska bytas innan).

- Utför noggrann desinfektion av händerna före all hantering av läkemedel.
- Använd handdesinfektionsmedel före och efter överlämnande av läkemedel.
- Se till att handdesinfektion finns lättillgängligt där läkemedel hanteras.
- Utför regelbunden städning där läkemedel förvaras och hanteras.

14:2 Kontroll vid iordningsställande av läkemedel

Den som iordningsställer läkemedlet ska mot den dokumenterade ordinationen kontrollera:

- patientens identitet
- läkemedelsnamn eller aktiv substans
- läkemedelsform
- läkemedlets styrka
- dosering
- administreringsätt
- administreringstillfällen

14:3 Rimlighetsbedömning

Den person som iordningställer ett läkemedel ska enligt gällande författning göra en rimlighetsbedömning av såväl den ordinerade som den iordningställda dosen.

Detta ställer höga kunskapskrav i de fall administrering av läkemedel delegeras till vårdpersonal.

14:4 Märkning av iordningsställda läkemedel

Ett iordningsställt läkemedel som inte administreras eller överlämnas omedelbart till patient ska märkas enligt följande:

- patientens identitet
- läkemedelsnamn eller aktiv substans
- läkemedlets styrka
- tidpunkten för iordningställandet
- tidpunkten för administreringen eller överlämnandet om det inte tydligt framgår av ordinationshandling
- vem som har iordningställt läkemedlet
- övriga uppgifter som kan behövas för en säker hantering av läkemedlet

14:5 Dosettindelning

- **Dosettindelning ska utföras av sjuksköterska** och får endast delegeras i undantagsfall efter samråd med MAS vid oundgängligt behov.
- Läkemedel delas enligt läkares/förskrivares ordination från originalhandling och ur originalförpackning för högst 14 dagar.
- Varje patient ska ha tre dosetter märkta 1, 2, 3. Således delas två dosetter var fjortonde dag och en dosett är pågående.
- Administrering sker ur dosetterna i nummerordning 1, 2, 3.
- Patientens identitet, läkemedlets namn, styrka och läkemedlets form, dos och doseringstidpunkt ska överensstämma med ordinationen.
- Dosetten ska vara märkt med patientens namn och personnummer.

14:6 Dosdispenserade läkemedel

Målsättningen är att de patienter som omvårdnadsansvarig sjuksköterska, i samråd med läkare finner lämplig, ska ha sina läkemedel dispenserade i påsar. En förutsättning är att patientens läkemedel är stabilt.

- Dosleverantör ansvarar för att innehållet i obruten förpackning är riktig.
- Sjuksköterska ansvarar för att, vid all leverans av dosrullar, kontrollera första dygnet mot ordinationshandling så att innehållet i påsarna överensstämmer med gällande ordination. Anledningen till att inte dosreceptet ska användas är för att detta är att likställa med ett recept. Läkemedel som inte längre är ordinerade på ordinationshandling kan finnas kvar på dosreceptet.
- Vid varje leverans av dosrullar medföljer ”beskrivning av dina läkemedel”. På baksidan alternativt underst på sidan finns recept med kort giltighet. Sjuksköterska som packar upp leverans av rullar ansvarar för kontroll om läkemedel behöver förnyas och ansvarar för att förmedla detta till ordinerande läkare. I Pascal framgår även en påminnelse i form av en flagga, 11 veckor innan giltigheten går ut.
- Vid kontroll ska hela ordinationshandlingen kontrolleras för att ha kontroll över läkemedel som ska administreras utanför dospåsarna i stående originalförpackning. Sjuksköterskans kontroll av dosrullar signeras.
- Vårdpersonal som är trygga med uppgiften, får dela ut dosrullarna, efter att tjänstgörande sjuksköterska kontrollerat första dygnet. Detta signeras på signeringslista.

- Delar sjuksköterska ut dosrullen till patienten signeras detta på signeringslista.
- Vid läkemedelsändringar till patienter med dosdispenserade läkemedel ska i första hand tilläggsdoser beställas.
- Måste påsarna brytas ansvarar den sjuksköterska som bryter påsarna, för innehållet samt för att ordinationen följs. Dokumentation ska ske på såväl påsarna som i journalen.

15. Administrering

Läkemedel ska iordningställas, administreras/överlämnas och intas i den enskildes bostad. Avsteg från detta kan göras i enskilda fall om patientens tillstånd eller då förutsättningar finns för att läkemedel bör intas på annan plats. Detta bestäms i samråd med omvårdnadsansvarig sjuksköterska och ska dokumenteras i hälso- och sjukvårdsjournalen i vårdplan, ordination läkemedel.

Läkemedelsbehandling under tvång är inte tillåten. Även en person med kognitiv funktionsnedsättning måste respekteras. För livsnödvändiga läkemedel t.ex. hjärtmedicin eller insulin ska särskilt ställningstagande tas av sjuksköterska som i sin tur vid behov konsulterar läkare.

15:1 Administrering/överlämnande av läkemedel till patient

Den som administrerar eller överlämnar ett läkemedel till en patient ska utföra kontroller mot aktuell ordinationshandling:

- patientens identitet
- läkemedelsnamn eller aktiv substans läses samtidigt som antalet läkemedel kontrolleras
- läkemedelsform
- läkemedlets styrka
- dosering
- administreringsätt
- administreringstillfällen

Vid kontinuerlig infusion ska kontroller utföras återkommande samt vid varje tillfälle som ansvaret av administrering byter personal.

15:2 Krossade läkemedel

- Om en patient har svårt att svälja läkemedel bör i första hand beredningsformen ändras. Kontakt ska då tas med sjuksköterska för fortsatt ställningstagande och konsultation med läkare.

- Tjänstgörande sjuksköterska tar ställning till om läkemedlen får krossas.
- Vilka preparat som kan krossas finns att läsa om i apotekets hemsida ”Sväljes hela”. En nyare hjälp kring läkemedelshantering är appen *Stöd vid läkemedelshantering* som region Skåne står bakom. Kan laddas ner i App Store eller Google Play.
- Sjuksköterska tar ställning till vilka läkemedel som får krossas samt dokumenterar detta i hälso- och sjukvårdsjournalen i vårdplan ordination läkemedel.

15:3 Flytande läkemedel

- Iordningsställande av flytande läkemedel får endast i undantagsfall delegeras om det är förenligt med god och säker vård för patienten, samråd med MAS. I vårdplan ordination läkemedel ska eventuella risker som är förenade med hanteringen dokumenteras.
- Vid de tillfälle delegering inte är lämpligt ska sjuksköterska iordningställa flytande läkemedel i medicinkopp, glas eller liknande. Se rubrik märkning ovan.
- Flytande läkemedel som förvaras inne hos patient och som behöver förvaras kallt, förvaras uppdelade i koppar, i låst läkemedelslåda i patientens kylskåp.

15:4 Smärtplåster

- Plåstret märks med datum då det administreras samt dokumenteras i hälso-och sjukvårdsjournalen. Skriv inte direkt på plåstret. Skriv på den kirurgiska tejp.
- Täck inte över smärtplåster med t ex Tegaderm. Om man måste fästa så gör detta med kirurgisk tejp i kanterna.
- Vårdpersonalen ombeds att dagligen kontrollera att plåstret sitter kvar.
- Narkotikajournal ska föras på plåster med narkotiska/stöldbegärliga preparat.
- Om administrering av plåster är delegerat till vårdpersonal ska kasserade plåster klistras upp på avsedd blankett, kassation av smärtplåster. Datum och signatur ska skrivas av vårdpersonal i rutan där kasserat plåster tejpas upp.
- Sjuksköterska som kontrollerar att antalet kasserade plåster stämmer med antalet utlämnade plåster/narkotikajournal.
- Skriv gärna in ”kontrollerat t o m” i patientens journal då sjuksköterskan kontrollerat använda plåster på A4-arket.
- Kasserade plåster återlämnas till apoteket.

15:5 Injektionsläkemedel

- Den person som genomför administreringen ska alltid själv kontrollera hur läkemedel ska administreras samt genomföra en bedömning om patientens tillstånd är förenligt med det läkemedel som ska administreras.
- Vilken metod som ska användas vid läkemedelsadministration ska finnas med i ordinationen.
- Kvarsittande uppdragningskanyl ska inte förekomma i läkemedelsförpackningen.
- För injektionsläkemedel gäller – i de fall administreringen inte sker i direkt anslutning till iordningställandet – att sprutan märks enligt gällande författning se rubrik märkning.
- Om patienten ska ges fler än ett injektionsmedel vid ett och samma tillfälle, ska varje spruta märkas enligt gällande författning se rubrikmärkning.
- Administrering av subcutan injektion i för fylld spruta kan delegeras till vårdpersonal i undantagsfall vid oundgängligt behov efter utförd riskbedömning av patientsäkerheten samt kontakt med MAS.

15:6 Läkemedel som administreras via sond

- Ansvarig läkare tar ställning till om vilka läkemedel eller beredningsform som kan ordineras. Rådgör med ansvarig läkare vilka tabletter som kan lösas i vatten.
- Spola sonden med 20-50 ml vatten före och efter tillförsel av läkemedel. Spola vatten mellan varje läkemedel om fler läkemedel administreras. Anpassa vattenmängden efter sondens storlek och längd.
- När läkemedel ska ges i sond ska preparaten lösas i vatten ges var för sig. Anledningen till detta är att krossade läkemedel som löses i vatten och blandas kan ge kemiska reaktioner så att läkemedlens effekt uteblir eller förändras.
- Märk upp sprutor i lämplig storlek med läkemedels namn.
- Ca 5 minuter innan administrering löses tablett upp i avsedd spruta eller medicinkopp med liten mängd vatten. Tänk på att denna mängd vatten kan påverka mängden vätska patienten är ordinerad.
- Efter administrering sköljs sprutorna noga och förvaras i kyl till nästa administrering.
- Sprutorna får inte användas längre än en vecka. Ska därefter bytas.

16. Vaccinationer

Läkare ordinerar vaccinationen. Huvudregel bör vara att vaccination ska ske med läkare närvarande. Om så inte är fallet ska läkare och sjuksköterska vara överens om förfarandet och för hur sjuksköterska kan nå läkare vid eventuella komplikationer eller frågeställningar.

Före vaccination ska åtgärder vidtas i enlighet med socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1999:26) om att förebygga och ha beredskap för att behandla vissa överkänslighetsreaktioner.

Den vaccinerade ska övervakas 30 minuter efter vaccinering.

17. Oxygenbehandling

Oxygen räknas som medicinsk gas och ska ordineras av läkare. Läkaren anger behandlingstid och mängd.

Se i övrigt Vårdhandboken under Oxygenbehandling.

18. Naturläkemedel

Naturläkemedel är en grupp läkemedel för egenvård som bedömts och godkänts av läkemedelsverket i enlighet med gällande läkemedelslagstiftning. Okända interaktioner med övrig medicinering kan förekomma. Sjuksköterskor ska arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Naturläkemedel faller inte inom denna ram. Om läkemedlet är ordinerat av läkare är det att beakta som hälso- och sjukvård och ska då följa de riktlinjer som gäller för övriga läkemedel.

19. Cytostatika

Hantering av cytostatika och cytotoxiska läkemedel ska alltid ske så att patient, personal och omgivning skyddas mot exponering. Arbetsgivaren har det yttersta ansvaret för arbetsmiljön enligt föreskrifterna om systematiskt arbetsmiljöarbete (AFS 2001:1).

Ska cytostatikan hanteras och administreras av annan vårdgivare ska tydliga instruktioner för hantering och administrering medfölja ordinationen. Sjuksköterska som tar emot patient med cytostatika ansvarar för att denna information medföljer ordinationen.

Nedanstående rutiner är rekommendationer.

19:1 Peroral cytostatikabehandling

Behandling sker ofta i kurer om 14 dagar med en veckas uppehåll (cancerbehandling för bröst och mag-tarm). Kurernas antal varierar. Under denna tid kan patienten beräknas vara kontaminerad hela tiden.

- Använd handskar samt, vid uttag ur flerdosförpackning sked, vid iordningställandet.

- Tablett får inte delas, krossas eller blandas med vätska
- Använd engångs plastförkläde och armskydd eller skyddsrock/engångs plastförkläde med lång ärm vid hantering av mixturer

Nedanstående gäller för både tablett och intravenösa behandlingsmetoder.

19:2 Riskbedömning

Cytostatika kan utsöndras flera dagar efter det att läkemedlet givits. Olika medel har olika utsöndringstider. Detta innebär att urin, avföring, kräkningar, blod och svett kan innehålla läkemedel i flera dagar. Läkemedlets koncentration varierar och det är framförallt urinen som innehåller större mängd cytostatika. För att praktiskt underlätta omhändertagandet, betraktas generellt att cytostatika utsöndras 7 dygn efter given cytostatikabehandling.

Vid kontakt med utsöndringar/kroppsvätskor ska alltid basala hygienrutiner tillämpas: Handhygien, handskar, och engångs plastförkläde. Samt tillägg av engångs armskydd.

19:3 Hygienrutiner

Handhygien

Handtvätt med flytande tvål och vatten. Torka händerna torra. Därefter handdesinfektion. Handtvätt avlägsnar läkemedelsrester – handdesinfektion avlägsnar mikroorganismer.

Tvätt från vårdtagare med cytostatikabehandling

Klassificeras som risktvätt om tvätt förorenats av större mängd utsöndring inom 7 dygn efter cytostatika givits (t ex kräkning i säng). Tvättas omedelbart i tvättmaskin. Om detta inte går ska det förslutas i plastpåse fram tills tvätt kan ske. Tvättas på vanligt sätt.

Vid bäddning och omhändertagande av sängkläder ska arbete ske på sådant sätt att sängkläder inte skakas och ”uppvirvling” sker.

Utsöndring

Vid illamående används ”kräkpåse”.

Utsöndringar från kräkpåse, blöja, tömd urinpåse etc. läggs i plastpåsar som knyts ihop och läggs därefter i hushållsavfall.

Lock ska alltid användas till bäcken eller urinflaska

Häll ut i toalettstol och fäll ned locket vid spolning för att undvika stänk.

Bäcken och urinflaska bör rengöras och desinfekteras i spol- och diskdesinfektor.

Spill av kroppsvätskor på ytor och föremål

Torka genast upp ev. spill och rengör ytan noga. Torka utifrån och in för att minska ytan som kontamineras. Använd engångsmaterial att torka upp med. Använt engångsmaterial läggs i plastpåse som försluts, läggs därefter i hushållsavfall.

Punktdeinfektion ska göras efter rengöring.

För mer information se vårdhandboken.

20. Vid behovs läkemedel

Patientansvarig läkare ska med bistånd av sjuksköterskan så långt det är möjligt försöka förutse komplikationer i patientens behandlingsplan och därvid ordinera s.k. ”vid behovs läkemedel”. Då ”vid behovs ordinationer” förekommer ska speciell signeringslista finnas.

- Vid behovs läkemedel får tas ur originalförpackning, av vårdpersonal, först efter att tjänstgörande sjuksköterska konsulterats. Anledningen att ta ur originalförpackning är för att säkerställa läkemedlens utgångsdatum samt för att undvika förväxling hos patienter med mer än ett läkemedel vid behov.
- Vårdpersonalen dokumenterar i Hälso- och sjukvårdsjournal i Procapita under sökordet iakttagelse vårdvårdpersonal, på avsedd signeringslista samt i narkotikajournal till patienter med narkotiska preparat.
- Effekten av given vid behovs medicinering dokumenteras av vårdpersonalen samt sjuksköterskan.
- Konsulterad sjuksköterska dokumenterar alltid sitt ställningstagande i hälso- och sjukvårdsjournalen.
- Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar för att följa upp behandling av vidbehovsläkemedel regelbundet och informera patientansvarig läkare vilket ska framgå i dokumenterad vårdplan i hälso- och sjukvårdsjournalen under ordination läkemedel.
- Om vidbehovsläkemedel i särskilda fall har delats i läkemedelspåse ska det på påsen stå angivet patientens identitet, preparatets namn, styrka, beredningsform, hållbarhetsdatum och batchnummer. Hållbarheten är begränsad till 2 veckor såvida inte tablettorna ligger kvar i blisterförpackning, då är hållbarheten densamma som står angivet på blisterförpackningen.

21. Akut behov av läkemedel i särskilda fall

Vid de flesta tillstånd då akut medicinering behöver ges hänvisas till gällande allmänna läkemedelsriktlinjer. Undantag gäller då patienten i särskilda fall: befinner sig i sådant tillstånd att läkemedel måste ges

akut för att inte förvärra patientens tillstånd, exempel på dessa tillstånd är:

- Patient med epilepsi som står på kramplösande klymsa vid behov.
- Patient med risk för att utveckla anafylaktisk reaktion och som är ordinerad EpiPen vid behov.
- Patient med diabetes som pga. lågt blodsocker är medvetande sänkt och som är ordinerad glukagon vid behov.
- Patient med kärlekskramp som är ordinerad någon form av nitroglycerinpreparat vid behov.

Vid dessa och liknande tillstånd kan läkemedel administreras och därefter kontaktas tjänstgörande sjuksköterska. Det är av vikt att sjuksköterska kontaktas för att kunna dokumentera, samt för att vid behov, kunna göra ett uppföljande besök hos patienten. Vårdpersonalen dokumenterar under hälso- och sjukvård.

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar för att vårdplan upprättas. I planen ska det tydligt framgå vad vårdpersonal ska observera vid administrering samt vid vilka tillfälle sjuksköterska ska kontaktas.

Enhetschef på berörd enhet ansvarar för att all vårdpersonal som ska arbeta på enheten kontaktar omvårdnadsansvarig sjuksköterska för information innan första arbetspasset. Detta gäller även vårdpersonal utan läkemedels delegering.

22. Antikoagulantia

Verkar antingen genom att minska blodplättarnas förmåga att klumpa ihop sig eller genom att på olika sätt påverka bildningen av de ämnen som blodproppen byggs upp av. Vilket läkemedel läkaren väljer beror på sjukdomsbild.

22:1 Vårdplan antikoagulantia behandling

Planen fylls i av sjuksköterska samt bifogas ordinationshandling för att ge vårdpersonal information/handledning då en patient behandlas med blodförtunnande läkemedel

22:2 Waran

- Tablett Waran delas i enskild blå dosett alternativt små dosetter och signeras separat på signeringslista.
- Warandosetter köps in av verksamheten, märks med verksamhetens namn och utlånas till patienterna. Warandosetter dosetter hanteras enligt gällande rutin för röda dosetter märkt 1,2,3 osv

- Waran behandling dokumenteras av omvårdnadsansvarig sjuksköterska i hälso- och sjukvårdsjournalen, under fliken ”observera”.
- Aktuell waranordination ska förvaras tillsammans med övriga ordinationshandlingar.
- Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar för att vårdplan upprättas och förvaras i anslutning till ordinationshandling. I planen ska det tydligt framgå vad vårdpersonal ska observera vid behandling av Waran samt vid vilka tillfälle sjuksköterska ska kontaktas.
- Vid ändring av ordination ansvarar tjänstgörande sjuksköterska för att ändring utförs, dokumenteras samt för överrapportering till omvårdnadsansvarig sjuksköterska.

22:3 NOAK – Nya Orala Antikoagulantia

- Tablett NOAK delas tillsammans med övriga läkemedel i dosett. NOAK kan även förekomma som dosdispenserade läkemedel eller i originalförpackning.
- NOAK behandling dokumenteras av omvårdnadsansvarig sjuksköterska i hälso- och sjukvårdsjournalen, under fliken ”observera”.
- Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar för att vårdplan upprättas och förvaras i anslutning till ordinationshandling. I planen ska det tydligt framgå vad vårdpersonal ska observera vid behandling av NOAK samt vid vilka tillfälle sjuksköterska ska kontaktas.

23. Narkotika

Dagsaktuell lista över narkotiska preparat finns i söktjänsten, Läkemedelsfakta på Läkemedelsverkets hemsida:
<http://www.lakemedelsverket.se/LMF/>

23:1 Avräkningsjournal

I särskilda boendeformer, ordinärt boende samt i basläkemedelsförrådet ska narkotikaklassade läkemedel samt övriga läkemedel som bedöms kunna vara stöldbegärligt förs avräkningsjournal. En journal ska finnas för varje preparat.

- Narkotikajournalerna förs av alla tjänstgörande sjuksköterskor som administrerar preparatet. Narkotikajournal förs även av delegerad vårdpersonal som efter kontakt med tjänstgörande sjuksköterska administrerar narkotiska preparat vid behov.
- Kontrollräkning ansvarar omvårdnadsansvarig sjuksköterska för. Samtliga narkotikajournaler ska kontrollräknas en gång per månad. Även till de läkemedel som ges vid behov.

Narkotikajournal ska även kontrollräknas efter behandlingens slut, vid flytt till annan vårdenhet eller då patienten flyttar/avlider. Sjuksköterska eller då detta ej är möjligt, undersköterska, kontrasignerar vid kontrollräkning.

- Avvikelser vid kontrollräkning ska omgående rapporteras till enhetschef för sjuksköterskor samt enhetschef i berörd verksamhet som påbörjar utredning. Därefter informeras områdeschef och MAS.
- Narkotikajournalen till basläkemedelsförrådet arkiveras i 10 år på arbetsplatsen. Enskild patients narkotikajournal arkiveras i patientjournalen i 10 år.
- När behandling med narkotiska preparat är avslutad ska sjuksköterska efter avräkning erbjuda sig att ombesörja att resterande läkemedel återlämnas till apoteket.

23:2 Dosdispenserade läkemedel

- Skyldigheten att notera narkotikaförbrukningen gäller inte för dosexpedierade läkemedel.

23:3 Glasampull

Vid uppdragning av narkotiskt preparat från glasampull ska rest kasseras.

Exempel: Uppdragning av ordination 0,6 ml. I narkotikajournalen registreras 0,6 ml på patienten och 0,4 ml registreras som kassation. Resten får inte dras upp i spruta och användas vid senare tillfälle.

24. Signering

- Signering sker digitalt i e-läkemedel.
- Signeringslista upprättas efter aktuell ordinationshandling av sjuksköterska.
- På signeringslistan signerar den/de personer som överlämnat läkemedel till patienten.
- Dosering ska inte finnas med på signeringslistan.
- Vid mer än en sort av samma preparat skrivs preparatets namn på listan. Exempelvis ögondroppar, bulkmedel eller insulin.
- Insulin signeras på ”egen” lista.
- Vidbehovsläkemedel signeras på särskild ”vidbehovs-lista”.
- Läkemedelshantering, iordningsställande och administrering som utförs av sjuksköterska ska dokumenteras i journalen.
- Signering av dosrullar var god se punkt 14:6 Dosdispenserade läkemedel.

- På signeringslista avsedd för läkemedel får inte signering av andra uppgifter finnas. Ex. Sondmat, såromläggning eller träning. Dessa signeras på separat lista.

25. Generika, likvärdigt generiskt läkemedel

Då apoteket enligt lag (2002:160) om läkemedelsförmån har rätt att byta ut läkemedel till ett billigare likvärdigt preparat, innebär det inte att ordinationen har ändrats.

- Tjänstgörande sjuksköterska ansvarar för kontroll av utbytt läkemedel då det kommer från apoteket.
- Sjuksköterskan skriver till det utbytta läkemedlet på ordinationshandlingen då det gäller läkemedel som delegerad vårdpersonal tar ur originalförpackning. Exempel är ögondroppar och vid behovsläkemedel.

26. Korttidsboende/växelvård

- Vid korttidsboende/växelvård ska aktuell läkemedelslista dvs. den som behandlande läkare ansvarar för, alltid medfölja patienten oavsett om denne kommer från sjukhuset eller från hemmet.
- Vid de fall då vårdpersonalen överlämnar läkemedel på delegation av sjuksköterska ska dosetten vara i ordningsställd av sjuksköterskan på boendet alternativt sjuksköterska i hemsjukvård.
- Aktuella läkemedel i originalförpackning ska skickas med till boendet.
- Vid dosdispenserade läkemedel behöver endast de mediciner som ges vid behov samt som stående originalförpackning skickas med i originalförpackning. Aktuell ordinationshandling för dosdispensering ska bifogas.
- Tjänstgörande sjuksköterska på aktuellt boende dokumenterar i patientens hälso- och sjukvårdsjournal hur läkemedel ska hanteras för enskild patient för att säkerställa medicinhanteringen.

27. Överlämnande av läkemedel då patient byter vårdenhet

- Tjänstgörande sjuksköterska på den enhet patienten flyttar från ansvarar för att överrapportera till mottagande vårdenhet.
- Överenskommelse görs om hur läkemedel säkert överlämnas, att narkotika är avräknat med kontrasignering samt att ordinationshandlingar och läkemedel är aktuella.

- Tjänstgörande sjuksköterska ansvarar även för att inga läkemedel som passerat utgångsdatum skickas med till mottagande enhet.

28. Kasserade läkemedel

Samtliga läkemedelsformer ska kasseras. Kasserade läkemedel ska lämnas in till apoteket i särskild box eller påse.

- Spolvätskor och infusionsvätskor utan aktiv substans kan i allmänhet hållas ut i avloppet. Vid tveksamhet, rådfråga apoteksvårdpersonalen.
- Omhändertagande av cytostatika avfall, ej förbrukad cytostatika och cytostatika kontaminerat avfall ska ske på ett sådant sätt, att vårdpersonal och omgivning i alla hanteringsled skyddas från exponering. I övrigt se ”Cytostatika och andra läkemedel med bestående toxisk effekt AFS 2005:05 samt ”Hanteringsanvisningar för Cytostatika”.

29. Avlidnas läkemedel

- OAS eller tjänstgörande sjuksköterska ansvarar för att ta hand om avlidnas läkemedel vilket ska göras skyndsamt efter dödsfallet.
- Skåpen töms och fram till att anhöriga tillfrågats förvaras läkemedlen i låsbart skåp på sjuksköterskeexpeditionen.
- Erbjud alltid anhöriga att lämna tillbaka läkemedel till apoteket som kasserade läkemedel.
- Läkemedel tillhör dödsboet och går inte att neka utlämning till anhöriga. Detta inkluderar narkotiska preparat. Vi kan förespråka att vi lämnar in narkotiska preparat men vi kan inte kräva det.
- Önskar anhöriga få narkotiska preparat som skrivs i narkotikajournal, avslutas journalen med underskrift från anhöriga samt den sjuksköterska som avslutar narkotikajournalen. Anhöriga ska även informeras om att endast den som fått narkotikapreparat utskrivet av förskrivare får inneha dessa.

30 Läkemedelsgenomgångar

Enligt SOSFS 2012:9 ska en vårdgivare erbjuda de patienter som är 75 år eller äldre och som är ordinerade minst fem läkemedel en enkel läkemedelsgenomgång vid besök hos:

- Läkare i öppen vård

- Inskrivning i slutenvård
- Påbörjad hemsjukvård
- Inflyttning i särskilt boende

Patienterna som är 75 år eller äldre ska dessutom erbjudas en enkel läkemedelsgenomgång minst en gång per år under pågående hemsjukvård eller boende i särskilt boende.

Se även region Skånes riktlinjer kring [Skånemodellen](#)

31. Generella direktiv

Endast läkare får utfärda generella direktiv om läkemedelsbehandling. Generella direktiv om läkemedelsbehandling ska utfärdas restriktivt och omprövas återkommande. Ett generellt direktiv ska vara skriftligt, vara undertecknat av verksamhetschef eller läkare med medicinskt ledningsansvar för respektive vårdcentral och innehålla uppgifter om:

- läkemedelsnamn eller aktiv substans,
- läkemedelsform
- läkemedlets styrka
- dosering
- maxdos
- administreringsätt
- indikationer och kontraindikationer
- antalet tillfällen som läkemedlet får ges utan att en läkare kontaktas

Läkemedel som ordinerats enligt generella direktiv får ges till patient endast efter att tjänstgörande sjuksköterska gjort en behovsbedömning. Sjuksköterska ska följa anvisningar och direktiv som finns för generella ordinationer. Behandlingsanvisningarna ska användas med stor restriktivitet och får inte ersätta kontakt med läkare.

- Alla symtom, bedömning, åtgärder, ordinationer och utdelning av läkemedel samt behandlingseffekter ska dokumenteras i patientens journal.
- Sjuksköterskan ansvarar för att patientansvarig läkare informeras om att behandling enligt de generella direktiven har utförts samt effekten av behandlingen, vilket ska dokumenteras i hälso- och sjukvårdsjournalen.

31. Läkemedelsförråd – kommunal hemsjukvård (basförråd)

I Osby kommun finns basläkemedelsförråd på Rönnebacken och Bergfast.

- Läkemedelsrådet Region Skåne har beslutat att bekosta läkemedel för akut bruk och inledande behandling till personer, både i särskilt boende samt till dem som är berättigade till kommunal hemsjukvård. Meningen är att förråden ska minska antalet akuta ändringar för dospatienter samt att begränsa antalet akutbesök på sjukhus, en fördel för patienterna.
- Se region Skånes samtliga rutiner för läkemedelsförråd.
- Ta del av riktlinje för kommunala basläkemedels förråd.

31:1 Lokal rutin för hantering av basförråd

- Ansvarig sjuksköterska samt ersättare utses av enhetschef för sjuksköterskorna till varje förråd. Ansvariga ska även ha rätt att rekvirera apoteksvaror. Rekvisitionsbehörighet ska finnas på apoteket och en kopia på enheten. Rekvisitionsrätten är tidsbegränsad till ett år och utses av enhetschef för sjuksköterskorna. Blankett finns på Apotekets hemsida ”Ansvar läkemedelshantering”.
- Kod för att kunna beställa ur Apotekets E-handelssystem rekvireras av enhetschef för ssk. Se riktlinje för kommunens basläkemedelsförråd ovan.
- Basläkemedelsförrådet delas in efter administreringsform i tablett, injektion, flytande och förvaras åtskilt från patientbundna läkemedel. De basläkemedel som måste förvaras i kylskåp, ska förvaras på egen hylla märkt basläkemedel. En gång i veckan ska temperatur i kylskåp kontrolleras. (Min och max temperatur är +2°-+ 8° C). Vid behov avfrostas kylan. Städning i samband med övrigt basförråd 1 gång i månaden. Städningen ska signeras på lista som ska förvaras i pärm i basförrådet.
- Pärm för basläkemedelsförrådet ska finnas med narkotikajournaler signeringslista och lista för de läkemedel som ingår i förrådet. Även generella direktiv för de enheter som har en sådan, ska finnas. Den generella listan kan variera beroende på boendets inriktning och dessa listor upprättas i samråd med MAS och ansvarig läkare för boendet/hemsjukvårdsområde. Kopia på blankett vem som ansvarar för förrådet ska finnas i pärmen.
- Sjuksköterska som ansvarar för basläkemedelsförrådet ansvarar för kontroll en gång i månaden då utgångna läkemedel sorteras ut, att tillräckligt med läkemedel finns och att förrådet städas. Utförd kontroll ska signeras på avsedd

lista. Kontrollräkning av narkotika ska kontrasigneras av annan sjuksköterska i gång i månaden. Avvikelser vid kontrollräkning ska skyndsamt rapporteras enhetschef för HSL.

- Ansvarig sjuksköterska deltar vid Region Skånes årliga kvalitetskontroller via web och ansvarar för att eventuella åtgärder följs upp. Tider för kontroller lämnas ut av MAS.

32. Dokumentation

28:1 Läkariournal

De journaler som läkare skriver vid vård och behandling av enskilda, tillhör läkaren eller den organisation denne tillhör (ex. primärvården). Endast läkaren får göra anteckningar i dessa journaler. Sjuksköterskorna i den kommunala hälso- och sjukvården bör dock kunna få tillgång till uppgifter i läkarens journaler om dessa behövs för vårdarbetet. Detta kan ske t.ex. i form av journalkopia, utdrag, medicinsk epikris, utskrivningsmeddelande. Speciellt viktigt är att alltid erhålla skriftliga anvisningar och läkemedelsordinationer.

28:2 Hälso- och sjukvårdsjournal

Sjuksköterskan är enligt Patientdatalagen (SFS 2008:355) skyldig att föra journal. Då omvårdnadsansvarig sjuksköterska har övertagit ansvaret för läkemedelshantering ska detta dokumenteras som vårdplan i patientens hälso- och sjukvårdsjournal. En komplett bild av den enskildes läkemedelsbehandling erhålls i följande journalhandlingar:

- Ordinationshandling/läkemedelslista
- Hälso-och sjukvårdsjournal
- Signeringslista för stående läkemedel
- Signeringslista för vidbehovs-medicinering
- Signeringslista för insulingivning

I patientens journal ska finnas uppgift om vem som är omvårdnadsansvarig sjuksköterska samt ansvarig läkare.

33. Kvalitetssäkring och avvikelser

- Revidering av aktuellt dokument och lokala rutiner ska ske vid behov. Rutiner för läkemedelshantering ska vara kända och tillgängliga för all vårdpersonal.
- Alla åtgärder som rör en viss patient ska kunna identifieras och spåras genom dokumentation. Lista på namnförtydligande av signatur ska finnas vid ordinationshandlingar och signeringslistor, en till varje

patient. Signaturförtydligandet ska följa med övriga dokument vid arkivering.

- Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ska medverka när läkemedelsgenomgång genomförs tillsammans med ansvarig läkare.
- **I samband med hantering av läkemedel kan vissa fel eller försummelse inträffa. Vårdgivaren har en skyldighet att ha lokala rutiner för avvikelshantering (SOSFS 2011:9), Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. En avvikelse är en icke förväntad händelse i verksamheten som medfört eller skulle kunna medfört skada för en patient. Samtliga fel, försummelse, förväxlingar, bristande rutiner etc. gällande läkemedelshanteringen ska anmälas av den vårdpersonal som utfört eller upptäckt handlingen. Avvikelse som rör läkemedelshantering ska dokumenteras och åtgärdas enligt gällande rutin för systematiskt förbättringsarbete.**
- Vårdgivaren ska som ett led i egenkontrollen enligt 5 kapitlet 2§ i socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) säkerställa att hantering av läkemedel genomgår en extern kvalitetsgranskning minst en gång per år. Den sjuksköterska som ansvarar för läkemedelsförrådet ska närvara vid farmaceutens granskning. I den omfattning verksamheten tillåter ska även vårdpersonal samt enhetschef för vårdpersonal, verksamhetens övriga sjuksköterskor samt enhetschef för sjuksköterskor eller MAS delta vid granskningen. Efter utförd granskning upprättas en rapport samt åtgärdsplan som ska arkiveras på enheten i två år.
- Egenkontroll av läkemedelshantering utförs regelbundet enligt gällande rutin. Enligt (SOSFS 2011:9), Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska vårdgivaren utföra systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontrollera att verksamheten bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem.

34. Lagar och föreskrifter som ligger till grund för riktlinjerna

HSL 2017:30 Hälso- och sjukvårdslag

SFS 2010:659 Patientsäkerhetslag

SFS 2008:355 Svensk författningssamling. Patientdatalag.

SOSFS 2008:14 Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården

HSLF-FS 2017:37 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården

SOSFS 1997:14 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård.

SOSFS 2001:16 Socialstyrelsens föreskrifter om kompetenskrav för sjuksköterskor vid förskrivning av läkemedel

SOSFS 1999:26 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om att förebygga och ha beredskap för att behandla vissa överkänslighetsreaktioner

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

SFS 2010:1369 Svensk författningssamling.
Patientsäkerhetsförordning.

AFS 2005:05 Cytostatika och andra läkemedel med bestående toxisk effekt.1



OSBY
KOMMUN

SOCIALFÖRVALTNINGEN

MAS-PÄRM ♦ Riktlinjer för kommunal hälso- och sjukvård

2008-01-02

rev. 2014-07-18

Riktlinjer för hälso- och sjukvård.

Avsnitt 4

Läkemedelshantering



SOCIALFÖRVALTNINGEN

MAS-PÄRM ♦ Riktlinjer för kommunal hälso- och sjukvård

2008-01-02

rev. 2014-07-18

	INNEHÅLLSFÖRTECKNING	SIDA
4.	Läkemedelshantering	3
4.1	Allmänt	3
4.1.1	FASS	3
4.1.2	Läkemedelsboken	3
4.2	Ansvar	4
4.3	När den enskilde själv ansvarar för sin läkemedelshantering	7
4.4	När den enskilde inte kan ansvara för sin läkemedelshantering	8
4.5	Dokumentation	9
4.6.	Delegering	9
4.7	Rutiner	10
4.7.1	Rekvisition	10
4.7.2	Förvaring	11
4.7.3	Hantering av kasserade läkemedel	13
4.7.4	Användningstider för läkemedel i bruten förpackning	14
4.8	Ordination, iordningställande och överlämnande	16
4.8.1	Allmänt om ordinationer	16
4.8.2	Vidbehovs-ordinationer	16
4.8.3	Generella ordinationer	17
4.8.4	Telefonordinationer	17
4.8.5	Uttag och iordningställande av läkemedel	18
4.8.6	Dosdispenserade läkemedel från Svenska Dos AB	19
4.8.7	Överlämnande av läkemedel	19
4.9	Intag av läkemedel	21
4.10	Biverkningar	22
4.11	Rutiner avseende vissa läkemedel	22
4.11.1	Insulin	22
4.11.2	Narkotika - kontrollvaror	23
4.11.3	Cytostatika	24
4.11.4	Blodproppshämmande läkemedel	25
4.11.4.1	Waran	25
4.11.5	Vaccinationer	27
4.11.6	Läkemedel som ges med längre intervall mellan doserna	27
4.11.7	Medicinska gaser	28
4.12	Kvalitetssäkring	29
4.12.1	Inspektion	29
4.12.2	Avvikelsesrapportering	29
4.13	Basläkemedelsförråd	30
4.13.1	Ändamål med basläkemedelsförråd	30
4.14	Sjuksköterskas/distriktssköterskas förskrivningsrätt	31
4.15	Läkemedelsgenomgångar	32
4.15.1	Indikatorer	32
4.15.2	Föreskrifter och allmänna råd om läkemedelsgenomgångar	32
4.15.3	Skånemodell	32
4.16	Regelverk	33

4. Läkemedelshantering – lokala riktlinjer

4.1 Allmänt

Varje kommun skall enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) erbjuda en god och säker hälso- och sjukvård åt dem som bor i särskilda boendeformer, vistas på dagverksamhet eller får hemsjukvård.

Grunden för läkemedelshantering inom den kommunala hälso- och sjukvården är att den ska vara individuellt anpassad till den enskildes sjukdom och personliga förutsättningar.

Inom läkemedelsområdet är behovet av ett nära samarbete mellan den kommunala hälso- och sjukvården och ordinerande läkare synnerligen viktig. Behovet av hjälp med läkemedelshantering växlar starkt från enkel hjälp med medicineringen i hemmet, inköp på apotek till fullständigt omhändertagande av svårt sjuka och kanske förvirrade patienter.

Vårdgivaren har därför ett ansvar att utarbeta klara och entydiga direktiv när det gäller rutiner för läkemedelshantering.

De lokala riktlinjerna för läkemedelshantering bygger i huvudsak på ”Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården” - SOSFS 2001:17.

4.1.1 FASS

FASS – Farmaceutiska specialiteter i Sverige är läkemedelsindustrins gemensamma läkemedelsförteckning och ges ut av Läkemedelsindustri-föreningen, LIF. Fass finns på nätet <http://www.fass.se/LIF/home/index.jsp>
Den finns också att köpa via:
Fass-verksamheten
Läkemedelsindustri-föreningens Service AB
Fax nr: 08 – 462 02 88

4.1.2 Läkemedelsboken

Apoteket producerar [Läkemedelsboken](#) i samarbete med erfarna läkare. Syftet med boken är att ge dig aktuell kunskap om optimal och kostnadseffektiv läkemedelsterapi vid våra vanligaste sjukdomstillstånd.

4.2 Ansvar

Socialnämnden Varje kommun skall enligt Hälso- och sjukvårdslagen erbjuda en god och säker sjukvård. Detta innebär bl.a. att vården skall vara av god kvalitet och tillgodose patienternas behov av trygghet i vården och behandlingen.

Vårdgivaren skall ge skriftliga direktiv och säkerställa att kvalitetssystem innehåller rutiner för läkemedelshanteringen.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS Enligt 24§ Hälso- och sjukvårdslagen skall det finnas en sjuksköterska med visst medicinskt ansvar inom det verksamhetsområde som kommunen bestämmer (MAS), som ansvarar för:

- att det finns sådana rutiner att kontakt tas med läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det,
- att beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med säkerheten för patienterna,
- att anmälan görs till den nämnd, som har ledningen av hälso- och sjukvårdsverksamheten, om en patient i samband med vård eller behandling drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska skall fastställa ändamålsenliga rutiner och entydigt fördela ansvaret för läkemedelshanteringen inom verksamhetsområdet ([SFS 2010:659](#)).

Rutiner och ansvarsfördelning skall dokumenteras i en lokal instruktion för läkemedelshantering ([SOSFS 2001:17](#)).

Masen skall fortlöpande följa upp läkemedelshanteringen inom verksamhetsområdet och säkerställa att rutinerna och ansvarsfördelningen tillgodoser kvaliteten och säkerheten i vården.

Patientansvarig läkare, PAL Patientansvarig läkare ordinerar läkemedel till varje enskild patient, ger anvisningar om patientens vård och behandling samt följer patientens tillstånd om han finner att det behövs. I läkarens ansvar ingår bedömning huruvida den enskilde klarar att själv sköta sina läkemedel. Om så uppenbart inte är fallet, eller om läkaren är tveksam, skall kontakt tas med den patientansvariga sjuksköterskan i den kommunala hälso- och sjukvården. Den patientansvarige läkaren har ett ansvar att samordna patientens vård t.ex. ordinationer från olika läkare.

I patientens journal skall finnas uppgift om vem som är PAL.

SOCIALFÖRVALTNINGEN

MAS-PÄRM ♦ Riktlinjer för kommunal hälso- och sjukvård

2008-01-02

rev. 2014-07-18

Enhetschef	<p>I särskilt boende respektive hemsjukvård ansvarar enhetschefen för:</p> <ul style="list-style-type: none">• att fastställda lokala riktlinjer avseende läkemedelshanteringen är kända och tillämpas,• att personalen fortlöpande får information och utbildning samt skolas in i de tekniker som kommer till användning i läkemedelshanteringen,• att det finns en sjuksköterska som ansvarar för samlat läkemedelsförråd och kontroll av narkotika grupp II-V.• att avvikelser från författningar, lokala rutiner, instruktioner och i övrigt önskade händelser, t ex tillgrepp av läkemedel rapporteras till MAS.
Omvårdnads-ansvarig sjuksköterska, OAS	<p>Den sjuksköterska, som har ansvar för den enskildes vård och omsorg, genomförs, utvärderar effekten av ordinerade läkemedel och behandlingar samt håller erforderlig kontakt med läkaren. Att effekten av ordinerade läkemedel och behandlingar dokumenteras är synnerligen viktig.</p> <p>Sjuksköterskans ansvar omfattar att känna till indikationen för behandlingen, förstå verkningsmekanismerna samt behärska metoder för undervisning av patienten samt i förekommande fall personalen.</p> <p>Huvudregeln är, att sjuksköterskan själv ansvarar för förvaring, iordningställande och överlämnande/administrering av läkemedel till patienten.</p> <p>Sjuksköterskan kan om hon finner det lämpligt och då författningen tillåter delegera enskilda uppgifter i fråga om läkemedelshantering.</p> <p>I patientens journal skall finnas uppgift om vem som är OAS.</p>
Studerande	<p>Studerande som genomgår klinisk praktiktjänstgöring inom hälso- och sjukvården får iordningsställa och administrera läkemedel under tillsyn av leg. sjuksköterska. Den leg. sjuksköterskan har tillsynsansvaret.</p>
Vårdpersonal	<p>Huvuduppgiften för undersköterskor och vårdbiträden är omvårdnad och service. Dessa yrkesgrupper är i den kommunala hälso- och sjukvården inte i grunden att betrakta som hälso- och sjukvårdspersonal.</p> <p>Vid delegering av medicinsk arbetsuppgift som avser läkemedelshantering biträder vårdpersonalen den legitimerade sjuksköterskan och är därmed vid utförandet av den delegerade uppgiften att betrakta som hälso- och sjukvårdspersonal och omfattas då av Patientsäkerhetslagen - SFS 2010:659.</p> <p>Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen bär själv ansvaret för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter.</p>

Farmaceutiskt ansvar Ett nära samarbete med apoteket är av stor vikt.

- apoteket expedierar ordinerade läkemedel enligt recept, ordinationsunderlag eller rekvisitionsblanketter
- apoteket ansvarar för att obrutna förpackningar innehåller rätt läkemedel
- apoteket kan betjäna vissa patienter med dosexpedierade läkemedel – ApoDos
- på uppdrag av vårdgivaren kan apoteket bistå med kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen
- information och utbildning inom läkemedelsområdet är också en del av apotekets verksamhet

En farmaceut ska på kommunens uppdrag inspektera läkemedelshanteringen minst en gång årligen ([SOSFS 2001:17](#))

Osby kommun har tecknat avtal med Apoteket AB om inspektion av kommunens läkemedelsförråd.

4.3 När den enskilde själv ansvarar för sin läkemedelshantering

Patientens ansvar Utgångsläget är att den enskilde själv svarar för omhändertagande och förvaring av de läkemedel som ordinerats denne samt för den egna medicineringen.

Egenvård Som egenvård räknas uppgifter som ansvarig läkare normalt lämnar till patient eller anhöriga att sköta om. Vissa uppgifter av sjukvårdskaraktär, som kan utföras av patienten själv eller anhöriga i hemmet efter enklare instruktion av ansvarig läkare eller sjuksköterska, räknas inte som hälso- och sjukvård utan egenvård.

Exempelvis när en person är helt medveten om sin medicinering - vad gäller läkemedlets art, dosens storlek, tidpunkt för intag och tablettens utseende, men pga något fysiskt handikapp inte själv kan iordningställa sin läkemedelsdos - kan uttag och överlämnande av läkemedel utföras av anställd på den enskildes uppdrag utan formell delegation. Detta förutsätter att vårdtagaren själv verifierar att rätt dos är delad. I dessa fall är uppgiften inte att anses som hälso- och sjukvård utan egenvård.

Det är bara i de fall när den enskilde själv kan ansvara för sina läkemedel som det kan bli fråga om [egenvård](#). I andra fall ska Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd [SOSFS 2000:1](#) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården tillämpas.

Individuella lösningar För att läkemedelshantering ska vara säker, måste den enskildes förmåga att sköta sina läkemedel själv, bedömas individuellt. För att kunna dra gränsen mellan hälso- och sjukvård och egenvård måste som regel patientens ansvarige läkare göra en bedömning av vilka åtgärder som kan anförtros åt patienten eller anhöriga efter enklare instruktion

4.4 När den enskilde inte kan ansvara för sin läkemedelshantering

Då den enskilde inte själv kan förvara sina läkemedel eller klara sin medicinering övertas ansvaret för detta av kommunens personal och följande principer gäller enligt Socialstyrelsens föreskrifter.

Vid stort vårdbehov

En person med gravt nedsatt funktionsförmåga på grund av ohälsa eller sjukdom, som har ett stort vårdbehov och som ofta måste ha total hjälp i sin dagliga livsföring kan i regel inte klara att själv omhänderta och förvara sina läkemedel och inte heller själv klara sin medicinering. I sådan fall får den sjuksköterska, som svarar för personens vård söka finna en praktisk lösning i samråd med behandlande läkare och med närstående. Patientansvarig läkare avgör om kommunen ska ta över läkemedelshantering.

Skulle en enskild patient inte acceptera en läkemedelshantering i enlighet med föreskrifter och kommunala riktlinjer skall patientens önskemål beaktas genom ställningstagande i det enskilda fallet.

Tvång

Läkemedelsbehandling under tvång är ej tillåten. Även en person med ett åldersdement beteende måste respekteras. För livsnödvändiga läkemedel såsom t.ex. hjärtmedicin eller insulin skall särskilt ställningstagande tas av behandlande läkare.

Läkaren

Den enskildes läkare ordinerar och förskriver läkemedel, ger anvisningar om behandlingen samt följer upp patientens tillstånd om han/hon finner att det behövs. Ansvarig sjuksköterska informeras.

Patientansvarig sjuksköterska

Den sjuksköterska som svarar för den enskildes vård ansvarar för att ordinationer och anvisningar genomförs, utvärderar effekten samt håller erforderlig kontakt med läkaren.

Om sjuksköterskan finner det lämpligt, kan han/hon delegera vissa enskilda uppgifter inom läkemedelshantering till annan befattningshavare med reell kompetens.

Omvårdnadspersonal

Den som får i uppdrag att biträda sjuksköterska med hantering av läkemedel omfattas av Patientsäkerhetslagen [SFS 2010:659](#).

4.5 Dokumentation

Läkarjournal De journaler som läkare skriver vid vård och behandling av enskilda, tillhör läkaren eller den organisation denne tillhör (ex. primärvården). Endast läkaren får göra anteckningar i dessa journaler. Sjuksköterskorna i den kommunala hälso- och sjukvården bör dock kunna få tillgång till uppgifter i läkarens journaler om dessa behövs för vårdarbetet. Detta kan ske t.ex. i form av journalkopia, utdrag, medicinsk epikris, utskrivningsmeddelande. Speciellt viktigt är att alltid erhålla skriftliga läkemedelsordinationer och anvisningar.

Omvårdnadsjournal Sjuksköterskan är enligt Patientdatalagen ([SFS 2008:355](#)) skyldig att föra journal.

Då omvårdnadsansvarig sjuksköterska har övertagit ansvaret för läkemedelshanteringen **skall detta antecknas** i omvårdnadsjournalen.

En komplett bild av den enskildes läkemedelsbehandling erhålls i följande journalhandlingar

- ordinationsunderlag/ordinationskort/medicinlista/"gula" listan
- omvårdnadsjournal
- signeringslista för stående läkemedel – bilaga 9
- signeringslista för vidbehovs-medicinering – bilaga 6
- signeringslista för insulingivning – bilaga 14

Vid vård av patienter med stort vårdbehov kan konsulterad läkare delge sjuksköterskan läkemedelsordinationer genom att ordinera och signera i kommunens läkemedelsjournal.

4.6 Delegering

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om delegering förtydligas delegeringsförfarandet ([SOSFS 1997:14](#)).

Eventuell delegering ska ske enligt "Riktlinjer för hälso- och sjukvård – [Avsnitt 9 -Delegering – Medicinrättslig](#)"MAS-pärm.

4.7 Rutiner

Huvudprincip Inom den hälso- och sjukvård som kommunen bedriver är huvudprincipen vid en enskild persons läkemedelsbehandling individuell förskrivning via dosexpedition från apotek, via recept eller enligt ”sjukhemsmodellen” = samlat läkemedelsförråd (Rönnebacken).

**Skydds-
information** En översikt över risker med läkemedelshantering finns i häftet [”Skyddsinformation för hälso- och sjukvårdspersonal vid hantering av läkemedel” från Läkemedelsindustriföreningen \(LIF\)](#)

4.7.1 Rekvisition

Rekvisition av läkemedel sker efter de underlag som läkare utfärdar på journalhandling, läkemedelslista eller via [Pascal](#) samt efter eventuella generella behandlingsanvisningar som läkare utfärdat.

Läkemedelskommittéen i nordöstra Skåne har tagit fram en beställningsblankett för rekvisition till Basläkemedelsförråd som skall finnas på särskilda boenden. Ur detta basläkemedelsförråd kan sedan beredskapsläkare eller annan jourläkare ordinera behövliga mediciner när apoteket är stängt.

Recept Individuellt förskrivna läkemedel på recept som hämtas ut på apotek - vanligen för tre månaders förbrukning.

Dosläkemedel Se avsnitt **4.8.3 Dosdispensering från Apotek – Dosdispenserade läkemedel.**

**Till samlat
förråd** Blanketter erhålls från levererande apotek. De är av två typer:

1. *Läkemedelsrekvisition (vit)*: På denna beställs alla läkemedel med undantag av dem som anges i punkt 2 nedan.
2. *Läkemedelsrekvisition kontrollvaror (gul)*: På denna beställs odenaturerad sprit och narkotika med tecknet ❖ (grupp II och III). Vid beställning av preparat enligt förteckning II och III får endast ett preparat skrivas per rekvisitionsblankett. Mängden narkotika skall förtydligas med bokstäver t ex ”två x tio x en ml. För att underlätta kontrollen av narkotika bör endosförpackning eller tryckförpackning av kontrollvaror (tablett/kapslar) beställas.

Rekvisitionen kontrolleras, dateras och undertecknas av behörig sjuksköterska. I avdelnings/enhetens läkemedelsförråd skall finnas en samlad förteckning över vilka sjuksköterskor som äger rätta att rekvirera läkemedel. Förteckningen skall innehålla namnteckning och namnförtydligande. Kopia på förteckningen skall tillsändas lokalt apotek.

Leverans- kontroll	<p>Vid hämtning på apotek ansvarar Apoteket för att apotekslåda överlämnas till behörig person. Den person som hämtar apotekslådan ansvarar för att läkemedlen överlämnas till en sjuksköterska på avdelningen/enheten.</p> <p>Den sjuksköterska som tar emot läkemedelslådan kontrollerar att apotekslådans plombering är obruten och att de levererade läkemedlen överensstämmer med gjorda beställningar och att läkemedlen omhändertas och förvaras på ett betryggande sätt.</p>
Felaktiga läkemedel	<p>När fel på ett läkemedel upptäcks (t ex fällning, missfärgning) skall kontakt omedelbart tas med levererande apotek. För att felkällan skall kunna spåras måste förpackningen sändas till Apoteket.</p>

4.7.2 Förvaring

Hos den enskilde	<p>När kommunens hälso- och sjukvård har övertagit ansvaret för läkemedelshanteringen ska läkemedlen förvaras i låsbart skåp i var och ens rum/lägenhet. - får inte förvaras i hemtjänstlokal. Endast i undantagsfall skall individuellt förskrivna läkemedel förvaras i samlat läkemedelsförråd.</p> <p>Patientansvarig sjuksköterska ansvarar för att icke aktuella läkemedel avskiljs från de aktuella läkemedlen på ett sådant sätt att förväxling av läkemedlen minimeras. Icke aktuella läkemedel bör returneras till Apoteket.</p> <p>Läkemedlen bör för att undvika förväxling överlämnas och intas i respektive boendes rum/lägenhet</p>
Basläke- medelsförråd	<p>Se under 4.12 Basläkemedelsförråd</p>
Samlat läkemedels- förråd	<p>När individuellt förskrivna läkemedel förvaras i samlat förråd skall de förvaras åtskilda från varandra, t ex i märkta plastbackar för varje enskild person för att förhindra förväxling. Ur säkerhetssynpunkt bör läkemedelsförrådet vara beläget så att arbetet kan utföras i ostört rum med god belysning.</p> <p>Läkemedel placeras lämpligast i bokstavsordning och i tre från varandra skilda grupper:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Läkemedel för injektion2. Övriga läkemedel för invärtes bruk3. Läkemedel för utvärtes bruk
Original- förpackning	<p>Läkemedel ska förvaras i sin originalförpackning</p>

SOCIALFÖRVALTNINGEN

2008-01-02

MAS-PÄRM ♦ Riktlinjer för kommunal hälso- och sjukvård

rev. 2014-07-18

Kall förvaring	Vissa läkemedel kräver kall förvaring (+2° - +8° C). Dessa skall förvaras i låst kylskåp utrustat med termometer. Temperaturen skall kontrolleras 1 gång/vecka och avfrostning göras vid behov. Digital termometer som avläser lägsta och högsta temperatur skall användas. I kylskåp avsett för läkemedelsförvaring får endast läkemedel förvaras. – BILAGA 2
Svalt	Läkemedel som ska förvaras svalt (+8° - +15° C) förvaras vanligen också i kylskåp. Under begränsad tid kan det förvaras i rumstemperatur, men observera då att hållbarheten förkortas
Rums-temperatur	Läkemedel som måste förvaras i rumstemperatur (+15° - +25° C) får förändrad effekt vid förvaring under + 15° C. Temperaturen skall kontrolleras 1 gång/vecka.
Övrigt om förvaring	Hållbarhetstider, effekter m.m. kan påverkas av felaktig förvaring. Det är därför viktigt att följa de instruktioner om förvaring som finns på läkemedelsförpackningen. Omflyttning till annan förpackning är ej tillåten.
Medel för tekniskt bruk	Medel för tekniskt bruk (rengöringsmedel, desinfektionsmedel, reagenser m.m.) <u>får ej</u> förvaras i läkemedelsförråd. Dessa skall förvaras i annat låst utrymme. Medel för tekniskt bruk måste förvaras i originalförpackning.
Sprutor/ kanyler	Sprutor och kanyler skall förvaras inlåsta. De kan förvaras i samma skåp som läkemedel men åtskilda från dessa. Sprutor och kanyler skall förvaras i originalförpackning. LVFS 1995:13
Litteratur/ skrivelser	I läkemedelsförråd kan också förvaras litteratur/skrivelser som direkt berör läkemedelshantering t ex <ul style="list-style-type: none">• Apotekspärm• FASS• http://www.lakemedelsboken.se/• ”Rekommenderade läkemedel”. Läkemedelsrekommendationerna är utarbetade av läkemedelskommittén. De utgör ett bassortiment av kostnadseffektiva läkemedel med goda medicinska och farmaceutiska egenskaper.• Indragningsskrivelser och meddelande från apoteket-• Riktlinjer för dosförpackade läkemedel i Skåne Län
Nycklar	Läkemedel skall förvaras inlåsta. Hantering och förvaring av nycklar till läkemedelsförråd måste vara tillfredsställande. Restriktivitet med antal nycklar ska iakttas. Om nyckel förkommer måste låset bytas.

SOCIALFÖRVALTNINGEN

2008-01-02

MAS-PÄRM ♦ Riktlinjer för kommunal hälso- och sjukvård

rev. 2014-07-18

Förråds-ansvarig sjuksköterska	Det samlade läkemedelsförrådet inkl. basläkemedelsförråd förestås av föreståndare som är tillika leg.sjuksköterska - Bilaga 3. Sjuksköterskan som förestår förrådet ansvarar för: <ul style="list-style-type: none">• ordning i läkemedelsförrådet• regelbunden kontroll av temperatur i kylskåp – Bilaga 2• kontroll av nycklar• åtgärda indragningsskrivelser• att meddelande från Apoteket åtgärdas samt deltar i inspektion från Apoteket• att uppdatera förteckning över de sjuksköterskor som rekviderar läkemedel – se 4.7.1 Rekvisition• informerar övriga sjuksköterskor
---------------------------------------	---

4.7.3 Hantering av kasserade läkemedel

Kasserade läkemedel	Kasserade läkemedel och läkemedelsrester skall returneras till Apoteket i därför avsedd plastpåse ”Riskavfall – kasserade läkemedel”. Om annan än sjuksköterska överlämnar kasserade läkemedel till apoteket, så skall detta ske i plomberad apotekslåda.
Patientbundna läkemedel	Patientbundna läkemedel i patientens medicinskåp eller i samlat läkemedelsförråd som inte längre är avsedda att användas bör pga förväxlingsrisk återlämnas till Apoteket. Eftersom dessa läkemedel ägs av patienten kan detta inte ske utan patientens medgivande. Då patient avlider återlämnas patientbundna läkemedel till Apoteket.

Vid destruktion av läkemedel gäller följande:

- Tabletter, kapslar, stolpiller, salvtuber, astmasprayer, ampuller och mindre injektionsflaskor läggs i för ändamålet avsedd plastpåse. Tomma ampuller och injektionsflaskor kasseras som glasavfall.
- Flytande läkemedel returneras till apoteket.
- Spolvätskor och infusionsvätskor kan i allmänhet hållas ut i avloppet. Vid tveksamhet, rådfråga apotekspersonalen.
- Omhändertagande av cytostatikaavfall, ej förbrukad cytostatika och cytostatikakontaminerat avfall skall ske på ett sådant sätt, att personal och omgivning i **alla** hanteringsled skyddas från exponering. I övrigt se ”Cytostatika och andra läkemedel med bestående toxisk effekt ([AFS 2005:05](#))” samt ”[Hanteringsanvisningar för Cytostatika](#)”.
- Kasserad narkotika skall noteras i narkotikajournal. Kassation av narkotika kan anstå tills den inspekterande farmaceuten kan medverka i destruktion av dessa läkemedel. Vid retur skall ifylld blankett ”Retur av narkotika” medfölja till Apoteket – Bilaga 4. Se även avsnitt **Narkotika – Kontrollvaror**.

4.7.4 Användningstider för läkemedel i bruten förpackning

Den hållbarhetstid som fabrikanter anger på förpackningen avser förvaring av läkemedel i obruten förpackning under ideella förhållanden. Den maximala **användningstiden efter öppnandet** begränsas av både bakteriologiska och kemisk-fysikaliska faktorer, där såväl användningssätt, förpackningsutformning och förvaringsbetingelser inverkar. Nedanstående **exempel** grundar sig till stor del på gällande föreskrifter t ex **Läkemedelsstandard (LS)**. Fabrikantens anvisningar om kortare användningstid skall beaktas.

Obs! Brytningsdatum skall alltid antecknas i samband med öppnandet. Kassera dem sedan efter nedanstående tider om inte annat angetts i märkningen, eller vid utgångsdatum om detta överskrids tidigare.

STERILA LÄKEMEDEL		
Infusions-läkemedel	Infusionsvätskor (med eller utan tillsats)	12 tim
	Infusionskoncentrat rumstemperatur eller kylförvaring	12 tim
Spolvätskor	För packningar märkta "För engångsbruk"	engångsbruk
	Annan användning	24 tim
Injektions-läkemedel	Okoncentrerade (t ex sterilt vatten, rumstemperatur)	12 tim
	Natriumklorid)	eller 24 tim
	kylförvaring	
	Konserverade, till flera patienter (inkl insulin)	7 dagar
	Konserverade, till enskild patient (inkl insulin)	4 veckor
	PPD-tuberkulin	24 tim
Inhalations-läkemedel	Brytampuller	engångsbruk
	Uppdragna sprutor som fyllts på av sjuksköterska	12 tim
Inhalations-läkemedel	Inhalationsvätskor, utspädda	1 månad
	Inhalationsvätskor, spädda och i inhalationsapparat	24 tim
	Inhalationsaerosoler, till enskild patient	6 månad
Dialysvätskor	Peritonealdialysvätskor	engångsbruk
Ögondroppar och ögonsalva	För kirurgiskt bruk eller i skadat öga	engångsbruk
	Flerdosförpackning till flera patienter	7 dagar
	Flerdosförpackning till enskild patient	4 veckor
	Beredning i engångsförpackning	engångsbruk
Örondroppar	För kirurgiskt bruk eller vid skadad trumhinna	engångsbruk
	Flerdosförpackning (m kons)	6 mån
	Flerdosförpackning (u kons), till enskild patient	1 mån
Sterila salvor, liniment m m	För kirurgiskt bruk	engångsbruk
	Flerdosförpackning till flera patienter	7 dagar
	Flerdosförpackning till enskild patient	1 månad

LÄKEMEDEL UTAN STERILKRAV

Näsdroppar vattenbaserade	Okonserverade till patient en behandlingsperiod	högst 10 dagar
Desinfektions- lösningar	Alkoholbaserade (70 %), t ex Klohexidinsprit, M-sprit till flera patienter	1 månad
	Vattenbaserade t ex Alsollösning, Alsolsprit, Klorhexidin- Lösning, Väteperoxidlösning 3 % (till flera patienter)	1 vecka
Krämer, liniment, salvor och geler för utvärtes bruk	Konserverade	6 månader
	Okonserverade, vattenhaltiga i tub pumpburk eller motsvarande	3 månader
	Okonserverade, vattenhaltiga i burk/flaska (kylförvaring)	1 månad
Glidslem för kateterisering och liknande	Okonserverade (kylförvaring)	1 vecka
Övriga magi- strelt förskrivna beredningar	Konserverade	6 månader

Anm. Med magistrelt förskrivna läkemedel förstås extemporeberedningar och lagerberedningar. Med konserverade avses att beredningarna har tillräcklig antimikrobiell effekt eller inte medger tillväxt av mikroorganismer.

4.8 Ordination, iordningställande, överlämnande

4.8.1 Allmänt om ordination

Ordination av läkemedel får endast göras av läkare samt av sjuksköterska med förskrivningsrätt ([SOSFS 2001:16](#)). Huvudregeln är att ordinationen skall vara skriftlig och styrkas med signum. Ordinationen skall omfatta:

- Läkemedlets namn
- Beredningsform
- Styrka
- Administrationssätt
- Dosering i antal/volym
- Doseringsintervall

Stående ordination/ vid behov En stående ordination är antingen en kontinuerlig ordination eller en ordination vid behov och avser en planerad behandling

Tillfällig ordination Med tillfällig ordination avses läkemedel som ordinerats för enstaka behandlingstillfälle.

4.8.2 Vidbehovs-ordinationer

Läkemedel ordinerade ”vid behov” Patientansvarig läkare ska med bistånd av sjuksköterskan så långt det är möjligt försöka förutse komplikationer i patientens behandlingsplan och därvid ordinera s.k. ”vidbehovsmedicin”.
Då ”vidbehovs- ordinationer” förekommer skall speciell ”Vidbehovs-lista” finnas i nära anslutning till patienten – se BILAGA 6.

Då omvårdnadspersonalen anser att behov av aktuell medicin föreligger så skall ansvarig sjuksköterska kontaktas. Sjuksköterskan gör bedömningen om medicinen skall sättas in eller ej. Ansvaret för uppföljning av åtgärden åvilar sjuksköterskan. Patientansvarig sjuksköterska kan vid absolut säker diagnos överlåta bedömningen till omvårdnadspersonalen. Detta skall då klart framgå av aktuell ”vidbehovs-lista” (bilaga 6) samt i förekommande fall endast gälla receptfria läkemedel.

Före överlämnande av ”vidbehovs-läkemedel” ska sjuksköterskan kontrollera läkemedlet gentemot den ordinarie stående läkemedels- ordinationen för att minimera risken att läkemedlet redan finns ordinerat. Speciell uppmärksamhet för generiska läkemedel (likamedel).

4.8.3 Generella ordinationer

Generell ordination

Ordination enligt generella skriftliga direktiv kan utarbetas lokalt för t ex ett särskilt boende eller ett hemsjukvårdsområde. Ansvarig läkare kan i samråd med MAS utarbeta en förteckning som förutom läkemedel, indikationer och kontraindikationer även uppta dosering och maximal dygnsdos – bilaga 12.

- Behandlingsanvisningarna ska användas med stor restriktivitet och får inte ersätta kontakt med läkare om detta är möjligt.
- De läkemedel som finns i denna generella ordinationslista får av sjuksköterska användas enbart vid akut insättande sjukdomstillstånd och enbart på indikationer som preciseras i dessa behandlingsanvisningar.
- De generella behandlingsanvisningarna är inte avsedda att ersätta läkarkontakt utan ska istället ses som ett stöd att i vissa situationer påbörja en behandling innan kontakt med respektive läkare etableras.
- Läkemedel som ordinerats enligt generella direktiv får ges till en patient endast efter att en sjuksköterska gjort en behovsbedömning.
- Tillförsel av läkemedel enligt denna lista sker under sjuksköterskans yrkesansvar.
- Alla symtom, åtgärder, ordinationer och utdelning av läkemedel samt behandlingseffekter ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen.
- Om symtomen inte visar sig vara tillfälliga, skall läkare kontaktas.
- Sjuksköterskan ansvarar för att patientansvarig läkare informeras om att behandling enligt de generella direktiven har utförts.

4.8.4 Telefonordination

Telefonordination

Läkemedel får ordinerats per telefon om den som ordinerar läkemedlet är förhindrad att komma till patienten. Vid ordinationer per telefon skall sjuksköterskan repetera ordinationen för den ordinerade läkaren samt dokumentera och signera i ordinationshandlingen. Även namnet på läkaren som ordinerat läkemedlet och tidpunkten för ordinationen skall anges. Den som ordinerat läkemedel per telefon skall om inte synnerliga hinder finns, i efterhand bekräfta ordinationen med sitt signum.

Bästa möjliga säkerhet nås genom att läkaren faxar en skriftlig ordination.

4.8.5 Uttag och iordningställande av läkemedel

Läkemedel skall iordningställas av sjuksköterska, läkare, receptarie eller apotekare. Som underlag för iordningställandet används ordinationsunderlag eller medicinlista. Aktuellt ordinationsunderlag eller medicinlista skall, där patientbundna läkemedel används, förvaras tillsammans med den enskildes läkemedel. Doseringshjälpmedel (dosett, dosbricka, medicinburk etc) skall märkas med patientens namn och personnummer samt tid för intag.

Den som iordningställer ett läkemedel skall kontrollera patientens identitet, läkemedlets namn, styrka och läkemedelsform samt dosen och doseringstidpunkten mot ordinationshandlingen. Den som iordningställt doserna ansvarar för innehåll och märkning samt signerar på därför avsedd lista. Iordningställandet **skall ske i en lugn och icke störande atmosfär.** Vid iordningställande av läkemedel skall **alltid efterkontroll mot ordinationsunderlaget ske.**

Studerande	Studerande, som genomgår klinisk praktiktjänstgöring inom hälso- och sjukvården får iordningställa och administrera läkemedel endast under direkt tillsyn av leg.sjuksköterska och på dennes ansvar. Studerande i påbyggnads-utbildningar kan dock under eget ansvar få utföra arbetsuppgifter som ligger inom ramen för deras tidigare grundutbildning.
Injektionsläkemedel	Injektionsläkemedel dras upp med ny steril spruta och kanyl vid varje ny injektion. Kvarsittande uppdragningskanyl skall ej förekomma. För injektionsläkemedel gäller – i de fall administreringen inte sker i direkt anslutning till iordningställandet – att sprutan skall vara signerad och märkt med uppgifter om patientens identitet, läkemedelsnamn, styrka och tidpunkt för iordningställandet. Om patienten skall ges fler än ett injektionsmedel vid ett och samma tillfälle, skall varje spruta alltid märkas med signerade uppgifter om patientens identitet samt läkemedelsnamn och styrka.
Flytande läkemedel	Flytande läkemedel t ex Malvitona, Heminevrin, hostmedicin etc som inte skall administreras direkt får iordningställas av sjuksköterska i medicinkopp, glas eller liknande. Märkning enligt ovan inkl. datum för iordningställande. På samma sätt kan läkemedel som ges i form av brustablett iordningställas. Strax före överlämnandet av brustabletten tillförs vatten av den som delegerats överlämnandet.
Delegering	I verksamheter där läkemedel ordinerar på recept eller medicinlista får en sjuksköterska genom delegering överlåta åt en annan befattningshavare att iordningställa och administrera till en patient ordinerat <ul style="list-style-type: none">- receptfritt tarmreglerande läkemedel, och- injektion av insulin med insulinpenna – då blodsockernivåerna är stabila över dygnet- brustabletter och flytande läkemedel – som inte är narkotika, lugnande, sömnmedel, övrig psykofarmaka. Delegering utöver ovanstående ska skriftligt godkännas av MAS.

4.8.6 Dosdispenserade läkemedel från Svenska Dos AB

Kriterier	<p>För att läkaren ska kunna fatta beslut om att sätta in dosexpedition ska nedanstående fyra kriterier vara uppfyllda.</p> <ul style="list-style-type: none">• Patienten behöver hjälp med sin läkemedelshantering.• Andra stöd att klara läkemedelshantering har prövats/övervägts• Grundmedicineringen är stabil.• Läkemedelsgenomgång ska ha genomförts i samband med att patienten sätts in på dosförpackade läkemedel.
Riktlinjer	<p>Se ”Riktlinjer för dosförpackade läkemedel i Skåne Län – BILAGA 5.</p>
Hantering av använda Dospåsar	<p>Dos-påsar innehåller såväl personrelaterade uppgifter som namn på ordinerade läkemedel. Dessa uppgifter är i grunden sekretessbelagda. För patienter som själv sköter överlämnandet av sina läkemedel är det i första hand den enskilde själv som får avgöra hur han/hon vill hantera de förbrukade dos-påsarna. I de fall den kommunala hälso- och sjukvården övertagit patientens läkemedelshantering skall de tomma dos-påsarna kasseras på ett sådant sätt att uppgifterna inte kan åtkommas av obehöriga.</p>
Sjuksköterskas ansvar	<p>Den patientansvariga sjuksköterskan ansvarar för</p> <ul style="list-style-type: none">• att informera patienten och/eller anhöriga om förutsättningarna för att få Dosexpedierade läkemedel• att inhämta patientens eller närmaste anhörigs skriftliga medgivande till att få sina läkemedel Dosexpedierade från Apoteket• följa riktlinjer för läkemedelsgenomgångar• att kontroll sker av ordinationskortet efter ordinationsförändring• att kontrollera levererade veckodosens första dygn mot gällande ordinationskort efter genomförd förändring av ordination –• OBS!! kontrollera även övriga doseringshjälpmedel vid förändringar för att bl.a. förhindra dubbel dispenserering.• att via Pascal beställa ordinerade patientläkemedel som inte kan dosdispenseras av Svenska Dos.• I övrigt följa ”Riktlinjer för dosförpackade läkemedel i Skåne Län” – BILAGA 5.

4.8.7 Överlämnande av läkemedel

Överlämnande av läkemedel skall normalt göras av den sjuksköterska som iordningställt dem, men uppgiften kan delegeras till annan befattningshavare som bedömts ha reell kompetens. Då läkemedel överlämnas av annan befattningshavare efter delegering skall den sjuksköterska som svarar för patientens vård alltid hålla sig informerad om medicineringen och utöva erforderlig tillsyn.

Lägenhet/rum	För att minska risken för förväxling av patient är huvudprincipen att läkemedel skall överlämnas i patientens lägenhet/rum. Undantag från detta kan beslutas av omvårdnadsansvarig sjuksköterska – noteras i omvårdnadsjournalen.
Identitetskontroll	Den som överlämnar/administrerar ett läkemedel <u>skall</u> för att förhindra förväxlingar <u>alltid kontrollera patientens identitet</u> .
Flöde	<ol style="list-style-type: none">1. Vårdtagarens identitet kontrolleras2. Signeringslistan kontrolleras före överlämnandet – för att verifiera att inte läkemedlen redan har överlämnats.3. Före överlämnandet gör delegerad personal en rimlighetsbedömning av läkemedel som dispenserats i förhållande till ordinationslista/signeringslista samt kontrollerar rätt tidpunkt (datum och klockslag) enligt ordination.4. Rikligt med dryck underlättar intag av läkemedel5. Efter överlämnandet signeras signeringslistan.
Signering	Signeringslistan upprättas av sjuksköterska. På signeringslistan signerar den/de personer som iordningställt och/eller överlämnat läkemedel till den enskilde, avvikelser noteras – bilaga 9. Läkemedel givna vid behov antecknas och signeras på särskild ”vidbehovs-lista” – bilaga 6. Signeringslistorna är att anse som journalhandling och får därför inte kastas.
Delegering	Sjuksköterska som ansvarar för vården kan delegera överlämnandet till reellt kompetent omvårdnadspersonal när <ul style="list-style-type: none">• läkemedel iordningställts i patientdoser av en sjuksköterska och som inte är avsett för injektion• läkemedel iordningsställt i patientdoser genom dosdispensering på apotek• läkemedel av tillverkaren färdigställt för att administreras direkt till patienter och som inte är avsett för injektion. Exempelvis; ögondroppar, turbohaler, Durogesicplåster, hormonplåster, Stesolidklymsa och Xylocaingel för kateterisering.
Närstående/anhörig	Anhörig eller annan närstående kan svara för överlämnandet om det bedömts som egenvård. Om anhörig har dispenserat läkemedelsdosen får inte överlämnandet delegeras till omvårdnadspersonalen.

Biverkningar Det är viktigt att man vid all läkemedelshantering observerar tecken på biverkningar och rapporterar gjorda iakttagelser till sjuksköterska. Misstanke om läkemedelsbiverkningar skall meddelas ansvarig läkare. Läkaren bedömer om de rapporterade symtomen kan hänföras till medicineringen och tar ställning till eventuell medicinändring.

Överkänslighet Risk för överkänslighetsreaktioner för vissa läkemedel kan förekomma, se FASS. Då behandling utförs som är förenad med ökad risk för överkänslighetsreaktioner skall behandlande/ordinerande läkare kontaktas för förebyggande instruktioner. Överkänslighetsreaktioner meddelas ansvarig läkare som ombesörjer att detta förs in i läkarjournalen. Intolerans och överkänslighet som innebär allvarlig risk för patientens liv eller hälsa skall markeras i omvårdningsjournalen med ordet ”VARNING” antingen för hand med rödpenna, med röd stämpel ([SOSFS 2008:14](#)).

4.9 Intag av läkemedel

Fördelning över dygnet Läkemedel skall fördelas så jämt som möjligt över dygnet. Särskild uppmärksamhet bör ägnas åt att intervallen mellan dagens sista och påföljande dags första doser inte blir för stort.

Rikligt med vätska Tabletter kapslar och pulver bör alltid intas med riklig mängd vätska och inte i liggande ställning. Många läkemedel kan ge skador i matstrupen om de fastnar där. Personer med sväljningsbesvär bör få sina läkemedel i annan beredningsform t ex lösning eller suppositorium. För att underlätta nedsväljandet av ett läkemedel kan filmjolk eller yoghurt vara ett bra alternativ till vatten.

Krossade läkemedel Saknas alternativa beredningsformer kan tabletter i vissa fall krossas. Rådgör med Apoteket. Delegerad personal kontaktar alltid sjuksköterskan före kross eller öppnande av kapslar. Se förteckning [”Sväljes hela”](#).

Vissa tabletter och kapslar **måste** sväljas hela, p g a att de har en förlängd effekt (ex durretter, retard, prolongatum) eller är överdragna med ett skikt som motstår saltsyra i magsäcken (enterotabletter). Andra **bör** sväljas hela för att de innehåller cytostatika, smakar illa eller av andra skäl.

Om man behöver krossa en tablett används en tablettkross. Denna passar till en engångsbägare. Bägaren bör sedan direkt överlämnas till patienten och tablettkrossen rengöras. Vid all krossning av läkemedel måste allergirisken beaktas, dels genom att det dammar, dels genom att läkemedel kan bli kvar till nästa patient. Framförallt gäller detta antibiotika.

Delade tabletter Tabletter kan behöva delas. Tablettdelare (rekvireras från Apoteket) kan användas för att få en god doseringsnoggrannhet, när halva tabletter ordineras. Tablett som är delad får ej läggas tillbaka i originalförpackning efter uttag.

4.10 Biverkningar

Den som bedriver verksamhet inom hälso- och sjukvården skall till Läkemedelsverket snarast rapportera samtliga allvarliga biverkningar, samtliga oförutsedda biverkningar samt sådana biverkningar som synes öka i frekvens (§§ 10, LVFS 2006:4).

Redan misstankar om läkemedelsbiverkning ska rapporteras till Läkemedelsverket. Rapporteringskravet gäller även biverkningar av naturläkemedel och vissa utvärtes läkemedel.

Läs och följ! Läkemedelsverkets riktlinjer [”Sjuksköterskerapportering av läkemedelsbiverkningar”](#).

4.11 Rutiner avseende vissa läkemedel

4.11.1 Insulin

När en diabetiker inte själv klarar att injicera insulin och inte heller har möjlighet att få hjälp av anhörig eller annan närstående, som lärt sig injicera insulin kan ansvarig läkare bedöma att injektionen skall utföras av hälso- och sjukvårdspersonal. Injektion av insulin är en sjuksköterskeuppgift.

Förvaring Insulinet förvaras i obruten förpackning i kylskåp (temperatur se FASS), fritt från frost och solljus. Påbörjad förpackning eller obruten förpackning kan förvaras högst 1 månad i rumstemperatur (25°) i skydd från solljus. Uppdraget insulin i engångsspruta är hållbart i maximalt 24 timmar.

Sprutor Endast engångssprutor (med orange kanylskydd) som är avsedda för insulin får användas. Dessa skall vara graderade med E (enheter). Sprutan kasseras efter användandet. Spruta märkt i ml får under inga omständigheter användas.

Insulinpennor Insulinpennor används flera gånger och finns i olika utföranden. De laddas med insulinampuller. Inställningen av ordinerad dos görs inför varje injektion. Insulinpennan får endast användas till en och samma person. Pennan kasseras när den är tom.

Administrering/ signering Vid insulingivning i hemmet skall ordinationslista och signeringslista finnas hos patienten. Denna kontrolleras alltid före insulingivningen. Uppdraget dos kontrolleras mot ordinationen. Given dos skall signeras på sign.listan.

SOCIALFÖRVALTNINGEN

MAS-PÄRM ♦ Riktlinjer för kommunal hälso- och sjukvård

2008-01-02

rev. 2014-07-18

Signeringslista Rutin:

- Sjuksköterska upprättar signeringslista enligt bilaga 14
- Rätt överförd ordination ska dubbelsigneras av sjuksköterska för att minimera fel i överföringen
- Sjuksköterskan samlar in signeringslistan efter månadens slut.
- Ny månads signeringslista lämnas ut sista dagarna i föregående månad.

Kasserade sprutor/kanyler Kassering av sprutor sker enklast genom att lägga dessa i t ex en plastburk och sedan låta de gå med i sopor avsedda för deponi. Kanyler skall läggas i plåtburk och hanteras som smittförande avfall.

Kanyl för insulinpenna tas lämpligen bort med Novo Fine-remover som finns att köpa på Apoteket. Kanyl och tom insulinpenna kasseras som sprutor enligt ovan. Kasserad insulinpenna med kvarvarande insulin kasseras tillsammans med övriga läkemedel och vidarebefordras till Apoteket.

Delegering Patientansvarig sjuksköterska kan om hon/han finner det lämpligt delegera insulingivningen till reellt kompetent omvårdnadspersonal under förutsättning att

- Insulinpenna används
- Diabetikern har ett stabilt blodsockerläge
- Undervisning inför delegering – Insulingivning har genomförts - se undervisningspärm ”Delegering av läkemedelshantering i Osby kommun”

4.11.2 Narkotika – kontrollvaror

Förbrukningsjournal När läkemedel inte ordineras på recept skall tillförseln av narkotiska läkemedel till läkemedelsförrådet och förbrukningen av dessa läkemedel dokumenteras i särskild förbrukningsjournal.

Narkotika enl. förteckning II och III Narkotikaförbrukningen ska föras in i särskild journal för varje preparat. Vilka preparat som ingår i i narkotikagrupp II och III framgår av kapitlet ”Narkotika” i Läkemedelsboken (LB). Förbrukningsjournal erhålls från Apoteket.

Narkotika enl. förteckning När det gäller förbrukningen av narkotika typ IV och V, t ex bensodiazepiner, så ska även för dessa läkemedel föras förbrukningsjournal enligt ovan. Vilka preparat som ingår i narkotikagrupp IV och V framgår av kapitlet ”Narkotika” i Läkemedelsboken (LB).

Dosexpedierade läkemedel Skyldigheten att notera narkotikaförbrukningen gäller inte för dosexpedierade läkemedel.

SOCIALFÖRVALTNINGEN

2008-01-02

MAS-PÄRM ♦ Riktlinjer för kommunal hälso- och sjukvård

rev. 2014-07-18

- Glasampull** Vid uppdragning av narkotiskt preparat från glas ampull skall rest kasseras. *Exempel: Uppdragning av ordination 0,6 ml. I narkotikajournalen registreras 0,6 ml på patienten och 0,4 ml registreras som kassation.* Resten får inte dras upp i spruta och användas vid senare tillfälle.
- Hos enskild** Hos en enskild person med narkotiska preparat enligt ovan ska förbrukningsjournal föras i de fall patienten behöver hjälp med dosering och intag av läkemedlet. Gäller även för smärtplåster. Sjuksköterskan som är ansvarig för den enskildes vård ansvarar i så fall för förbrukningskontroll minst 1 g/mån. Narkotika i den enskildes hem skall förvaras så att ingen obehörig kan få tillgång till det. Se signeringlista – bilaga 12. Vid behandlingens slut skall resterande narkotiska preparat omhändertaras och lämnas till Apoteket.
- Kassation** Se avsnitt ”4.7.3 Hantering av kasserade läkemedel”.
- Inspektion** Den sjuksköterska som är ansvarig för ”Kontroll av narkotika” – BILAGA 7 gör regelbundna stickprovskontroller av narkotikajournal, dock minst 1 gång/månad. Farmaceut utför kontroll av narkotikajournalerna i samband med årlig kontroll av läkemedelsförrådet.
- Smärtplåster** Vid byte av smärtplåster ska det dokumenteras var på kroppen plåstret är placerat. Plåstret märks med datum då det placerades. Omvårdnadspersonalen ombeds att dagligen kontrollera att plåstret sitter kvar.

4.11.3 Cytostatika

- Injektion/infusion** Den kommunala hälso- och sjukvården utför inte parenteral behandling med cytostatika.
- Per os** Då patienten är ordinerad cytostatika per os skall såväl iordningställande som överlämnandet skötas av sjuksköterska.
- Hanteringsanvisningar** Innan sjuksköterskan påbörjar hantering av cytostatika skall hon göra sig förtrogen med [”Hanteringsanvisningar för Cytostatika; Kristianstads sjukvårdsdistrikt”](#) samt [”Arbetskyddsstyrelsens föreskrift \(AFS 2005:05\) -Cytostatika och andra läkemedel med bestående toxisk effekt”](#). Dessa skrifter skall finnas på varje sjuksköterskeexpedition.

4.11.4 Blodproppshämmande läkemedel

Behandling	Målet med behandlingen är att vid vissa sjukdomstillstånd minska blodets förmåga att koagulera och därmed bilda blodproppar.
Riskfaktor	Behandlingen ökar blödningsrisken hos patienten.
Sjukdoms- tillstånd	Behandlingen ges exempelvis till patienter som haft hjärtinfarkt, stroke, blodpropp i lunga eller ben, hjärtflimmer eller efter hjärtoperation.
Olika typer	De blodproppshämmande läkemedlen kan dela sin i två grupper 1. Hämmar blodplättarnas förmåga att bilda blodproppar. Hit räknas läkemedel såsom ex. Trombyl, Plavix, Persantin, Asasantin 2. Hämmar bildningen av det nätverk som stabiliserar blodproppen. Hit räknas läkemedel såsom ex. Waran och läkemedel som ges i sprutform, t.ex. Fragmin, Klexane.

4.11.4.1 Waran

Waran är den vanligaste typen av blodproppshämmande läkemedel. Hur känslig patienten är för den blodproppshämmande effekten varierar från person till person. Hur många tabletter patienten måste ta, bestäms med hjälp av ett blodprov och ordinationen sköts vanligtvis från PK-mottagningen.

Att tänka på! Förändrade matvanor, kraftig aptitlöshet, diarré eller kräkningar kan påverka effekten av Waran.

Att se upp med! Ge inte andra icke ordinerade blodproppshämmande läkemedel samtidigt med Waran. Kontakta behandlande läkare.

Pk-mottagningens ansvar

- PK-mottagningen bekräftar ny patient till hemsjukvård/särskilt boende med en remiss
- PK-mottagningen ansvarar för att sjuksköterskan i hemsjukvård/särskilt boende får skriftligt ordinationsunderlag
- Vid högt PK-värde tar mottagningen telefonkontakt med ansvarig sjuksköterska

Sjuksköterskans ansvar

- Sjuksköterskan ansvarar för provtagning, iordningsställande och överlämnande
- Vid delegering av överlämnandet ansvarar sjuksköterskan för att detta sker på ett säkert sätt och att delegaten är väl förtrogen med Waran.
- Vid fallskador eller tecken på blödning ska läkare kontaktas omgående och PK-mottagningen informeras
- Vid nytillkommen sjukdom med symtom såsom kräkning, feber, aptitlöshet ska nytt PK-prov tas.

SOCIALFÖRVALTNINGEN

2008-01-02

MAS-PÄRM ♦ Riktlinjer för kommunal hälso- och sjukvård

rev. 2014-07-18

Dispensering Sjuksköterskan dispenserar enligt ordinationsunderlag Waran i "blå" dosett. Dispenseringen signeras på avsedd signeringslista. Ny provtagningstid dokumenteras.

Överlämnandet Överlämnandet av Waran till patienten ska ske på ett säkert sätt på kvällen. Överlämnas Waran vid annan tid ska detta ske i samråd med PK-mottagningen. Efter överlämnandet skall avsedd signeringslista signeras,

Vid delegering Delegering av överlämnandet bör om möjligt undvikas. Vid delegering ska specifikt kunskapsöverförande avseende Waran-behandling ske.

- Varför behandlas patienten?
- Vilken effekt har Waran?
- Vikten av följsamhet till ordinationen
- Vikten av att överlämna Waran vid samma tid, varje ordinerad dag
- Observation av förändrade matvanor, aptitlöshet, diarré, kräkning, blödningar etc.
- Vid tveksamheter alltid kontakta ansvarig sjuksköterska
- Signering

4.11.5 Vaccinationer

Influensa/ pneumo- kocker

Läkare ordinerar vaccinationen. Huvudregeln bör vara att vaccination skall ske med läkare närvarande.

Kommunens distriktssköterska med specialistutbildning i öppen hälso- och sjukvård får ordinera och utföra vaccinationen – (SOSFS 2006:24 3 kap. 10§), Distriktssköterskan ska ha goda kunskaper i anafylaxi samt delegation från ansvarig läkare på att vid behov få ge ”anafylaxi-läkemedel”. Den vaccinerade skall övervakas 30 min efter vacc.

Före vaccination ska vidtas åtgärder i enlighet med *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1999:26) om att förebygga och ha beredskap för att behandla vissa överkänslighetsreaktioner*.

Vi bör ta på oss ett ansvar för att informera de pensionärer som är boende i särskilt boende, samt de som har hemsjukvårdsinsatser om möjligheten till influensa- och pneumokockvaccinering. För detta ändamål kan blankett – BILAGA 8 användas.

Det är viktigt att vårdtagaren själv eller då detta inte är möjligt, anhörig eller annan person som kan föra den enskildes talan skriver under om vaccination ska ske eller ej. Om det inte är möjligt att få en underskrift skall ni skriva namnet på företrädaren samt er egen underskrift.

4.11.6 Läkemedel som ges med längre intervall mellan doserna

Vid överlämnande eller injicering av läkemedel med ordinationsintervall å en vecka eller längre ska som extra försiktighetsåtgärd datum för föregående given dos kontrolleras.

4.11.7 Medicinska gaser

Läkemedel	Medicinska gaser är läkemedel och skall ordinerars av läkare.
Färger	Gasflaskorna ska vara gråmålade (ej svarta) och på den översta delen ha en fastställd färg som markerar innehållet.
Syrgas	De vanligaste medicinska gasen är andningsoxygen/syrgas som levereras i en gråmålad flaska med vitmålat flaskbröst. Oanvänd gasflaska skall vara plomberad.
Oxygen-behandling	Oxygenbehandling ska alltid ordinerars av läkare som också anger behandlingstid och mängd. Doseringsanordningen på apparaturen måste vara sådan att gasflödet i liter per minut kan avläsas.
Metodbok	I "Handbok för hälso- och sjukvårdsarbete" finns hela rutinen för oxygenbehandling beskriven. Se även AGA Healthcare's "Säkerhets- och hanteringsföreskrifter för andningsoxygen".

Förvaring och säkerhet

- Oxygenflaskan/flaskorna skall alltid förvaras i stabil vagn eller fastkedjad vid väggen. Detta kan vara svårt att genomföra i ett hem. Alternativet kan då vara att flaska som inte används placeras liggande på golvet på säker plats, som är märkt med varningstriangel. **Obs!** Den flaska som används skall stå i stabil transportvagn.
- Fylld gasflaska får inte utsättas för onormal uppvärmning (max 65°)
- Dörren till förvaringsutrymmet skall på utsidan ha en varningsskylt för gasflaskor och en med förbud för öppen eld och rökning. I lägenheter går det bra att sätta gasskylten på nedre delen av ytterdörrens insida.
- Rökning och öppen eld är förbjuden i rum där oxygenbehandling pågår.
 - Efter avslutad behandling måste vädring och sanering genomföras innan öppen eld tänds. Samma säkerhetsföreskrifter gäller för syrgas-koncentrator.
- Oxygen får aldrig komma i kontakt med fett eller olja
 - Utrustning, verktyg, händer etc. skall vara fria från handbalsam och smörjolja. Tvätta händerna före byte av tryckregulator.
 - Fett och olja kan självantändas i syrgas under högt tryck och därigenom orsaka explosion och brand.

Inspektion Farmaceut skall årligen inspektera gasflaskor och förvaring.

För långvarig behandling Vid långvarigt användande kan syrgaskoncentrator skrivas ut.

4.12 Kvalitetssäkring

4.12.1 Inspektion

Farmaceut	Läkemedelsförråd och hanteringsrutiner på avdelning/enhet skall inspekteras av farmaceut minst en gång per år. Inspektionen omfattar rådgivning och tillsyn av såväl läkemedelsmärkning, beskaffenhet, kontroll och förvaring, som av de lokaler där läkemedlen huvudsakligen förvaras och hanteras och säkerheten i samband med läkemedlens ordination och utdelning (SOSFS 2001:17).
Ansvarig	Den sjuksköterska som ansvarar för läkemedelsförrådet ska närvara vid farmaceutens inspektion.
Rapport	Vid inspektionen upprättas en rapport som sparas i minst två år. Kopia på inspektionsprotokollet sänds till medicinskt ansvarig sjuksköterska och originalet förvaras i Apotekspärmen.

4.12.2 Avvikelse- och rapportering

I samband med hantering av läkemedel kan vissa fel eller försummelser inträffa. Vårdgivaren har en skyldighet att ha lokala rutiner för avvikelserhantering (SOSFS 2005:12).

Definition En avvikelse är en icke förväntad händelse i verksamheten som medfört eller skulle kunna medfört skada för en patient.

Metod Samtliga fel, försummelser, förväxlingar, bristande rutiner etc gällande läkemedelshandlingen skall anmälas av den personal som utfört handlingen. Vederbörande personal tar kontakt med den sjuksköterska som ansvarar för vården vid enheten/avdelningen. Tillsammans skriver de en "avvikelse- och rapportering" som därefter översändes till MAS – bilaga 10. Varje avvikelse- och rapport bedöms av inblandad personal och sjuksköterska som också vidtar åtgärder i varje enskilt fall för att inte händelsen skall upprepas. Blankettens samtliga rutor skall vara ifyllda.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska gör därefter sin bedömning av händelsen och återför denna genom kopia till patientansvarig sjuksköterska/enhetschef. Patientansvarig sjuksköterska svarar för att "masens" bedömning förs ut till berörd verksamhet. Avvikelse- och rapporter förvaras ute i verksamheten och gallras efter 3 år. Avvikelse- och rapport som blir föremål för "Lex Maria" gallras ej.

Varje år gör masen en sammanställning av samtliga avvikelse- och rapporter. Därefter görs en samlad bedömning och förslag till åtgärder.

Lex Maria Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (1998:531, 6 kap. § 4 ”Om en patient i samband med hälso- och sjukvård drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom skall vårdgivaren snarast anmäla detta till Socialstyrelsen”. Detta innebär att avvikelserapporten ska vara medicinskt ansvarig sjuksköterska senast tillhanda 1 vecka efter det att avvikelserapporten upptäckts.

4.13 Basläkemedelsförråd

Lag Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) 3 e § får landstinget erbjuda den som erhåller sjukvård i hemmet (hemsjukvård) läkemedel utan kostnad.

4.13.1 Ändamål med basläkemedelsförråd

Basläkemedelsförrådet sidan 274-275 – innehåller de viktigaste och vanligaste läkemedlen som patienten kan behöva i akuta situationer. Uttag ur förrådet begränsar behovet av akutbesök under jourtid samt minskar antalet akuta ordinationsändringar i Pascal. Detta innebär fördelar för patienten och sparar både pengar och vår miljö.

- Läkemedel från basläkemedelsförråden skall användas till patienter med stadigvarande insatser från hemsjukvården och när sjuksköterska övertagit läkemedelshanteringen. Uttag kan ske enligt generella direktiv och/eller skriftlig ordination av läkare. Läkemedel lämnas ut till patienten i avvaktan på receptexpediering på apotek eller insättning på ApoDos.
- När det gäller läkemedel som skall sättas in på ApoDos lämnas dessa ut tills nästa ordinarie dospåsar levereras.
- Antibiotika lämnas ut i hel kur vid **akuta infektioner** då läkaren bedömt att behandling måste påbörjas samma dygn. Recept skall då inte utfärdas. Registrering av ordinationen skall ske på ApoDos-receptet i enlighet med apotekets anvisningar. I fältet för ”Akut” skrivs ”BF” (Basförråd).
- Innehållet i beställningslistan revideras årligen av Läkeemedelsrådet i Region Skåne.
- Läkeemedelsbeställningarna till basförråden följs upp speciellt av Läkeemedelsrådet i Region Skåne.
- Förrådet innehåller förslag på läkemedel att använda för palliation vid terminalvård inom primärvården/kommunal hälso- och sjukvård.

Kostnadsansvar Beställningar till läkeemedelsförrådet sker via Apotekets e-handelssystem enligt speciell basförrådslista och Region Skåne står för kostnaden. Om familjeläkare önskar utöka förrådet med andra produkter/läkemedel kommer kostnaden för dessa att belasta beställande förskrivares arbetsplats.

Beställare I anslutning till basläkeemedelsförrådet ska finnas förteckning över sjuksköterskor som kan göra beställningar enligt basförrådslista.

Basförråd	I Osby kommun finns två basläkemedelsförråd; på Bergfast i Lönsboda och på Rönnebacken i Osby. Läkemedel som tillhör basförrådet ska förvaras i läkemedelsförrådet men åtskilt (t.ex. egen hylla) från övriga läkemedel.
Närförråd	Mindre förråd s.k. närförråd får finnas på Soldalen i Lönsboda och hos Hemsjukvården i Osby. Närförråden hämtar läkemedel via basläkemedelsförråden.

4.14 Sjuksköterskas/distriktssköterskas förskrivningsrätt

SOSFS 2001:16 För att få förskrivningsrätt krävs:

- legitimation som sjuksköterska med vidareutbildning som omfattar 75 hp, inklusive 15 hp farmakologi och sjukdomslära
- legitimation som sjuksköterska med vidareutbildning som omfattar 60 hp, samt därutöver 15 hp farmakologi och sjukdomslära
- legitimation som sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen som omfattar 75 hp, inklusive 15 hp farmakologi och sjukdomslära
- legitimation som sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen som omfattar 60 hp, samt därutöver 15 hp farmakologi och sjukdomslära
- att sjuksköterskan/distriktssköterskan tjänstgör inom kommunens hälso- och sjukvård
- att sjuksköterskan/distriktssköterskan sänder en begäran till Socialstyrelsen som styrker ovanstående krav
- att sjuksköterskan fått en förskrivarkod av Socialstyrelsen

Lokal rutin För att kunna göra förskrivning av läkemedel enligt SOSFS 2001:16 krävs att förskrivaren är registrerad i Region Skånes förteckning över förskrivare.

- Socialstyrelsen förskrivarkod skickas till medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)
- MASEN skickar förskrivarkod och arbetsplatskod till handläggare på Region Skåne.
- förskrivaren får klartecken via mail när det är klart att göra beställning av receptblock och streckkoder
- beställning av receptblock och streckkoder sker enligt - bilaga 13

Skånelistan Förskrivaren skall vid förskrivning följa Läkemedelsrådets rekommendationer som är upptagna på [Skånelistan](#). Möjlighet till avvikelse får ske i de fall där det finns dokumenterade medicinska

4.15 Läkemedelsgenomgångar

Bakgrund I snitt används en av tio vård dagar på Sveriges medicinkliniker till vård av patienter som felbehandlats med läkemedel. En stor del av dessa patienter är äldre människor med långvarig behandling och många (polyfarmaci) läkemedel.

4.15.1 Indikatorer

Socialstyrelsen tar i [”Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre”](#) upp hur det kan uppstå allvarliga läkemedelsproblem hos äldre.

Genomförande av läkemedelsgenomgångar kan höja kvaliteten i äldres läkemedelsanvändning.

4.15.2 Föreskrift och allmänna råd om läkemedelsgenomgångar

Krav på genomförande av läkemedelsgenomgångar regleras av [SOSFS 2012:9](#) - Ändring i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 2000:1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården – OBS!!!!

4.15.3 Skånemodell

Region Skåne har tagit fram en modell för läkemedelsgenomgångar utanför sjukhus. ”Skånemodellen” ska användas av de verksamheter som tecknat avtal för Vårdenhet i Hälsoval Skåne. Årliga läkemedelsgenomgångar ska göras för listade patienterna som tillhör någon av följande grupper:

- alla boende i kommunens särskilda boenden,
- alla med dosdispenserade läkemedel, vid nyinsättningen
- alla ≥ 75 år i eget boende med insatser från kommunal hemsjukvård avseende läkemedelsanvändningen
- alla ≥ 75 år i eget boende som behandlas med ett eller flera läkemedel som identifierats som generellt olämpliga enligt Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer
- alla ≥ 75 år som medicinerar med 10 eller fler läkemedel, har behandling för tre eller fler kroniska sjukdomar (d v s multisyjuk) eller önskar en genomgång av sin läkemedelsbehandling av andra skäl

4.16 Regelverk

Lagar och föreskrifter som ligger till tillgrund för riktlinjerna :

- [SFS 1982:763](#) Svensk författningssamling. Hälso- och sjukvårdslag
- [SFS 2010:659](#) Patientsäkerhetslag.
- [SOSFS 1997:10](#) Socialstyrelsens allmänna råd om medicinskt ansvarig sjuksköterska i kommunernas hälso- och sjukvård.
- [SFS 2008:355](#) Svensk författningssamling. Patientdatalag.
- [SOSFS 2008:14](#) Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården.
- [SOSFS 2000:1](#) Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården.
- [SOSFS 1997:14](#) Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård.
- [SOSFS 2001:16](#) Socialstyrelsens föreskrifter om kompetenskrav för sjuksköterskor vid förskrivning av läkemedel.
- [SOSFS 1999:26](#) Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om att förebygga och ha beredskap för att behandla vissa överkänslighetsreaktioner.
- [SOSFS 2005:12](#) Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.
- [SOSFS 2001:17](#) Socialstyrelsens föreskrifter om ändring i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 2000:1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården.
- [SOSFS 2006:24](#) Socialstyrelsens föreskrifter om ändring i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 2000:1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården.
- [SFS 2010:1369](#) Svensk författningssamling. Patientsäkerhetsförordning.
- [AFS 2005:05](#) Cytostatika och andra läkemedel med bestående toxisk effekt.

9

Hälsa- och välfärd
Lina Bengtsson
0479528300
lina.bengtsson@osby.se

Riktlinjer delegationer kommunal hälso- och sjukvård

Dnr HVN/2019:216 720

Hälsa- och välfärd förslag till Hälsa- och välfärdsnämnden

Beslutar att godkänna de uppdaterade riktlinjerna avseende delegationer.

Sammanfattning av ärendet

Riktlinjerna ska uppdateras vid behov och så har nu skett med riktlinjerna för delegationer inom kommunal hälso- och sjukvård. Bifogar även de gamla riktlinjerna då dokumentet förändrats en del avseende upplägg.

Beslutsunderlag

Gamla riktlinjer Delegering – Medicinskrättslig kommunal hälso- och sjukvård

Gamla riktlinjer Delegering – vägledning ssk

Uppdaterade riktlinjer Delegering – medicinskrättslig kommunal hälso- och sjukvård

Uppdaterade riktlinjer Delegering vägledning ssk

Helena Ståhl
Förvaltningschef

Lina Bengtsson
MAS/Verksamhetsutvecklare

Beslutet skickas till



Beslutad av: Vård och omsorgsnämnden
Framtagen av: MAS Lina Bengtsson
Uppdaterad: <Uppdaterad>

Beslutsdatum: 2019-08-22
Dokumentansvarig: MAS
Diarienummer:
Giltighetstid: Tills vidare

Innehåll

1	Delegering - medicinskrättslig	3
1.1	Allmänt.....	3
1.2	Formell/ reell kompetens	3
1.3	Ansvar	3
2	Vad ska delegeras?	5
2.1	Avsteg från lokala delegeringsregler	5
3	Delegationsutbildning läkemedel	6
3.1	Förnyad läkemedelsdelegering	7
4	Delegationsutbildning insulin	7
4.1	Ny insulindelegering	7
4.2	Utbildning vid förnyad insulindelegering.....	8
5	Övriga delegeringar	8
6	Dokumentation av delegering	9
7	Uppföljning av delegering.....	9
8	Ett delegeringsbeslut utfärdas för viss tid.....	9
9	Återkallande av delegering.....	9
10	Delegering över verksamhets- och vårdgivargränser .	10
11	Sammanställning av delegeringar	10
12	Regelverk.....	11

1 Delegering - medicinskrättslig

1.1 Allmänt

Delegering kan komma till användning inom tre olika arbetsområden i den kommunala hälso- och sjukvården. Här behandlas den medicinskrättsliga delegeringen.

Kommunalrättslig delegering som regleras av Kommunallagen.

Arbetsmiljörättslig delegering som regleras av Arbetsmiljölagen.

Medicinskrättslig delegering som regleras av Patientsäkerhetslagen (2010:659) Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård.

Medicinskrättslig delegering innebär att någon som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen som är formellt och reellt kompetent för en medicinsk arbetsuppgift överlåter denna till en annan person (SFS 2010:659) – Patientsäkerhetslagen och som saknar formell men har reell kompetens för uppgiften. Delegering får endast ske om det är förenligt med god och säker vård. Det får inte ske för att lösa brist på personal eller av ekonomiska skäl. Man bör sträva efter så få delegeringar som möjligt utfärdas och att arbetet utförs av formellt kompetent personal. Det är alltid den legitimerade personalen som utfärdar delegeringen som avgör om detta är lämpligt och förenat med säkerhet för patienten.

1.2 Formell/ reell kompetens

Formell kompetens: Formell kompetens innebär legitimation för yrket. Sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster/fysioterapeuter i den kommunal hälso- och sjukvården har formell kompetens.

Reell kompetens: Reell kompetens innebär att någon genom praktisk yrkesverksamhet eller genom fortbildning erhållit faktisk kompetens för den uppgift som är tänkt att delegeras.

1.3 Ansvar

Vårdgivare:

I HSL 2017:30 kap 5 §2 framgår att där det bedrivs hälso- och sjukvård, skall det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges. Vårdgivaren är skyldig att anpassa bemanningen av varje verksamhetsområde så att kraven på god vård av god kvalitet och säkerhet för patienterna kan upprätthållas.

Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska (MAS):

MAS ansvarar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig vård och behandling av god kvalitet samt att beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med säkerhet för patienterna.

Enhetschef vårdpersonal:

Enhetschef ansvarar för att rutinerna för delegering följs och görs kända hos vårdpersonalen. Enhetschef har ett medansvar för att vårdpersonal som utför delegerade arbetsuppgifter har delegering där giltighetstiden inte passerat.

Enhetschef ansvarar för att samråd sker med delegerande legitimerad personal om lämplighet för uppgiften samt medverkar vid risk- och händelseanalys om en händelse inträffat som kunnat riskera patientsäkerheten.

Det är enhetschefens yttersta ansvar att bemanning och schemaläggning fungerar och att personal med delegering finns tillgänglig vid samtliga tillfällen som insatserna ska utföras.

Inför sommar och semesterplanering gäller samma riktlinjer som ovan.

Enhetschef legitimerad personal:

Enhetschef ansvarar för att rutinerna för delegering följs och görs kända i verksamheten.

Enhetschef ansvarar för att fördela område, såväl dag som natt, för att få ett jämnt antal delegeringar för den legitimerade personalen att ansvara för. Detta för att legitimerad personal ska kunna utföra, följa upp och bevaka att delegerade arbetsuppgifter fullgörs på ett sätt som är förenligt med god och säker vård.

Enhetschef ansvarar för att utsedd person, i god tid, tar över delegeringar då legitimerad slutar sin anställning.

Enhetschef ansvarar för att redovisa sammanställning av delegering till MAS och verksamhetschef enligt överenskommelse.

Legitimerad utfärdare

Den arbetsuppgift som skall delegeras skall vara klart definierad.

Ett beslut om delegering är personlig och kan ej vidaredelegeras. Delegeringen får endast avse en person som är namngiven och inte till en viss yrkesgrupp tex enhetens undersköterskor.

Den som delegerar skall inte bara vara formellt kompetent utan också reellt kompetent. Detta innebär att om legitimerad personal inte själv har kompetens att utföra en arbetsuppgift kan den inte heller delegeras.

Den som delegerar ansvarar för att samråd sker med berörd enhetschef om lämplighet för uppgiften.

Den som delegerar ansvarar för att i samråd med enhetschef överenskomma om tider för att utfärda delegeringar. Speciellt viktigt inför sommarsemester.

Den som delegerar en uppgift ansvarar för sin bedömning att uppgiftsmottagaren har tillräcklig kunskap och erfarenhet för uppgiften och att denne därigenom kan fullgöra uppgiften på ett korrekt och säkert sätt. Den som delegerat en uppgift ansvarar också för den uppföljning som kan behövas för att förvissa sig om att mottagaren fullgör uppgiften på ett säkert sätt.

Delegaten:

Den som tar emot delegering ansvarar själv för att utföra arbetsuppgiften på ett sätt som är förenligt med god och säker vård. Arbetsuppgiften **får inte** delegeras vidare.

Delegaten ansvarar för att genomgå avsedda utbildningar inför ny delegering. Webutbildning samt sjuksköterskeledd utbildning med tillhörande kunskapsprov.

Då en delegering ska förnyas ska delegaten, då det gäller läkemedel och insulin genomgå webbaserad utbildning.

Delegering av arbetsuppgift får inte ske om den som tar emot delegering inte anser sig ha tillräckliga kunskaper för uppgiften. Delegering kan inte påtvingas någon.

Den som tar emot delegering ansvarar själv för att, minst 30 dagar före utgångsdatum, kontakta den sjuksköterska, fysioterapeut eller arbetsterapeut som utfärdat delegeringen för uppföljning och ställningstagande till eventuellt förnyande.

2 Vad ska delegeras?

Hälso- och sjukvårdsuppgifter delas in i uppgifter som inte kan delegeras utan måste utföras av formellt kompetent personal respektive hälso- och sjukvårdsuppgifter som kan delegeras till reellt kompetent personal. Vissa arbetsuppgifter kan utföras efter instruktion av formellt kompetent personal.

Det är den legitimerade personalen som tar ställning till om hälso- och sjukvårdsuppgiften kan delegeras eller kan utföras efter instruktion. Bedömningen ska föregås av en riskanalys. Som stöd för bedömningen se dokumentet *Vägledning vid delegering*, ett dokument för sjuksköterskor och ett för sjukgymnaster/fysioterapeuter och arbetsterapeuter.

Delegation för överlämnande av läkemedel gäller i hela kommunen inom hälsa- och välfärdsnämndens område.

Övriga delegationer utfärdas på enhetsnivå.

2.1 Avsteg från lokala delegeringsregler

Följande förutsättningar **ska** gälla ifall behov av avsteg från delegeringsreglerna kan bli aktuell:

Avsteg får endast ske under mycket speciella omständigheter och då det är förenat med god- och säker vård – riskanalys skall utföras.

Den som delegerar **ska** samråda med MAS innan beslut fattas.

Delegeringsbeslutet ska vara skriftligt och vårdtagaren ska vara namngiven.

Delegeringsbeslutet ska följas upp så ofta det ur patientsäkerhet är nödvändigt.

3 Delegationsutbildning läkemedel

3.1 Ny läkemedelsdelegering

Inför utbildning ska personen haft bredvidgång i verksamheten för att få inblick i hur läkemedelshanteringen går till i praktiken. Varje personal som ska få delegering ska först genomgå en webbutbildning och diplom ska laddas ned efter godkänt genomfört kunskapstest. Utbildningen görs bäst på dator men fungerar även på läsplatta. Hörlurar alternativt högtalare behövs. Webbutbildningen ger baskunskaper inför delegering av läkemedelshantering. Efter genomgången webbutbildning ska personen genomgå ytterligare en läkemedelsutbildning med tillhörande kunskapstest i kommunens egen regi. På kunskapstestet krävs godkänt resultat. Därefter kan personen få delegation. Dock är ett godkänt kunskapsprov och genomgången läkemedelsutbildning inte likställt med att delegation utfärdas. Det är **alltid** legitimerad personal som avgör om det är förenligt med god patientsäkerhet att utfärda en delegation.

Genomgången utbildning ger baskunskaper för att:

Ge rätt antal läkemedel i rätt tid, till rätt person på rätt sätt.

Ge god omvårdnad som komplement och / eller alternativ till läkemedel.

Känna igen risker och uppmärksamma, reagera och signalera vid förändringar.

Förstå vilken roll och vilket ansvar en delegering innebär.

Utbildningen *Jobba säkert med läkemedel* är framtagen av Sveriges Kommuner och Landsting, SKL och är tillgänglig via deras utbildningsportal. Länk till denna:

<http://www.demenscentrum.se/Utbildning/Webbutbildningar1/utb-lakemedel/>

Efter genomgången utbildning och test kontaktas omvårdnadsansvarig sjuksköterska och tid bokas för genomgång av praktiskt förfarande efter fastställd checklista. Genomfört test ska alltid bifogas vid mötet med sjuksköterska.

3.2 För personal som får delegation för första gången

Till personal som får delegering för första gången ska genomgång av checklista utföras enskilt för att försäkra sig om att delegaten har tillräckliga kunskaper och möjlighet till dialog med sjuksköterska.

Den som delegerar ansvarar för att följa upp att uppgiften utförs på ett sätt som är förenligt med god och säker vård. Delegaten ansvarar för att utföra uppgiften enligt gällande lagstiftning och rutiner. Om så inte är fallet återkallas delegeringsbeslutet.

Delegationen skrivs och delegaten upplyses om att minst 14 dagar före utgången datum ta kontakt med berörd sjuksköterska för eventuell förnyande.

För att säkerställa att patienterna får god och säker vård, avsätter omvårdnadsansvarig sjuksköterska, OAS inför sommarsemestrar fasta tider för utfärdande av delegering. Tiderna ska i god tid kommuniceras med enhetschef. Dessa tider ska respekteras. Utfärdande av delegering utanför dessa tider görs i samråd mellan sjuksköterska och enhetschef i god tid inför att den delegerades arbetspass påbörjas.

3.3 Förnyad läkemedelsdelegering

Samtlig personal som ska förnya delegering i läkemedel ska genomgå webbaserad utbildning i läkemedelshantering, länk:

<http://www.demenscentrum.se/Utbildning/Webbutbildningar1/utb-lakemedel/>

samt läsa igenom gällande rutin för delegering. Utbildningen tar ca två timmar att genomföra och utbildningsbevis ska laddas ned efter godkänt genomfört kunskapstest. Utbildningen görs bäst på dator men fungerar även på läsplatta. Hörlurar alternativt högtalare behövs. Utbildningen kan ske i samband med APT eller enskilt, enhetschefen beslutar över lämpligt förfaringsätt.

Efter genomgången utbildning och utförd test kontaktas OAS och tid bokas för genomgång av praktiskt förfarande efter fastställd checklista. Till personer som tidigare haft delegering kan genomgång av checklista utföras i grupp. Utbildningsbevis ska alltid uppvisas för sjuksköterska vid mötet.

Den som delegerar ansvarar för att följa upp att uppgiften utförs på ett sätt som är förenligt med god och säker vård. Delegaten ansvarar för att utföra uppgiften enligt gällande lagstiftning och rutiner. Om så inte är fallet återkallas delegeringsbeslutet.

4 Delegationsutbildning insulin

4.1 Ny insulindelegering

Insulindelegering kan inte delegeras generellt till all personal utan utfärdas först efter genomgången lärarledd utbildning. Tid bokas av enhetschef efter samråd om lämplighet med sjuksköterska. Bokningslistor finns i S-mappen, delegeringar.

OAS ansvarar sedan för att den som delegationen är menad för, har kunskaper och erfarenhet att utföra uppgiften på ett för patienten säkert sätt.

För att erhålla delegering i insulingivning krävs att den tilltänkta delegaten först erhållit delegering i läkemedel och praktiskt arbetat med detta i minst tre månader. Rekommendation är tillsvidareanställd personal, företrädesvis undersköterskor eller i vissa fall anställd på längre vikariat. Lämplighet måste alltid beaktas.

Innan delegation får ges gällande insulin ska den som ska ta emot delegering genomgå delegationsutbildning kring diabetes och insulin. Enhetschefen anmäler till denna utbildning efter samråd med ansvarig sjuksköterska.

Insulindelegering får endast utföras till patienter med stabila blodglukosvärde och förifylld penna.

Den som delegerar ansvarar för att klargöra för den som tar emot delegering vilka teoretiska och praktiska kunskaper som krävs för uppgiften och att denna kan utföra uppgiften på ett korrekt och säkert sätt. Detta utförs efter fastställd checklista.

Vid insulindelegering utförs även praktiska kontroller i form av kapillärprovtagning som även ska delegeras vid utfärdande av insulindelegering (separat delegering).

4.2 Utbildning vid förnyad insulindelegering

Samtlig personal som ska förnya delegering i insulin ska genomgå webbaserad utbildning i insulinhantering samt läsa igenom gällande rutin för delegering. Utbildningen finns på samma länk som läkemedelsutbildningen men i eget kapitel. Utbildningen görs bäst på dator men fungerar även på läsplatta. Hörlurar alternativt högtalare behövs.

Efter genomgången utbildning och utfört test kontaktas omvårdnadsansvarig sjuksköterska och tid bokas för genomgång av praktiskt förfarande efter fastställd checklista. Diplom för genomgången och godkänd utbildning ska alltid ges till sjuksköterska vid mötet.

Den som delegerar ansvarar för att följa upp att uppgiften utförs på ett sätt som är förenligt med god och säker vård. Delegaten ansvarar för att utföra uppgiften enligt gällande lagstiftning och rutiner. Om så inte är fallet återkallas delegeringsbeslutet.

5 Övriga delegeringar

Övriga delegeringar (se vägledning vid delegering) sker i samråd med den legitimerade personal som avser att utfärda delegering. Lämplighet och säkerhet för patienten ska alltid tas i beaktande. Tid bokas i samråd med legitimerad personal för praktisk genomgång av uppgiften där den som utfärdar delegering ansvarar för att delegaten har tillräckliga kunskaper för att utföra uppgiften.

Delegationen skrivs och delegaten upplyses om att i god tid före utgången datum, minst 30 dagar, ta kontakt med berörd legitimerad personal för ställningstagande att förnya delegationen.

Den som delegerar ansvarar för att följa upp att uppgiften på ett sätt som är förenligt med god och säker vård. Delegaten ansvarar för att utföra uppgiften enligt gällande lagstiftning och rutiner. Om så inte är fallet återkallas delegeringsbeslutet

6 Dokumentation av delegering

Dokumentation av delegeringsbeslut sker på separat pappersblankett, se bilaga 3 för delegation av sjuksköterska, bilaga 4 för delegation av arbetsterapeut eller fysioterapeut.

Original av delegeringsbeslut förvaras, med underskrift, hos den som delegerar och skall sparas i 3 år efter att giltighetstiden gått ut (SOSFS 1997:14), se dokumenthanteringsplan. Kopia ges till delegaten som i sin tur ansvarar för att berörd chef får en kopia.

Den sjuksköterska, arbetsterapeut eller sjukgymnast/fysioterapeut som delegerat, ansvarar även för gallring då 3 år har passerat. Delegeringar som varit föremål för lex Maria anmälan ska tillföras lex Maria ärendet och arkiveras.

7 Uppföljning av delegering

Den som delegerar ansvarar för att följa upp uppgiften på ett sätt som är förenligt med god och säker vård. Uppföljning ska enligt lagstiftning ske under tiden delegeringen är gällande och inte förväxlas med att delegeringen förnyas.

Uppföljning av ny delegering bör ske efter tre månader samt vid behov och en förnyad delegering efter 6 månader samt vid behov.

Uppföljning kan ske genom att legitimerad personal på APT, omvårdnadsträffar, teamträff eller andra tillfällen ställer frågan till delegerad personal om det finns frågor eller problem, gällande delegeringsförfarandet. En form av uppföljning är även kontroll av signeringslistor där den legitimerade ansvarar för att återkoppla om det via signeringslistan framkommer oklarheter som att en delegerad arbetsuppgift inte utförts.

Gemensamt ansvar för uppföljning har även berörd enhetschef tillsammans med legitimerad person som utfärdat delegering genom sammanställning av eventuella händelser eller risk för händelser där vårdskada har eller hade kunnat uppstå.

8 Ett delegeringsbeslut utfärdas för viss tid

Ett delegeringsbeslut är tidsbegränsat och utfärdas vanligtvis för 12 månader i taget med individuella skillnader.

Ett delegeringsbeslut upphör automatiskt att gälla när den som tar emot delegation slutar sin tjänst eller är tjänstledig mer än sex månader.

Ett delegeringsbeslut upphör automatiskt att gälla om delegerande legitimerade personal slutar sin tjänst i Osby kommun.

9 Återkallande av delegering

Om mottagaren av en delegering har lämnat oriktiga besked om sin förmåga att fullgöra den delegerade uppgiften eller utför uppgiften på ett sätt som

bryter mot patientsäkerhet, gällande lagstiftning eller rutiner ska diskussion om återkallande av delegering föras.

Återkallande av en delegering ska avgöras i varje enskilt fall med en individuell bedömning. Beslutet ligger alltid hos den legitimerade som utfärdat delegeringen. Är en brist så pass allvarlig att en patients säkerhet äventyras, får legitimerad person i tjänst återkalla delegeringen omgående, muntligt, för att snarast kontakta legitimerad personal som utfärdat delegeringen för vidare ställningstagande. Förloppet ska dokumenteras och kontakt tas med MAS.

Om en delegering återkallas på viss tid ska legitimerad tillsammans med delegat och berörd enhetschef upprätta handlingsplan inför att delegeringen förnyas. I handlingsplanen ska framgå planering för delegatens behov för att på ett patientsäkert sätt kunna utföra den delegerade arbetsuppgiften. Anser den legitimerade att det fortfarande efter genomgången handlingsplan finns tveksamheter för patientsäkerheten är beslutet om en återkallad delegering alltid den legitimerade yrkesutövarens.

Om utredningen påvisar att det föreligger en risk för patientsäkerheten, ska delegeringen återkallas. Allvarliga händelser rapporteras till MAS.

Vid ett eventuellt återkallande ska detta dokumenteras och skrivas ut och skrivas under av båda parter med kopia till berörd enhetschef.

10 Delegering över verksamhets- och vårdgivargränser

Delegeringar av arbetsuppgifter kan ske oberoende av om den som delegerar och den som tar emot arbetsuppgiften tillhör samma organisatoriska verksamhet eller inte. Förutsättningen för en sådan överenskommelse är att mottagaren av uppgiften har sin arbetslednings tillåtelse att utföra arbetsuppgiften. Det innebär att den som avser att delegera över verksamhets- eller vårdgivargräns först måste samråda med mottagarens arbetsledning.

Verksamhetschef eller motsvarande där mottagaren för delegeringen arbetar ansvarar för att den delegerade arbetsuppgiften är i överensstämmelse med god patientsäkerhet.

Verksamhetschef eller motsvarande som utfärdar delegeringen ansvarar för att personen genomför uppgiften på ett korrekt sätt.

Utredning av vårdskada utförs i tillräcklig omfattning av den vårdgivare som utfärdat delegeringen.

Samverkan mellan verksamhetscheferna eller motsvarande är av vikt då delegering sker över verksamhets- eller vårdgivargränser.

11 Sammanställning av delegeringar

Kopia på utfärdade delegationer skickas till MAS för sammanställning i patientsäkerhetsberättelsen.

12 Regelverk

Lagar och föreskrifter som ligger till grund för riktlinjer om delegering.
[SFS 1982:763](#) Svensk författningssamling – Hälso- och sjukvårdslag.
[SFS 2010:269](#) Svensk författningssamling - Patientsäkerhetslag
[SOSFS 1997:14](#) Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård.
[SOSFS 2000:1](#) Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården.



Riktlinjer för hälso- och sjukvård.

Avsnitt 9

Delegering - medicinskrättslig.



SOCIALFÖRVALTNINGEN

MAS-PÄRM ♦ Riktlinjer för kommunal hälso- och sjukvård

2008-10-28

Rev. 2014-07-18

	INNEHÅLLSFÖRTECKNING	SIDA
9	Delegering - medicinskrättslig	3
9.1	Allmänt	3
9.2	Ansvar	3
9.2.1	Formell/reell kompetens	4
9.3	Hälso- och sjukvårdsuppgifter	4
9.3.1	Lokala delegeringsriktlinjer för sjuksköterska	4
9.3.2	Lokala delegeringsriktlinjer för sjukgymn och arb.ter.	4
9.3.3	Avsteg från lokala delegeringsriktlinjer	4
9.4	Delegeringsförfarande	5
9.4.1	Formulär för delegering	6
9.5	Delegation över huvudmannagränser	7
9.5.1	Delegering från sjuksköterska anställd i KVH	7
9.6	Regelverk	8

9. Delegering - medicinskrättslig

9.1 Allmänt

- Olika typer** Delegering kan komma till användning inom tre olika arbetsområden i den kommunala hälso- och sjukvården.
- *Kommunalrättslig delegering* som regleras av Kommunallagen.
 - *Arbetsmiljörättslig delegering* som regleras av Arbetmiljölagen.
 - *Medicinskrättslig delegering* som regleras av Patientsäkerhetslagen (2010:659) Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård.

Definition *Medicinskrättslig delegering* innebär att någon som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen som är formellt och reellt kompetent för en medicinsk arbetsuppgift överlåter denna till en annan person (SFS 2010:659) – Patientsäkerhetslagen och som saknar formell men har reell kompetens för uppgiften.

9.2 Ansvar

- Vårdgivare** I § 2 d Hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs att det, där det bedrivs hälso- och sjukvård, skall det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård skall kunna ges. Varje vårdgivare är skyldig att anpassa bemanningen av varje verksamhetsområde så att kraven på god vård av god kvalitet och säkerhet för patienterna kan upprätthållas.
- Verksamhetschef** Verksamhetschefen svarar för att den personal som skall utföra olika arbetsuppgifter har erforderlig kompetens för detta.
- Mas** Medicinskt ansvarig sjuksköterska skall svara för att patienterna får en säker och ändamålsenlig vård och behandling av god kvalitet samt att beslut att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med säkerheten för patienterna.
- Delegerande** Den som delegerar en uppgift ansvarar för sin bedömning att uppgiftsmottagaren har tillräcklig kunskap och erfarenhet för uppgiften och att denne därigenom kan fullgöra uppgiften på ett korrekt och säkert sätt. Den som delegerat en uppgift ansvarar också för den uppföljning som kan behövas för att förvissa sig om att mottagaren fullgör uppgiften på ett korrekt sätt.
- Delegat** Den som mottar en delegerad arbetsuppgift bär själv ansvaret för hur han/hon utför sin uppgift. Det gäller oberoende av om det är en uppgift som ligger inom den ordinarie yrkesutövningen eller en uppgift som man fått genom delegering.

9.2.1 Formell/reell kompetens

Formell kompetens	Formell kompetens innebär legitimation för yrket. Sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster i den kommunala hälso- och sjukvården har formell kompetens.
Reell kompetens	Reell kompetens innebär att någon genom praktisk yrkesverksamhet eller genom utbildning erhållit reell kompetens för den uppgift som avses att delegeras.

9.3 Hälso- och sjukvårdsuppgifter

Allmänt Hälso- och sjukvårdsuppgifter delas in i uppgifter som inte kan delegeras utan måste utföras av formellt kompetent personal och hälso- och sjukvårdsuppgifter som kan delegeras till reellt kompetent personal. Vissa arbetsuppgifter kan utföras efter instruktion av formellt kompetent personal.

Det är den legitimerade personalen som tar ställning för om hälso- och sjukvårdsuppgiften kan delegeras eller kan utföras efter instruktion. Bedömningen ska föregås av en riskanalys. För vägledning se 9.3.1 och 9.3.2.

9.3.1 Lokala delegeringsriktlinjer för sjuksköterskans ansvarsområde – se bilaga 1

9.3.2 Lokala delegeringsriktlinjer för sjukgymnast och arbetsterapeuts ansvarsområde – se bilaga 2

9.3.3 Avsteg från lokala delegeringsregler.

Följande förutsättningar ska gälla ifall behov av avsteg från delegeringsreglerna kan bli aktuell:

- avsteg får endast ske under mycket speciella omständigheter och då det är förenat med god och säker vård - riskanalys skall utföras.
- den som delegerar ska samråda med medicinskt ansvarig sjuksköterska innan beslut fattas
- delegeringsbeslutet ska vara skriftligt och vårdtagaren ska vara namngiven
- delegeringsbeslutet ska följas upp så ofta det ur patientsäkerhet är nödvändigt

9.4 Delegeringsförfarande

Föreskrift Delegering är inte avsett att användas för att lösa brist på personal eller
SOSFS 1997:14 av ekonomiska skäl.

- Delegering av viss arbetsuppgift kan inte ske, om *uppgiften* enligt bestämmelse i författning är *förbehållen viss yrkeskategori*.
- Den arbetsuppgift som ska delegeras *skall vara klart definierad*.
- Ett beslut om delegering är personligt och *får ej delegeras vidare*.
- Den som meddelar ett delegeringsbeslut *skall inte bara formellt utan också reellt kompetent för den arbetsuppgift* som beslutet avser.
- Den som avser att delegera en arbetsuppgift skall för uppgiftsmottagaren ange den arbetsuppgift som delegeringen avser samt klargöra för uppgiftsmottagaren vilka teoretiska och praktiska kunskaper som krävs för att kunna fullgöra arbetsuppgiften på ett fullgott sätt.
- Den som avser att delegera en arbetsuppgift skall fråga mottagaren om denne anser sig ha tillräcklig utbildning och erfarenhet för uppgiften.
- Uppgiftsmottagaren skall upplysa den som skall delegera uppgiften om sin förmåga att fullgöra denna.
- Om uppgiftsmottagaren anser att han eller hon inte har tillräckliga kunskaper och erfarenheter för uppgiften, får denna inte delegeras.
- Ett delegeringsbeslut skall utfärdas att gälla för viss tid – högst 1 år – eller för ett bestämt tillfälle.
- Varje delegeringsbeslut skall dokumenteras. Av dokumentationen skall framgå
 - *vilken arbetsuppgift* som delegerats
 - vem som delegerat uppgiften
 - eventuella begränsningar t.ex. speciellt namngivna patienter, boende på Soldalen etc
 - *till vem* som uppgiften delegerats
 - *tiden* för delegeringsbeslutets giltighet
 - *datum* då beslutet fattades
- Den som delegerar och den som mottar en arbetsuppgift skall underteckna delegeringsbeslutet. Beslut om ändrade delegeringar och om återkallelser av delegeringsbeslut skall också dokumenteras.
- Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan skall underrättas om de delegeringar som sker inom verksamhetsområdet.
- Det åligger den som meddelat ett delegeringsbeslut att bevaka att den arbetsuppgift som han eller hon har delegerat fullgörs på ett sätt som är förenligt med en god och säker vård.
- Ett delegeringsbeslut skall omprövas när omständigheterna påkallar det och skall omedelbart återkallas, om beslutet inte längre är förenligt med en god och säker vård.
- Lämnar den som fattat ett delegeringsbeslut sin befattning, upphör beslutet att gälla. Efterträdaren skall ta ställning till om beslutet fortfarande skall gälla.

SOCIALFÖRVALTNINGEN

MAS-PÄRM ♦ Riktlinjer för kommunal hälso- och sjukvård

2008-10-28

Rev. 2014-07-18

-
- Delegeringsbeslutet upphör också att gälla då uppgiftsmottagaren avgår från sin tjänst. Delegeringen överförs inte på ersättaren.

Man bör sträva efter så få delegeringar som möjligt utfärdas och att arbetet utförs av formellt kompetent personal.

9.4.1 Formulär för delegering

Blankett För delegeringsbesluten skall speciell blankett användas.
Bilaga 3: Delegeringsformulär för sjuksköterska
Bilaga 4: Delegeringsformulär för sjukgymnast alt. arbetsterapeut.

Av delegationsbeslutet skall framgå om arbetsuppgiften endast får ske gentemot namngiven vårdtagare eller specifikt särskilt boende, enhet eller HSV-område.

Förvaring Den som delegerar en hälso- och sjukvårdsuppgift ansvarar för förvaring av delegationsbesluten i original. Det är lämpligt att förvara besluten på arbetsplatsen, i pärm där det tydligt framgår när uppföljning och nytt delegeringsbeslut ska tas.

Kopia Kopia på beslutet skickas till medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Gallring Delegationsbesluten i original kan gallras 3 år efter delegationens giltighetstid. Delegeringar som varit föremål för Lex Maria-anmälan ska tillföras Lex Maria-ärendet och arkiveras.

9.5 Delegation över huvudmannagränser

Annan vårdgivare Medicinskt ansvarig sjuksköterska (mas) ansvarar för att delegationer över vårdgivargränserna är i överensstämmelse med patientsäkerheten – masen ska därför informeras.

Verksamhetschefen för den som meddelat delegeringen, har ansvar för att delegeringen genomförts på ett korrekt sätt.

Förutsättningen för att det ska vara möjligt att delegera över huvudmannagränserna är att mottagaren av uppgiften har sin arbetslednings tillåtelse att utföra arbetsuppgiften. Det innebär att den som har för avsikt att delegera över vårdgivargräs först måste samråda med mottagarens arbetsledning.

9.5.1 Delegering från sjuksköterska anställd i KVH till undersköterska anställd i Osby kommun.

Patientgrupp Där KVH har det totala medicinska ansvaret.

Förutsättning Sjuksköterska från KVH kontaktar kommunens enhetschef för att få dennes acceptans. KVH kontaktar också kommunens sjuksköterska för att få bekräftelse på att delegaten har tillräckliga kunskaper och erfarenhet för att fullgöra de uppgifter som ska delegeras – bilaga 5.

KVH: s sjuksköterska genomföra delegeringen i enlighet med SOSFS 1997:14.

Arbetsuppgifter

- Överlämnande av läkemedel (ej cytostatika) ur iordningställd dosett/APOdos
- Överlämna vidbehovs-läkemedel efter kontakt med KVH-sjuksköterska.
- Överlämna laxermedel ur originalförpackning.
- Ögon-/örondroppar enligt ordination ur originalförpackning.



SOCIALFÖRVALTNINGEN

MAS-PÄRM ♦ Riktlinjer för kommunal hälso- och sjukvård

2008-10-28

Rev. 2014-07-18

9.5 Regelverk

Lagar och föreskrifter som ligger till grund för riktlinjer om delegering.

[SFS 1982:763](#) Svensk författningssamling – Hälso- och sjukvårdslag.

[SFS 2010:269](#) Svensk författningssamling - Patientsäkerhetslag

[SOSFS 1997:14](#) Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård.

[SOSFS 2000:1](#) Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården.



Beslutad av: Vård- och omsorgsnämnden
Framtagen av: MAS Lina Bengtsson
Uppdaterad: <Uppdaterad>

Beslutsdatum: 2019-08-22
Dokumentansvarig: MAS
Diarienummer:
Giltighetstid: Tills vidare

Innehåll

1	Delegation – vägledning ssk	3
----------	--	----------

1 Delegation – vägledning ssk

Förutsättningen för att få delegera en arbetsuppgift är att sjuksköterskan själv har teoretiska och praktiska kunskaper om arbetsuppgiften. Förteckningen nedan visar de arbetsuppgifter som sjuksköterska kan delegera till reellt kompetent hälso- och sjukvårdspersonal alternativt utföras av hälso- och sjukvårdspersonal efter instruktion.

Bedömningar samt uppföljningar kan aldrig delegeras utan ska utföras av sjuksköterska på plats hos patienten. Patientens tillstånd avgör intervall av besök av sjuksköterska.

Sjuksköterskan ansvarar för att säkerställa att den delegerade arbetsuppgiften kan utföras praktiskt samt att tillräckliga teoretiska kunskaper finns för att utföras på, ett för patienten säkert sätt. Vilka arbetsuppgifter som är delegerade ska framgå i vårdplan i patientens journal.

Det kan finnas andra specialiserade hälso- och sjukvårdsuppgifter som inte är nämnda ovan. De kan eventuellt delegeras, med utgångspunkt av patientsäkerheten, efter kontakt med MAS.

Område	Arbetsuppgift	Ssk	Kan delegeras till reellt kompetent hälso- och sjukvårdspersonal	Anmärkning	Kan utföras av reellt kompetent hälso- och sjukvårdspersonal efter instruktion
Bedömning	Bistå läkare med bedömning av avliden enligt gällande riktlinje vid vård i livets slut samt konstaterande av dödsfall	Ja (om läkaren har skrivit "underlag för konstaterande av väntat dödsfall")	Nej		Nej
Bedömning	Medicinsk bedömning	Ja	Nej		Nej
Hjärt-/kärll och andning	Blodtryckskontroll	Ja	Ja		Ja
Hjärt-/kärll och andning	Kompressionsbehandling strumpa eller pumpstövel	Ja	Ja	Inom enhet/säbo/HSV-område	Nej
Hjärt-/kärll och andning	Kompressionsbehandling, linda ben	Ja	Ja (om usk genomgått adekvat utbildning i kompressionsbehandling)	Namngiven patient. Ej förväxlas med omläggning eller annan orsak där lindning kan förekomma.	Nej
Hjärt-/kärll och andning	Port a Cath eller CVK: Skötsel av, blodprovstagning ur	Ja	Nej		Nej
Hjärt-/kärll och andning	Rensugning av nedre luftvägar	Ja	Nej		Nej

Hjärt-/kärl och andning	Rensugning av övre luftvägar	Ja	Ja	Namngiven patient	Nej
Hjärt-/kärl och andning	Räkna andningsfrekvens	Ja	Ja		Ja
Hjärt-/kärl och andning	Trakestomi: rensugning av nedre luftvägar	Ja	Nej	Kan delegeras vid specifika ärenden efter överenskommelse med MAS	Nej
Hjärt-/kärl och andning	Kanylård och omläggning av trakestoma	Ja	Ja	Undantagsfall, kontakta MAS	Nej
Hjärt-/kärl och andning	Respiratorvård	Ja	Nej	Kan delegeras vid specifika ärenden efter överenskommelse med MAS	Nej
Hjärt-/kärl och andning					
Hjärt-/kärl och andning	Syrgasbehandling med fast ordination eller koncentrator. Ändring av syrgasmängden efter ordination är en uppgift för ssk.	Ja	Ja	Namngiven patient Skötsel av syrgas-koncentrator som rengöring/byte av luftfilter samt byte av gramma 1 ggr/vecka. Sjuksköterskans uppföljningsansvar innebär ett besök 1 ggr/månad samt vid behov vilket ska finnas dokumenterat i vårdplan.	Nej
Intyg	Utfärdande av intyg i enlighet SOSFS 2007:18	Ja (efter kontakt med MAS)	Nej		Nej
Läkemedel/hantering	Överlämnande av läkemedel där sjuksköterskan övertagit ansvaret för läkemedelshantering.	Ja	Ja	Delegationsutbildning krävs med godkänt kunskapsprov.	Nej
Läkemedel/hantering	Administrering av: tablett, kräm, salva, gel, droppar, mixtur, suppositorier, suspensioner, plåster	Ja	Ja	Delegationsutbildning krävs med godkänt kunskapsprov.	Nej
Läkemedel/hantering	Ansvar för läkemedelsförråd inklusive nycklar och koder	Ja	Nej	Till patienternas läkemedelsskåp har delegerad personal nycklar. Ssk ansvarar för ordning i skåpet.	Nej
Läkemedel/hantering	Förskrivning av vissa läkemedel enl SOSFS 2001:16	Ja, särskild utbildning krävs.	Nej		Nej
Läkemedel/hantering	I ordningsställande av läkemedel	Ja	Nej	Kontakt med MAS vid oundgängligt behov.	Nej
Läkemedel/hantering	Infusion/ transfusion	Ja	Nej		Nej

Läkemedel/ hantering	Inhalationsbehandling	Ja	Ja	Delegationsutbildning krävs med godkänt kunskapsprov.	Nej
Läkemedel/ hantering	Behandling med plåster (smärta)	Ja	Ja	Namn given patient	Nej
Läkemedel/ hantering	Injektion: Intramuskulär intravenös subcutan utan förfylld spruta	Ja	Nej		Nej
Läkemedel/ hantering	Injektion: Subcutan förfylld spruta	Ja	Ja i specifika fall	Kontakt med MAS vid oundgängligt behov. Separata delegationer krävs till insulin respektive subcutan injektion i förfylld spruta.	Nej
Läkemedel/ hantering	Installation av vätskor/ läkemedel i urinblåsa, ex urutainer	Ja	Nej		Nej
Läkemedel/ hantering	Insulinbehandling med penna till patient med stabil blodsockernivå.	Ja	Ja	Särskild utbildning kring diabetes och insulin krävs.	Nej
Läkemedel/ hantering	Insulinbehandling till patient med instabil blodsockernivå	Ja	Nej		Nej
Läkemedel/ hantering	Ta beslut om läkemedelsgivning enligt generell ordinationslista.	Ja	Nej		Nej
Läkemedel/ hantering	Överlämnande av vid behovsläkemedel	Ja	Ja	Efter att sjuksköterska kontaktats. Delegationsutbildning krävs med godkänt kunskapsprov.	Nej
Läkemedel/ hantering	Överlämnande av dosett eller APO-dos	Ja	Ja		Nej
Matsmält- ning	Stomi: plattbyte	Ja	Ja	HSL- insats	Nej
Matsmält- ning	Stomi: påsbyte	Ja	Ja	SoL-insats	Ja
Medicin- teknik	Förskrivning av viss medicins teknisk utrustning	Ja	Nej		Nej
Medicin- teknik	Kontroll av medicinsk utrustning	Ja	Nej		Nej
Nutrition	PEG/ gastroknapp: skötsel av hud	Ja	Ja	Till namn given patient där sjuksköterskans uppföljningsansvar innebär minst ett besök varannan vecka samt vid behov vilket ska vara dokumenterat i vårdplan.	Nej
Nutrition	PEG: sondmatning	Ja	Ja	Ej tillåtet om patienten har intravasal kateter, epiduralkateter eller flera andra infarter.	Nej

Prov- tagning	Blodprovstagning: venöst och kapillärt inklusive blodsocker	Ja	Ja		Nej
Prov- tagning	Blodprovstagning: blodgruppering	Ja	Nej		Nej
Prov- tagning	Odling, sår, urin mm	Ja	Ja	Efter instruktion från ssk.	Ja
Sinnes- funktion och smärta	Smärtkontroll	Ja	Ja	Ssk instruerar i VAS och Abbey Pain Scale.	Ja
Sårvård	Sårbehandling enkla, ytliga sår, snabbläkta sår.	Ja	Ja	Uppföljning av ssk utifrån patientens behov.	Nej-
Sårvård	Sårbehandling smärtsamma sår, revisioner av sår, starkt infekterade sår, bedömning eller uppföljning	Ja	Nej		Nej
Sårvård	Suturtagning	Ja	Nej		Nej
Elimination	Förskrivning av inkontinenshjälpmedel	Ja	Nej	Särskild utbildning krävs	Nej
Elimination	Kateter omkuffning	Ja	Nej		Nej
Elimination	Kateterbyte till komplicerade patienter	Ja	Nej		Nej
Elimination	Kateterbyte till okomplicerade patienter	Ja	Ja	Endast i undantagsfall i de fall ssk har goda kunskaper och själv utför byte regelbundet	Nej
Elimination	Kateterspolning med bälg	Ja	Ja		Nej
Elimination	Kateterspolning med spruta eller urutainer	Ja	Nej		Nej
Elimination	Peritonealdialys	Ja	Nej		Nej
Elimination	Tappning blåsa/ urinreservoar, tex cox blåsa, RIK	Ja	Ja		Nej
Elimination	Urostomi - plattbyte	Ja	Ja	HSL-insats	Nej
Elimination	Urostomi - påsbyte	Ja	Ja	SoL-insats	Ja
Dokumen- tation	Dokumentation enligt patientdatalagen	Ja	Ja	Kontakt med MAS krävs	Nej

Följande kan utföras efter instruktion:

Område	Arbetsuppgift	Ssk	Kan delegeras till reellt kompetent hälso- och sjukvårdspersonal	Anmärkning	Kan utföras av reellt kompetent hälso- och sjukvårdspersonal efter instruktion
Desinfektion	Desinfektion - sterilisering	Ja	Behövs ej		Ja
Desinfektion	Hantering av sterilt gods	Ja	Behövs ej		Ja
Hantering av avfall	Hantering av riskavfall, miljöfarligt, etc	Ja	Behövs ej		Ja
Elimination	Toaletträning	Ja	Behövs ej		Ja
Elimination	Avrop av inkontinenshjälpmedel	Ja	Behövs ej		Ja
Elimination	Kateterfunktion, byte av påse och kontroll av innehåll	Ja	Behövs ej		Ja
Elimination	Kontroll av teststicka i urin	Ja	Behövs ej		Ja
Hjärt-/kärl och andning	Tillsyn av infusion/transfusion	Ja	Behövs ej		Ja
Hjärt-/kärl och andning	Stödstrumpa	Ja	Behövs ej		Ja
Hud	Trycksårsprofylax	Ja	Behövs ej		Ja
Nutrition	BMI-kontroll inkl dokumentation	Ja	Behövs ej		Ja
Nutrition	Kontroll av nutrition	Ja	Behövs ej		Ja
Nutrition	Äthjälp till patient med sväljsvårigheter	Ja	Behövs ej		Ja
Nutrition	Munvård/ skötsel av tandproteser	Ja	Behövs ej		Ja
Observationer	Observationer	Ja	Behövs ej		Ja



Följande arbetsuppgifter räknas som hälso- och sjukvårdsuppgifter: Vägledning

Arbetsuppgift	Sjuksköt (ssk)	Kan delegeras till reellt kompetent omvårdnadspersonal	Område	Kan utföras av reellt kompetent omvårdnadspersonal efter instruktion
FÅR EJ DELEGERAS:				
• Förskrivning av vissa läkemedel enl. SOSFS 2001:16	Ja- endast ssk med särskild utbildning	Nej		Nej
^ Förskrivning av inkontinensmaterial	Ja – endast ssk med särskild utbildning	Nej		Nej
• Nutritionsbedömning	Ja (i samverkan m. dietist)	Nej		Nej
• Ordination av kosttillskott	Ja (i samverkan m. dietist)	Nej		Nej
• Iordningsställande av läkemedel	Ja	Nej (kontakt med MAS vid oundgängligt behov)		Nej
• Ta beslut om läkemedelsgivning enligt generella ordinationslistan	Ja	Nej		Nej
• Ansvara för läkemedelsförråd inkl. nycklar	Ja	Nej		Nej
^ Medicinsk bedömning	Ja	Nej		Nej
• Injektion - subcutan	Ja	Nej (kontakt med MAS vid oundgängligt behov)		Nej
• Injektion – intramuskulär/intravenös	Ja	Nej		Nej
• Infusion/transfusion	Ja	Nej		Nej
• Installation av läkemedel i urinblåsa	Ja	Nej		Nej
^ Komplicerad sårbehandling (smärtande sår, sårrevisioner, starkt infekterade sår etc.)	Ja	Nej		Nej
• Byte av PEG	Ja	Nej		Nej
^ Kateter – byte i komplicerade fall	Ja	Nej		Nej
• Blodgruppering	Ja	Nej		Nej
^ Komplicerade blodprov i CVK el. Port a Cath	Ja	Nej		Nej
^ Terminalvård, smärtkontroll	Ja	Nej		Nej
^ Kontroll av medicinteknisk utrustning	Ja	Nej		Nej
^ Förskrivning av vissa tekniska hjälpmedel	Ja	Nej		Nej
^ Utfärdande av intyg (i enlighet med SOSFS 2005:29)	Ja (efter kontakt med mas)	Nej		Nej
^ Bistå läkare med bedömning av avliden enligt riktlinjer i maspärm 6.4 Förväntade dödsfall i hemmet... ”underlag för konstaterande av väntat dödsfall”	Ja (om läkaren har skrivit ”underlag för konstaterande av väntat dödsfall”)	Nej		Nej



Bilaga 1 – Delegering från sjuksköterska

Arbetsuppgift	Sjuksköt (ssk)	Kan delegeras till reellt kompetent omvårdnadspersonal	Område	Kan utföras av reellt kompetent omvårdnadspersonal efter instruktion
FÅR DELEGERAS:				
• Överlämnande av läkemedel där sjuksköterskan övertagit ansvaret för läkemedelshanteringen	Ja	Ja	Inom enhet/säbo/ HSV-område	Nej
• Överlämnande av vidbehovs-läkemedel.	Ja	Ja (men skall alltid kontakta sjuksköterska före överlämnandet)	Inom enhet/säbo/ HSV-område	Nej
• Överlämnande av dosett/APO-dos	Ja	Ja	Inom enhet/säbo/ HSV-område	Nej
• Administrering av läkemedel i form av salva/gel/kräm/droppar/mixt/supp/ eller suspension	Ja	Ja (dock ej sömnmedel, psykofarmaka eller narkotiska läkemedel)	Inom enhet/säbo/ HSV-område	Nej
• Inhalationsbehandling	Ja	Ja	Namngiven patient	Nej
• Behandling med plåster (smärta)	Ja	Ja	Namngiven patient	Nej
• Insulinbehandling	Ja	Ja (endast med penna och om patienten har en stabil blodsockernäv)	Namngiven patient	Nej
• Syrgasbehandling med fast ordination	Ja	Ja	Namngiven patient	Nej
• Skötsel och omkuffning av PEG	Ja	Ja	Namngiven patient	Nej
• Sondmatning via PEG	Ja	Ja (ej tillåtet om patienten har intra-vasal kateter eller epidural-kateter)	Namngiven patient	Nej
^ Kateter – omkuffning/spolning	Ja	Ja	Namngiven patient	Nej
^ Kateter – byte i okomplicerade fall	Ja	Ja (undantagsfall)	Namngiven patient	Nej
^ Kompressionsbehandling (binda, strumpa och/eller pumpstövel)	Ja	Ja	Inom enhet/säbo/ HSV-område	Nej
^ Enklare omläggningar (ytliga, snabbbläta sår)	Ja	Ja	Inom enhet/säbo/ HSV-område	Nej
^ Suturtagning	Ja	Ja (undantagsfall)	Namngiven patient	Nej
^ Rensugning av övre luftvägar	Ja	Ja	Namngiven patient	Nej
^ Rensugning av nedre luftvägar, trakeostomi	Ja	Ja (undantagsfall) kontakta MAS)	Namngiven patient	Nej
^ Kanylård och omläggning av trakeostoma	Ja	Ja (undantagsfall) kontakta MAS)	Namngiven patient	Nej
^ Venprovtagning/kapillärprov	Ja	Ja (obs!! ej blodgruppering)	Inom enhet/säbo/ HSV-område	Nej
^ Dokumentation enl. patientdatalagen	Ja	Ja (efter kontakt med MAS)	Inom enhet/säbo/ HSV-område	Nej
^ Odlingar; sår, urin m.m.	Ja	Ja	Inom enhet/säbo/ HSV-område	Nej
^ Peritonealdialys	Ja	Ja	Namngiven	Nej



Bilaga 1 – Delegering från sjuksköterska

			patient	
Arbetsuppgift	Sjuksköt (ssk)	Kan delegeras till reellt kompetent omvårdnadspersonal	Område	Kan utföras av reellt kompetent omvårdnadspersonal efter instruktion
EFTER INSTRUKTION:				
• Desinfektion - sterilisering	Ja	Behövs ej		Ja
• Hantering av sterilt gods	Ja	Behövs ej		Ja
• Hantering av avfall (riskavfall, miljöfarligt etc)	Ja	Behövs ej		Ja
^ Toaletträning	Ja	Behövs ej		Ja
^ Avrop av inkontinenshjälpmedel	Ja	Behövs ej		Ja
^ Kateterfunktion, byte av påse och kontroll av innehåll	Ja	Behövs ej		Ja
• Tillsyn av infusion/transfusion	Ja	Behövs ej		Ja
^ Stödstrumpa	Ja	Behövs ej		Ja
^ Trycksårsprofylax	Ja	Behövs ej		Ja
• BMI-kontroll inkl. dokumentation	Ja	Behövs ej		Ja
• Kontroll av nutrition	Ja	Behövs ej		Ja
• Äthjälp till vårdtagare med svälgsvarigheter	Ja	Behövs ej		Ja
^ Puls och blodtryckskontroller	Ja	Behövs ej		Ja
^ Kontroll av teststicka i urin	Ja	Behövs ej		Ja
^ Terminalvård, omvårdnad	Ja	Behövs ej		Ja
^ Observationer	Ja	Behövs ej		Ja
^ Munvård/skötsel av tandproteser	Ja	Behövs ej		Ja