



KALLELSE

Socialnämnden

Plats och tid för
sammanträdet

Havsörnen, Borgholm, 2026-03-25 , klockan 13:00

Joel Schäfer
Ordförande

/
Therese Åhlander
Sekreterare
0485-880 95

Förslag på justerare:

Justerare med Ersättare som ersättare

Förslag på plats och tid för
justeringen:

i Borgholm

| | ÄRENDEN | | Sid |
|----|--|--------------------|----------------|
| 1 | Upprop | | |
| 2 | Nyttillkomna ärenden | | |
| 3 | Godkännande av kallelse och dagordning | | |
| 4 | Anmälan om jäv | | |
| 5 | Val av justerare | | |
| 6 | Riktlinje för hantering av personuppgifter enl GDPR, socialnämnden i Borgholms kommun | 2025/75 700 | 3 - 13 |
| 7 | Budgetuppföljning februari 2026 | 2026/13 792 | 14 - 29 |
| 8 | Information från socialchef 2026 | 2026/1 700 | 30 |
| 9 | Analys av resursanvändning som underlag för långsiktig planering | 2026/22 730 | 31 - 35 |
| 10 | Information från äldreomsorgen hemtjänst samt kommunal primärvård (KPV), 2026 | 2026/4 700 | 36 |
| 11 | Information; Central utredning avseende misstanke om stöld | 2025/59 705 | 37 - 40 |
| 12 | Information från äldreomsorgen, vård- och omsorgsboende, 2026 | 2026/6 700 | 41 |
| 13 | Lex Sarah rapport, bemötande | 2026/24 705 | 42 - 46 |
| 14 | Sammanfattning av uppföljning av åtgärdsplan efter genomlysning av Tullgatan 40 | 2025/6 730 | 47 - 51 |
| | | | 52 |

| | | | |
|----|---|--------------------|----------------------|
| 15 | Information från individ- och familjeomsorg (IFO) samt myndighet, 2026 | 2026/7 700 | |
| 16 | Information om brukarundersökningen inom individ- och familjeomsorgen 2025 | 2026/8 750 | 53 - 73 |
| 17 | Information gällande Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) tillsyn av egenkontroller i kommunens arbete med barn och unga. | 2024/57 701 | 74 - 80 |
| 18 | Information från omsorgen om funktionsnedsatta (OFN), 2026 | 2026/5 700 | 81 |
| 19 | Beslut om taxor vid försäljning av LSS-insatser till annan kommun. | 2025/25 706 | 82 - 88 |
| 20 | Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse för år 2025. | 2026/20 700 | 89 - 114 |
| 21 | Kurser och utbildningar 2026 | 2026/21 700 | 115 - 116 |
| 22 | Redovisning av delegationsbeslut och övrig information 2026 | 2026/10 700 | |



Riktlinje för hantering av personuppgifter enligt GDPR, socialnämnden i Borgholms kommun

Beslut

Socialnämndens arbetsutskott föreslår socialnämnden besluta

att anta riktlinjen för hantering av personuppgifter hos socialnämnden i Borgholms kommun.

Ärendebeskrivning

Alla invånare vars personuppgifter behandlas inom ramen för socialnämnden i Borgholms kommuns verksamhet ska vara trygga med hur socialnämnden hanterar deras uppgifter.

Riktlinjen beskriver på ett övergripande plan hur personuppgifter behandlas inom nämndens område.

Denna riktlinje ska säkerställa att vi:

- följer gällande dataskyddslagstiftning
- lagrar och hanterar personuppgifter på ett korrekt och enhetligt sätt
- kommunicerar tydligt och öppet gällande hur personuppgifter hanteras i verksamheten
- kan tillmötesgå registrerades rättigheter och
- skyddar den egna verksamheten mot hot och därmed minimerar integritetsrisker.

Riktlinjerna omfattar all behandling av personuppgifter som utförs inom socialnämnden i Borgholms kommuns verksamhetsområde. Dessa riktlinjer gäller samtliga verksamheter, oavsett vems personuppgifter som behandlas och oavsett sammanhang. Riktlinjerna ska kompletteras med mer detaljerade rutiner för hur personuppgifter ska hanteras.

Riktlinjerna ska efterlevas av ledning, anställda och andra personer som arbetar på uppdrag av eller under översyn av socialnämnden i Borgholms kommun, exempelvis konsulter eller partners.

Gällande dataskyddslagstiftning

Hantering av och skyddet för personuppgifter regleras av EU:s allmänna dataskyddsförordning (GDPR) samt den kompletterande dataskyddslagen och tillhörande förordning (SFS 2018:218 och SFS 2018:219). Ytterligare reglering finns även i andra lagar, till exempel i olika registerlagar. Eftersom EU-rätten är överordnad nationell rätt gäller GDPR före svenska lagar med de undantag som finns i dataskyddslagen.

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Beslutsunderlag

Riktlinje för hantering av personuppgifter hos socialnämnden i Borgholms kommun.

Dagens sammanträde

Jenny Nilsson, informations- och dataskyddsamordnare redogör för ärendet.

Ordförande tackar för redogörelsen.

Beslutet skickas till

Socialnämnden
Dataskyddssamordnare

Justerandes signering (protokollet kan vara justerat digitalt, se marginal/sista sidan) Utdragsbestyrkande

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|



Till Socialnämnden

Tjänsteskrivelse - Riktlinje för hantering av personuppgifter hos socialnämnden i Borgholms kommun

Förslag till beslut

Socialnämndens arbetsutskott föreslår socialnämnden besluta

att anta riktlinjen för hantering av personuppgifter hos socialnämnden i Borgholms kommun.

Ärendebeskrivning

Alla invånare vars personuppgifter behandlas inom ramen för socialnämnden i Borgholms kommuns verksamhet ska vara trygga med hur socialnämnden hanterar deras uppgifter.

Riktlinjen beskriver på ett övergripande plan hur personuppgifter behandlas inom nämndens område.

Denna riktlinje ska säkerställa att vi:

- följer gällande dataskyddslagstiftning
- lagrar och hanterar personuppgifter på ett korrekt och enhetligt sätt
- kommunicerar tydligt och öppet gällande hur personuppgifter hanteras i verksamheten
- kan tillmötesgå registrerades rättigheter och
- skyddar den egna verksamheten mot hot och därmed minimerar integritetsrisker.

Riktlinjerna omfattar all behandling av personuppgifter som utförs inom socialnämnden i Borgholms kommuns verksamhetsområde. Dessa riktlinjer gäller samtliga verksamheter, oavsett vems personuppgifter som behandlas och oavsett sammanhang. Riktlinjerna ska kompletteras med mer detaljerade rutiner för hur personuppgifter ska hanteras.

Riktlinjerna ska efterlevas av ledning, anställda och andra personer som arbetar på uppdrag av eller under översyn av socialnämnden i Borgholms kommun, exempelvis konsulter eller partners.

Gällande dataskyddslagstiftning

Hantering av och skyddet för personuppgifter regleras av EU:s allmänna dataskyddsförordning (GDPR) samt den kompletterande dataskyddslagen och tillhörande förordning (SFS 2018:218 och SFS 2018:219). Ytterligare reglering finns även i andra lagar, till exempel i olika registerlagar. Eftersom EU-rätten är överordnad nationell rätt gäller GDPR före svenska lagar med de undantag som finns i dataskyddslagen.

Beslutsunderlag

Riktlinje för hantering av personuppgifter hos socialnämnden i Borgholms kommun.

Beslutet skickas till

Socialnämnden

Dataskyddssamordnare

Therese Åhlander

Förvaltningssekreterare, Avdelningsnamn



Riktlinjer för hantering av personuppgifter hos Socialnämnden i Borgholms kommun

Antaget av Socialnämnden 2026-03-25 § [xx]

Riktlinjer för hantering av personuppgifter hos Socialnämnden i Borgholms kommun

Syftet

Alla invånare vars personuppgifter behandlas inom ramen för Socialnämnden i Borgholms kommuns verksamhet ska vara trygga med hur vi hanterar deras uppgifter.

Riktlinjen beskriver på ett övergripande plan hur personuppgifter behandlas inom nämndens område.

Denna riktlinje ska säkerställa att vi:

- följer gällande dataskyddslagstiftning
- lagrar och hanterar personuppgifter på ett korrekt och enhetligt sätt
- kommunicerar tydligt och öppet gällande hur personuppgifter hanteras i verksamheten
- kan tillmötesgå registrerades rättigheter och
- skyddar den egna verksamheten mot hot och därmed minimerar integritetsrisker.

Omfattning

Riktlinjerna omfattar all behandling av personuppgifter som utförs inom Socialnämnden i Borgholms kommuns verksamhetsområde. Dessa riktlinjer gäller samtliga verksamheter, oavsett vems personuppgifter som behandlas och oavsett sammanhang. Riktlinjerna ska kompletteras med mer detaljerade rutiner för hur personuppgifter ska hanteras.

Riktlinjerna ska efterlevas av ledning, anställda och andra personer som arbetar på uppdrag av eller under översyn av Socialnämnden i Borgholms kommun, exempelvis konsulter eller partners.

Gällande dataskyddslagstiftning

Hantering av och skyddet för personuppgifter regleras av EU:s allmänna dataskyddsförordning (GDPR) samt den kompletterande dataskyddslagen och tillhörande förordning (SFS 2018:218 och SFS 2018:219). Ytterligare reglering finns även i andra lagar, till exempel i olika registerlagar.

Eftersom EU-rätten är överordnad nationell rätt gäller GDPR före svenska lagar med de undantag som finns i dataskyddslagen.

Grundläggande principer

Ändamålsbegränsning och uppgiftsminimering

Personuppgifter får endast behandlas för angivna specifika ändamål, i den utsträckning det behövs och i enlighet med dataskyddslagstiftningen.

Endast sådana personuppgifter som faktiskt behövs i förhållande till ändamålet får samlas in och sparas. Inga uppgifter får sparas för att de "kan vara bra att ha".

Behandling av personuppgifter i nya sammanhang (för nya ändamål) måste alltid på förhand utvärderas och kontrolleras med dataskyddsansvariga, för att säkerställa att den nya hanteringen inte strider mot dataskyddslagstiftningen.

Behörighetsbegränsning

De personuppgifter som förekommer i verksamheten ska endast vara tillgängliga för personer som behöver dem i sitt arbete.

Lagringsminimering

Personuppgifter som inte längre behövs för de angivna ändamålen ska antingen gallras löpande utifrån de tidsfrister som är fastställda i beslutad informationshanteringsplan eller, om de ska bevaras, överföras till arkivmyndigheten. Observera att det kan finnas lagkrav på att arkivera och spara uppgifter. Det ska finnas en uppdaterad informationshanteringsplan med aktuella gallringsrutiner.

Personuppgifter får inte användas på annat sätt eller överföras till och/eller behandlas på annan plats (system/lagringsställe/enhet) än vad som följer av gällande rutiner och instruktioner. Är personuppgifterna insamlade i ett visst syfte ska den registrerade informeras om en ny behandling för ett annat syfte sker.

Information till registrerade

Alla registrerade har rätt till information om hur deras personuppgifter hanteras. Detta gäller såväl anställda som andra som har kontakt med kommunen. Dataskyddsförordningen kräver att den information som ges om personuppgiftsbehandling ska vara lättbegriplig och tydlig för mottagaren. Informationen måste därför anpassas till den målgrupp som den riktar sig till. Informationen ska lämnas på ett klart och tydligt sätt i samband med att personuppgifterna samlas in. Om uppgifterna samlas in från någon annan än den registrerade ska information lämnas som senast i samband med att uppgifterna behandlas.

För anställda kan information i huvudsak lämnas via intranätet. På den offentliga webbplatsen ska en allmän information kring dataskyddsförordningen finnas som riktar sig till medborgare och användare som sedan kompletteras med mer detaljerad information om varje specifik behandling av personuppgifter. När e-tjänster används ska information finnas i anslutning till att uppgifterna lämnas.

De registrerades rättigheter

Socialnämnden i Borgholms kommun ska ha fastställda rutiner och instruktioner för hur organisationen ska fullgöra sina skyldigheter gentemot de registrerade. De registrerades rättigheter framgår av kapitel 3 i dataskyddsförordningen (artiklarna 12–23), och dessa rättigheter ska Socialnämnden i Borgholms kommun ha rutiner för att hantera. Detta omfattar ovan nämnda informationsskyldighet, men också rätten till begäran om registerutdrag, rättelse, radering, begränsning, dataportabilitet samt rätten att invända.

Lagring och informationssäkerhet

Alla personuppgifter som finns hos Socialnämnden i Borgholms kommun ska skyddas genom säkra servrar och andra lämpliga tekniska och organisatoriska säkerhetsåtgärder i enlighet med artikel 32 GDPR. Känsliga personuppgifter kräver generellt högre säkerhet än

mer harmlösa uppgifter. Vidare specifikationer gällande informationssäkerhet finns i kommunens styrdokument gällande informationssäkerhet.

Personuppgiftsincidenter

Var och en som upptäcker eller misstänker en personuppgiftsincident som skulle kunna innebära en integritetsrisk, ska rapportera detta vidare till kommunens dataskyddssamordnare. En personuppgiftsincident kan vara allt ifrån att någon har tappat en mobiltelefon till en hackerattack där personuppgifter som blivit stulna eller förvanskats. Ansvarig för rutiner kring hantering av incidenter är kommunens dataskyddssamordnare. På Insidan finns information om hur personuppgiftsincidenter ska anmälas.

Generella riktlinjer

Personuppgifter är all information som kan användas för att identifiera en enskild person, direkt eller indirekt. Begreppet personuppgifter inkluderar (men är inte begränsat till):

- Namn
- Personnummer
- Kön
- Civilstånd
- E-postadress
- Adress
- Telefonnummer
- Fastighetsbeteckning
- Bilder (på personer)
- Film
- Ljudupptagning

I uttrycket **behandling av personuppgifter** inkluderas allt som görs där personuppgifter förekommer, exempelvis administration, kommunikation och lagring av sådana uppgifter för olika ändamål och i olika sammanhang.

I den mån **känsliga personuppgifter** förekommer i Socialnämnden i Borgholms kommun, verksamhet gäller särskilda regler för dessa. Känsliga personuppgifter är sådana som:

- avslöjar etniskt ursprung,
- avslöjar politiska åsikter,
- avslöjar religiös eller filosofisk övertygelse,
- avslöjar medlemskap i fackförening,
- handlar om hälsa,
- rör sexualliv eller sexuell läggning,
- anger genetiska eller biometriska uppgifter för att entydigt identifiera en fysisk person.

Observera att även uppgifter som indirekt avslöjar eller kan avslöja känslig information av detta slag inkluderas.

Socialnämnden i Borgholms kommun är **personuppgiftsansvarig** för de flesta av de personuppgiftsbehandlingar som förekommer i verksamheten. Med detta menas att nämnden är ytterst ansvarig för behandlingen av personuppgifter och bestämmer över ändamål och medel. I vissa fall kan även någon annan vara personuppgiftsansvarig. Roller

och ansvarsfördelning mellan nämnden och eventuella **personuppgiftsbiträden** ska framgå för varje behandling i registerförteckningen.

Ändamål med behandling av personuppgifter

När personuppgifter behandlas ska hänsyn alltid tas till den personliga integriteten. För varje behandling ska ett ändamål fastställas. Endast uppgifter som behövs för att uppnå ändamålet med behandlingen får behandlas. Uppgifterna som behandlas ska alltid vara sakliga och relevanta. Vid behandling av personuppgifter ska följande gälla:

- Uppgifterna ska behandlas på ett lagligt, korrekt och öppet sätt i förhållande till den registrerade (laglighet, korrekthet och öppenhet).
- Uppgifterna ska samlas in för särskilda, uttryckligt angivna och berättigade ändamål och får inte senare behandlas på ett sätt som är oförenligt med dessa ändamål. Ytterligare behandling för arkivändamål av allmänt intresse, vetenskapliga eller historiska forskningsändamål eller statistiska ändamål ska inte anses vara oförenlig med de ursprungliga ändamålen (ändamålsbegränsning).
- Uppgifterna ska vara adekvata, relevanta och inte för omfattande i förhållande till de ändamål för vilka de behandlas (uppgiftsminimering).
- Uppgifterna ska vara korrekta och om nödvändigt uppdaterade. Alla rimliga åtgärder måste vidtas för att säkerställa att personuppgifter som är felaktiga i förhållande till de ändamål för vilka de behandlas raderas eller rättas utan dröjsmål (korrekthet). Uppgifterna får inte förvaras i en form som möjliggör identifiering av den registrerade under en längre tid än vad som är nödvändigt för de ändamål för vilka personuppgifterna behandlas. Personuppgifter får lagras under längre perioder i den mån som personuppgifterna enbart behandlas för arkivändamål av allmänt intresse, vetenskapliga eller historiska forskningsändamål eller statistiska ändamål under förutsättning att de lämpliga tekniska och organisatoriska åtgärder som krävs enligt GDPR genomförs för att säkerställa den registrerades rättigheter och friheter (lagringsminimering).

Utbildning

Alla anställda ska få grundläggande dataskyddsutbildning för att säkerställa förståelse för vikten av att hantera personuppgifter korrekt. Ansvarig för att utbildningen genomförs är varje personalansvarig chef.

Varje chef ansvarar för att berörda medarbetare får ta del av sådana instruktioner och rutiner som är relevanta för dem och sådan information som behövs för att var och en ska kunna utföra sitt arbete i linje med dataskyddslagstiftningen. Detta inkluderar, men är inte begränsat till, utbildning av nyanställda.

Registerförteckning

Detaljerad information om varje slags behandling av personuppgifter som förekommer i processer, IT-system och på olika enheter inom ramen för Socialnämnden i Borgholms kommun verksamhet ska finnas dokumenterad i organisationens registerförteckning. Det gäller även de sociala medier som används samt i de behandlingar där Socialnämnden i Borgholms kommun är personuppgiftsbiträde.

Förteckningen ska löpande hållas uppdaterad och fungera som ett heltäckande register över alla personuppgiftsbehandlingar, i enlighet med kraven i artikel 30 i dataskyddsförordningen.

Registerförteckningen administreras av kommunens dataskyddsamordnare tillsammans med utsedda administratörer i verksamheten. Förteckningen ska visas upp för tillsynsmyndigheten (IMY) på begäran.

Rättslig grund

Varje behandling av personuppgifter ska ha en angiven rättslig grund för att det ska vara lagligt att hantera personuppgifterna. Inga personuppgifter får behandlas hos Socialnämnden i Borgholms kommun utan att det finns en identifierad och lämplig rättslig grund.

De rättsliga grunder som främst bör användas är avtal, rättslig förpliktelse, myndighetsutövning eller uppgifter av allmänt intresse. Alla rättsliga grunderna finns listade i artikel 6 dataskyddsförordningen.

För känsliga personuppgifter räcker inte enbart en rättslig grund utan not av undantagen i artikel 9 måste också vara tillämpligt. Vilket undantag som används anges i registerförteckningen.

Offentlighetsprincipen och arkivlagen i relation till dataskyddslagstiftningen

Offentlighetsprincipen och arkivlagen gäller före dataskyddslagstiftningen.

Offentlighetsprincipen

En allmän handling som är offentlig ska lämnas ut som den är. När någon vill ta del av en allmän handling är det tryckfrihetsförordningen och offentlighets- och sekretesslagen som blir tillämpliga. Allmänna handlingar som lämnas ut får innehålla personuppgifter. Personuppgifter i en allmän handling som begärs ut med stöd av offentlighetsprincipen får bara döljas om uppgiften skyddas av sekretess enligt en paragraf i offentlighets- och sekretesslagen. Spridning av handlingar som kommunen gör på eget initiativ berörs inte av undantaget att tryckfrihetsförordningen har företräde framför dataskyddsförordningen. Det är inte kommunens skyldighet enligt offentlighetsprincipen att publicera allmänna handlingar på webben eller på annat sätt skicka ut dem till någon som inte har begärt att få ut dem. När kommunen ägnar sig åt denna typ av utökad service gäller dataskyddslagstiftningen fullt ut.

Arkivlagen

Enligt arkivlagen får en kommun inte gallra information utan att det finns ett beslut fattat av ansvarig nämnd eller styrelse. Gallringsanvisningar finns i gällande informationshanteringsplan antagen av Socialnämnden i Borgholms kommun.

Det är viktigt att aktivt arbeta med att implementera den informationshanteringsplan som finns. Det innebär att gallra det som enligt plan ska gallras och regelbundet överlämna material som ska bevaras till arkivmyndigheten.

Utlämnande av personuppgifter

Utlämnande till annan part

Det händer att Socialnämnden i Borgholms kommun lämnar ut personuppgifter till annan part, till exempel:

- Genom appar och/eller programvara
- Genom att spara data i molnbaserade servrar
- Försäkringskassan
- Skatteverket
- Statistiska centralbyrån
- Pensionsförvaltare
- Internt inom kommunen

Att lämna ut uppgifter på det sättet är i sig en behandling av personuppgifter. Det ska alltid finnas en rättslig grund för ett sådant utlämnande och de registrerade ska ha fått information om att deras uppgifter lämnas ut utanför Socialnämnden i Borgholms kommun.

Gränsöverskridande behandling

När personuppgifter behandlas utanför EU/EES ska mottagarlandet genom sin lagstiftning eller praxis tillförsäkra lämpliga skyddsåtgärder som kan göra det möjligt att föra över personuppgifter enligt artikel 46. Åtgärderna måste tillhandahålla en skyddsnivå som är "väsentligen likvärdig" med den som garanteras inom EU genom dataskyddsförordningen. Beslut om vilka länder som anses ha adekvat skyddsnivå fattas av EU-kommissionen.

Om behandlingar av personuppgifter kommer att ske i ett land där beslut om adekvat skyddsnivå saknas måste någon annan mekanism för överföring av personuppgifter användas, till exempel EU:s standardavtalsklausuler för överföring av personuppgifter till tredjeland.

Personuppgiftbiträdesavtal

När personuppgifter behandlas av någon utanför den egna organisationen ska ett personuppgiftbiträdesavtal tecknas. Det är en överenskommelse mellan parterna som reglerar behandlingen av personuppgifter. Socialnämnden i Borgholms kommun anlitar endast personuppgiftsbiträden som garanterar lämpliga tekniska och organisatoriska säkerhetsåtgärder och på andra sätt kan ge garantier för att kraven i dataskyddsförordningen uppfylls också när en annan aktör behandlar personuppgifter för vår räkning. Det ska finnas skriftliga biträdesavtal med samtliga personuppgiftsbiträden. Systemägare ansvarar tillsammans med respektive informationsägare för att kontrollera att biträdesavtal finns och speglar kraven i artikel 28 dataskyddsförordningen. SKR:s grundavtal med instruktion och bilaga för underbiträden bör användas.

Tillsynsmyndighet

Ansvärlig tillsynsmyndighet för verksamhetens behandling av personuppgifter är Integritetsskyddsmyndigheten (IMY).

Enskilda personer som har klagomål gällande Socialnämnden i Borgholms kommuns hantering av personuppgifter har rätt att kontakta Integritetsskyddsmyndigheten.



§ 32

Budgetuppföljning februari 2026

Beslut

Socialnämndens arbetsutskott beslutar

att godkänna den preliminära budgetuppföljningen för februari månad 2026.

Ärendebeskrivning

Den preliminära budgetuppföljningen för februari 2026 är framtagen av enhetschefer, verksamhetschefer och förvaltningschef tillsammans med ekonom.

Beslutsunderlag

Preliminär budgetuppföljning för februari 2026.

Dagens sammanträde

Veronika Grandin, ekonom redovisar den preliminära budgetuppföljningen för februari månad 2026.

Ordförande tackar för redovisningen.

Beslutet skickas till

Socialnämnden

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|



Borgholms
kommun

Socialnämnd

Uppföljning februari 2026

Feb 2026

SN: 2026-03-25



Innehållsförteckning

| | |
|---|-----------|
| 1 Förvaltningsberättelse | 3 |
| 1.1 Händelser av väsentlig betydelse | 3 |
| 1.2 God ekonomisk hushållning och ekonomisk ställning..... | 3 |
| 1.2.1 Sammanfattning ekonomisk analys | 3 |
| 1.2.2 Kommunens verksamheter | 4 |
| 2 Bilagor..... | 14 |
| 2.1 Åtgärder och konsekvensanalys..... | 14 |
| 2.1.1 Specifikation åtgärder | 15 |

1 Förvaltningsberättelse

1.1 Händelser av väsentlig betydelse

Vård och omsorg

- Bihanteringen tar tid, kraft och fokus från kärnuppdraget, samtidigt som kapaciteten inte räcker när besöken ökar.
- Semester rekryteringen pågår. Upplevelsen är dock att det är svårare att få vikarier i år.
- Omställning till ett mer förebyggande arbete är påbörjat och uppföljning sker månadsvis.

Omsorgen om funktionsnedsatta (OFN)

- Evakuering av gruppbostad föranledde högre personalkostnader.
- Barnverksamheten har flyttat där flytten och efterarbete föranlett något högre personalkostnader.
- Stor utbetalning för sparade semesterdagar.
- Många enheter påverkas av personalförändringar; nyanställningar, långtidsvikariat och partiella ledigheter som är svåra att tillsätta.
- Obalans mellan behovet av timvikarier och tillgängliga vikarier vilket leder till inställda insatser, ökad inköp av extern arbetskraft, inbeordring av ordinarie personal och ökad användning av timvikarier. Detta påverkar kontinuitet, brukarnas trygghet och arbetsmiljön, samt ökar administrativa och personalkostnader.
- Pulsmätningar och friskhetsindex ligger oftast mellan 60-75%. Vid genomlysning visar grupperna fokus på kommunikation, delaktighet och balans i arbetet. Vissa enheter rapporterar ökad arbetsbelastning i samband med jourverksamhet eller flytt/evakuering.

Individ och familjeomsorg (IFO)

- Arbetsmiljöverket har gett barn och familj samt arbetsmarknad och vuxnenheten återrapportering av inspektionen i höstas och anser att arbetsgivaren uppfyllt kraven och därmed avslutades tillsynen.
- Socialtjänsten startade sitt arbete med att synliggöra socialtjänsten på hälsocentralen en gång i veckan i början på februari.
- Ny stödgrupp för vuxna med skadligt bruk och beroende, Matrix-gruppen har startat upp under februari.
- Handlingsplan har sammanställts tillsammans med Ölands utbildningscenter utifrån från Skollagen (lagkrav) gällande att skapa aktiva åtgärder för att möjliggöra för fler att gå SFI.
- Borgholms kommun har skrivit under en avsiktsförklaring att tillsammans med länets 12 kommuner ansöka om ett nytt ESF-projekt för att fördjupa samverkan med näringslivet. Kommunförbundet håller i ansökan och projektet. Två lokala företag har skrivit under avsiktsförklaring att medverka i projektet och även Ölands utbildningscenter kommer medverka i det.

1.2 God ekonomisk hushållning och ekonomisk ställning

1.2.1 Sammanfattning ekonomisk analys

Socialförvaltningen uppvisar för januari månad en budgetavvikelse om - 2,2 mkr.

Avvikelsen härleds till höga kostnader inom Vård och omsorg till följd av högt antal beviljade hemtjänsttimmar, tidigt öppnande av avdelning G, projekt minskat arbetsmått på Åkerbohemmet samt höga personalkostnader i form av semesterlön, OB, övertid och sjuklön. Den negativa avvikelsen reduceras av individ- och familjeomsorgen och beror på lägre kostnader av externa placeringar för månaden inom barn, samt tillfälligt vakanta tjänster.

Prognos för helåret uppgår till -7,0 mkr.

Prognosen har försämrats med 4,0 mkr sedan föregående månad, och beror främst på ett ändrat antagande inom vård och omsorg gällande ett ökat antal beviljade hemtjänsttimmar jämfört med budgeterade timmar, samt ökade kostnader i samband med minskat arbetsmått norr och tidigarelagd öppning av avdelning G. Ökade kostnader för hjälpmedel påverkar även årsprognosen negativt för verksamhetsområdet. Omsorgen av funktionssnedsatta visar även på en negativ årsprognos och beror ökat vårdbehov.

Statsbidrag om 0,6 mkr påverkar prognosen positivt på helår.

1.2.2 Kommunens verksamheter

Ekonomisk analys

Analys av avvikelse för perioden

Socialförvaltningen uppvisar för perioden en avvikelse om - 2,2 mkr. Avvikelsen har försämrats med 2,3 mkr under februari. Nedan presenteras avvikelse per verksamhet.

Centralt

Verksamhetsområdet uppvisar en avvikelse om + 0,1 mkr för perioden. Överskottet härleds främst till budget för kompetensutveckling som inte nyttjats än.

Vård och omsorg

Verksamheten uppvisar för månaden ett underskott om -2,1 mkr och för hela perioden -2,6 mkr. Avvikelsen förklaras huvudsakligen av tre faktorer: den tidigarelagda öppningen av avdelning G på Tullgatan, ett högre antal utförda hemtjänsttimmar än budgeterat samt genomförandet av projektet med minskat arbetstidsmått i Norr.

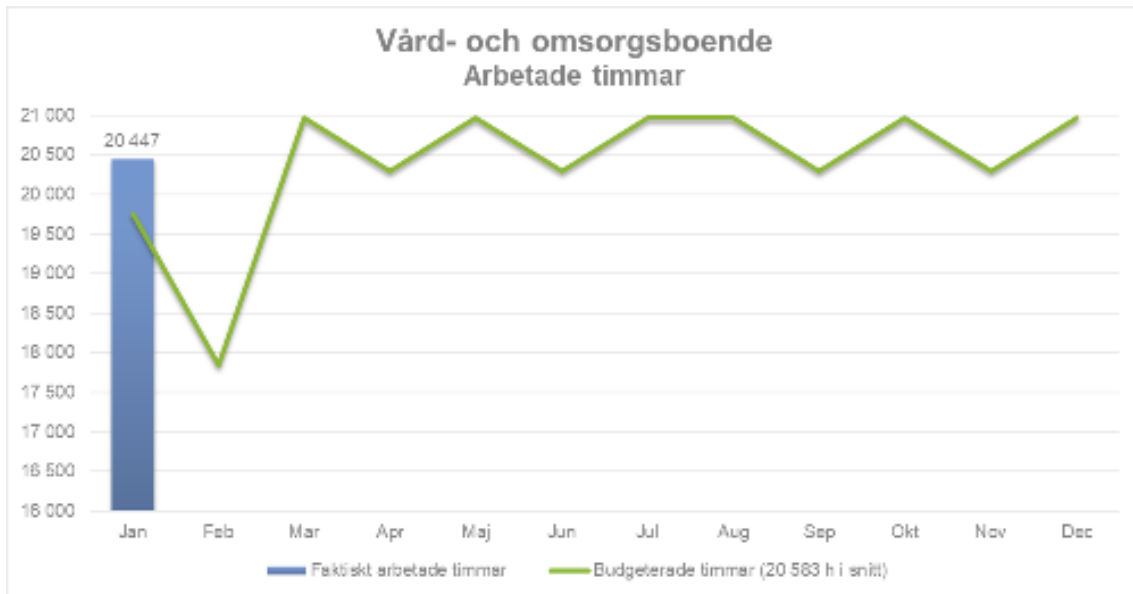
Utöver detta påverkas resultatet av fortsatta kostnadsökningar kopplade till sjuklön och övertidsarbete, vilka sammantaget uppgår till 1,2 mkr Vidare belastas ekonomin av kostnader för obokad resurstid motsvarande 256 tkr.

Vård och omsorgsboende

Månadens negativa avvikelse har försämrats sedan föregående månad med 928 tkr. Periodens totala avvikelse uppgår till -1 381 tkr. Februaris negativa avvikelse härleds till att avdelning G på Tullgatan öppnade en månad tidigare än budgeterat med fem platser, och påverkar månadens resultatet med -260 tkr. Köp av korttidsplats har medfört en kostnad om -72 tkr, samt utbetalning av sparade semesterdagar påverkar månadens resultat med - 219 tkr.

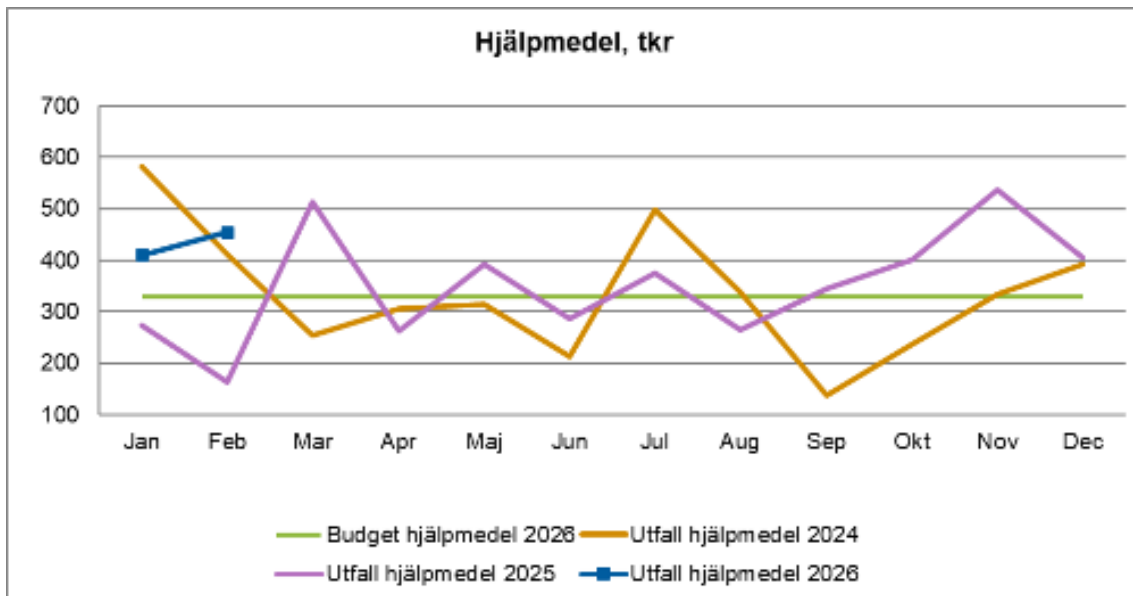
Projektet med minskat arbetstidsmått norr har beräknats påverka verksamhetsområdets avvikelse med ca -150 tkr/ månad. Under februari månad är avvikelsen -268 tkr, där sjuklöner och övertidskostnader står för 92 tkr.

Nedan tabell visar totalt antal arbetade timmar för samtliga boenden, dag och natt. För januari månad är 19 758 timmar budgeterade.



Kommunal Primärvård

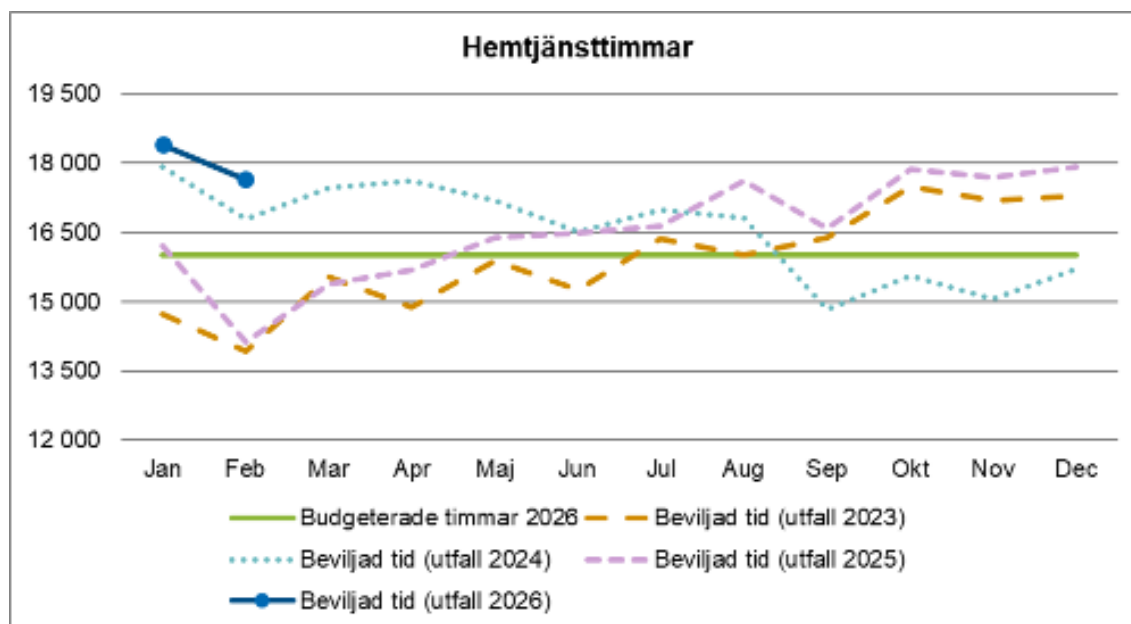
Verksamheten redovisar för månaden ett negativt resultat om -188 tkr och för hela perioden +/- 0. Avvikelsen förklaras främst av högre hjälpmedelskostnader än vad som budgeterats. Kommunens inköpsnivå har varit oförändrad under årets inledande månader, men försäljningen av mindre hjälpmedel till andra kommuner under januari har påverkat intäkterna. Lägre personalkostnader inom sjuksköterskeorganisationen bidrar samtidigt till att dämpa den totala avvikelsen. Kostnader för sjukfrånvaro och övertid uppgår sammantaget till 122 tkr.



Ordinärt boende

Månadens resultat uppgår till -949 tkr och för hela perioden -1 278 tkr. Den negativa avvikelsen förklaras i huvudsak av att antalet beviljade hemtjänsttimmar överstiger budgeterad nivå med 1 648 timmar. Denna volymökning ger en negativ budgetpåverkan om

750 tkr. Resterande del av underskottet på 215 tkr härleds till höga kostnader för övertid, sjuklön, OB och semesterlön.



Omsorgen om funktionsnedsatta

Verksamheten uppvisar för månaden en avvikelse på -0,2 mkr och för hela perioden + 0,1 mkr.

Månadens negativa avvikelse beror på utbetalning av sparade semesterdagar från föregående och uppgår till 0,2 tkr. Även nyinsatta insatser som jour på servicebostad och extra insatser vid tillfällig flytt av gruppboende påverkar avvikelsen negativt. Den totala positiva avvikelsen beror främst på lägre kostnader inom barnverksamheten på grund av en senarelagd flytt till de nya lokalerna.

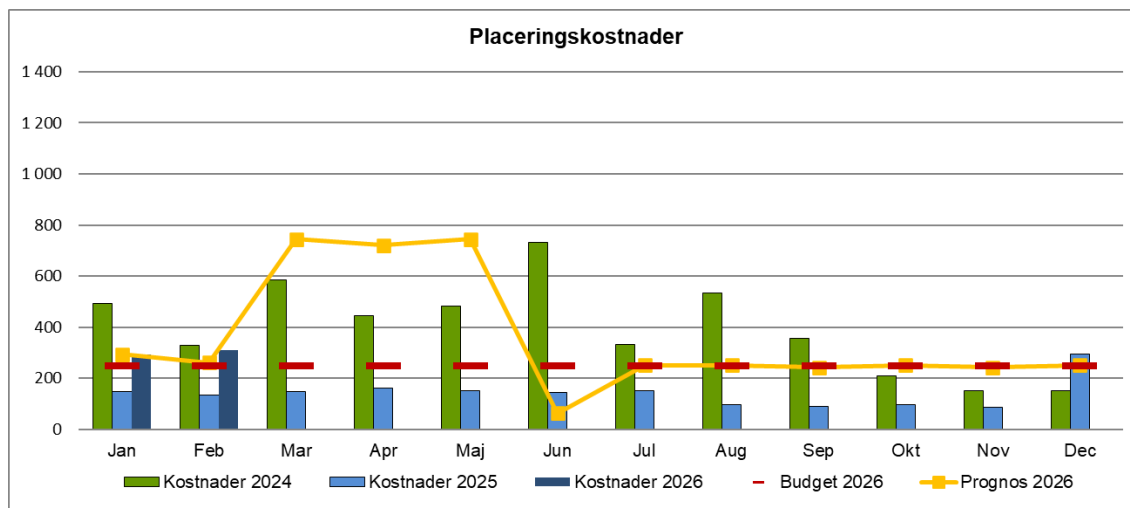
Individ- och familjeomsorg / Arbetsmarknad och vuxenheten

Verksamheten uppvisar för månaden en avvikelsen på -35 tkr och för hela perioden har verksamheten ett resultat på +0,3 mkr.

Avvikelsen beror främst på vakanta tjänster men också på lägre kostnader än budgeterat för externa placeringar inom barn och familj. Integration har haft högre intäkter från Migrationsverket än budgeterat men inte lika höga som föregående månad.

Anledningen till några negativa avvikelser inom IFO är bland annat pågående vuxenplacering enligt LVM, introduktionskostnader för nya handläggare på myndighetsenheten och ej budgeterad kostnad för ett assistansärende enligt socialförsäkringsbalken samt högre kostnader än budgeterat för sociala kontrakt där hyresintäkter saknas för några lägenheter men där utredning pågår och tomhyror i väntan på om lägenheter ska överlämnas till OFN.

I diagrammet nedan visas kostnader för externa placeringar för perioden jämfört med föregående år. Månadens kostnad för placeringar uppgår till 308 tkr jämfört med föregående års kostnad för perioden som var 134 tkr.



| | Januari 2026 | Februari 2026 | Summa |
|---------------|--------------|---------------|--------|
| 7 Socialnämnd | 131 | -2 333 | -2 202 |

Analys av årsprognos

Prognos för helåret uppgår till -7,0 mkr.

Prognosen baseras på högre antal hemtjänsttimmar än budgeterad nivå, kostnader för projekt norr på Åkerbohemmet, högre hjälpmedelskostnader än budgeterat, samt tidigarelagd öppning av avdelning G. Omsorgen och funktionsnedsattas prognos har försämrats sedan föregående rapporteringen och baseras på en nyinsatt insats med sovande jour för att tillmötesgå brukarnas behov av akuta insatser nattetid, samt ökat bemanning på en gruppbostad där omsorgsbehovet överstiger budgeterat behov. Individ och familjeomsorgens prognos har förbättrats sen föregående rapportering och beror på tilldelat statsbidrag för subventioneringar av placeringar inom barn och unga samt lägre kostnad är tidigare beräknad på ny placering.

Socialförvaltningen har fått besked om ca 20 mkr i statsbidrag som kan sökas/rekvireras för 2026. Dessa kan påverka årsprognosen positivt när beslut om hur medlen ska användas har tagits.

I nuläget är det statsbidrag om 0,6 mkr (Subventioner placeringar inom den sociala barn- och ungdomsvården) som påverkar prognosen positivt inom Individ och familjeomsorgen.

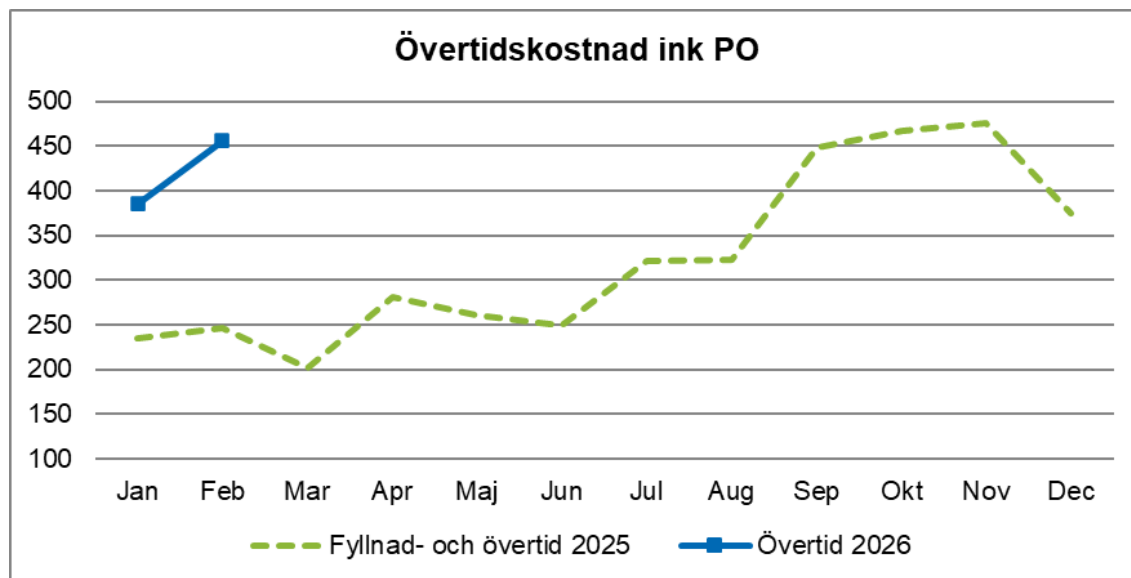
| | 01. Prognos januari 2026 | 02. Prognos februari 2026 |
|---------------|--------------------------|---------------------------|
| 7 Socialnämnd | -3 000 | -7 000 |

Tabell

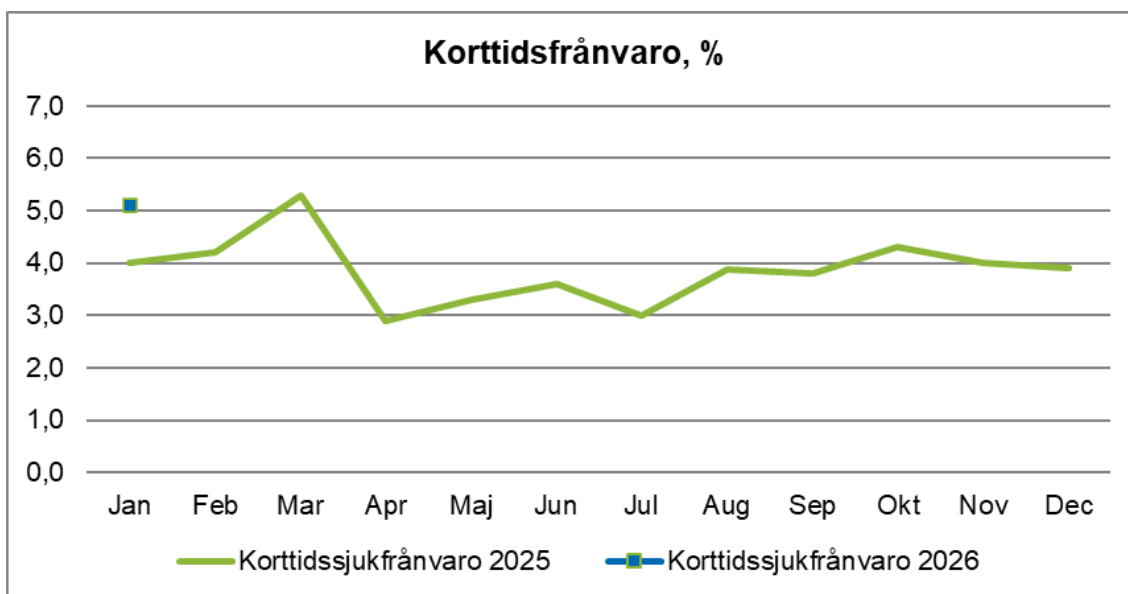
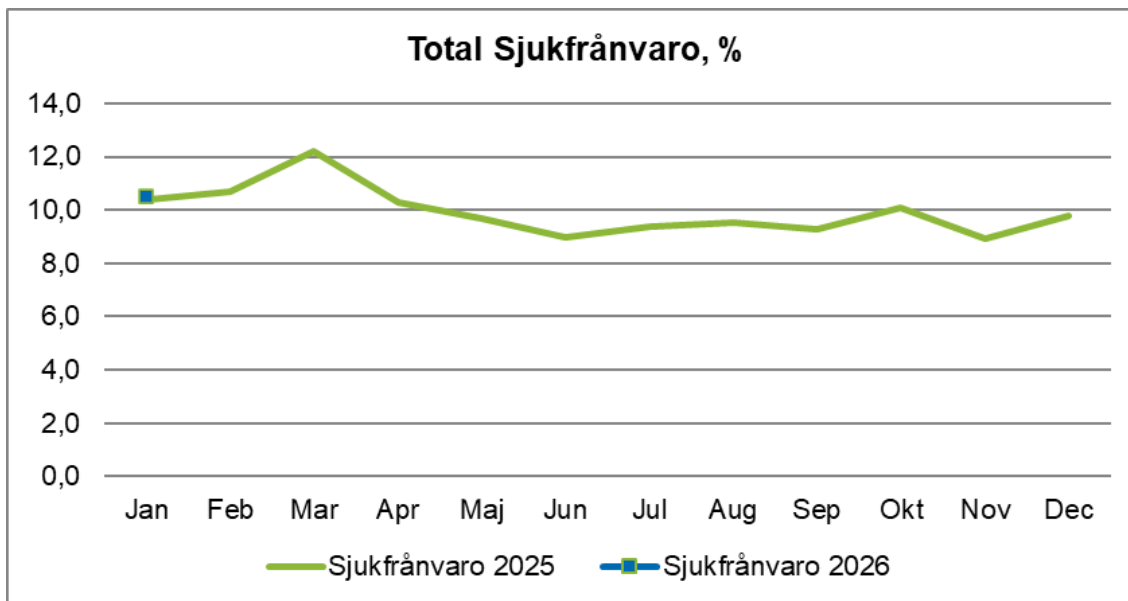
| | Periodens budget | Periodens utfall | Avvikelse ack. | Årsbudget | Årsprognos | Budgetavvikelse |
|-------------------------------|------------------|------------------|----------------|----------------|----------------|-----------------|
| 70 Centralt | 4 398 | 4 332 | 66 | 27 069 | 27 069 | 0 |
| 72 Hälso- och sjukvård | 6 084 | 6 084 | 0 | 37 033 | 37 533 | -500 |
| 73 Vård- och omsorgsboende | 18 475 | 19 856 | -1 381 | 116 197 | 118 497 | -2 300 |
| 74 Ordinärt boende | 18 048 | 19 326 | -1 278 | 112 566 | 116 566 | -4 000 |
| 75 Omsorgen om funktionsn. | 10 464 | 10 334 | 129 | 63 196 | 63 846 | -650 |
| 76 Individ- och familjeoms | 6 508 | 6 104 | 404 | 39 661 | 39 311 | 350 |
| 77 Arbetsmarknad och vuxenhet | 1 888 | 2 030 | -142 | 14 721 | 14 621 | 100 |
| 79 Projekt SN | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 65 865 | 68 066 | -2 202 | 410 443 | 417 443 | -7 000 |

Personalstatistik

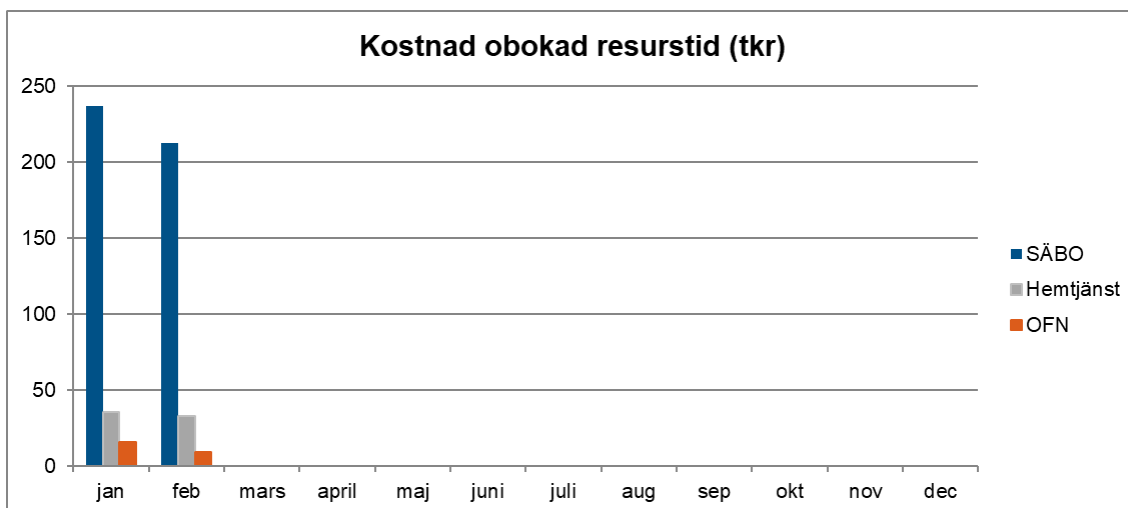
Kostnaden för övertid för perioden uppgår till 841 tkr. Det är en ökning med 360 tkr jämfört med samma period föregående år då kostnaden var 481 tkr.



Den totala sjukfrånvaron för januari var på ungefär samma nivå som januari föregående år. Korttidsfrånvaron däremot har ökat med 1,1 procentenheter i jämförelse med samma period föregående år.



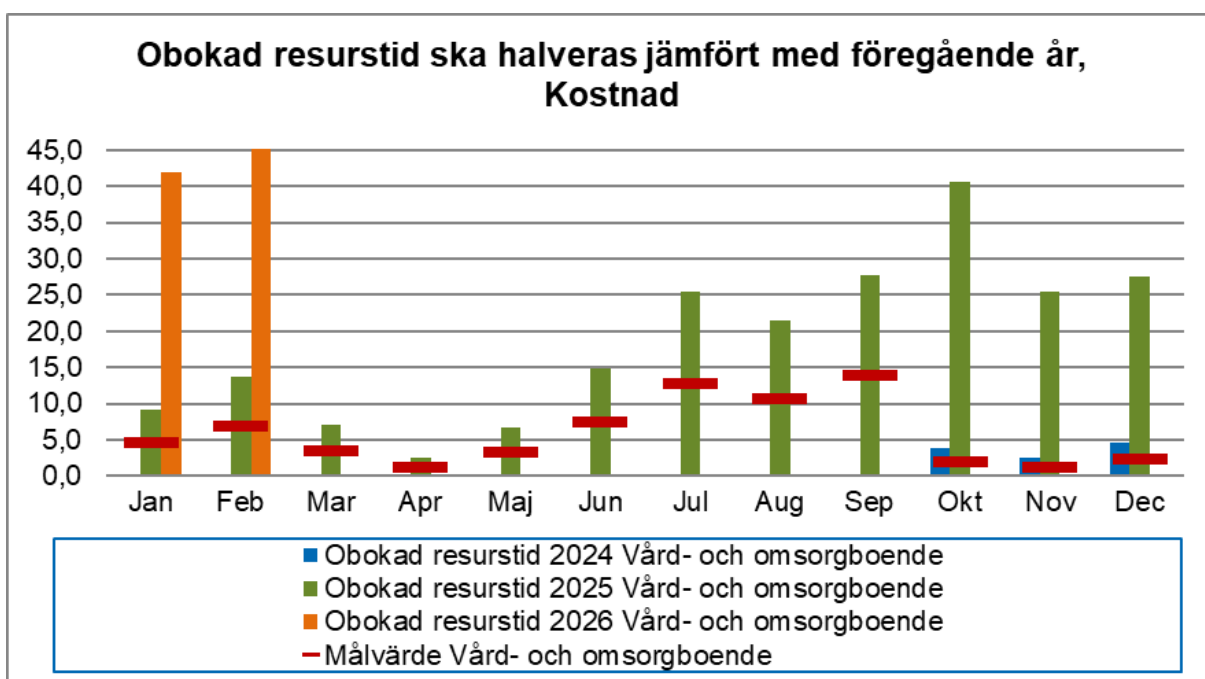
Kostnaden för den obokade resurstiden för hela förvaltningen uppgår till 544 tkr för perioden. Dett är en ökning med 194 tkr jämfört med samma period föregående år då kostnaden uppgick till 350 tkr.



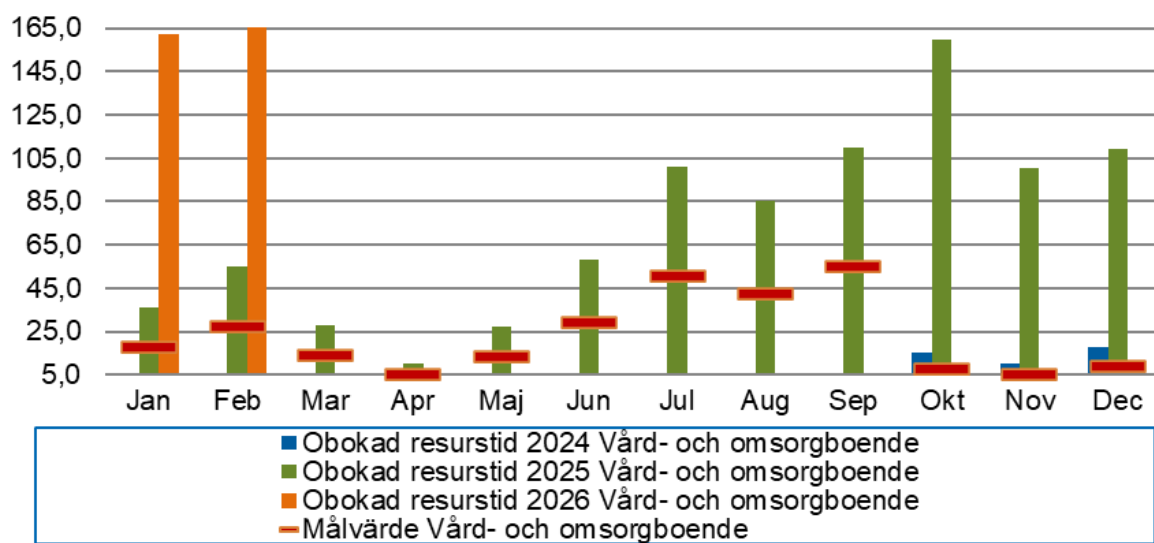
| | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
|-------------------------|--------|--------|-------|-------|
| Årsarbetare | 437 | 448 | 481 | 473 |
| Årsarbetare timavlönade | 53 | 59 | 63 | 46 |
| Övertid arbetade timmar | 14 124 | 12 018 | 6 185 | 6 844 |
| Fyllnad arbetade timmar | 5 757 | 3 731 | 1 930 | 383 |

Projekt Norr - Minskat arbetsmätt

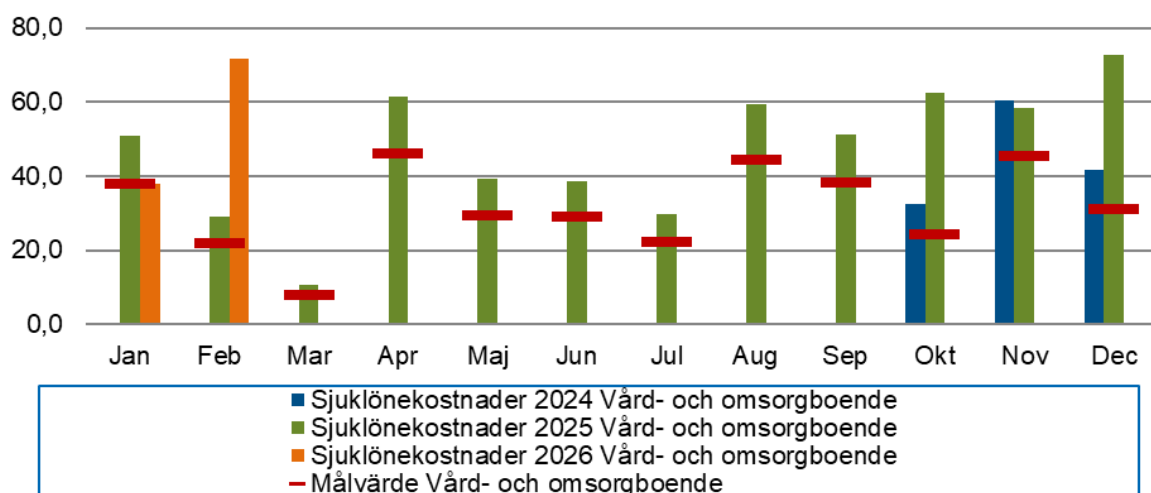
Vård och omsorgboende

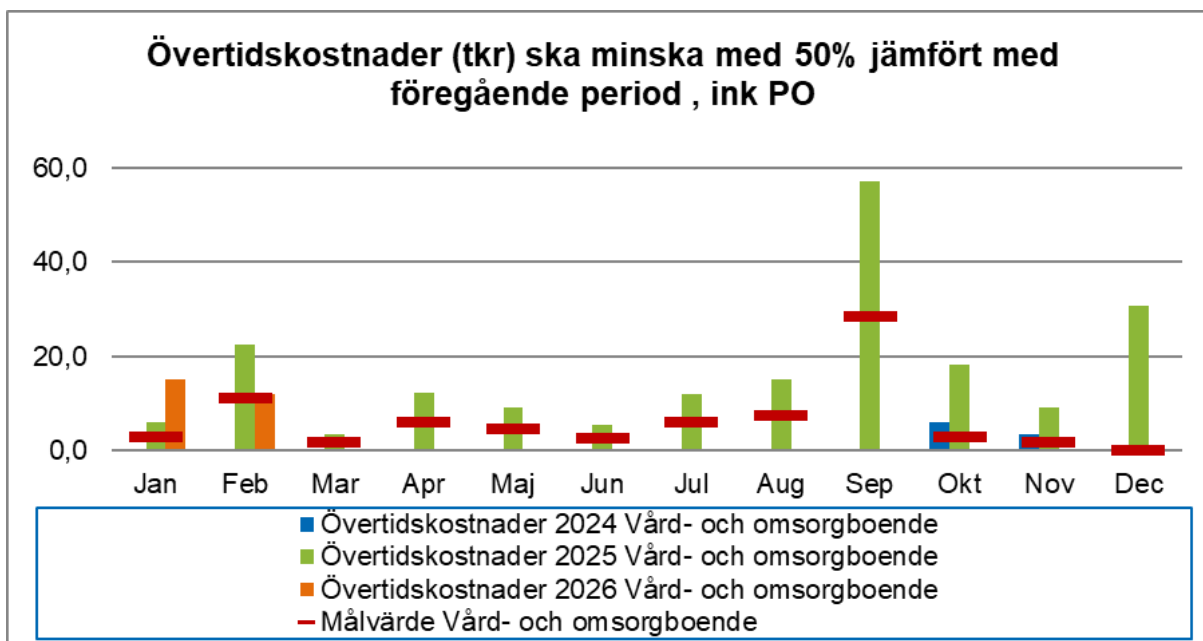


Obokad resurstid ska halveras jämfört med föregående år, Timmar



Sjuklönekostnader (tkr) ska minska 25% jämfört med föregående period, ink PO

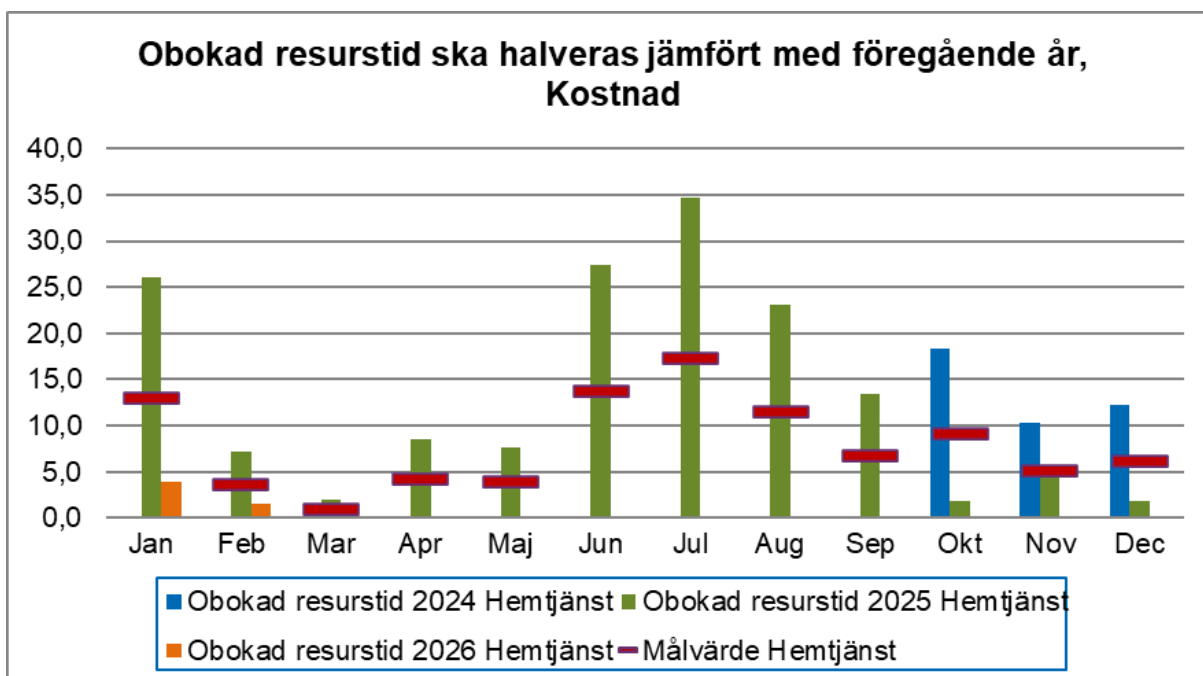




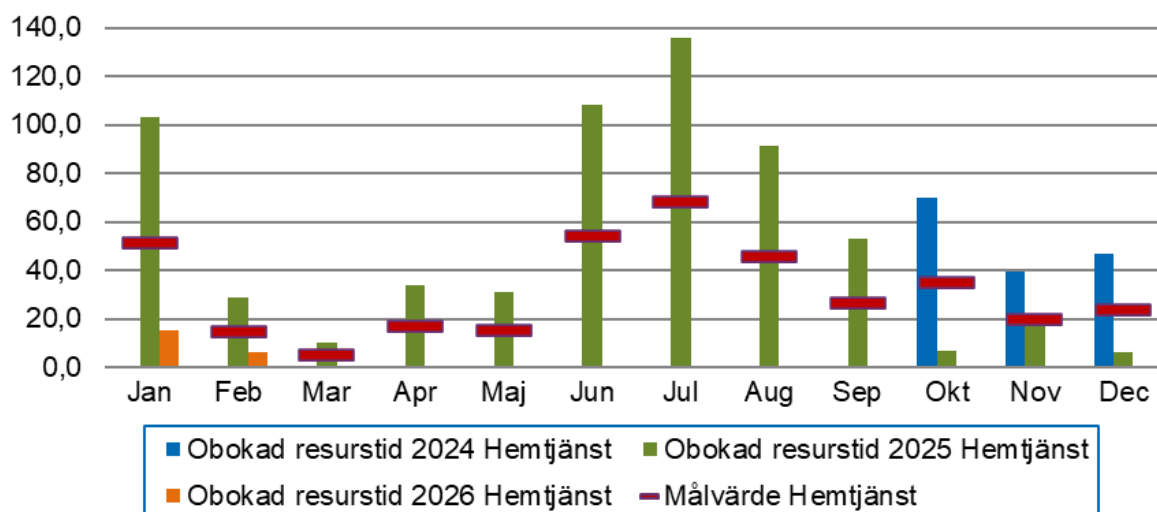
Ordinärt boende

Under perioden har verksamheten präglats av höga sjuktal, vilket i kombination med vakanta tjänster har medfört ett ökat behov av övertidsarbete. Den samlade kostnaden för dessa insatser uppgår för månaden till 369 tkr.

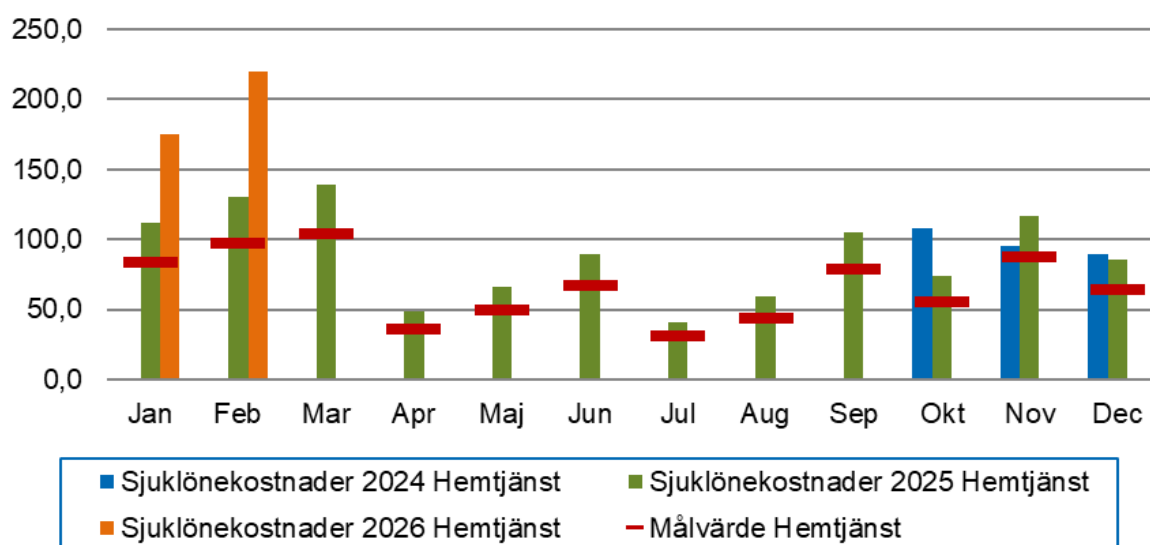
Vidare är den obokade resurstiden fortsatt låg och påverkar månadens resultat marginellt, med 1,38 tkr.

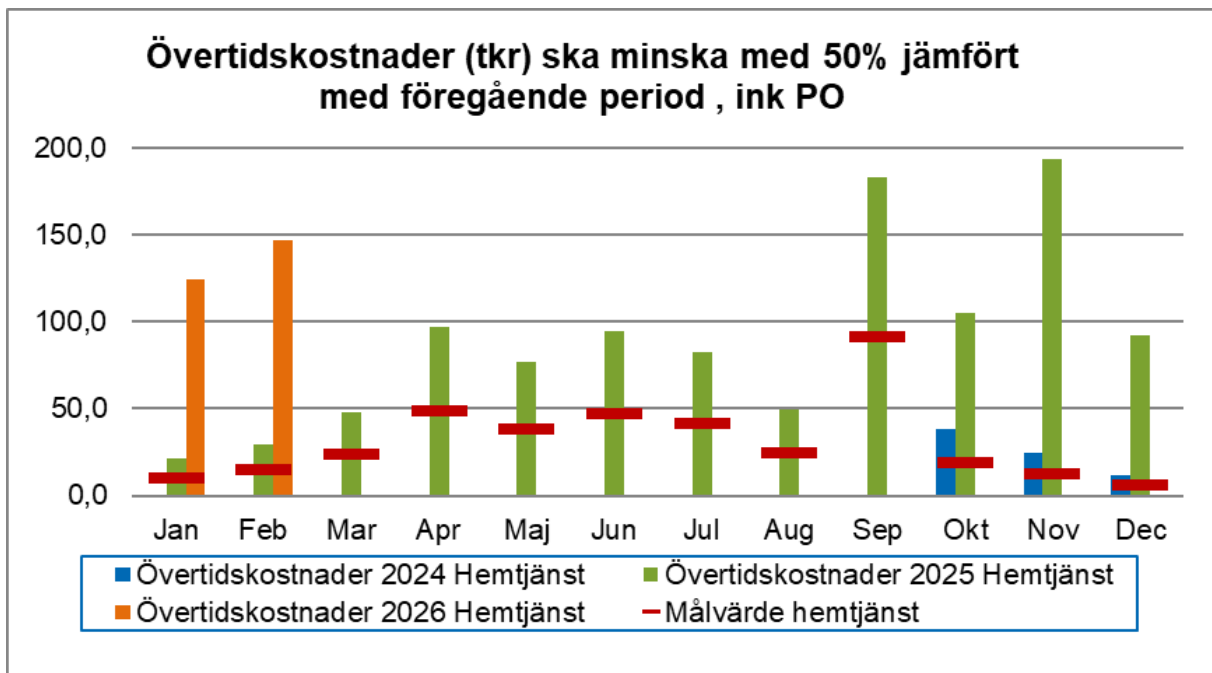


Obokad resurstid ska halveras jämfört med föregående år, Timmar



Sjuklönekostnader (tkr) ska minska 25% jämfört med föregående period, ink PO





2 Bilagor

2.1 Åtgärder och konsekvensanalys

Vård och omsorg

- Obokad resurstid har identifierats som ett prioriterat förbättringsområde. För att minska den obokade resurstiden så har en tillfällig schemaplanerare på Åkerbohemmet. Därutöver kommer verksamhetsbesök genomföras Kalmar i syfte att ta del av kompetenshöjande arbetssätt kopplade till hållbar schemaläggning.
- Samtidigt innebär nuvarande bemanningshandbok, med arbetade pass över en fyra veckorsperiod samt fortsatt schemaläggning med rygg- mot-rygg- pass, begräsningar i möjligheten att minska den obokade resurstiden.
- En halvering av den obokade resurstiden vid åkerbohemmet, som i genomsnitt uppgått till 128 timmar de senaste 5 månaderna (sep-jan), skulle innebära en minskning till 64 timmar per månad. Detta bedöms ge en besparing om ca 16, 6 tkr per månad.
- För övriga enheter uppgår den obokade resurstiden till 762 timmar per månad under samma period. En minskning om 25 procent, motsvarande cirka 190 timmar per månad, bedöms medföra en besparing om ca 49,3 tkr per månad.

Omsorgen om funktionsnedsatta








- Upprätta strategi och rutiner för semesteruttag så att cheferna har en plan för deras medarbetares semesteruttag
- Försäljning av korttidsvistelse är påbörjad och förväntas ge intäkter från och med mars redovisning.
- Lednignsgruppen påbörjar ett mer koncentrerat arbete med bemanningsekonomi utifrån den utbildning som getts under 2025 där hållbar bemanning och bättre scheman och samverkan mellan enheterna ligger i fokus. Start 19/3 med studiebesök för bemanningsplanerare och verksamhetschef.
- Specifik verksamhetsuppföljning för de enheter med större avvikelser för att tillsammans med verksamhetschef och controller titta på åtgärder och prioriteringar. Startar under mitten av mars.

- Planering för brukare som är +65 år och som blir +65 år inom de närmaste åren påbörjas då vi behöver ha en bättre beredskap för att möta deras behov dels för att deras pension medför att de är hemma i större utsträckning än tidigare samt ådrar sig andra typer av omsorgsbehov vilket kan kräva annan bemanning. Planering läggs in som aktivitet i verksamhetsplanen och följs upp löpande under året.
- Översyn av sovande jour på Guntorpsgatan för att reducera underskottet.

Individ- och familjeomsorg

- Föräldraledighet på deltid ersätts inte med vikarie.
- Hemmaplanslösningar istället för institutionsplaceringar i den utsträckning som är möjlig.

2.1.1 Specifikation åtgärder

| Förvaltning | Verksamhet | Beskrivning | Effekt/summa (tkr) | Period | Bedömning av effekt |
|-------------|-----------------|--|--------------------|-----------|---|
| SN | Övergripande | Specifik verksamhetsuppföljning för de enheter med större avvikelser | | mar-dec |  |
| SN | IFO | Deltidsledigheter ersätts ej med vikarier. | 150 | jan-dec |  |
| SN | IFO | Hemmaplanslösningar i den mån det är möjligt framför externa placeringar | | helår |  |
| SN | Vård och omsorg | Minskning av overtidskostnader | 37 | maj-juni |  |
| SN | Vård och omsorg | Två vakanta chefer | 500 | april-dec |  |
| SN | Vård och omsorg | Vakant chefstjänst | 281 | sep-dec |  |
| SN | OFN | Försäljning av korttidsvistelse | 700 | mar-dec |  |



§ 33

Information från socialchef 2026

Dagens sammanträde

Madeleine Andersson, socialchef har ingen information till dagens sammanträde.

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|



Analys av resursanvändning som underlag för långsiktig planering

Beslut

Socialnämndens arbetsutskott föreslår socialnämnden besluta

- att notera informationen om planerad analys av resursanvändning inom socialförvaltningen,
- att uppdra åt socialchef att initiera och genomföra en extern analys av resursanvändning inom socialförvaltningens verksamhetsområden,
- att eventuella fortsatta verktygs- eller utvecklingsinsatser hanteras i separat ärende efter genomförd analys samt
- att analysens resultat återrapporteras till socialnämnden.

Ärendebeskrivning

Socialförvaltningen står inför en tydlig demografisk utveckling med en ökande andel äldre invånare de kommande åren. Samtidigt ställs höga krav på god kvalitet, likvärdig service och en långsiktigt hållbar användning av samhällets resurser.

För att möta framtidens behov behöver socialnämnden ett fördjupat kunskapsunderlag kring hur resurser i dag används inom verksamheten. Ett sådant underlag skapar bättre förutsättningar för långsiktig planering, utveckling av verksamheten och ett fortsatt gott stöd till både brukare och medarbetare.

Mot denna bakgrund föreslås att en extern analys genomförs av hur resurser i dag används inom socialförvaltningens verksamheter.

Inom ramen för arbetet ingår att:

- analysera nuvarande resursfördelning och verksamhetsstruktur
- ta fram relevanta jämförelse- och analysunderlag
- bidra till ett stärkt kunskapsunderlag för framtida planering
- bidra till en långsiktigt hållbar och behovsanpassad resursanvändning

Analysen utgår från ett utvecklings- och planeringsperspektiv och syftar till att ge nämnden ett bättre kunskapsunderlag inför framtida behov. Syftet är att skapa ett stabilt och långsiktigt planeringsunderlag för nämnden och samtidigt bidra till goda arbetsförutsättningar för verksamhetens medarbetare.

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Resultatet av analysen kommer att utgöra ett viktigt underlag för fortsatt dialog, planering och utvecklingsarbete inom förvaltningen.

Arbetet kommer att genomföras i dialog med berörda chefer och funktioner inom förvaltningen.

Analysen planeras att genomföras under våren 2026 och återrapporteras till socialnämnden efter avslutat arbete.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse 2026-03-06

Offert avseende analys av resursanvändning

Bedömning

För att långsiktigt kunna värna kvalitet, god arbetsmiljö och en hållbar verksamhetsutveckling behöver nämnden ett tydligt och faktabaserat underlag kring hur resurser används inom verksamheten.

En extern analys bedöms vara ett ändamålsenligt sätt att skapa en samlad bild av nuläget och samtidigt ge stöd i den långsiktiga planeringen av verksamheten i takt med kommande demografiska förändringar.

Genom att arbeta stegvis, analys först och eventuella utvecklingsinsatser därefter. Skapas goda förutsättningar för en transparent och långsiktigt hållbar utveckling av verksamheten.

Konsekvensanalys

Vid beslut enligt förslag

Socialnämnden får ett fördjupat och kvalitetssäkrat underlag för att bedöma nuvarande kostnadsstruktur och resursfördelning. Detta stärker möjligheten till långsiktigt hållbar styrning och väl avvägda prioriteringar.

Genomlysningen skapar förutsättningar för ökad transparens och en gemensam bild av nuläget inom förvaltningen.

Genomlysningen innebär i sig inga förändringar i verksamheten.

Arbetet genomförs inom befintlig budgetram.

Vid uteblivet beslut

Nämnden saknar ett samlat och fördjupat analysunderlag, vilket kan försvåra långsiktig planering och prioritering i ett läge med ökade demografiska behov.

Dagens sammanträde

Madeleine Andersson, socialchef redogör för ärendet.

Ordförande tackar för redogörelsen.

Justerandes signering (protokollet kan vara justerat digitalt, se marginal/sista sidan) Utdragsbestyrkande

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Yrkande

Tomas Zander (C) yrkar bifall till att notera informationen om planerad analys av resursanvändning inom socialförvaltningen, att uppdra åt socialchef att initiera och genomföra en extern analys av resursanvändning inom socialförvaltningens verksamhetsområden, att eventuella fortsatta verktygs- eller utvecklingsinsatser hanteras i separat ärende efter genomförd analys samt att analysens resultat återsammanteras till socialnämnden.

Beslutet skickas till

Ekonomiavdelningen
Socialchef

Justerandes signering (protokollet kan vara justerat digitalt, se marginal/sista sidan) Utdragsbestyrkande

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|



Till socialnämnden

Tjänsteskrivelse - Analys av resursanvändning som underlag för långsiktig planering

Förslag till beslut

Socialnämndens arbetsutskott föreslår socialnämnden besluta

- att notera informationen om planerad analys av resursanvändning inom socialförvaltningen,
- att uppdra åt socialchef att initiera och genomföra en extern analys av resursanvändning inom socialförvaltningens verksamhetsområden,
- att eventuella fortsatta verktygs- eller utvecklingsinsatser hanteras i separat ärende efter genomförd analys samt
- att analysens resultat återrapporteras till socialnämnden.

Ärendebeskrivning

Socialförvaltningen står inför en tydlig demografisk utveckling med en ökande andel äldre invånare de kommande åren. Samtidigt ställs höga krav på god kvalitet, likvärdig service och en långsiktigt hållbar användning av samhällets resurser.

För att möta framtidens behov behöver socialnämnden ett fördjupat kunskapsunderlag kring hur resurser i dag används inom verksamheten. Ett sådant underlag skapar bättre förutsättningar för långsiktig planering, utveckling av verksamheten och ett fortsatt gott stöd till både brukare och medarbetare.

Mot denna bakgrund föreslås att en extern analys genomförs av hur resurser i dag används inom socialförvaltningens verksamheter.

Inom ramen för arbetet ingår att:

- analysera nuvarande resursfördelning och verksamhetsstruktur
- ta fram relevanta jämförelse- och analysunderlag
- bidra till ett stärkt kunskapsunderlag för framtida planering
- bidra till en långsiktigt hållbar och behovsanpassad resursanvändning

Analysen utgår från ett utvecklings- och planeringsperspektiv och syftar till att ge nämnden ett bättre kunskapsunderlag inför framtida behov. Syftet är att skapa ett stabilt och långsiktigt planeringsunderlag för nämnden och samtidigt bidra till goda arbetsförutsättningar för verksamhetens medarbetare.

Resultatet av analysen kommer att utgöra ett viktigt underlag för fortsatt dialog, planering och utvecklingsarbete inom förvaltningen.

Arbetet kommer att genomföras i dialog med berörda chefer och funktioner inom förvaltningen.

Analysen planeras att genomföras under våren 2026 och återskärteras till socialnämnden efter avslutat arbete.

Förvaltningen har i ärendet tagit fram följande underlag.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse 2026-03-06

Offert avseende analys av resursanvändning

Bedömning

För att långsiktigt kunna värna kvalitet, god arbetsmiljö och en hållbar verksamhetsutveckling behöver nämnden ett tydligt och faktabaserat underlag kring hur resurser används inom verksamheten.

En extern analys bedöms vara ett ändamålsenligt sätt att skapa en samlad bild av nuläget och samtidigt ge stöd i den långsiktiga planeringen av verksamheten i takt med kommande demografiska förändringar.

Genom att arbeta stegvis, analys först och eventuella utvecklingsinsatser därefter. Skapas goda förutsättningar för en transparent och långsiktigt hållbar utveckling av verksamheten.

Konsekvensanalys

Vid beslut enligt förslag

Socialnämnden får ett fördjupat och kvalitetssäkrat underlag för att bedöma nuvarande kostnadsstruktur och resursfördelning. Detta stärker möjligheten till långsiktigt hållbar styrning och väl avvägda prioriteringar.

Genomlysningen skapar förutsättningar för ökad transparens och en gemensam bild av nuläget inom förvaltningen.

Genomlysningen innebär i sig inga förändringar i verksamheten.

Arbetet genomförs inom befintlig budgetram.

Vid uteblivet beslut

Nämnden saknar ett samlat och fördjupat analysunderlag, vilket kan försvåra långsiktig planering och prioritering i ett läge med ökade demografiska behov.

Barnrättsanalys

Beslutet bedöms inte ha direkt påverkan på barn.

Beslutet skickas till

Ekonomiavdelningen

Socialchef

Madeleine Andersson

Socialchef



§ 35

Information från äldreomsorgen hemtjänst samt kommunal primärvård (KPV), 2026

Beslut

Socialnämndens arbetsutskott beslutar

att tacka för informationen och lämna över den till socialnämnden.

Dagens sammanträde

Maria Svanborg, verksamhetschef för Äo och KPV ger följande information;

- Arbetet har påbörjats med att implementera Lifecare för HSL, beräknas vara klart i höst.
- Äldreomsorgen har tillsatt två arbetsgrupper/referensgrupper med deltagare från verksamheten för att öka delaktigheten. De ska bland annat träffa arbetsutskottet 17 maj.
- 1 enhetschef har valt att avsluta sin tjänst inom hemtjänsten i norr, rekrytering har påbörjats.
- Projektet Trygg hemma startar 16 maj.
- Den kommunala primärvården har fortsatta månadsmöten med Hälsocentralen för att öka samverkan.
- Verksamhetschef har besökt en av Omtankens ensamgrupper i norr tillsammans med biståndshandläggare.

Ordförande tackar för informationen.

Beslutet skickas till

Socialnämnden

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|



Information; Central utredning avseende misstanke om stöld

Beslut

Socialnämndens arbetsutskott beslutar

att godkänna informationen och lämna över den till socialnämnden.

Ärendebeskrivning

Den 15 oktober 2025 inkommer en avvikelse från verksamhetschef inom äldreomsorgen om misstanke om stöld varpå tillförordnad socialchef beslutar att en central utredning ska göras.

Metod för den centrala utredningen

Under utredningen har intervjuer skett med enhetschef och med fem medarbetare. Kontinuerliga samtal om stölderna har också förts med verksamhetschef. Ett möte har skett med drabbad omsorgstagare tillsammans med en anhörig och dialog har skett med polisen. Vidare har interna och externa rutiner samt information från polisen och brottsförebyggande rådet genomgåts.

Omedelbara åtgärder

De direkta åtgärder som har vidtagits handlar främst om att ansvariga chefer har haft samtal med de som utsatts samt med anhöriga. Enhetschef har även gjort hembesök hos de som har drabbats. Ansvariga chefer har kontrollerat olika verksamhetssystem för att granska vilka medarbetare som har arbetat under de tillfällen när värdeföremålen har stulits. Underlagen har lämnats till polisen. Därtill har det skett en förändring i arbetsgruppen om antal medarbetare som utför insatser hos drabbade.

Konsekvenser för omsorgstagare

Intervjupersoner säger att stölderna har drabbat omsorgstagare genom att händelserna skapar en otrygghet och oro. Även en känsla av förtvivlan och hopplöshet beskrivs över att inte veta vem som har begått brotten och förtroendet för medarbetare som ska vara i hemmen för att stödja och hjälpa skadas. Flera av de stulna värdeföremålen har ett stort personligt värde för omsorgstagarna.

Resultat och utredarens bedömning

Det är polisens uppdrag att utreda brott och det är ännu inte klarlagt vem eller vilka som har stulit värdeföremålen. Det kan vara någon eller några av oss inom förvaltningen som har utfört dessa kriminella handlingar men i dagsläget vet vi inte. Bedömningen är att händelserna inte har sin grund i brister i organisationen utan beror på att en person, eller

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

några personer, har begått kriminella handlingar och utnyttjat redan utsatta människor. Om det är medarbetare inom förvaltningen som har begått dessa brott så är utredarens bedömning att stölderna är än mer allvarliga. Att det viktiga uppdraget hemma hos skyddslösa omsorgstagare har utnyttjats för att kunna tillförskaffa sig andras högst personliga ägodelar.

Verksamheten gör bakgrundskontroller och inhämtar registerutdrag inför anställning i syfte att säkra tryggheten för kommuninvånare. Det finns även system för att kontrollera vilka medarbetare som är hemma hos omsorgstagare. Introduktionsprogrammet är reviderat och värdegrunden är ett aktivt samtalsämne på enhetens arbetsplatsträffar. Stölder inom vård och omsorg är ett nationellt bekymmer där nya lagförändringar om registerutdrag och nytt metodstöd kommer under 2026.

Utredaren bedömer att det finns ett utvecklingsarbete att göra när det gäller rutin för stöder så det omfattar flera delar av socialförvaltningen. Rutinen bör tydliggöra kommunikationen och hanteringen av avvikelser.

Riskbedömning om händelsen kan ske igen

Utredaren bedömer att det alltid finns en risk för stölder när människor är involverade. Det finns tyvärr inte några garantier för att denna händelse inte kommer att ske igen.

Beslutade åtgärder

- Utveckling av rutiner för hantering av misstanke om stöld, inklusive när avvikelser ska göras och hur kommunikationen ska gå till.
- Ny rutin gällande registerutdrag från polisen tas fram i samband med förändrad lagstiftning i mars 2026.
- Vid behov förändra rutiner och dylikt utifrån Socialstyrelsens regeringsuppdrag om trygghet för äldre.

Beslut

Den 23 februari 2026 beslutar socialchef att utredningen ska avslutas i enlighet med utredarens bedömning.

Dagens sammanträde

Madeleine Andersson, socialchef informerar om ärendet.

Ordförande tackar för informationen.

Beslutet skickas till

Verksamhetsutvecklare, Camilla Areskog
Socialnämnden

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|



Till socialnämnden

Information om avslutad central utredning efter avvikelse

Förslag till beslut

Att socialnämnden godkänner informationen.

Ärendebeskrivning

Den 15 oktober 2025 inkommer en avvikelse från verksamhetschef inom äldreomsorgen om misstanke om stöld varpå tillförordnad socialchef beslutar att en central utredning ska göras.

Metod för den centrala utredningen

Under utredningen har intervjuer skett med enhetschef och med fem medarbetare. Kontinuerliga samtal om stölderna har också förts med verksamhetschef. Ett möte har skett med drabbad omsorgstagare tillsammans med en anhörig och dialog har skett med polisen. Vidare har interna och externa rutiner samt information från polisen och brottsförebyggande rådet genomgåts.

Omedelbara åtgärder

De direkta åtgärder som har vidtagits handlar främst om att ansvariga chefer har haft samtal med de som utsatts samt med anhöriga. Enhetschef har även gjort hembesök hos de som har drabbats. Ansvariga chefer har kontrollerat olika verksamhetssystem för att granska vilka medarbetare som har arbetat under de tillfällen när värdeföremålen har stulits. Underlagen har lämnats till polisen. Därtill har det skett en förändring i arbetsgruppen om antal medarbetare som utför insatser hos drabbade.

Konsekvenser för omsorgstagare

Intervjupersoner säger att stölderna har drabbat omsorgstagare genom att händelserna skapar en otrygghet och oro. Även en känsla av förtvivlan och hopplöshet beskrivs över att inte veta vem som har begått brotten och förtroendet för medarbetare som ska vara i hemmen för att stödja och hjälpa skadas. Flera av de stulna värdeföremålen har ett stort personligt värde för omsorgstagarna.

Resultat och utredarens bedömning

Det är polisens uppdrag att utreda brott och det är ännu inte klarlagt vem eller vilka som har stulit värdeföremålen. Det kan vara någon eller några av oss inom förvaltningen som har utfört dessa kriminella handlingar men i dagsläget vet vi inte. Bedömningen är att händelserna inte har sin grund i brister i organisationen utan beror på att en person, eller några personer, har begått kriminella handlingar och utnyttjat redan utsatta människor. Om det är medarbetare inom förvaltningen som har begått dessa brott så är utredarens bedömning att stölderna är än mer allvarliga. Att det viktiga uppdraget hemma hos

skyddslösa omsorgstagare har utnyttjats för att kunna tillförskaffa sig andras högst personliga ägodelar.

Verksamheten gör bakgrundskontroller och inhämtar registerutdrag inför anställning i syfte att säkra tryggheten för kommuninvånare. Det finns även system för att kontrollera vilka medarbetare som är hemma hos omsorgstagare. Introduktionsprogrammet är reviderat och värdegrunden är ett aktivt samtalsämne på enhetens arbetsplatsträffar. Stöder inom vård och omsorg är ett nationellt bekymmer där nya lagförändringar om registerutdrag och nytt metodstöd kommer under 2026.

Utredaren bedömer att det finns ett utvecklingsarbete att göra när det gäller rutin för stöder så det omfattar flera delar av socialförvaltningen. Rutinen bör tydliggöra kommunikationen och hanteringen av avvikelser.

Riskbedömning om händelsen kan ske igen

Utredaren bedömer att det alltid finns en risk för stöder när människor är involverade. Det finns tyvärr inte några garantier för att denna händelse inte kommer att ske igen.

Beslutade åtgärder

- Utveckling av rutiner för hantering av misstanke om stöld, inklusive när avvikelser ska göras och hur kommunikationen ska gå till.
- Ny rutin gällande registerutdrag från polisen tas fram i samband med förändrad lagstiftning i mars 2026.
- Vid behov förändra rutiner och dylikt utifrån Socialstyrelsens regeringsuppdrag om trygghet för äldre.

Beslut

Den 23 februari 2026 beslutar socialchef att utredningen ska avslutas i enlighet med utredarens bedömning.

Beslutet skickas till

Verksamhetsutvecklare, Camilla Areskog



§ 37

Information från äldreomsorgen, vård- och omsorgsboende, 2026

Beslut

Socialnämndens arbetsutskott beslutar

att tacka för informationen och lämna över den till socialnämnden.

Dagens sammanträde

Madeleine Andersson, socialchef ger följande information;

- Katarina Nilsson Ederam, verksamhetschef för vård- och omsorgsboende har träffat gruppen från Lions som kör rullstolspromenader.
- Ny enhetschef har börjat på Tullgatan 40.
-

Ordförande tackar för informationen.

Beslutet skickas till

Socialnämnden

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|



§ 38

Lex Sarah rapport, bemötande

Beslut

Socialnämndens arbetsutskott beslutar

att godkänna informationen och lämna över den till socialnämnden.

Ärendebeskrivning

Den 6 mars 2026 inkommer en rapport enligt lex Sarah från verksamhetschef inom äldreomsorgen. Rapporten har sin grund i en avvikelse och avser händelse på ett av kommunens vård- och omsorgsboende.

I rapporten anges sammanfattningsvis att personal har ett nedlåtande bemötande gentemot omsorgstagare och att arbetssättet utgår från ett styrt personalcentrerat arbetssätt. I rapporten står det även att uppfostringsmetoder används. Det anges också att personal tar kort och filmar på arbetsplatsen samt att man pratar illa om andra kollegor.

I rapporten framgår att händelsen uppmärksammades den 5 mars 2026 men att händelsen har pågått i flera år. Det står också att omfördelning av personal har skett men att det inte har hjälpt.

Enligt rapporten far såväl omsorgstagare som kollegor illa på grund av olämpligt arbetssätt och dålig arbetsmiljö.

Den 6 mars 2026 beslutar socialchef Madeleine Andersson att en utredning enligt lex Sarah ska inledas. Syftet med utredningen är att granska om brister i verksamheten möjliggjort eller bidragit till händelsen. Målet är att verksamheten förbättras till gagn för omsorgstagares trygghet och säkerhet.

Beslutsunderlag

Rapport nummer 2919

Dagens sammanträde

Madeleine Andersson, socialchef informerar om ärendet.

Ordförande tackar för informationen.

Beslutet skickas till

Socialnämnden

Justerandes signering (protokollet kan vara justerat digitalt, se marginal/sista sidan) Utdragsbestyrkande

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|



Information om påbörjad utredning enligt lex Sarah, dnr 2026/24-705

Förslag till beslut

Att socialnämnden godkänner informationen.

Ärendebeskrivning

Den 6 mars 2026 inkommer en rapport enligt lex Sarah från verksamhetschef inom äldreomsorgen. Rapporten har sin grund i en avvikelse och avser händelse på ett av kommunens vård- och omsorgsboende.

I rapporten anges sammanfattningsvis att personal har ett nedlåtande bemötande gentemot omsorgstagarare och att arbetssättet utgår från ett styrt personalcentrerat arbetssätt. I rapporten står det även att uppfostringsmetoder används. Det anges också att personal tar kort och filmar på arbetsplatsen samt att man pratar illa om andra kollegor.

I rapporten framgår att händelsen uppmärksammades den 5 mars 2026 men att händelsen har pågått i flera år. Det står också att omfördelning av personal har skett men att det inte har hjälpt.

Enligt rapporten far såväl omsorgstagare som kollegor illa på grund av olämpligt arbetssätt och dålig arbetsmiljö.

Den 6 mars 2026 beslutar socialchef Madeleine Andersson att en utredning enligt lex Sarah ska inledas. Syftet med utredningen är att granska om brister i verksamheten möjliggjort eller bidragit till händelsen. Målet är att verksamheten förbättras till gagn för omsorgstagarare trygghet och säkerhet.

Beslutsunderlag

Rapport nummer 2919

I tjänsten
Camilla Areskog
Verksamhetsutvecklare

Beslutet skickas till

Socialchef

Verksamhetschef Katarina Nilsson Ederam

Verksamhetsutvecklare



Borgholms kommun

SOCIALFÖRVALTNING

Rapport 2019 (SoL/LSS Lex Sarah)

Rapportör

Namn
Åkerbohemmet

Arbetsplats

Befattning

Närmaste chef

Telefon
0485

E-post
Åkerbo.BK@borgholm.se

Diarienummer
2026_Socialnämnden_164

Diarienummer i annat system

-

Nämnd
Socialnämnden

Organisation
VoO boende åkerbohemmet

Datum då händelsen inträffade
2026-03-05

Klockslag då händelsen inträffade

-

Datum då händelsen uppmärksammats
2026-03-05

Klockslag då händelsen uppmärksammats

-

Typ av avvikelse
SoL/LSS Lex Sarah
Avvikelse
Händelse bemötande

Inrapporterad rapporttyp
SoL/LSS Annan avvikelse

Beskrivning

Nedlåtande bemötande mot boende, uppfostrings metoder, gör narr av boende och deras beteenden, tar kort, filmar på arbetsplatsen, pratar illa om andra kollegor, ett väldigt styrt och personalcentrerat arbetssätt exempel strikta mat tider, kaffetider, jobbar ej personcentrerat, sätter inte boendes behov i främsta rum. Det har pågått i flera år, personerna blir bara flyttade till andra avdelningar , det har ej hjälp då problemet fortsatt

Var inträffade händelsen?

Vilka konsekvenser har eller hade händelsen kunnat medföra?

personal slutar ochmår ej bra, boenden och personal far illa pga olämpligt arbetssätt och dålig arbetsmiljö

Identifierade orsaker till den rapporterade händelsen

-

Åtgärder redan gjorda

omfördelning av personal i huset men det kommer bara flytta runt problemet

Har liknande händelse inträffat tidigare?

Ja

Är det troligt att händelsen kan inträffa igen?

Ja

Förslag på åtgärder

Prata med personerna som det berör dom

dom ska inte jobba med människor i en utsatt situation och med

kognitiv svikt som inte kan uttrycka sig.

Övrig information av betydelse

-



§ 39

Sammanfattning av uppföljning av åtgärdsplan efter genomlysning Tullgatan 40

Beslut

Socialnämndens arbetsutskott föreslår socialnämnden besluta

att godkänna sammanfattning av uppföljning av åtgärdsplan efter genomlysning Tullgatan 40.

Ärendebeskrivning

Bakgrund

Från vintern 2024 till och med våren 2025 genomförs en genomlysning på Tullgatan 40. Genomlysningen ledde fram till ett betydande åtgärds paket och berör såväl arbetsmiljö som kvalitetsarbetet. Åtgärdsplanen utgår från de områden där genomlysningen konstaterat förbättringsbehov. Socialnämnden informerades om ärendet, åtgärdsplan samt delrapporter vid sammanträdet den 25 juni 2025.

Enligt beslut i genomlysningen ska verksamhetsutvecklare göra en uppföljning av åtgärderna en gång per halvår, med start i januari 2026, tills åtgärderna är verkställda och fått önskad effekt. En sammanfattning av uppföljningarna ska redovisas till socialnämnden.

Metod för uppföljning

Ett gemensamt uppföljningsmöte har skett i januari 2026 med enhetschefer på Tullgatan, fackliga företrädare och medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS). Därefter har åtgärderna följts upp med verksamhetschef. Uppföljningsfrågorna har följt dispositionen för åtgärdsplanen.

Händelser av vikt

Under januari 2026 har en enhetschef avslutat sin tjänst. Ny enhetschef påbörjar sin tjänst i mars 2026.

Resultat av uppföljningen

Under det gemensamma uppföljningsmötet konstateras att åtgärder har påbörjats. Det framförs även att åtgärds paketet är omfattande där det behövs en långsiktig hållbar planering.

Exempel på åtgärder som har påbörjats

Värdegrundsarbetet har startats genom att Socialstyrelsens material om den nationella värdegrunden har tagits upp på APT. Materialet innehåller sju olika kapitel där arbetsgrupper

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

har valt vilket område som man vill börja med. Ytterligare ett led i arbetet är att medarbetare och chefer deltog på teaterföreställningen "Finn 25 fel" med fokus på bemötande. Vid uppföljningen framgår sammanfattningsvis att Socialstyrelsens material är en bra ögonöppnare och att diskussionerna är uppskattade. Materialet beskrivs som omfattande och tar tid.

Kvalitetssäkring av det omsorgsnära arbetet i verksamheten pågår genom att det i februari 2026 har beslutats om att en utvald undersköterska ska vägleda och stödja arbetet på Tullgatan 40. En uppdragsbeskrivning är framtagen och arbetet påbörjas under vecka 11. En särskild redovisning gällande detta uppdrag ges av verksamhetschef.

En annan åtgärd rör hygienombuden där det tagits fram ett årshjul för de uppdragen. Vidare bjuds ombuden in till utbildning/nätverk en gång per termin. Sjuksköterskor (SSK) har kontinuerlig avstämning med enheten och SSK finns även som stöd vid behov. Vid uppföljningen påtalas vikten av att det ska finnas en utsedd patientansvarig sjuksköterska (PAS) för varje enhet.

Utveckla sociala aktiviteter/utevistelse. Från och med februari 2026 är social tid inskrivet i schemat för att främja att äldre får en stimulerande vardag.

Ökat samarbete mellan dag- och nattpersonal. Ändrade start- och sluttider har skett på alla enheter i syfte att säkerställa överrapporteringen.

Exempel på åtgärder som ännu inte har påbörjats:

- Dokumentationsutbildning till medarbetare och chefer.
- Utvecklingsdag med kommunal primärvård och enhetschefer inom äldreomsorgen och omsorgen om funktionsnedsatta med teamarbetet i fokus.
- Grupputveckling för samtliga enheter med stöd av HR.

Bedömning

Sammanfattande analys och bedömning

Detta är den första uppföljningen av ett stort åtgärdspaket. Uppföljningen visar att åtgärder har påbörjats och att uppföljningen är viktig för att identifiera vad som inte fungerar och vad som behöver justeras. Bedömningen är också att det är kvaliteten av åtgärderna som har ett värde – inte kvantiteten. Merparten av åtgärderna kräver nära samverkan, tid, resurser och uthållighet för att de ska få ett hållbart resultat.

Nästa uppföljning

Eftersom uppföljningarna ska ske en gång per halvår och nästa uppföljning i så fall blir under semesterperioden görs en mindre uppföljning i maj 2026. En sedvanlig uppföljning sker i september månad 2026. Därmed kan de väsentligaste och de prioriterade åtgärderna följas upp tidigare som stöd för fortsatt planering.

Justerandes signering (protokollet kan vara justerat digitalt, se marginal/sista sidan) Utdragsbestyrkande

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Dagens sammanträde

Madeleine Andersson, socialchef redogör för ärendet.

Ordförande tackar för redogörelsen.

Beslutet skickas till

Verksamhetschef Katarina Nilsson Ederam

Verksamhetsutvecklare Camilla Areskog

Justerandes signering (protokollet kan vara justerat digitalt, se marginal/sista sidan) Utdragsbestyrkande

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|



Sammanfattning av uppföljning av åtgärdsplan efter genomlysning av Tullgatan 40

Förslag till beslut

Att socialnämnden godkänner informationen.

Ärendebeskrivning

Bakgrund

Från vintern 2024 till och med våren 2025 genomförs en genomlysning på Tullgatan 40. Genomlysningen ledde fram till ett betydande åtgärds paket och berör såväl arbetsmiljö som kvalitetsarbetet. Åtgärdsplanen utgår från de områden där genomlysningen konstaterat förbättringsbehov. Socialnämnden informerades om ärendet, åtgärdsplan samt delrapporter vid sammanträdet den 25 juni 2025.

Enligt beslut i genomlysningen ska verksamhetsutvecklare göra en uppföljning av åtgärderna en gång per halvår, med start i januari 2026, tills åtgärderna är verkställda och fått önskad effekt. En sammanfattning av uppföljningarna ska redovisas till socialnämnden.

Metod för uppföljning

Ett gemensamt uppföljningsmöte har skett i januari 2026 med enhetschefer på Tullgatan, fackliga företrädare och medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS). Därefter har åtgärderna följts upp med verksamhetschef. Uppföljningsfrågorna har följt dispositionen för åtgärdsplanen.

Händelser av vikt

Under januari 2026 har en enhetschef avslutat sin tjänst. Ny enhetschef påbörjar sin tjänst i mars 2026.

Resultat av uppföljningen

Under det gemensamma uppföljningsmötet konstateras att åtgärder har påbörjats. Det framförs även att åtgärds paketet är omfattande där det behövs en långsiktig hållbar planering.

Exempel på åtgärder som har påbörjats

Värdegrundsarbetet har startats genom att Socialstyrelsens material om den nationella värdegrunden har tagits upp på APT. Materialet innehåller sju olika kapitel där arbetsgrupper har valt vilket område som man vill börja med. Ytterligare ett led i arbetet är att medarbetare och chefer deltog på teaterföreställningen "Finn 25 fel" med fokus på bemötande.

Vid uppföljningen framgår sammanfattningsvis att Socialstyrelsens material är en bra ögonöppnare och att diskussionerna är uppskattade. Materialet beskrivs som omfattande och tar tid.

Kvalitetssäkring av det omsorgsnära arbetet i verksamheten pågår genom att det i februari 2026 har beslutats om att en utvald undersköterska ska vägleda och stödja arbetet på Tullgatan 40. En uppdragsbeskrivning är framtagen och arbetet påbörjas under vecka 11. En särskild redovisning gällande detta uppdrag ges av verksamhetschef.

En annan åtgärd rör hygienombuden där det tagits fram ett årshjul för de uppdragen. Vidare bjuds ombuden in till utbildning/nätverk en gång per termin.

Sjuksköterskor (SSK) har kontinuerlig avstämning med enheten och SSK finns även som stöd vid behov. Vid uppföljningen påtalas vikten av att det ska finnas en utsedd patientansvarig sjuksköterska (PAS) för varje enhet.

Utveckla sociala aktiviteter/utevistelse. Från och med februari 2026 är social tid inskrivet i schemat för att främja att äldre får en stimulerande vardag.

Ökat samarbete mellan dag- och nattpersonal. Ändrade start- och sluttider har skett på alla enheter i syfte att säkerställa överrapporteringen.

Exempel på åtgärder som ännu inte har påbörjats:

- Dokumentationsutbildning till medarbetare och chefer.
- Utvecklingsdag med kommunal primärvård och enhetschefer inom äldreomsorgen och omsorgen om funktionsnedsatta med teamarbetet i fokus.
- Grupputveckling för samtliga enheter med stöd av HR.

Sammanfattande analys och bedömning

Detta är den första uppföljningen av ett stort åtgärdspaket. Uppföljningen visar att åtgärder har påbörjats och att uppföljningen är viktig för att identifiera vad som inte fungerar och vad som behöver justeras. Bedömningen är också att det är kvaliteten av åtgärderna som har ett värde – inte kvantiteten. Merparten av åtgärderna kräver nära samverkan, tid, resurser och uthållighet för att de ska få ett hållbart resultat.

Nästa uppföljning

Eftersom uppföljningarna ska ske en gång per halvår och nästa uppföljning i så fall blir under semesterperioden görs en mindre uppföljning i maj 2026. En sedvanlig uppföljning sker i september månad 2026. Därmed kan de väsentligaste och de prioriterade åtgärderna följas upp tidigare som stöd för fortsatt planering.

Beslutet skickas till

Verksamhetschef Katarina Nilsson Ederam

Verksamhetsutvecklare Camilla Areskog

Camilla Areskog

Verksamhetsutvecklare



§ 40

Information från individ- och familjeomsorg (IFO) samt myndighet, 2026

Beslut

Socialnämndens arbetsutskott beslutar

att tacka för informationen och lämna över den till socialnämnden.

Dagens sammanträde

Johanna Karlsson, verksamhetschef IFO och myndighet ger följande information;

- Rekrytering av familjerättssekreterare har pausats och ersätts tillfälligt av två timvikarier. Nytt rekryteringsförsök ska göras i maj.
- Verksamhetschef har tillsammans med Camilla Areskog, verksamhetsutvecklare varit i Oskarshamn där SKR informerade om insatser utan behovsprövning.
- Eva Sjökvist, folkhälsosamordnare planerar för seniorveckan som är vecka 17, bland annat ska det vara workshops och mässor på norra Öland.

Ordförande tackar för informationen.

Beslutet skickas till

Socialnämnden

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|



Information om brukarundersökningen inom individ- och familjeomsorgen 2025

Beslut

Socialnämndens arbetsutskott beslutar

att godkänna informationen och lämna över till socialnämnden.

att berörda arbetsgrupper ska uppmuntras med tex en tårta.

Ärendebeskrivning

Bakgrund och syfte

Under september och oktober 2025 gjordes en brukarundersökning inom individ- och familjeomsorgen (IFO). Det är en nationell undersökning via Sveriges kommuner och regioner (SKR) och det är första gången som IFO i Borgholms kommun deltar. Genom deltagande i brukarundersökningen kan resultaten jämföras över tid i den egna verksamheten men också med andra kommuner.

Syftet är att skapa möjligheter för kommuninvånare att kunna framföra sina upplevelser och åsikter och resultatet används som ett kunskapsunderlag för att utveckla verksamheten.

Metod

Undersökningen är en besöksundersökning vilket betyder att alla som under undersökningsperioden har ett besök eller möte med socialsekreterare, behandlare eller förebyggande team ska erbjudas att delta. De som har valt att medverka har svarat enskilt i pappersform och deltagarna är anonyma.

Brukarundersökningen är uppdelad inom två olika områden; myndighetskontakt och öppna insatser. Frågorna ringar inom områden som lätt tillgänglighet, kommunikation, delaktighet/inflytande och om situationen har förbättrats. Frågorna riktar sig till barn/unga mellan 13 och 20 år samt till vuxna. Cirka åtta frågor ställs beroende på område. Därtill tillkommer fråga om kön.

Resultat

Undersökningen påvisar sammanfattningsvis ett positivt resultat i förhållande till det nationella resultatet. Bland annat så anger merparten av deltagande kommuninvånare att det är lätt att komma i kontakt med socialtjänsten och att socialtjänsten visar förståelse för ens situation. I jämförelse med det nationella resultatet så är det sammantaget ett bra resultat gällande helhetssynen/nöjdheten av det stöd som man får från socialtjänsten i kommunen.

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Undersökningen konstaterar även områden som behöver förbättras inom olika enheter. Bland annat när det gäller ungas helhetssyn/nöjdhet. Andra utvecklingsområden handlar om möjlighet till påverkan, synpunkter och klagomål samt att få en förbättrad situation.

Åtgärder

Resultatet har analyserats såväl inom respektive enhet som i ledningsgruppen för IFO. Varje enhetschef har därefter fått i uppdrag att, tillsammans med sin arbetsgrupp, ta fram en åtgärdsplan för förbättringsarbetet. Planerna ska redovisas i april 2026 och följs upp av verksamhetschef.

Målet är att svarsfrekvensen ska öka vid nästa undersökning för att få ett ännu bättre kunskapsunderlag.

Beslutsunderlag

Sammanställning av brukarundersökningen inom IFO hösten 2025.

Bedömning

Helhetsbedömningen är att undersökningen visar på ett bra resultat i jämförelse med andra kommuner. Resultatet får dock hanteras med varsamhet beroende på svarsfrekvens. Utifrån barnrättsperspektivet så ger undersökningen en möjlighet för barn/unga från 13 år att lämna sina åsikter om vad som fungerar och vad som kan bli bättre vilket vi får hörsamma.

Genom svaren har vi ytterligare underlag som hjälper oss att ringa in det som vi behöver utveckla. Bland annat när det gäller dialogen med unga, möjlighet till påverkan av de insatser som ges och upplevelsen av om situationen har förbättrats sedan kontakten med socialtjänsten inleddes. Utvecklingsarbetet för hantering av synpunkter och klagomål hade redan påbörjats innan resultatet av undersökningen publicerades.

Dagens sammanträde

Johanna Karlsson, verksamhetschef för IFO och myndighet redogör för ärendet.

Ordförande tackar för redogörelsen.

Beslutet skickas till

Verksamhetschef IFO Johanna Karlsson
Verksamhetsutvecklare Camilla Areskog

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|



Information om brukarundersökningen inom individ- och familjeomsorgen 2025

Förslag till beslut

Att socialnämnden godkänner informationen.

Ärendebeskrivning

Bakgrund och syfte

Under september och oktober 2025 gjordes en brukarundersökning inom individ- och familjeomsorgen (IFO). Det är en nationell undersökning via Sveriges kommuner och regioner (SKR) och det är första gången som IFO i Borgholms kommun deltar. Genom deltagande i brukarundersökningen kan resultaten jämföras över tid i den egna verksamheten men också med andra kommuner.

Syftet är att skapa möjligheter för kommuninvånare att kunna framföra sina upplevelser och åsikter och resultatet används som ett kunskapsunderlag för att utveckla verksamheten.

Metod

Undersökningen är en besöksundersökning vilket betyder att alla som under undersökningsperioden har ett besök eller möte med socialsekreterare, behandlare eller förebyggande team ska erbjudas att delta. De som har valt att medverka har svarat enskilt i pappersform och deltagarna är anonyma.

Brukarundersökningen är uppdelad inom två olika områden; myndighetskontakt och öppna insatser. Frågorna ringar inom områden som lätt tillgänglighet, kommunikation, delaktighet/inflytande och om situationen har förbättrats. Frågorna riktar sig till barn/unga mellan 13 och 20 år samt till vuxna. Cirka åtta frågor ställs beroende på område. Därtill tillkommer fråga om kön.

Resultat

Undersökningen påvisar sammanfattningsvis ett positivt resultat i förhållande till det nationella resultatet. Bland annat så anger merparten av deltagande kommuninvånare att det är lätt att komma i kontakt med socialtjänsten och att socialtjänsten visar förståelse för ens situation. I jämförelse med det nationella resultatet så är det sammantaget ett bra resultat gällande helhetssynen/nöjdheten av det stöd som man får från socialtjänsten i kommunen.

Undersökningen konstaterar även områden som behöver förbättras inom olika enheter. Bland annat när det gäller ungas helhetssyn/nöjdhet. Andra utvecklingsområden handlar om möjlighet till påverkan, synpunkter och klagomål samt att få en förbättrad situation.

Åtgärder

Resultatet har analyserats såväl inom respektive enhet som i ledningsgruppen för IFO. Varje enhetschef har därefter fått i uppdrag att, tillsammans med sin arbetsgrupp, ta fram en åtgärdsplan för förbättringsarbetet. Planerna ska redovisas i april 2026 och följs upp av verksamhetschef.

Målet är att svarsfrekvensen ska öka vid nästa undersökning för att få ett ännu bättre kunskapsunderlag.

Bedömning

Helhetsbedömningen är att undersökningen visar på ett bra resultat i jämförelse med andra kommuner. Resultatet får dock hanteras med varsamhet beroende på svarsfrekvens. Utifrån barnrättsperspektivet så ger undersökningen en möjlighet för barn/unga från 13 år att lämna sina åsikter om vad som fungerar och vad som kan bli bättre vilket vi får hörsamma.

Genom svaren har vi ytterligare underlag som hjälper oss att ringa in det som vi behöver utveckla. Bland annat när det gäller dialogen med unga, möjlighet till påverkan av de insatser som ges och upplevelsen av om situationen har förbättrats sedan kontakten med socialtjänsten inleddes. Utvecklingsarbetet för hantering av synpunkter och klagomål hade redan påbörjats innan resultatet av undersökningen publicerades.

Beslutsunderlag

Sammanställning av brukarundersökningen inom IFO hösten 2025.

Johanna Karlsson
Verksamhetschef, IFO

Beslutet skickas till

Verksamhetschef IFO Johanna Karlsson

Verksamhetsutvecklare Camilla Areskog

Sammanställning av brukarundersökningen inom individ- och familjeomsorgen år 2025

Innehållsförteckning

| | |
|--|-----------|
| Beskrivning av brukarundersökningen | 2 |
| Syftet med brukarundersökningen | 2 |
| Svarsfrekvens och försiktighet med att tolka resultatet | 3 |
| Sammanfattning av årets resultat | 3 |
| Jämställdhet | 3 |
| Åtgärder efter 2025 års undersökning | 4 |
| Underlag för det sammanställda resultatet | 4 |
| Resultat IFO myndighet | 5 |
| 1. Hur lätt (eller svårt) är det att få kontakt (med socialtjänsten) via exempelvis telefon eller epost? | 5 |
| 2. Hur lätt är det att förstå den information som du får? | 6 |
| 3. Hur stor förståelse visas för din situation? | 7 |
| 4. Frågar man efter dina synpunkter på hur din situation kan förändras? (Hur stort inflytande har du?) | 8 |
| 5. Hur mycket har du kunnat påverka vilken typ av hjälp du får? | 9 |
| 6. Har din situation förbättrats sedan du fick kontakt med socialtjänsten? | 10 |
| 7. Helhetssyn/nöjdhet över det stöd som du får från socialtjänsten? | 12 |
| Resultat öppna insatser | 13 |
| 1. Hur lätt är det att få kontakt med socialtjänsten via exempelvis telefon eller e-post? | 13 |
| 2. Hur lätt är det att förstå den information som du får? | 13 |
| 3. Tycker du att det visas förståelse för din situation | 14 |
| 4. Får du prata om saker som är viktiga för dig? | 14 |
| 5. Frågar man efter dina synpunkter på hur din situation kan förändras? /Hur stort inflytande har du? | 15 |
| 6. Har din situation förbättrats sedan du fick kontakt med socialtjänsten? | 15 |
| 7. Har du fått information om vart du kan lämna synpunkter eller klagomål? | 16 |
| 8. Hur många gånger har du träffat behandlare/förebyggande team fyra gånger eller fler gånger? | 16 |
| 9. Helhetssyn/nöjdhet över det stöd som du får från socialtjänsten? | 17 |

Beskrivning av brukarundersökningen

Mellan den 1 september och den 31 oktober 2025 genomfördes en brukarundersökning inom individ- och familjeomsorgen (IFO), Borgholms kommun. Det var första gången som verksamhetsområdet IFO medverkade i denna nationella brukarundersökning vilket görs genom frågor via Sveriges kommuner och regioner (SKR). IFO har för avsikt att delta i kommande brukarundersökningar vilka kommer att genomföras vartannat år.

Innan undersökningen ägde rum fick kommuninvånare information om syfte och genomförande på hemsidan, i socialkontorets besöks- och väntrum samt muntligen vid möten med socialtjänsten. Undersökningen är en besöksundersökning, vilket betyder att alla som under undersökningsperioden har ett besök eller möte med socialsekreterare, behandlare eller förebyggande team ska erbjudas att delta. De som har valt att medverka har svarat enskilt i pappersform. Enkäterna finns på tio olika språk, svaren är anonyma och det går att skriva fritextsvar. De som har deltagit har även kunnat uppge könstillhörighet.

Brukarundersökningen är uppdelad inom två olika områden:

1./ Myndighetskontakt

Undersökningen riktar sig till:

- Ungdomar mellan 13 och 20 år inom social barn- och ungdomsvård.
- Vårdnadshavare till barn och ungdomar upp till 18 år inom social barn- och ungdomsvård.
- Missbruks- och beroendevård. (I undersökningen benämns det som missbruksvård.)
- Ekonomiskt bistånd.

(129 kommuner, varav fem kommuner i Kalmar län, har fått ett resultat från denna undersökning.)

2./ Öppna insatser inom social barn- och ungdomsvård

Undersökningen riktar sig till:

- Ungdomar mellan 13–20 år som har kontakt med öppna insatser inom den sociala barn- och ungdomsvården. (Gruppverksamheter ingår inte i undersökningen.)
- Omsorgspersoner till barn och ungdomar mellan 0–18 år som har kontakt med öppna insatser inom den sociala barn- och ungdomsvården.

(89 kommuner, varav tre kommuner i Kalmar län, har fått ett resultat från denna undersökning.)

Syftet med brukarundersökningen

- Kommuninvånare ska kunna framföra sina upplevelser och åsikter.
- Skapa underlag för förbättringsarbetet.
- Kunna jämföra oss med andra, och framöver även med oss själva, över tid.
- Att arbeta kunskapsbaserat. (Vilket exempelvis innebär en medveten och systematisk användning av flera kunskapskällor såsom forskningsbaserad kunskap tillsammans med erfarenheter från profession och brukare.)



Så har vi alltid gjort



Kunskapsbaserad

Svarsfrekvens och försiktighet med att tolka resultatet

Inom merparten av de olika områdena finns för lite data för att exempelvis dela upp svaren mellan könen. Tolv ungdomar har svarat på frågorna inom barn- och ungdomsvården. Inom öppna insatser har nio ungdomar svarat. Inom ekonomiskt bistånd och missbruksvård har det kommit in mellan sju-åtta svar per område. Inom barn- och ungdomsvård/vårdnadshavare har det däremot inkommit 42 svar och 23 personer har svarat på frågor riktade till omsorgspersoner till barn och unga inom öppna insatser.

Den totala svarsfrekvensen inom myndighetskontakt IFO ligger på 66 %. På nationell nivå ligger svarsfrekvensen på 46 %.

Svarsfrekvensen för omsorgspersoner inom öppna insatser ligger på 79 %. På nationell nivå ligger svarsfrekvensen på 63,9 %.

Undersökningar som denna medför alltid ett visst mått av osäkerhet. Ett lågt antal deltagare i undersökningen innebär att resultaten bör tolkas med extra stor försiktighet.

Sammanfattning av årets resultat

Brukarundersökningen påvisar i många avseende ett positivt resultat i förhållande till det nationella resultatet. Undersökningen konstaterar även förbättringsområden.

- För **myndighet** inom IFO så är det sammantaget positiva svar gällande att det är lätt att få kontakt och att det visas förståelse för kommuninvånarens situation. Däremot förekommer det sämre resultat över om situationen har förbättrats sedan kontakten inleddes med socialtjänsten. Bedömningen av helheten/nöjdheten av det stöd som ges inom IFO myndighet visar på ett bättre resultat i jämförelse med övriga kommuner.
- Omsorgspersoner vid **öppna insatser** är generellt mer positiva till insatserna i jämförelse med det nationella resultatet.
- Sammantaget är **unga** i kommunen mer negativa till det arbete som utförs av socialtjänsten än vad vårdnadshavare eller omsorgspersoner är.

Nedan finns de förbättringsbehov, per område, som sticker ut mest i negativ mening i förhållande till det procentuella nationella resultatet:

| Verksamhetsområde | Förbättringsbehov |
|---|--|
| Ungdomar inom barn- och ungdomsvården | Förbättrad situation efter kontakt med socialtjänsten. |
| Vårdnadshavare inom barn- och ungdomsvården | Möjlighet att påverka de insatser som ges. |
| Missbruksvård | Tydliggöra den information som ges. |
| Ekonomiskt bistånd | Hur man kan påverka de insatser som ges. |
| Öppna insatser ungdomar | Hur man kan framföra synpunkter, klagomål. |
| Öppna insatser omsorgspersoner | Hur man kan framföra synpunkter, klagomål. |

Jämställdhet

Det finns data på svaren från kvinnor respektive män inom området vårdnadshavare inom barn- och ungdomsvården. Där ser man att såväl kvinnor som män svarar relativt lika men kvinnor är mer positiva än män till att det är enkelt att få kontakt med socialtjänsten. Män är

däremot mer positiva än kvinnor till att situationen har förbättrats sedan kontakten med socialtjänsten inleddes.

Det finns även data för svaren från omsorgspersoner till barn och unga inom öppna insatser där 23 personer svarat. Generellt är kvinnor mer positiva än män till socialtjänstens öppna insatser som exempelvis att situationen har förbättrats.

Åtgärder efter 2025 års undersökning

Enhetschefer inom IFO har tillsammans med respektive arbetsgrupp analyserat de mer detaljerade svaren per enhet. Bland annat gällande skillnader i svar i förhållande till kön när det finns, skillnader i grader av de positiva och negativa svaren, hur svarsfrekvens respektive bortfall ser ut samt lärdomar till nästkommande undersökning år 2027. Därefter har ledningsgruppen inom IFO analyserat resultatet tillsammans. Sammanfattningsvis, för hela IFO, så är målet att höja svarsfrekvensen och fritextsvaren vid nästkommande undersökning.

Varje enhetschef har fått i uppdrag att tillsammans med sin arbetsgrupp ta fram en plan utifrån konstaterade förbättringsområden. Planerna ska vara klar senast den 30 april 2026 och arbetet följs upp av verksamhetschefen under hösten 2026.

Under februari 2026 kommer information om resultatet och hur det ska omhändertas att lämnas i bland annat socialkontorets väntrum.

Underlag för det sammanställda resultatet

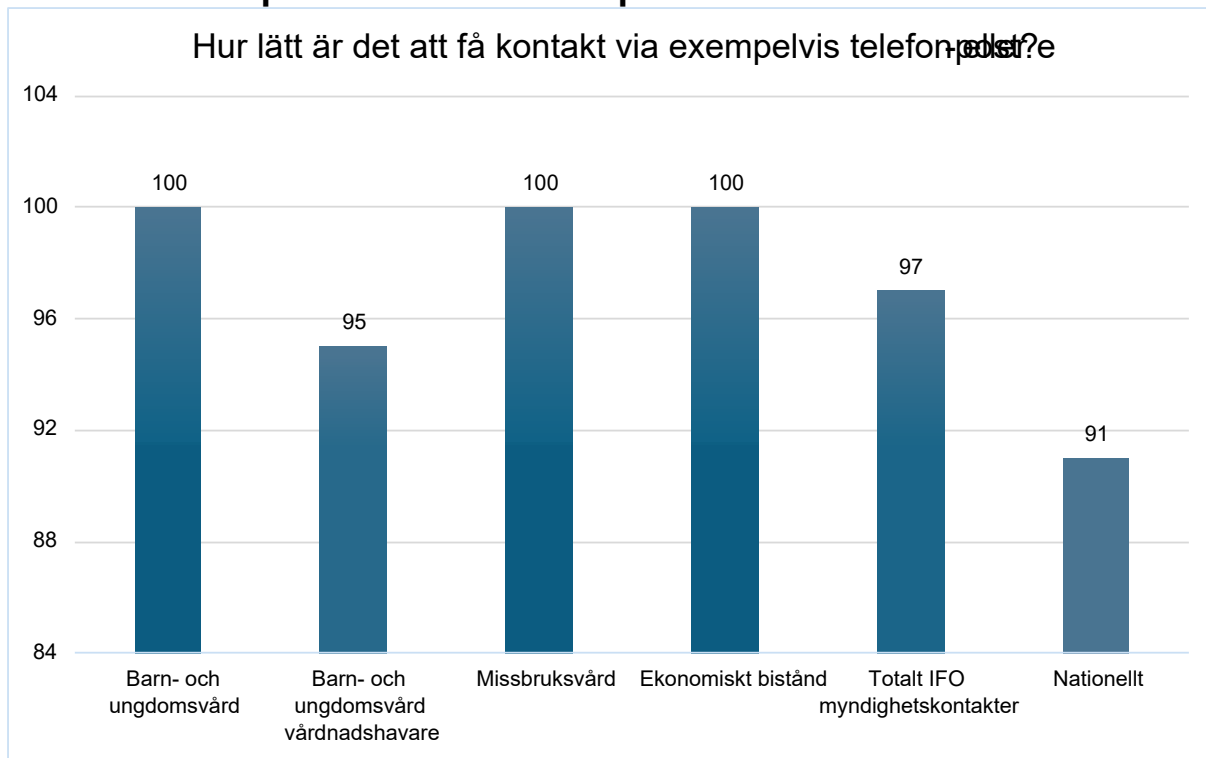
I denna sammanställning är resultatet hämtad från såväl Kolada som enkätverktyget via SKR. Undersökningen redovisas utifrån summan av andelarna som har svarat på de två positiva svarsalternativen såsom exempelvis "mycket bra" eller "ganska bra". Övriga svarsalternativ är till exempel "ganska dåligt" eller "mycket dåligt". Ytterligare alternativ är "vet inte" eller "jag har ingen åsikt".

Det har varit olika frågor inom IFO myndighet respektive IFO öppna insatser varför svaren redovisas separat. Det har enbart lämnats in fritextsvar inom IFO myndighet.

Resultat IFO myndighet

I sammanställningen redovisas även det totala resultatet för IFO myndighet i jämförelse med den nationella summan.

1. Hur lätt (eller svårt) är det att få kontakt (med socialtjänsten) via exempelvis telefon eller epost?



(Tabellen som benämns barn- och ungdomsvård avser ungdomar mellan 13 och 20 år inom social barn- och ungdomsvård.)

Fritextsvar barn- och ungdomsvård:

- *Ganska lätt men för mycket semester.*
- *Ganska lätt men ibland tar det en stund att få svar.*

Fritextsvar barn- och ungdomsvård vårdnadshavare:

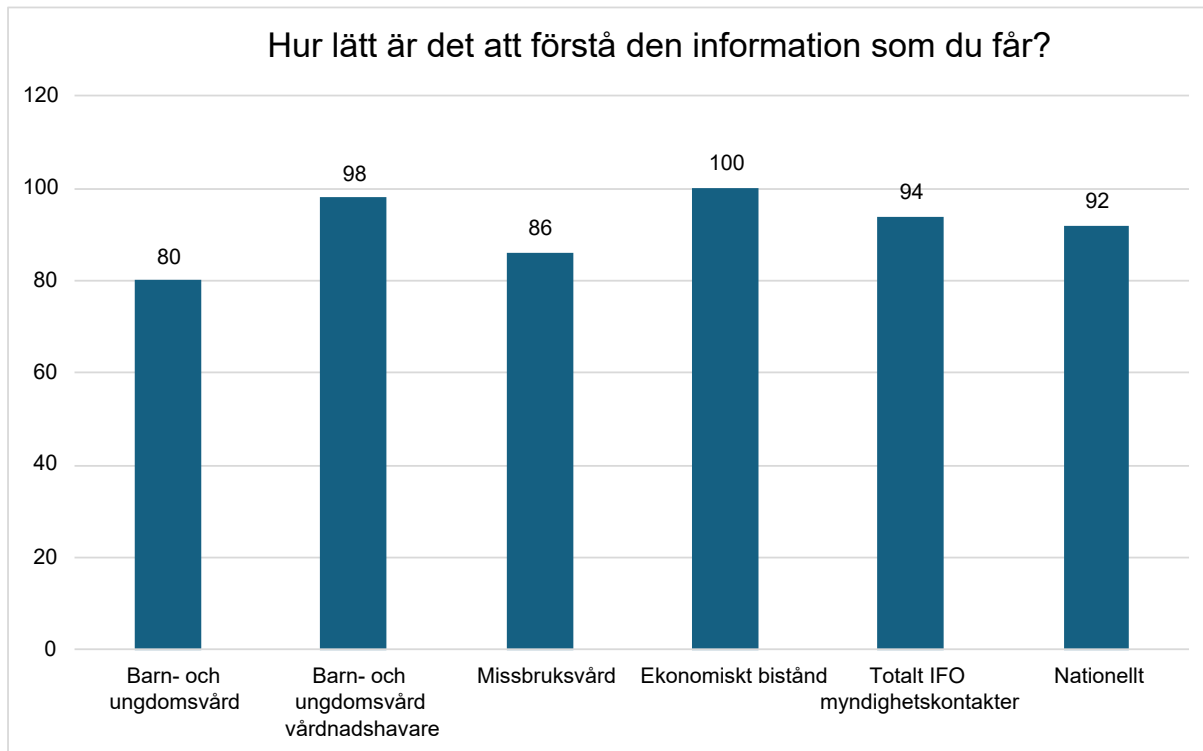
- *NN är trevlig och lyhörd.*
- *Knepigt att komma fram. Lämnar meddelande, återkopplar ej. Familjerådgivaren NN har varit föredömlig och hjälpt mig.*
- *Jag får kontakt snabbt. Feedback.*
- *Återkommer alltid så fort som möjligt om inte direkt svar är aktuellt.*
- *Beror helt på vilken handläggare man får... vi har haft tur denna gång att få bra förstående person.*
- *Jag tycker kontakten med er har varit bra.*
- *Jag tar inte kontakt.*
- *Ibland frånvarande.*
- *Svårt att hitta rätt nummer. Kalmar har ex en e-tjänst där man kan göra orosanmälningar vilket är bra.*

Fritextsvar missbruksvård:

- *Det tar inte alls lång tid ibland på grund av semester eller liknande kan det dröja någon extra dag.*

2. Hur lätt är det att förstå den information som du får?

(Hur tydlig är informationen?)



(Tabellen som benämns barn- och ungdomsvård avser ungdomar mellan 13 och 20 år inom social barn- och ungdomsvård.)

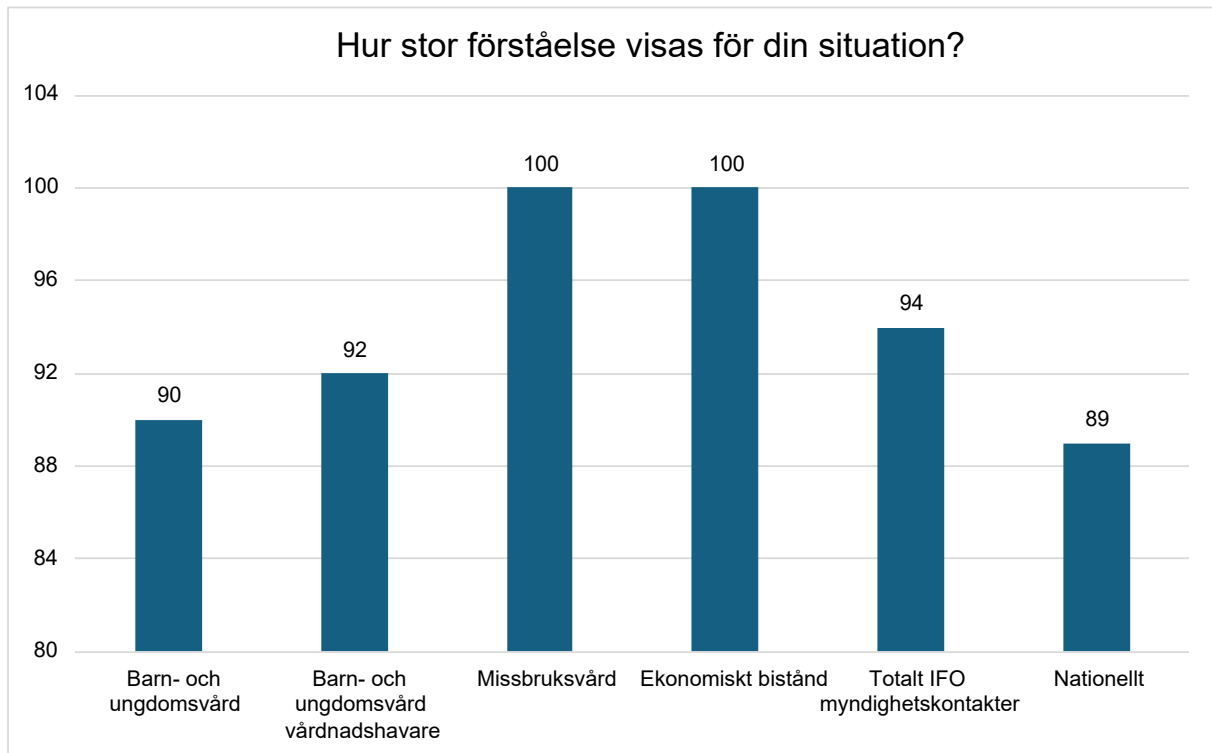
Fritextsvar barn- och ungdomsvård vårdnadshavare:

- Mycket nytt inte helt lätt att förstå beslutsordning och mandat.
- *Med hjälp av tolk. Jag lär mig svenska. Men det funkar ganska lätt.*
- *Tydlig, rak information och finns alltid utrymme för frågor.*
- *Tydlig och bra information.*
- *Mkt frågor, inga svar.*

Fritextsvar missbruksvård:

- *Informationen är lika lätt och även om man ej förstår så är de hjälpsamma till att förklara.*

3. Hur stor förståelse visas för din situation?



(Tabellen som benämns barn- och ungdomsvård avser ungdomar mellan 13 och 20 år inom social barn- och ungdomsvård.)

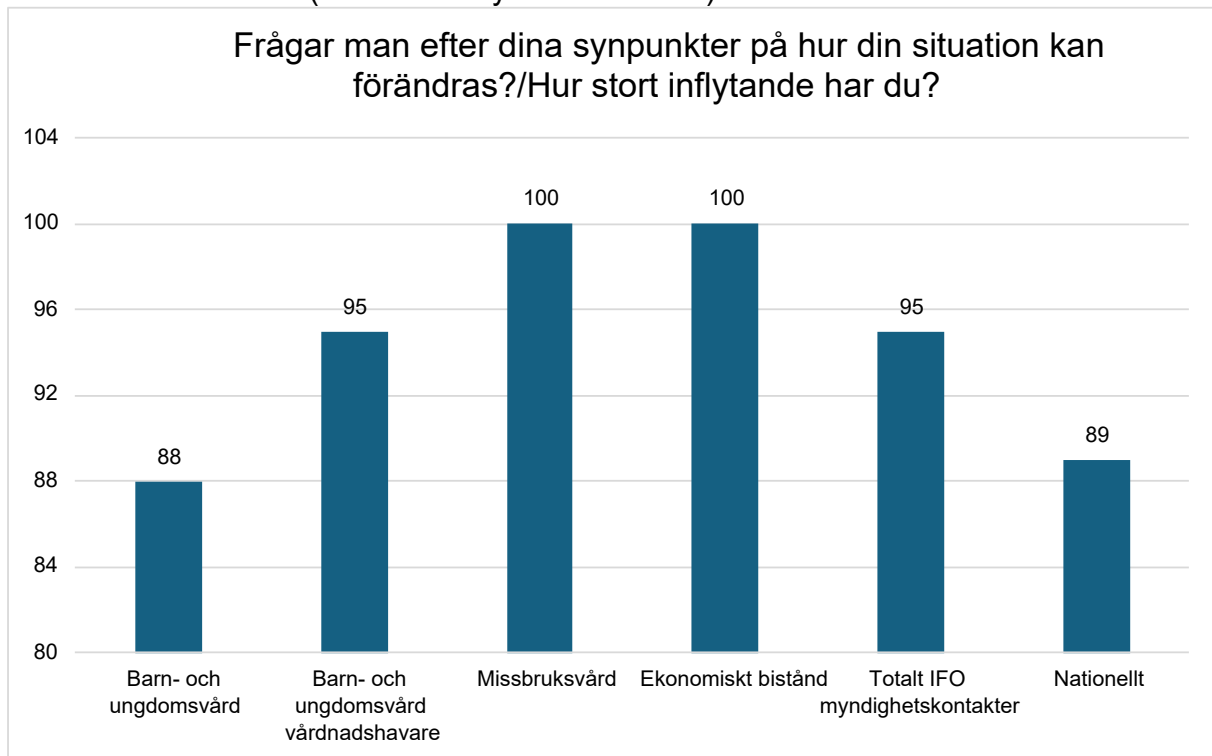
Fritextsvar barn- och ungdomsvård vårdnadshavare:

- *Ganska liten, har larmat i 10 mån och först nu får jag respons för min oro.*
- *NN, NN, NN, NN, NN, NN, NN.*
- *Alltid trevligt och känner mig trygg med min socialkontakt.*
- *Tror de förstår att jag har det jobbigt.*
- *NN har förståelse för min situation.*
- *Tycker jag fått stor förståelse vid möten.*

Fritextsvar missbruksvård:

- *De lägger ner mycket tid och energi på att hjälpa mig utifrån mina behov.*

4. Frågar man efter dina synpunkter på hur din situation kan förändras? (Hur stort inflytande har du?)

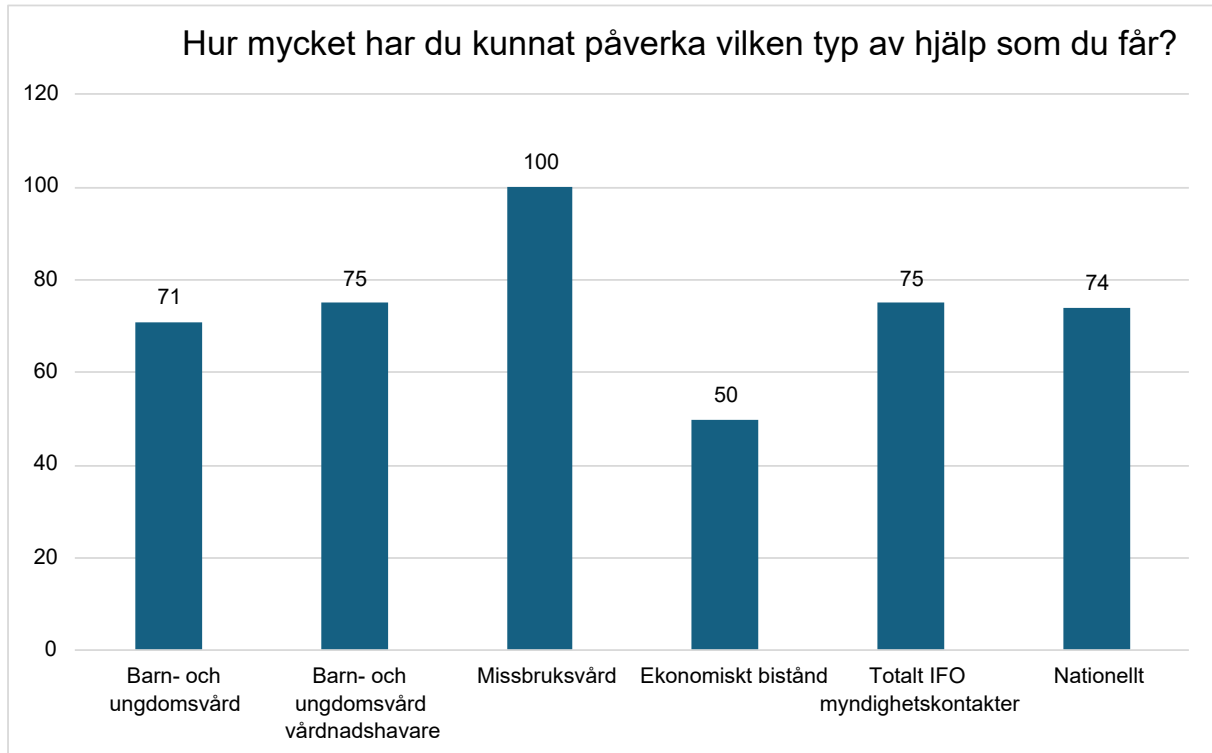


(Tabellen som benämns barn- och ungdomsvård avser ungdomar mellan 13 och 20 år inom social barn- och ungdomsvård.)

Fritextsvar barn- och ungdomsvård vårdnadshavare:

- *Från början känns det som att det uppfattades att jag var problemet. Blev erbjuden föräldrautbildning, har tagit emot all hjälp jag kunnat få men hjälper inte om annan förälder vägrar. Nu verkar jag fått mer respons.*
- *Det verkar som att sekreteraren har en plan som han/hon följer.*
- *Har fått strategier på hur man kan jobba hemma.*
- *Situationen behöver ej förändras.*

5. Hur mycket har du kunnat påverka vilken typ av hjälp du får?



(Tabellen som benämns barn- och ungdomsvård avser ungdomar mellan 13 och 20 år inom social barn- och ungdomsvård.)

Fritextsvar barn- och ungdomsvård:

- *Känns som att jag knappt kan påverka något.*

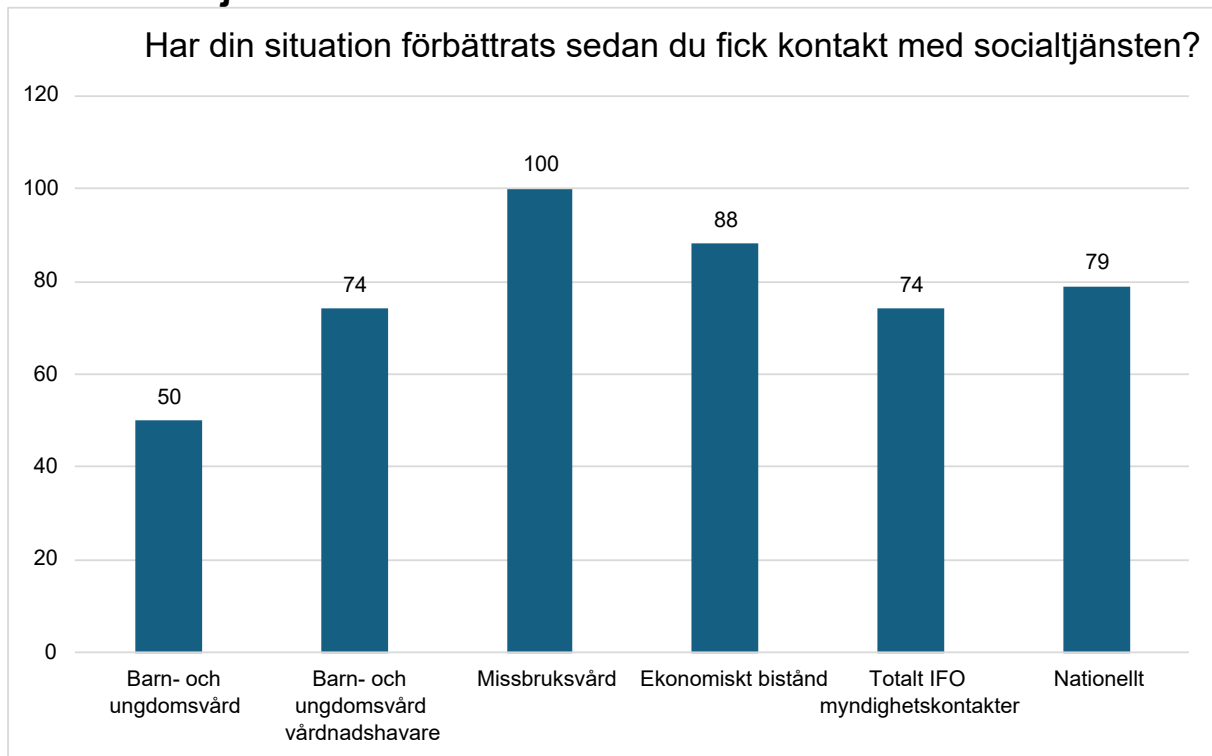
Fritextsvar barn- och ungdomsvård vårdnadshavare:

- *Endast ig eller nej, tagit emot all hjälp jag kunnat få.*
- *Jag tror när det finns tydliga idéer i kommunen, socialtjänsten kan jag påverka processen av hjälp jag får. Riktningen och planerna är redan kända i förväg.*
- *Tillsammans hitta saker vi kan förbättra hemma.*
- *Behöver ingen hjälp*
- *Vet inte riktigt ännu. Har bara haft möten än så länge.*
- *Eftersom vi i vanligt tal, så har jag inte försökt, inte behövt socialen.*

Fritextsvar missbruksvård:

- *Allt från ekonomiskt bistånd, vardagen och beroendeproblematik så är mina ord och önskan viktig för dom.*

6. Har din situation förbättrats sedan du fick kontakt med socialtjänsten?



(Tabellen som benämns barn- och ungdomsvård avser ungdomar mellan 13 och 20 år inom social barn- och ungdomsvård.)

Fritextsvar barn- och ungdomsvård:

- *Det verkar gå upp och ner ganska mycket under en kort tid.*
- *Ingen förändring tycker jag.*

Fritextsvar barn- och ungdomsvård vårdnadshavare:

- *Inte alls samma problem, mer eller mindre mellanrum, saknar rådgivning och stöd då socialtjänsten vägrar välja sida. Har kanske betydelse att jag är x och den andra föräldern lider av psykisk ohälsa (min diagnos) vill inget hellre än att hen får hjälp och blir bra.*
- *Jag har fått psykologhjälp och bättre förståelse för mitt barns förälder.*
- *Vi fortsätter att få kontakt med socialtjänsten. Det går sakta med det funkar tycker jag!*
- *Efter många år av dålig känsla och samarbete med socialtjänsten har jag nu helt rätt person för mig i kontakten.*
- *Min stressnivå kvarstår.*
- *Jag har inte med socialtjänsten att göra personligen.*
- *Vet inte. Inget.*
- *Känns lugnare och lättare. Vet att man har någon att prata med.*
- *Dom gånger jag fått stöd så har det hjälpt.*
- *Jag är ofantligt tacksam för den insats vi beviljats.*
- *Konflikt eskalerat.*

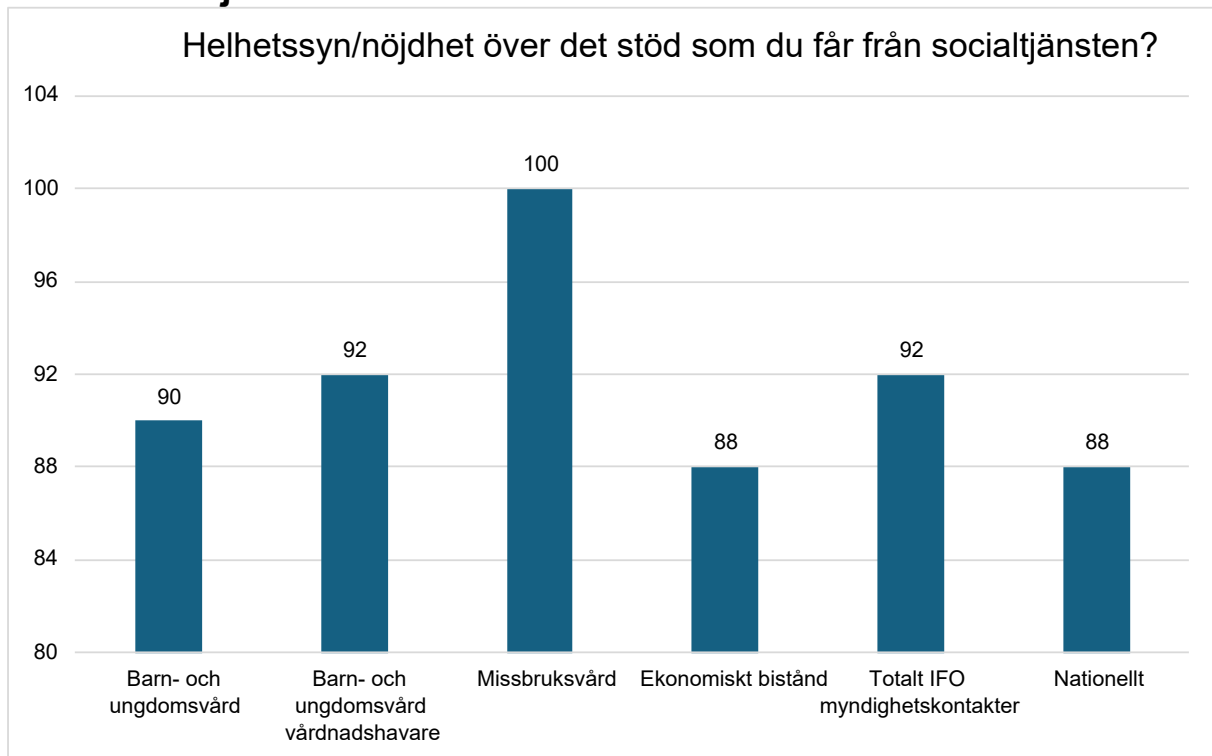
Fritextsvar missbruksvård:

- *Det har varit mycket upp och ner men det har varit på grund av mig och inte socialtjänsten. De stöttar och finns alltid.*

Fritextsvar ekonomiskt bistånd:

- *Är andra myndigheter som komplicerar.*
- *Ingen förändring. Gäller generellt.*

7. Helhetssyn/nöjdhet över det stöd som du får från socialtjänsten?



(Tabellen som benämns barn- och ungdomsvård avser ungdomar mellan 13 och 20 år inom social barn- och ungdomsvård.)

Fritextsvar barn- och ungdomsvård vårdnadshavare:

- *Nu verkar jag fått respons. Har larmat i 10 mån och det enda svar jag fått, vi har inte mandat, du får gå till familjerätten. Finns det ingen som har civillikage att säga så här kan ni inte hålla på, psykisk misshandel är minst lika allvarlig som fysisk. Jag är oerhört missnöjd och fullständigt tappat förtroendet för socialtjänsten och socialtjänstlagen. Hur illa ska det vara innan man gör något åt ett barns situation. Hoppas det blir bättre nu och framåt.*
- *Dom har varit till väldigt stor hjälp hela vägen.*
- *Skönt att få prata med någon.*
- *Mycket nöjd med NN.*
- *Har inte behövts stöd.*

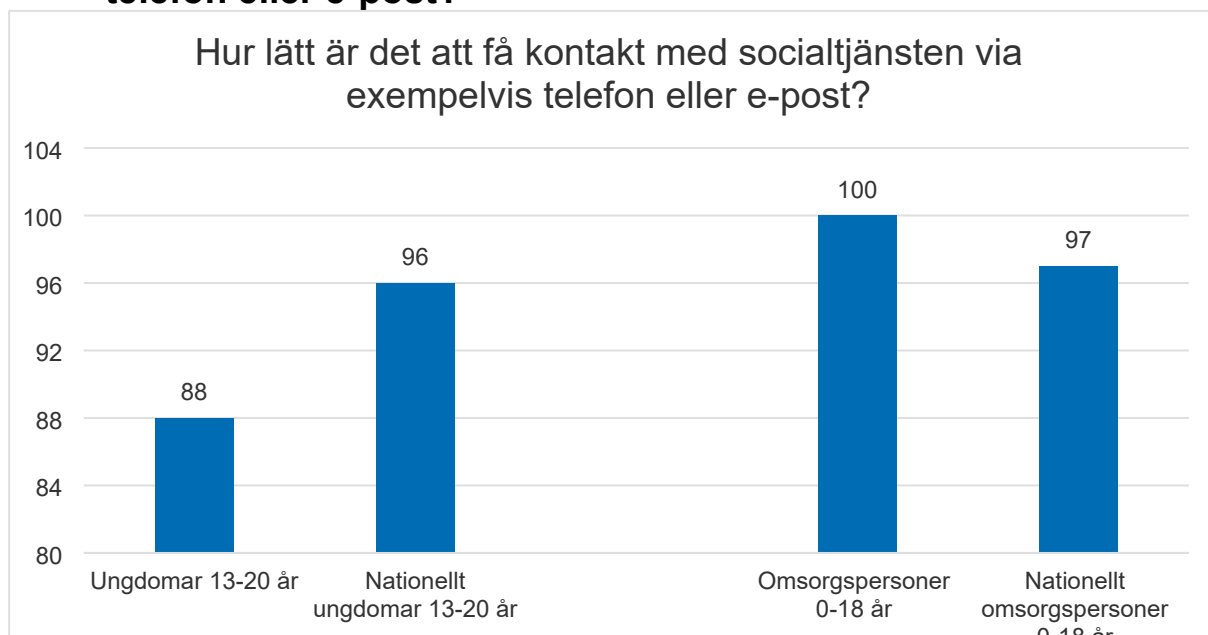
Fritextsvar ekonomiskt bistånd:

- *Det har varit mer komplicerat. Lättare nu.*
- *Mycket missnöjd. Gäller generellt.*

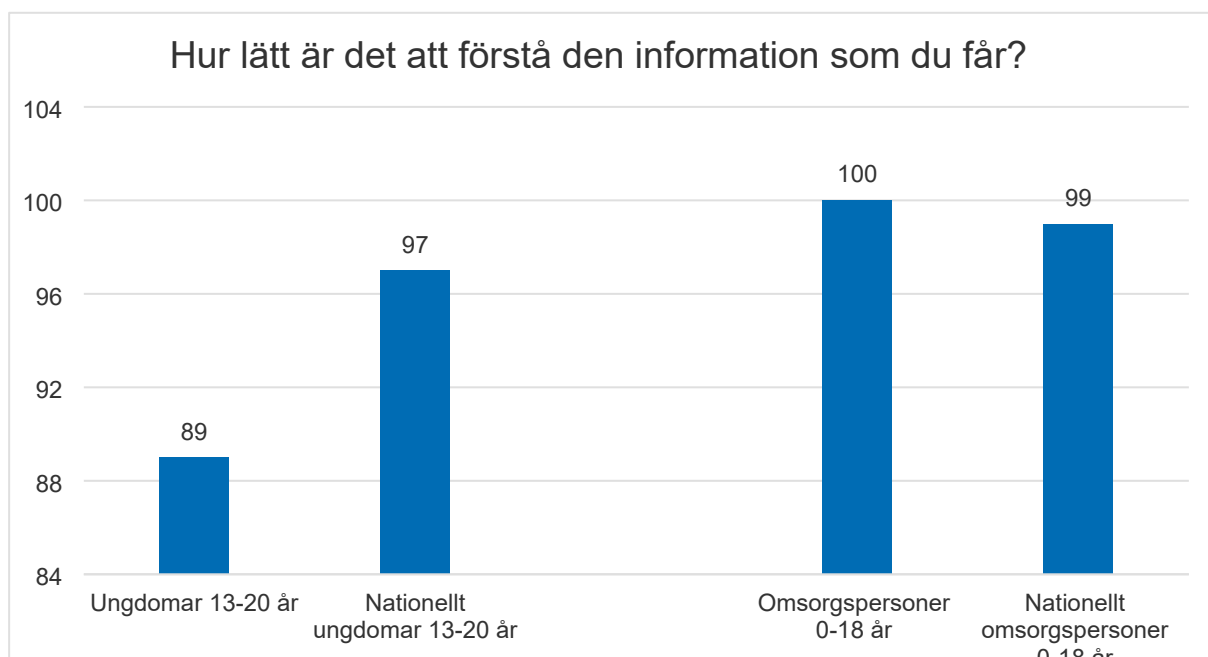
Resultat öppna insatser

I sammanställningen redovisas det resultatet för varje svarsgrupp med i jämförelse med den nationella summan. Det har inte inkommit några fritextsvar inom öppna insatser.

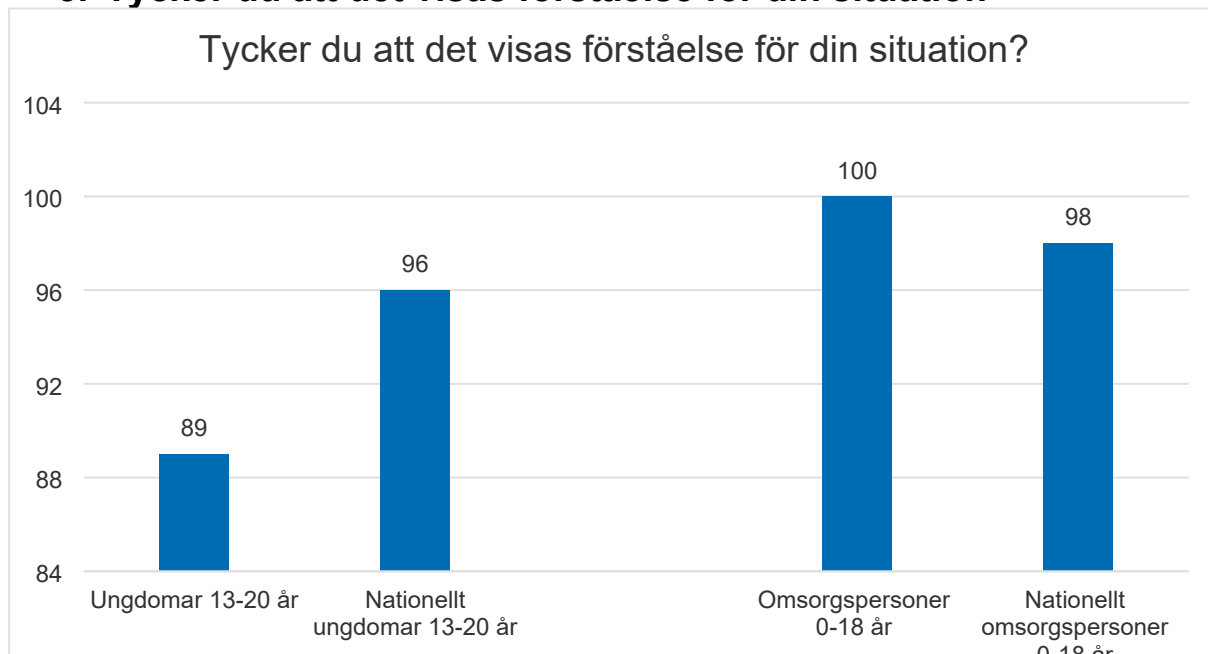
1. Hur lätt är det att få kontakt med socialtjänsten via exempelvis telefon eller e-post?



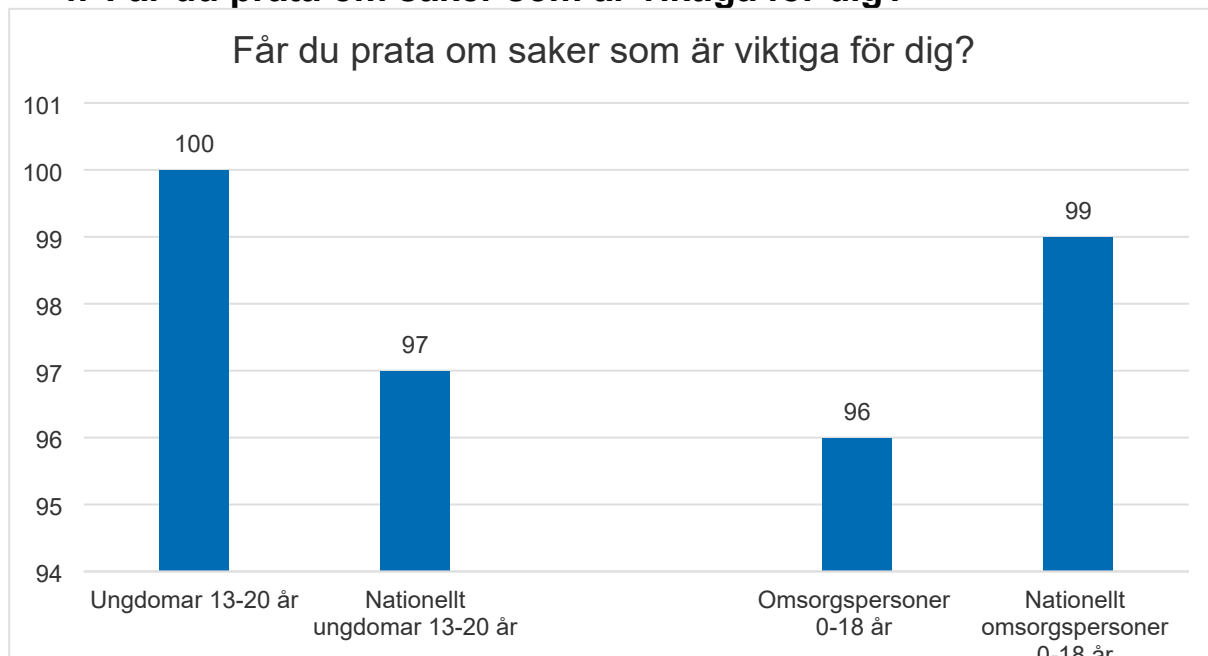
2. Hur lätt är det att förstå den information som du får?



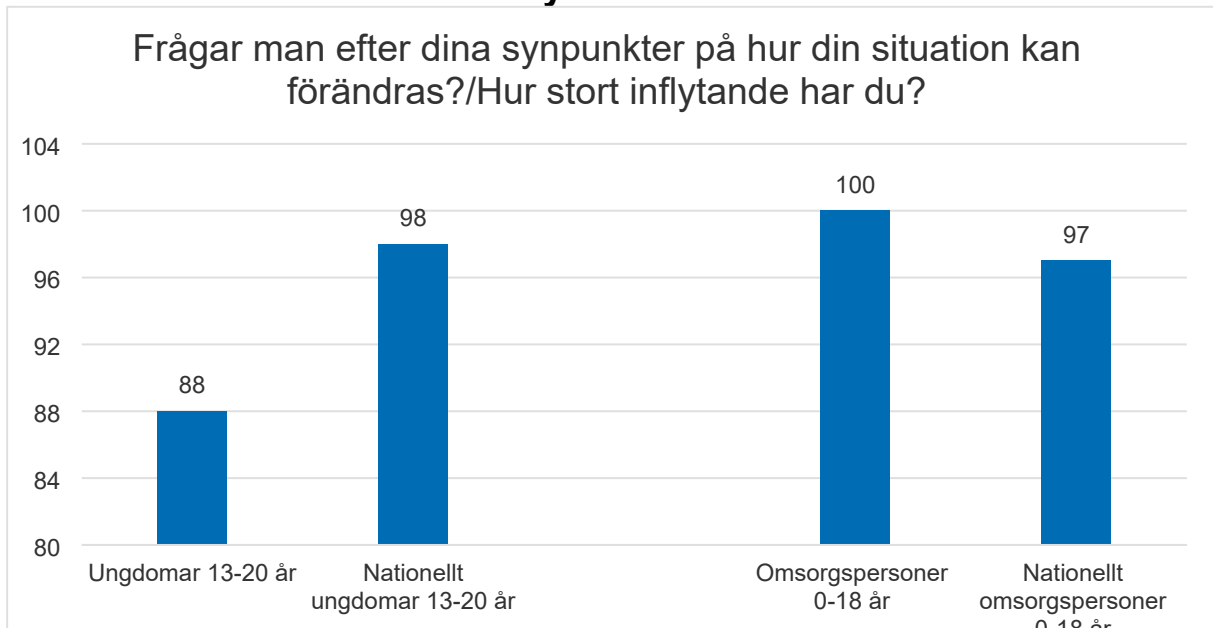
3. Tycker du att det visas förståelse för din situation



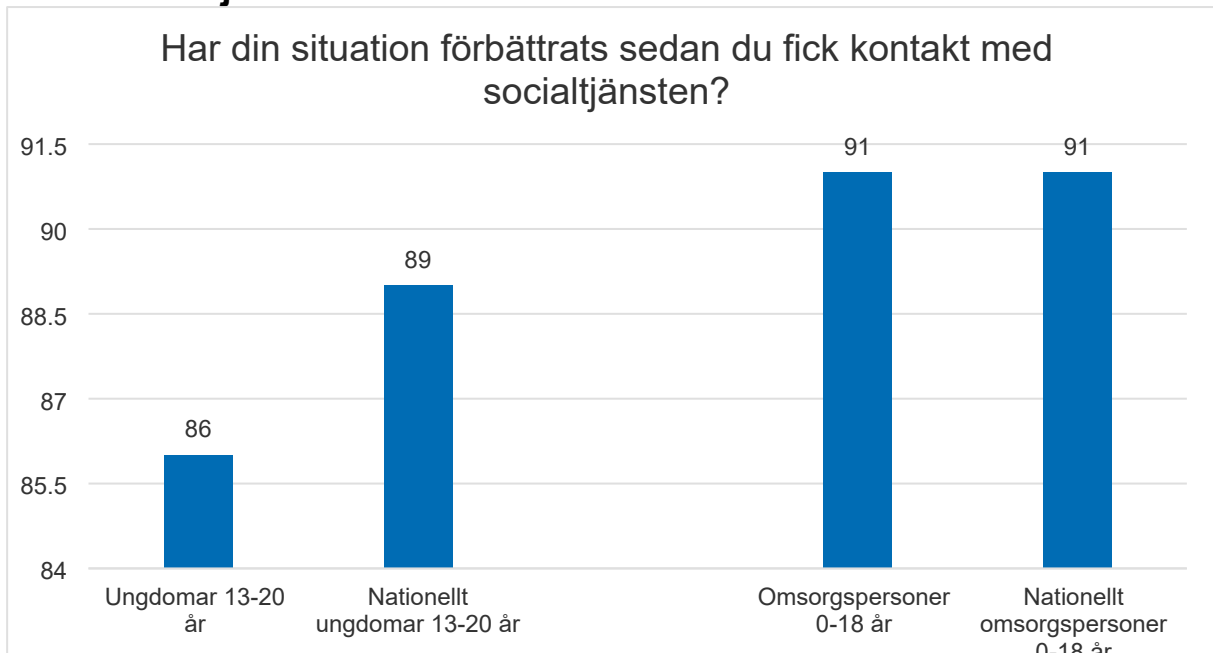
4. Får du prata om saker som är viktiga för dig?



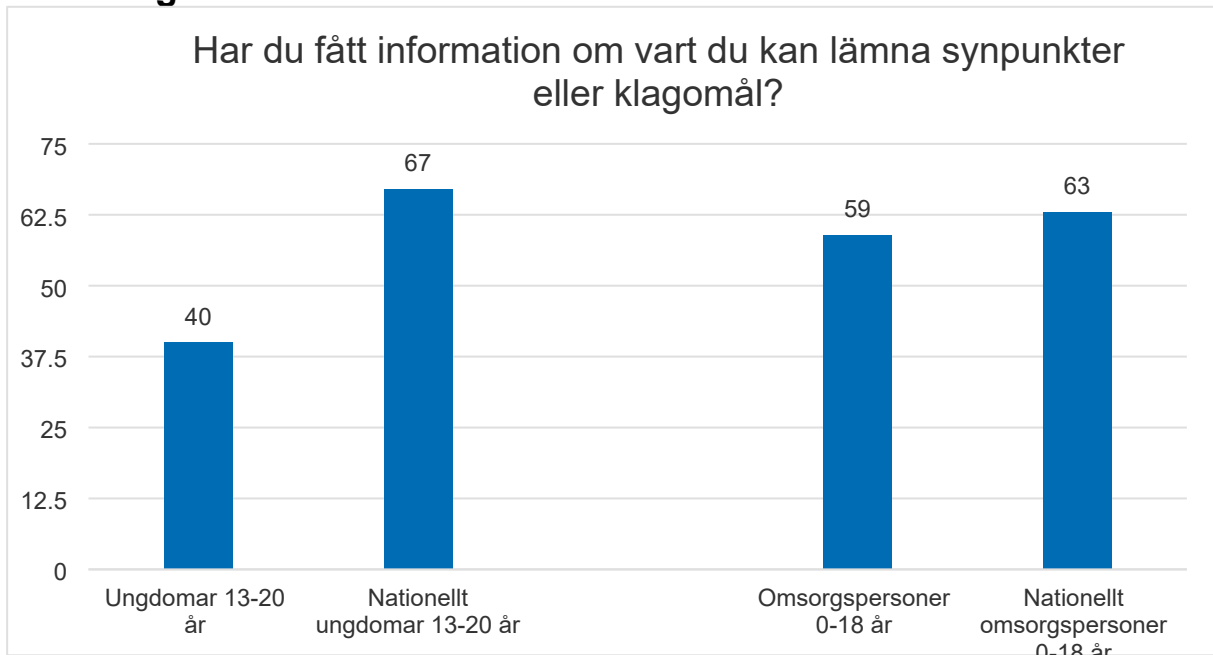
5. Frågar man efter dina synpunkter på hur din situation kan förändras? /Hur stort inflytande har du?



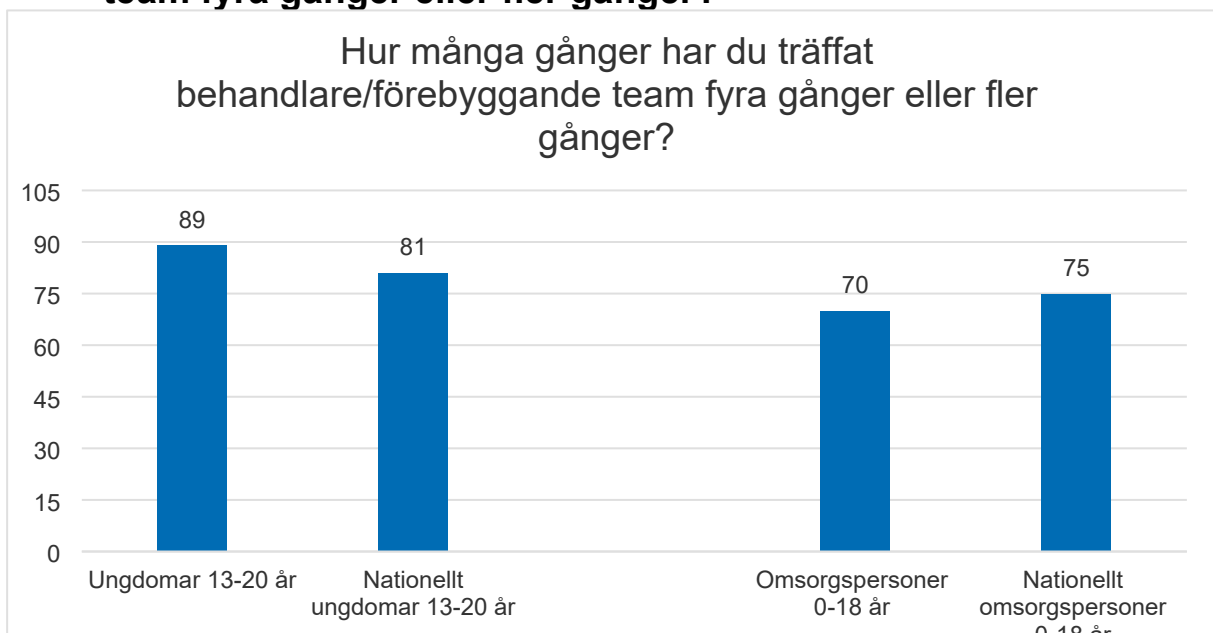
6. Har din situation förbättrats sedan du fick kontakt med socialtjänsten?



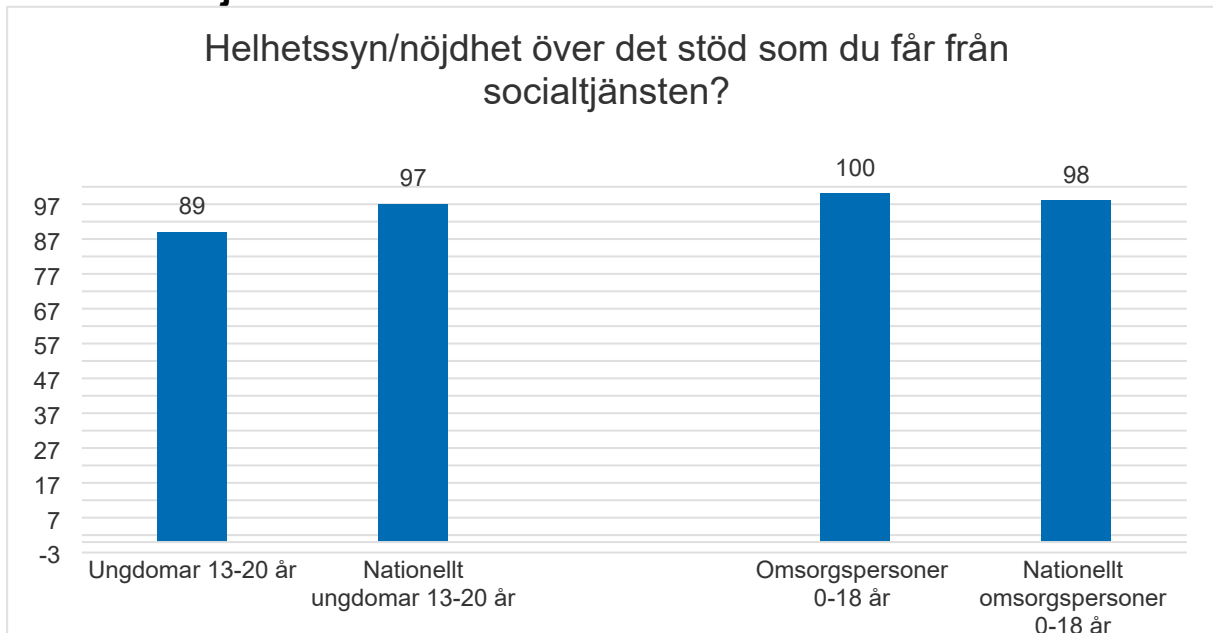
7. Har du fått information om vart du kan lämna synpunkter eller klagomål?



8. Hur många gånger har du träffat behandlare/förebyggande team fyra gånger eller fler gånger?



9. Helhetssyn/nöjdhet över det stöd som du får från socialtjänsten?



Sammanställningen är gjord av Camilla Areskog, verksamhetsutvecklare



§ 42

Information gällande Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) tillsyn av egenkontroller i kommunens arbete med barn och unga.

Beslut

Socialnämndens arbetsutskott beslutar

att godkänna informationen och lämna över den till socialnämnden.

Ärendebeskrivning

IVO har genomfört en särskild tillsynsinsats riktad mot samtliga kommuner i landet. Socialnämnden informerades om detta 241127, § 118. Tillsynen handlade om kommunens kontroller inför placeringar av barn och unga, hantering av orosanmälningar, uppföljning av placeringar av barn och unga, egenkontroll samt åtgärder för att motverka jäv och korruption.

Tillsynen skedde digitalt och IVO upptäckte ett antal brister hos kommunen. En del av de brister som påtalades handlade om missuppfattningar och kunde kommenteras i den elektroniska enkät som IVO använde sig av för att få in de svar de behövde och som skickades till IVO 251212.

Bristerna som påtalades var:

- Att kommunen inte har någon rutin för att kontrollera så att ett HVB/stödboende inte haft omplaceringar eller oplanerade utskrivningar under de senaste 12 månaderna. Detta är åtgärdat i och med att rutinen för placering reviderats.
- Att kommunen inte har någon rutin för hantering av orosanmälningar när det gäller barn som är placerade. Detta är åtgärdat i och med att rutinen för placering fått ett nytt stycke "Under pågående placering" och där det framgår hur kommunen ska hantera orosanmälningar under pågående placering.
- Att kommunen inte har en riktlinje för att motverka jäv och korruption. Detta är åtgärdat i och med riktlinjen som fastställdes i augusti 2025.
- Att kommunen inte följer upp de avtal som är skrivna med privata verksamheter. Kommunen ansåg att avtalen följs upp i och med att vi köper den tjänsten av Adda. 250109 svarade IVO att de vill ha ett förtydligande av åtgärder kopplade till egenkontroll avseende myndighetsutövning för barn och unga. IVO menade att kommunen kan överlåta utförandet av kontroller gällande vissa delar, men kommunen har det yttersta ansvaret för att

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

säkerställa att verksamheten uppfyller kommunens krav på kvalitet och säkerhet. Kommunen har åtgärdat detta genom att följa upp de avtals som skrivs enligt den checklista som är skriven och som följer med som en bilaga.

Beslutsunderlag

IVO; Begäran om komplettering av uppgifter efter återredovisning
IVO; Beslut tillfredsställande åtgärder vidtagna

Dagens sammanträde

Johanna Karlsson, verksamhetschef IFO och myndighet informerar om ärendet.

Ordförande tackar för informationen.

Beslutet skickas till

Socialnämnden

Justerandes signering (protokollet kan vara justerat digitalt, se marginal/sista sidan) Utdragsbestyrkande

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|



Till socialnämnden

Tjänsteskrivelse - Information gällande Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) tillsyn av egenkontroller. Förslag till beslut

Socialnämndens arbetsutskott föreslår socialnämnden besluta

att godkänna informationen och lämna över till socialnämnden.

Ärendebeskrivning

IVO har genomfört en särskild tillsynsinsats riktad mot samtliga kommuner i landet. Socialnämnden informerades om detta 241127, § 118. Tillsynen handlade om kommunens kontroller inför placeringar av barn och unga, hantering av orosanmälningar, uppföljning av placeringar av barn och unga, egenkontroll samt åtgärder för att motverka jäv och korruption.

Tillsynen skedde digitalt och IVO upptäckte ett antal brister hos kommunen. En del av de brister som påtalades handlade om missuppfattningar och kunde kommenteras i den elektroniska enkät som IVO använde sig av för att få in de svar de behövde och som skickades till IVO 251212.

Bristerna som påtalades var:

- Att kommunen inte har någon rutin för att kontrollera så att ett HVB/stödboende inte haft omplaceringar eller oplanerade utskrivningar under de senaste 12 månaderna. Detta är åtgärdat i och med att rutinen för placering reviderats.
- Att kommunen inte har någon rutin för hantering av orosanmälningar när det gäller barn som är placerade. Detta är åtgärdat i och med att rutinen för placering fått ett nytt stycke "Under pågående placering" och där det framgår hur kommunen ska hantera orosanmälningar under pågående placering.
- Att kommunen inte har en riktlinje för att motverka jäv och korruption. Detta är åtgärdat i och med riktlinjen som fastställdes i augusti 2025.
- Att kommunen inte följer upp de avtal som är skrivna med privata verksamheter. Kommunen ansåg att avtalen följs upp i och med att vi köper den tjänsten av Adda. 250109 svarade IVO att de vill ha ett förtydligande av åtgärder kopplade till egenkontroll avseende myndighetsutövning för barn och unga. IVO menade att kommunen kan överlåta utförandet av kontroller gällande vissa delar, men kommunen har det yttersta ansvaret för att säkerställa att verksamheten uppfyller kommunens krav på kvalitet och säkerhet. Kommunen har åtgärdat detta genom att följa upp de avtals som skrivs enligt den checklista som är skriven och som följer med som en bilaga.

Beslutsunderlag

IVO, Begäran om komplettering av uppgifter efter återredovisning

IVO; Beslut tillfredsställande åtgärder vidtagna

Beslutet skickas till

Socialnämnden

Johanna Karlsson
Verksamhetschef IFO

Borgholms kommun
Box 52
387 21 Borgholm

Huvudman

Borgholms kommun (hädanefter kommunen).

Ärendet

Tillsyn av rättssäkerheten i kommunernas myndighetsutövning för barn och unga.

Beslut

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) avslutar ärendet.

Skälen för beslutet

IVO bedömer att kommunen i sin återredovisning till IVO den 12 december 2025 samt begärd komplettering 15 januari 2026 redogjort för åtgärder som ger förutsättningar för att komma till rätta med de brister som IVO har påtalat. IVO förutsätter att kommunen inom ramen för sitt systematiska kvalitetsarbete genomför de åtgärder som redovisats och utvärderar effekten av redovisade åtgärder. IVO betonar vikten av att vid behov vidta ytterligare åtgärder samt utvärdera effekten av dessa för att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

Underlag

- Beslut fattat den 12 november 2025
- Begärd återredovisning, inkom den 12 december 2025
- Begärd komplettering, inkom den 15 januari 2026

Beslut i detta ärende har fattats av enhetschefen Helen Nyman. Inspektören Malin Lindqvist har deltagit i den slutliga handläggningen. Inspektören Andreas Berner har varit föredragande.



Checklista -uppföljning avtal

Individens rättigheter och bemötande

- **Informationsrätt:** Vet den placerade vem som är ansvarig socialsekreterare, har den placerade kontaktuppgifter till socialsekreteraren och har den placerade möjlighet att prata enskilt med socialsekreteraren?
- **Delaktighet:** Får den placerade vara med och planera insatser och upplever den placerade att den blir lyssnad till?
- **Respektfullt bemötande:** Finns det tydliga rutiner för värdigt bemötande och att inte utsätta någon för bestraffning och hur arbetar verksamheten för en trygg miljö för de placerade?

Verksamhetens organisation och rutiner

- **Tillstånd:** Har HVB-hemmet giltigt tillstånd från IVO för sin målgrupp?
- **Personal:** Är personalen tillräckligt utbildad utifrån den placerades situation och behov och har de kunskap om konflikthantering och akuta situationer?
- **Säkerhet:** Finns rutiner för att förebygga och agera vid kränkningar, hot, våld och missbruk?
- **Dokumentation:** följer dokumentationen lagkrav och är den tydlig och aktuell?

Avtalsenliga insatser

- **Genomförandeplan:** Upprättas genomförandeplanen inom 14 dagar och matchar den den placerades behov och avtalet?
- **Målsättning:** Arbetar man mot tydliga mål för att förbättra den placerades livssituation?
- **Samtycken:** Inhämtas korrekta samtycken för t.ex. kontakt med anhöriga och hantering av privata medel?

Uppföljning och rapportering

- **Avvikelsehantering:** Hur dokumenteras och hanteras avvikelser från avtalet och individuella planer?
- **Kommunikation:** Finns en tydlig dialog mellan socialtjänsten, HVB/- stödboendet och den placerade?

- **Resultat:** Följs resultaten av insatserna upp och rapporteras till ansvarig socialsekreterare?



§ 43

Information från omsorgen om funktionsnedsatta (OFN), 2026

Beslut

Socialnämndens arbetsutskott beslutar

att tacka för informationen och lämna över den till socialnämnden.

Dagens sammanträde

Malin Bergman, verksamhetschef för OFN ger följande information;

- Fortsätter att arbeta med åtgärdsplanen efter genomlysningen med stort fokus på områdesindelningen för cheferna.
- Verksamheten uppvisar en negativ budgetuppföljning för februari, åtgärder planeras och sjukfrånvaron ska analyseras.
- Flytten av verksamheten barnboende LSS till Björkviken har gått bra, invigning planeras till april.

Ordförande tackar för informationen.

Beslutet skickas till

Socialnämnden

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|



Beslut om taxor vid försäljning av LSS-insatser till annan kommun.

Beslut

Socialnämndens arbetsutskott föreslår socialnämnden som föreslår kommunfullmäktige besluta

att fastställa föreslagna taxor vid extern förfrågan från annan kommun avseende: korttidsvistelse, korttidstillsyn, samt bostad med särskild service för barn och unga enligt bifogat beslutsunderlag.

Ärendebeskrivning

Borgholms kommun har möjlighet att på förfrågan från annan kommun verkställa insatser i form av korttidsvistelse, korttidstillsyn samt bostad med särskild service för barn och unga enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Vid extern förfrågan kvarstår kostnadsansvaret hos den placerande kommunen. För att säkerställa kostnadstäckning samt likabehandling vid externa förfrågningar finns behov av att fastställa tydliga och enhetliga taxor för dessa insatser.

Syftet med föreslagna taxor är att:

- säkerställa full kostnadstäckning,
- skapa transparens gentemot andra kommuner,
- minska omfattningen av individuella förhandlingar i varje enskilt ärende, samt
- möjliggöra effektiv och rättssäker hantering.

Taxorna har beräknats utifrån verksamhetens faktiska kostnader, inklusive personal, lokaler, administration, omkostnader samt indirekta kostnader.

Beslutsunderlag

Bilaga 1 – Externa taxor 2026

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Bedömning

Förvaltningen bedömer enhetliga taxor bör fastställas vid extern förfrågan om köp av korttidsvistelse, korttidstillsyn samt bostad med särskild service. Detta för att säkerställa ekonomisk hållbarhet, administrativ effektivitet och transparens gentemot andra kommuner. Avsaknad av fastställda taxor riskerar att leda till otydlig prissättning och bristande kostnadstäckning.

Konsekvensanalys

Beslut om fastställda taxor innebär att kommunen säkerställer ekonomisk hållbarhet genom att ersättningen motsvarar verksamhetens faktiska kostnader, inklusive gemensamma indirekta kostnader. Det bidrar till en mer effektiv administrativ hantering och minskar risken för underfinansiering. Förslaget bedöms inte påverka insatsernas kvalitet eller den enskildes rättigheter, då det enbart reglerar ersättningsnivåer mellan kommuner.

Dagens sammanträde

Malin Bergman, verksamhetschef OFN och Veronika Grandin, ekonom redogör för ärendet.

Ordförande tackar för redogörelsen.

Beslutet skickas till

Socialnämnden
Kommunfullmäktige

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|



Till socialnämndens arbetsutskott

Beslut om taxor vid försäljning av LSS-insatser till annan kommun

Förslag till beslut

Socialnämndens arbetsutskott föreslås besluta att fastställa föreslagna taxor vid extern förfrågan från annan kommun avseende: korttidsvistelse, korttidstillsyn, samt bostad med särskild service för barn och unga enligt bifogat beslutsunderlag.

Ärendebeskrivning

Borgholms kommun har möjlighet att på förfrågan från annan kommun verkställa insatser i form av korttidsvistelse, korttidstillsyn samt bostad med särskild service för barn och unga enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Vid extern förfrågan kvarstår kostnadsansvaret hos den placerande kommunen. För att säkerställa kostnadstäckning samt likabehandling vid externa förfrågningar finns behov av att fastställa tydliga och enhetliga taxor för dessa insatser.

Syftet med föreslagna taxor är att:

- säkerställa full kostnadstäckning,
- skapa transparens gentemot andra kommuner,
- minska omfattningen av individuella förhandlingar i varje enskilt ärende, samt
- möjliggöra effektiv och rättssäker hantering.

Taxorna har beräknats utifrån verksamhetens faktiska kostnader, inklusive personal, lokaler, administration, omkostnader samt indirekta kostnader.

Beslutsunderlag

Bilaga 1 – Externa taxor 2026

Bedömning

Förvaltningen bedömer enhetliga taxor bör fastställas vid extern förfrågan om köp av korttidsvistelse, korttidstillsyn samt bostad med särskild service. Detta för att säkerställa

ekonomisk hållbarhet, administrativ effektivitet och transparens gentemot andra kommuner. Avsaknad av fastställda taxor riskerar att leda till otydlig prissättning och bristande kostnadstäckning.

Konsekvensanalys

Beslut om fastställda taxor innebär att kommunen säkerställer ekonomisk hållbarhet genom att ersättningen motsvarar verksamhetens faktiska kostnader, inklusive gemensamma indirekta kostnader. Det bidrar till en mer effektiv administrativ hantering och minskar risken för underfinansiering. Förslaget bedöms inte påverka insatsernas kvalitet eller den enskildes rättigheter, då det enbart reglerar ersättningsnivåer mellan kommuner.

I tjänsten

Malin Bergman, Verksamhetschef Omsorgen av funktionsnedsatta (OFN)

Beslutet skickas till

Socialnämnden

Omsorgen om funktionsnedsatta

Externa taxor 2026

2026

2026-XX-XX



1 Taxor 2026 - Korttidsvistelse och korttidstillsyn - Extern förfrågan

| Beräkningskategorier | Skoldag (sovande jour) | Skoldag (vaken natt) | Heldag /lovdag (sovande jour) | Heldag /lovdag (vaken natt) | Helgdyn (sovande jour) | Helgdyn (vaken natt) |
|--|------------------------------|----------------------------|--|--------------------------------------|------------------------------|----------------------------|
| Kostnad/dygn korttidsvistelse * | | | | | | |
| Kost per dygn korttidsvistelse | 76 kr/dag | 76 kr/dag | 104 kr/dag | 104 kr/dag | 104 kr/dag | 104 kr/dag |
| Kostnad för korttidstillsyn* | | | | | | |
| Kost per dygn - korttidstillsyn skoldag** | 56 kr/dag | | 104 kr/dag | | | |
| Hyra Korttidsvistelse / dygn | 153 | 153 | 153 | 153 | 153 | 153 |

* I denna kostnad per dygn eller timmar för korttidstillsyn ingår personalkostnader, driftkostnader, tvätt av sänglinne (ej korttidstillsyn) samt kostnad för administration inkl. indirekta kostnader (3%)

** frukost och mellanmål

Beräkning

- När beställning kommer via en extern förfrågan tar Borgholms kommun ställning till det individuella behovet. Ersättning beräknas för varje enskilt barns behov, och baseras främst efter planerad bemanning och enligt aktuell schablon. Ersättning tas ut per dygn, (vardag och helg) eller per timme för korttidstillsyn.
 - Utöver detta tas en administrativ avgift ut på 3%, samt del av driftkostnader som är beräknade i priset.
- Kost per dygn är beräknad enligt konsumentverkets hushållskostnader 2026.
- Hyran är baserad enligt faktisk hyra fördelad på kvadratmeter samt antal platser.
- En korrigerigering av ovanstående taxor kan komma att ske, ifall dessa saknar rimlig ersättning enligt det individuella behovet för varje enskild individ. Beslut om korrigerigering fattas av Borgholms kommuns Socialchef.

2 Taxor 2026 – Bostad med särskild service för barn och unga - Extern förfrågan

| Beräkningskategorier | Månad med skolgång | Månad utan skolgång |
|----------------------|--------------------|---------------------|
| Omvårdnadstaxa* | | |
| Kost/månad | 2 370 | 3 050 |
| Hyra boende/månad | 7 118 | 7 118 |

**I denna kostnad ingår personalkostnader, driftkostnader, tvätt, samt kostnad för administration inkl. indirekta kostnader (3%)*

Beräkning

- **Omvårdstaxa**
När beställning kommer via en extern förfrågan tar Borgholms kommun ställning till det individuella behovet. Ersättning beräknas för varje enskilt barns behov, och baseras främst efter planerad bemanning och enligt aktuell schablon. Ersättning tas ut per månad.
 - Utöver detta tas en administrativ avgift ut på 3%, samt del av driftkostnader som är beräknade i priset.
- Kost per månad är beräknad enligt konsumentverkets hushållskostnader 2026.
- Hyran är baserad enligt faktisk hyra fördelad på kvadratmeter samt antal platser.
- En korrigerig av ovanstående taxor kan komma att ske, ifall dessa saknar rimlig ersättning enligt det individuella behovet för varje enskild individ. Beslut om korrigerig fattas av Borgholms kommuns socialchef.

OBS. Denna taxa gäller enbart vid extern förfrågan.



Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse för år 2025.

Beslut

Socialnämndens arbetsutskott föreslår socialnämnden besluta

att godkänna patientsäkerhets- och kvalitetsberättelsen för år 2025.

Ärendebeskrivning

Under 2025 har den kommunala hälso- och sjukvården, kommunal primärvård, präglats av omställningen till god och nära vård. Sjukvården som kommunen ansvarar för blir mer avancerad och ställer högre krav på arbetssätt, kompetens och resursfördelning i kommunen. Funktionen samordnings sjuksköterska har tillsatts under 2025 i den kommunala primärvården, med befintlig personalstyrka, där syftet är att bidra med en bättre kontinuitet vid SIP (samordnad individuell plan) vid utskrivning från sjukhuset, samt vara första linjen in till kommunal primärvård. I samverkan med hälsocentralen, som också har samordnings sjuksköterska, blir kommunikationen mellan KPV (kommunal primärvård) och hälsocentralen mer effektiv och mer tillgänglig. Personcentrerat förhållningssätt och prevention är grundläggande perspektiv i den pågående omställningen till god och nära vård.

Kvalitetsuppföljningar har gjorts under 2025 som sammanlagt visar på goda resultat, men det finns förbättringspotential inom vissa områden. Ett område är att utveckla av Senior Alert även inom ordinärt boende i större utsträckning.

Teamsamverkan i de olika verksamheterna har lyfts under året i olika sammanhang. Syftet med denna samverkan är att olika professioner ska samordna kring den enskildes vård och omsorg där målet är att omsorgstagaren ska förbli så självständig som möjligt med bibehållen trygghet och säkerhet. I det stora hela har teamsamverkan fungerat väl och uppföljning sker under våren 2026.

Olika utbildningssatsningar har genomförts i förvaltningen såsom palliativvårdsutbildning och utbildning i förflyttningsteknik. Andra exempel är utbildning i rehabiliterande förhållningssätt och första hjälpen till psykisk hälsa och utvecklingsarbetet med att stärka beredskapen.

Flera undersökningar riktat till medborgare samt boende på SÄBO, visar positiva resultat men även på vad som behöver utvecklas. Det har inte funnits PAS på varje enhet SÄBO under delar av 2025, relaterat till att tjänsterna inte varit tillsatta samt en del längre sjukskrivningar, samt att personal slutar. Under 2026 har man bemannat med PAS på SÄBO.

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Förbättringsområden inom avvikelshantering för att kunna förebygga allvarliga händelser, att chefer följer upp avvikelserna på APT och vidta åtgärder för att kunna förebygga att det inte händer igen. Vissa avvikelser så som fall, är ibland svårt att förhindra även om åtgärder och riskanalyser har gjorts.

Fall och läkemedelsavvikelser är de stora delarna i rapportering av avvikelser. På tematräffar diskuteras åtgärder för att minska antalet fall, skyddsåtgärder samt förebyggande arbete.

Kvalitetsregister Senior Alert, BPSD palliativregistret samt övriga register visar att arbete pågår inom verksamheterna men att det finns utvecklingspotential.

Våld och hot en ökning av rapportering av våld och hot under 2025, de flesta är rapporterade verksamheter inom OFN, några inom SÄBO.

Två Lex-Maria utredningar, har lämnats in till IVO under 2025.

Lex Sarah 2025 Analysen visar att det har skett en ökning av rapporter enligt lex Sarah från föregående år vilket är positivt utifrån perspektivet att det ger möjlighet att uppmärksamma risker. Vidare fortsätter arbetet med att följa upp beslutade åtgärder för att säkerställa att de ger önskad effekt, ger ett lärande och bidrar till att uppnå uppsatta mål.

Nära vård under 2025 har den kommunala hälso- och sjukvården fortsatt präglats av interaktioner mellan människor, teknik och organisation, omställningen till god och nära vård. Den kommunala primärvården, hälso- och sjukvård som kommunen ansvarar för blir mer avancerad och ställer högre kraven på arbetssätt, kompetens och resursfördelning i kommunen. Baserat på resultat av genomförda granskningar är den sammanlagda bedömningen att patientsäkerheten har varit god i verksamheterna. Förutsättningarna för att agera säkert kräver en god struktur i patientsäkerheten samt samverkan mellan regionen, regionens primärvård och den kommunala primärvården.

Nationell handlingsplan patientsäkerhet Sveriges nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet, Agera för säker vård, 2025–2030 är ett stöd i det systematiska patientsäkerhetsarbetet, och bidrar med en struktur i arbetet och leder till ökad kunskap och medvetenhet om patientsäkerhet. Målet med den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet är att ytterligare förbättra förutsättningarna för en säker vård, där ingen patient ska behöva drabbas av en vårdskada.

Pilotprojekt läkemedelsautomat ett projekt med läkemedelsautomat är på gång i två hemtjänstområden. Borgholm har Sveriges äldsta befolkning, detta innebär att behovet av hemtjänst och medicinska vård i hemmet ökar. För att kunna möta det ökade behovet behöver kommunen tänka digitalt och utnyttja teknik för att effektivisera omsorgen och vården

Höjd beredskap arbete pågår för att stärka beredskapen och krishantering genom rutiner, kontinuitetsplaner, kompetenshöjning och övningar. Fokus har legat på ledningsnivå för att först sätta styrningen och ledningen. Övning har skett på enhetsnivå inom merparten av förvaltningen gällande kontinuitetsplan för dokumentation vid It- bortfall.

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Utmaningar är bland annat att involvera medarbetare än mer i patientsäkerhets- och kvalitetsarbete. En åldrande befolkning med ett ökat vårdbehov och en alltmer komplex vård där det krävs kompetens för att kunna utföra vården i hemmet. Dessa utmaningar kräver insatser och resurser för att säkerställa patientsäkerheten.

Beslutsunderlag

Patientsäkerhet- och kvalitetsberättelse 2025

Dagens sammanträde

Eva Gustafsson, MAS redogör för ärendet.

Ordförande tackar för redogörelsen.

Beslutet skickas till

Socialnämnd
Socialchef Madeleine Andersson
Verksamhetschef Maria Svanborg
Verksamhetsutvecklare Camilla Areskog
MAS Eva Gustafsson

Justerandes signering (protokollet kan vara justerat digitalt, se marginal/sista sidan) Utdragsbestyrkande

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|



Till Socialnämnden

Tjänsteskrivelse – Patientsäkerhet- och kvalitetsberättelse för 2025

Förslag till beslut

Socialnämndens arbetsutskott föreslår socialnämnden besluta

att godkänna patientsäkerhet- och kvalitetsberättelsen för år 2025.

Ärendebeskrivning

Under 2025 har den kommunala hälso- och sjukvården, kommunal primärvård, präglats av omställningen till god och nära vård. Sjukvården som kommunen ansvarar för blir mer avancerad och ställer högre krav på arbetssätt, kompetens och resursfördelning i kommunen. Funktionen samordnings sjuksköterska har tillsatts under 2025 i den kommunala primärvården, med befintlig personalstyrka, där syftet är att bidra med en bättre kontinuitet vid SIP (samordnad individuell plan) vid utskrivning från sjukhuset, samt vara första linjen in till kommunal primärvård. I samverkan med hälsocentralen, som också har samordnings sjuksköterska, blir kommunikationen mellan KPV (kommunal primärvård) och hälsocentralen mer effektiv och mer tillgänglig. Personcentrerat förhållningssätt och prevention är grundläggande perspektiv i den pågående omställningen till god och nära vård.

Kvalitetsuppföljningar har gjorts under 2025 som sammanlagt visar på goda resultat, men det finns förbättringspotential inom vissa områden. Ett område är att utveckla av Senior Alert även inom ordinärt boende i större utsträckning.

Teamsamverkan i de olika verksamheterna har lyfts under året i olika sammanhang. Syftet med denna samverkan är att olika professioner ska samordna kring den enskildes vård och omsorg där målet är att omsorgstagaren ska förbli så självständig som möjligt med bibehållen trygghet och säkerhet. I det stora hela har teamsamverkan fungerat väl och uppföljning sker under våren 2026.

Olika utbildningssatsningar har genomförts i förvaltningen såsom palliativvårdsutbildning och utbildning i förflyttningsteknik. Andra exempel är utbildning i rehabiliterande förhållningssätt och första hjälpen till psykisk hälsa och utvecklingsarbetet med att stärka beredskapen.

Flera undersökningar riktat till medborgare samt boende på SÄBO, visar positiva resultat men även på vad som behöver utvecklas. Det har inte funnits PAS på varje enhet SÄBO under delar av 2025, relaterat till att tjänsterna inte varit tillsatta samt en del längre sjukskrivningar, samt att personal slutar. Under 2026 har man bemannat med PAS på SÄBO.

Förbättringsområden inom avvikelshantering för att kunna förebygga allvarliga händelser, att chefer följer upp avvikelserna på APT och vidta åtgärder för att kunna förebygga att det inte händer igen. Vissa avvikelser så som fall, är ibland svårt att förhindra även om åtgärder och riskanalyser har gjorts.

Fall och läkemedelsavvikelser är de stora delarna i rapportering av avvikelser. På tematräffar diskuteras åtgärder för att minska antalet fall, skyddsåtgärder samt förebyggande arbete.

Kvalitetsregister Senior Alert, BPSD palliativregistret samt övriga register visar att arbete pågår inom verksamheterna men att det finns utvecklingspotential.

Våld och hot en ökning av rapportering av våld och hot under 2025, de flesta är rapporterade verksamheter inom OFN, några inom SÄBO.

Två Lex-Maria utredningar, har lämnats in till IVO under 2025.

Lex Sarah 2025 Analysen visar att det har skett en ökning av rapporter enligt lex Sarah från föregående år vilket är positivt utifrån perspektivet att det ger möjlighet att uppmärksamma risker. Vidare fortsätter arbetet med att följa upp beslutade åtgärder för att säkerställa att de ger önskad effekt, ger ett lärande och bidrar till att uppnå uppsatta mål.

Nära vård under 2025 har den kommunala hälso- och sjukvården fortsatt präglats av interaktioner mellan människor, teknik och organisation, omställningen till god och nära vård. Den kommunala primärvården, hälso- och sjukvård som kommunen ansvarar för blir mer avancerad och ställer högre kraven på arbetssätt, kompetens och resursfördelning i kommunen. Baserat på resultat av genomförda granskningar är den sammanlagda bedömningen att patientsäkerheten har varit god i verksamheterna. Förutsättningarna för att agera säkert kräver en god struktur i patientsäkerheten samt samverkan mellan regionen, regionens primärvård och den kommunala primärvården.

Nationell handlingsplan patientsäkerhet Sveriges nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet, Agera för säker vård, 2025–2030 är ett stöd i det systematiska patientsäkerhetsarbetet, och bidrar med en struktur i arbetet och leder till ökad kunskap och medvetenhet om patientsäkerhet. Målet med den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet är att ytterligare förbättra förutsättningarna för en säker vård, där ingen patient ska behöva drabbas av en vårdskada.

Pilotprojekt läkemedelsautomat ett projekt med läkemedelsautomat är på gång i två hemtjänstområden. Borgholm har Sveriges äldsta befolkning, detta innebär att behovet av

hemtjänst och medicinska vård i hemmet ökar. För att kunna möta det ökade behovet behöver kommunen tänka digitalt och utnyttja teknik för att effektivisera omsorgen och vården

Höjd beredskap arbete pågår för att stärka beredskapen och krishantering genom rutiner, kontinuitetsplaner, kompetenshöjning och övningar. Fokus har legat på ledningsnivå för att först sätta styrningen och ledningen. Övning har skett på enhetsnivå inom merparten av förvaltningen gällande kontinuitetsplan för dokumentation vid It- bortfall.

Utmaningar är bland annat att involvera medarbetare än mer i patientsäkerhets- och kvalitetsarbete. En åldrande befolkning med ett ökat vårdbehov och en alltmer komplex vård där det krävs kompetens för att kunna utföra vården i hemmet. Dessa utmaningar kräver insatser och resurser för att säkerställa patientsäkerheten.

Beslutsunderlag

Patientsäkerhet- och kvalitetsberättelse 2025

Beslutet skickas till

Socialnämnd
Socialchef Madeleine Andersson
Verksamhetschef Maria Svanborg
Verksamhetsutvecklare Camilla Areskog
MAS Eva Gustafsson

Eva Gustafsson
MAS



Innehållsförteckning

| | |
|---|-----------|
| 1 Sammanfattning | 3 |
| 2 Inledning..... | 4 |
| 2.1 Verksamhetens omfattning | 4 |
| 3 Grundläggande förutsättningar för säker vård och en socialtjänst med god kvalitet..... | 5 |
| 3.1 Engagerad ledning och tydlig styrning..... | 5 |
| 3.2 Organisation och ansvar..... | 5 |
| 3.3 En god säkerhetskultur | 7 |
| 3.4 Adekvat kunskap och kompetens | 7 |
| 3.5 Den enskilde som medskapare | 8 |
| 4 Agera för säker vård..... | 10 |
| 4.1 Avvikelse | 12 |
| 4.2 Tillförlitliga och säkra system och processer | 13 |
| 4.3 Säker vård här och nu | 16 |
| 4.4 Stärka analys, lärande och utveckling | 17 |
| 4.5 Öka riskmedvetenhet och beredskap | 17 |
| 5 Mål, strategier och utmaningar för kommande år | 19 |

1 Sammanfattning

Den vård, omsorg och det stöd som ges ska vara jämlik, nära, integrerad och sömlös utifrån invånarnas behov. Utgångspunkter som bidrar till omställningen till nära vård och socialtjänstlagen är personcentrering, prevention och möjliggörande av den enskildes aktivitet och delaktighet.

Under 2025 har den kommunala hälso- och sjukvården, kommunal primärvård, präglats av omställningen till god och nära vård. Sjukvården som kommunen ansvarar för blir mer avancerad och ställer högre krav på arbetssätt, kompetens och resursfördelning i kommunen. Funktionen samordnings sjuksköterska har tillsatts under 2025 i den kommunala primärvården, där syftet är att bidra med en bättre kontinuitet vid SIP (samordnad individuell plan) samt vara första linjen in till kommunal primärvård. I samverkan med hälsocentralen som också har samordnings sjuksköterska, blir kommunikationen mellan KPV och hälsocentralen mer lättillgänglig. Personcentrerat förhållningssätt och prevention är grundläggande perspektiv i den pågående omställningen till god och nära vård.

Kvalitetsuppföljningar har gjorts under 2025 som sammanlagt visar på goda resultat, men det finns förbättringspotential inom vissa områden.

Teamsamverkan i de olika verksamheterna har lyfts under året i olika sammanhang. Syftet med denna samverkan är att olika professioner ska samordna kring den enskildes vård och omsorg där målet är att omsorgstagaren ska förbli så självständig som möjligt med bibehållen trygghet och säkerhet. I det stora hela har teamsamverkan fungerat väl och uppföljning sker under våren 2026.

Olika utbildningssatsningar har genomförts i förvaltningen exempel, palliativvårdsutbildning och utbildning i förflyttningsteknik. Andra exempel är utbildning i rehabiliterande förhållningssätt och första hjälpen till psykisk hälsa samt utvecklingsarbetet med att stärka beredskapen.

Flera undersökningar riktat till kommuninvånare visar positiva resultat men även på vad som behöver utvecklas. Under 2025 har det varit svårt att bemanna med PAS på varje enhet på vård och omsorgsboende, relaterat till att tjänsterna inte varit tillsatta samt en del längre sjukskrivningar.

Förbättringsområden inom avvikelshantering för att kunna förebygga allvarliga händelser, att chefer följer upp avvikelserna på APT och vidta åtgärder för att kunna förebygga att det händer igen. Vissa avvikelser så som fall, är ibland svårt att förhindra även om åtgärder och riskanalyser har gjorts.

Lagar och föreskrifter som beskrivs i berättelsen:

- Socialtjänstlagen (2025:400), SoL.
- Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.
- Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL.
- Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. SIP
- Patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL.
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för ett systematiskt kvalitetsarbete.
- Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2015:10) om basal hygien i vård och omsorg.

2 Inledning

Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelsen för socialförvaltningen är en redogörelse över patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet som bedrivits inom förvaltningen under 2025 utifrån PSL och SOSFS 2011:9.

Enligt PSL ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse som ska vara färdigställd senast den 1 mars varje år. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Den som bedriver socialtjänst bör varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse. Innehållet i kvalitetsberättelsen ska ge svar på hur det systematiska och fortlöpande kvalitetsarbetet bedrivits under året, vilka åtgärder som vidtagits samt vilka resultat som uppnåtts. Socialförvaltningens patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse för år 2025 upprättas i en samlad rapport.

2.1 Verksamhetens omfattning

Socialförvaltningen ansvarar för att på socialnämndens uppdrag handlägga, besluta och verkställa ärenden enligt SoL, LSS, LVM, LVU och HSL. För verksamheten ansvarar socialchef, som därmed är ansvarig för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet.

Socialförvaltningens verksamhetsområden innefattar:

- Individ- och familjeomsorg (IFO) inklusive myndighet
- Äldreomsorg (ÄO)
- Omsorgen om funktionsnedsatta (OFN)
- Kommunal primärvård (KPV)
- Regional primärvård (Hälsocentralen)

3 Grundläggande förutsättningar för säker vård och en socialtjänst med god kvalitet

3.1 Engagerad ledning och tydlig styrning

Socialnämnden är kommunens ansvariga vårdgivare. Engagerad ledning och tydlig styrning är grundläggande förutsättningar för att nå en hög patientsäkerhet och säker vård. Det innebär att ledningens ställningstaganden, kunskap, förhållningssätt, agerande och beslut är avgörande för en hög säkerhet. Det är viktigt att alla nivåer, från politiska nivåer till operativa chefer, är engagerade och delar samma mål som ledningen. Kunskap om patientsäkerhet behövs på alla nivåer i hälso- och sjukvården. Enligt PSL 3 kap.1 § ska vårdgivaren planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god och säker vård i hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls.

Övergripande mål och strategier

Socialförvaltningens övergripande mål är att ge individanpassat stöd, vård och omsorg som genomsyras av god kvalitet. Verksamheten ska bland annat:

- Vara av en god hygienisk standard.
- Tillgodose enskildas behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet.
- Bygga på respekt för enskildas självbestämmande och integritet.
- Främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen.
- Vara lätt tillgänglig.

Några strategier för att uppnå socialförvaltningens mål:

Basala hygienrutiner. Genom att systematiskt arbeta med smittförebyggande insatser och öka kunskapen hos medarbetare, minskas risken för smitta och smittspridning i verksamheterna.

Systematiskt kvalitetsarbete. Genom att synliggöra risker, granska journaler och identifiera mönster i avvikelser så ökar möjligheten till att förebygga händelser. När risker uppmärksammas ska de åtgärdas.

Nationella kvalitetsregister. Genom att arbeta strukturerat i olika nationella kvalitetsregister kan verksamheter följa kvaliteten och patientsäkerheten för att förebygga skador samt att kunna utveckla verksamheten och stärka den enskildes välmående och hälsa.

Dokumentation. Enligt Patientdatalagen ska en patientjournal innehålla dokumentation för att kunna bedriva en god och säker vård. Genomförande planen är grunden i Sol, dokumentation. Grunderna i hälso- och sjukvårds dokumentation, är att dokumentationen ska spegla patients hälsotillstånd och vårdinsatser och ska vara sökbar och tydlig.

3.2 Organisation och ansvar

Socialnämnden är vårdgivare/huvudman.

Socialchefen har det övergripande ansvaret för att verksamheten bedrivs enligt gällande lagar och regler.

Verksamhetschefen har det samlade ledningsansvaret och svarar för rättssäkerhet/ patientsäkerhet, god kvalitet samt kostnadseffektivitet. Verksamhetschef leder arbetet och ansvarar för att det finns ett ändamålsenligt ledningssystem.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska/Medicinskt ansvarig för rehabilitering har ansvar för att patienter får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård o rehabilitering, samt har en övergripande och strategisk funktion för kvalitetsstyrning och kvalitetskontroll inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Verksamhetsutvecklare/utvecklingsledare har en övergripande och strategisk funktion som stöd för kvalitetsstyrning och kvalitetskontroll inom socialtjänstens verksamhetsområde utifrån gällande regelverk.

Enhetschefen ansvarar för att rutiner och riktlinjer som fastställts är väl kända i verksamheten. Ansvar för att säkerställa att vård och omsorg är kvalitativt hög och tillgänglig för alla. Enhetschefen ansvarar även för att informera, utbilda och göra medarbetarna delaktiga i kvalitetsarbetet.

Medarbetaren ansvarar för att arbeta utifrån beslutade rutiner, riktlinjer och processer samt att medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. Medarbetaren har också ett ansvar att rapportera brister i verksamheten.

Samverkan för att säkra kvalitet i verksamheten samt för att förebygga vårdskador

Förvaltningen samverkar på flera arenor för att säkra såväl patientsäkerheten som kvaliteten. Några exempel är:

Samverkan med regionen. Förvaltningen samverkar med regionen på olika nivåer bland annat nätverk samt kring gemensamma processer/rutiner för region och kommunal primärvård.

Teamsamverkan är samverkan mellan olika professioner kring den enskildes vård och omsorg för att stärka tryggheten och patientsäkerheten. Målet är att den enskilde ska förbli så självständig som möjligt med bibehållen trygghet och säkerhet, arbetet utgår Individens behov i centrum, IBIC.

Samverkan vid utskrivning från slutenvården samverkan sker mellan huvudmän i samband med att patienter skrivs ut från slutenvården, och har behov av insatser från socialtjänst, kommunal primärvård eller regional primärvård.

SSPF. Samverkan mellan socialtjänst, skola, polis och fritid som tillsammans arbetar för att förbygga brott och missbruk bland unga.

Skolsociala team. Samverkan mellan skola och socialtjänst som syftar till att elever ska få stöd i ett tidigt skede.

Informationssäkerhet

Kraven på informationssäkerheten utgår från kommunens och verksamhetens krav på funktion och tillämplighet liksom legala krav, förordningar, föreskrifter, avtal och säkerhetskrav. Socialförvaltningen samverkar med kommunens IT-avdelning kring informationssäkerhet. I samband med årliga journalgranskningen granskas även loggnings uppgifter för att säkerställa obehöriga inte har varit inne i enskilds journal. Denna granskning görs i samtliga av socialförvaltningens verksamheter.

Diskussioner förs på nationell nivå att AI ska kunna vara ett stöd i dokumentation. Någon/några kommuner i landet kommer att vara piloter i AI dokumentation.

Införandet av dokumentationssystemet Life-Care i kommunal primärvård, samt lfo kommer att ske under 2026.

Revision på tillits deklARATIONEN för HSA krävs varje år. Informations säkerhetssamordnaren i kommunen har i uppdrag att initiera revisionen till kommunens HSA organisation från och med 2025.

Sedan den 1 december 2025 ska alla vård- och apoteksaktörer vara anslutna till Nationella läkemedelslistan (NLL) och använda E-hälsomyndighetens säkerhetslösning. Nationella läkemedelslistan, är ett register som ger hälso- och sjukvården, apoteken och patienten samma bild av patientens förskrivna och uthämtade läkemedel.

Införande av Säker digital kommunikation (SDK) mellan kommuner, regioner och myndigheter. Systemet ska användas för all känslig kommunikation av individ- och familjeomsorg och administration.

3.3 En god säkerhetskultur

Patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet tas upp i socialförvaltningens ledningsgrupp för att på en strategisk nivå planera och organisera för ökad kvalitet och säkerhet. En del av arbetet är att säkerställa att det finns processer och rutiner så att verksamheten uppfyller gällande krav. Verksamheterna arbetar systematiskt med olika egenkontroller som cheferna redovisar i kvalitetsledningssystemet.

För att minska risken att enskilda drabbas av vårdskador, behöver alla i verksamheten, tillsammans med den enskilde, skapa en långsiktig säkerhetskultur, och systematiskt identifiera, analysera orsaker till avvikelser och vårdskador. Genom att återföra resultaten till medarbetarna sprids lärandet i organisationen och det riskförebyggande arbetet stärks.

Genom att synliggöra processer, fastställa rutiner och arbete med avvikelser kan verksamheterna förflytta brister i verksamheten från individperspektiv till ett systemperspektiv.

De processer, rutiner och andra dokument som behövs för att stärka verksamhetens kvalitet finns tillgängliga att söka digitalt för alla medarbetare. Rutiner har uppdaterats och nya har tillkommit under 2025.

3.4 Adekvat kunskap och kompetens

Att öka medarbetarnas kompetens genom utbildning är en del av det systematiska kvalitetsarbetet. Nedan följer exempel på utbildningssatsningar som genomförts under året. En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal med adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.

Delegeringsutbildning: Läkemedels- och insulindelegering ges till medarbetare som har gått utbildning "Jobba säkert med läkemedel" via Demenscentrum. Efter godkänd utbildning ska medarbetaren visa sjuksköterska ett diplom. Sjuksköterska går igenom en utbildning med medarbetaren om vad som gäller när man får en delegering. Sjuksköterska gör bedömningen om medarbetare har den kunskap som behövs för att kunna ta emot en delegering.

Dokumentation: Genomförandeplanen är grunden för den sociala dokumentationen. Under 2025 har man i teamen tagit upp vikten av att uppdatera genomförandeplanerna. Hälso- och sjukvård, rehab har under året haft arbetsgrupper som har jobbat med dokumentation samt KVÅ koder.

Rehabiliterande förhållningssätt. Även under detta år har utbildning skett vid två tillfällen, där rehab har varit utbildare. Syftet är att medarbetaren ska arbeta utifrån ett rehabiliterande förhållningssätt för att den enskilde ska bevara

självständighet så långt som möjligt, så säkert som möjligt, efter behov.

Första hjälpen till psykisk hälsa (MHFA). Medarbetare undervisas för att kunna möta och ge första hjälpen till personer med psykisk ohälsa. Under 2025 har det varit fem utbildningstillfällen med 65 deltagare.

Palliativ utbildning har genomförts av sjuksköterskor, arbetsterapeut samt undersköterska, till medarbetare och chefer. Målet med utbildningen är att deltagarna ska få en grundkunskap i den allmänna palliativa vården. Under 2025 har det varit fyra utbildningstillfällen.

BPSD Under 2025 har en administratörsutbildning genomförts. Målet är att hålla maximalt två utbildningar per år. Det behöver finnas minst ett ombud på varje enhet inom äldreomsorgen. Utvecklingsområde är till exempel att det bör finnas legitimerad personal som också är administratörer för att få en följsamhet i BPSD. Ett krav för registreringar är att de görs i team mellan HSL och SOL.

Stjärnmärkt De flesta särskilda boende har genomgått utbildning för stjärnmärkt. Att enhetschef har gått utbildningen är ett krav för att enheten ska kunna godkännas. Biståndsenheten är stjärnmärkt.

Barnrättsperspektiv Under året har IFO deltagit på Barnkonventionsdagen där efterarbete gjordes i tvärgrupper för att identifiera förbättringar och därefter har åtgärder tagits fram.

Avvikelse I samband med implementeringen av nytt verksamhetssystem fick samtliga i förvaltningen utbildning om såväl avvikelser som hur systemet fungerar. Därefter har enhetschefer fått stöd i arbetet.

3.5 Den enskilde som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker vård är den enskildes och de närståendes delaktighet. Genom att enskildes bemöts med respekt och utifrån dennes förutsättningar skapas tillit och förtroende. Vården blir säkrare om den enskilde är välinformerad och deltar aktivt i sin vård. Vård och omsorg ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med den enskilde och närstående.

Samordnad individuell plan (SIP) Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård där SIP ska utgå från den enskildes behov och önskemål. Syftet är att gemensamt med den enskilde planera fortsatta insatser från socialtjänst, kommunal primärvård samt regionens öppenvård. Under 2025 var antal utskrivningsklara dagar i genomsnitt under hela året 0,29 dagar.

Nationell brukarundersökning OFN. Senaste undersökningen gjordes 2024 (nästa tillfälle är år 2027.) Generellt visar brukarundersökningen på ett gott resultat även om det finns förbättringsområden. Den sammanställda brukarbedömningen för boende LSS visar att 92% av brukarna alltid trivs hemma vilket ger en plats bland de tolv främsta deltagande kommuner. Enheterna har gjort åtgärdsplaner utifrån de förbättringsbehov som framkom.

Nationell brukarundersökning IFO. Under 2025 deltog IFO i en brukarundersökning där såväl barn/unga som vuxna besvarade frågorna. Sammanfattningsvis så visar området myndighetskontakt och vuxna omsorgspersoner inom öppna insatser på ett positivt resultat i bedömningen av helhetssynen av det stöd man får från socialtjänsten. Sämre resultat blev det exempelvis på frågan om situationen har förändrats sedan man fick kontakt med socialtjänsten.

Exempel på positiva svar inom öppna insatser är att ungdomar tycker att de får prata om viktiga saker. Förbättringsbehov handlar bland annat om möjlighet att

framföra klagomål och synpunkter. IFO arbetar vidare med de förbättringar som undersökningen påvisat.

Socialstyrelsens undersökning "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen"

Hemtjänst. 97% av de svarande anger att de sammantaget är mycket eller ganska nöjda med hemtjänsten. I riket ligger det på 85%. Gällande bemötande av de äldre uppger 99% att det är alltid/ oftast får ett bra bemötande. Riket ligger på 96%.

95% svarar att personalen brukar ta hänsyn till åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras (I riket 85%). 61% svarar att de alltid/oftast kan påverka vilka tider de får hjälp av hemtjänstpersonalen. Att kunna påverka vilken tid man får hjälp är ett förbättringsområde med tanke på att vi ska jobba utifrån IBIC (individens behov i centrum) samt personcentrad vård. På frågan "Brukar du träffa din fasta omsorgskontakt i hemtjänsten" svarar 54% att dem får träffa fast omsorgskontakt, vilket är bättre än tidigare år då det låg på 47%. (Riket ligger på 31%).

Särskilt boende. Antal personer i åldrarna 65 år och äldre i särskilt boende är det 32 personer som svarat att de är nöjda med sitt boende i det stora hela. 97% svara att de alltid eller oftast får ett bra bemötande. (I riket 92%.) På frågan om förtroendet för personalen på äldreboendet svarar 83% att de har det. (I riket 83%.) 87% svarar att de känner sig mycket eller ganska trygga på sitt boende och 70% (56% 2024) svara att det känner sig mycket trygga på sitt boende.

Hälso- och sjukvård På frågan "hur lätt eller svårt är det att få träffa en sjuksköterska vid behov SÄBO " så finns inga svar inrapporterade för 2025. (2024 låg det på 63%.) Under året 2026 kommer enheterna inom SÄBO ha ansvariga sjuksköterskor, PAS.

4 Agera för säker vård

Verksamhetens egenkontroll syftar till att systematiskt följa upp och utvärdera verksamhetens resultat och att kontrollera att verksamheten bedrivs enligt gällande lagar och regler. Egenkontroller såsom journalgranskning, avvikelseanalys, smittskydd och vårdhygien har utförts vid två tillfällen under året och utgör en del av nämndens internkontroll. I samband med journalgranskning utförs loggkontroll för att säkerställa den enskildes integritet.

Journalgranskningen ska utföras genom att chefer och medarbetare gemensamt granskar slumpvis utvalda journaler och de utgår från en mall med frågor som tagits fram tillsammans med verksamheten och grundar sig på gällande reglering.

Granskningen sammanställs vid två tillfällen per år och tas upp på ledningsnivå för prioritering av åtgärder på kort och lång sikt.

Resultat av egenkontroller 2025

SÄBO Journalgranskningen är genomförd i de flesta verksamheter med baspersonal på APT och med dokumentationsombud bortsett från korttidsverksamheten. På korttidsverksamheten ska det även upprättas genomförandeplaner på växelvårdarna. Granskningen visar fortsatt en väsentlig förbättring i dokumentationen. Den senaste införda rutinen med nattaktivitet, bidrar till att öka dialogen med kontaktman, dagtid. Det blir också en tydlighet i genomförandeplanen gällande varje omsorgstagares insats nattetid, så även skyddsåtgärder. Det finns förbättringsområde så som att påbörja genomförandeplanen inom 14 dagar efter att verkställighet har inletts. Kommunikation är ett förbättringsområde.

Hemtjänst Journalgranskningen är genomförd i fyra av sex verksamheter hemtjänst. Ett område har saknat enhetschef under stora delar av året och därmed har journalgranskningen uteblivit. Granskningen har skett med dokumentationsombud eller i mindre arbetsgrupper. Dokumentationen visar att insatser och delmål är välformulerade, med en tydlig koppling mellan dokumentation, insatser och samverkan i teamet, tydligt beskrivna i genomförande planen och att dem följs upp på ett systematiskt sätt. Det finns engagerade dokumentationsombud ute i verksamheterna. Utvecklingsområde så som att dokumentera skyddsåtgärder, tydliggöra hur målen ska nås, omsorgstagarens delaktighet saknas i genomförandeplanerna, är några exempel på områden att jobba med under 2026.

HSV (hälso- och sjukvård) Under det första halvåret av 2025 har möten med dokumentationsgrupp hållits och rutiner har uppdaterats och förnyats. Man har också uppdaterat olika funktioner i APPVA systemet och haft utbildning i Procapita och APPVA på gemensamma APT för sjuksköterskorna. Resultatet i en förbättring av dokumentationen men fortsatt arbete krävs gällande förtydligande och handhavande av dokumentationen relaterat till KVÅ koder i journalsystemet.

IFO Även årets granskning visar att handläggningen till största del är rättssäkra. Kontrollen visar att arbetet med barnrättsperspektivet har förbättrats. Konstaterade utvecklingsbehov handlar exempelvis om självförsörjnings planer, att göra målen i uppdragen tydligare samt struktur för utredningsarbetet. Vid granskningen har utvalda journaler kontrollerats att de följer kontinuitetsplanen för dokumentation.

OFN Vissa enheter ser förbättringar i dokumentationen där journalerna är tydligare. Dokumentationen är i stort respektfullt skriven och dialog förs med biståndshandläggare kring arbetet med målen så de anpassas efter nuvarande

behov. Ett utvecklingsarbete på vissa enheter är att genomförandeplanen ska upprättas inom 14 dagar efter att verkställigheten inletts. I övrigt efterfrågas utbildning i dokumentation för såväl chefer som medarbetare.

Loggkontroll Kontroll av loggar visar att merparten följer regelverket men den visar också att obehörig granskning av journaler har gjorts. Anmälningar har skett till IMY och ärendena hanteras parallellt av ansvariga chefer.

Hygienronder är utförda på de allra flesta enheter, både inom HSV, SÄBO och OFN, som är berörda av Basala hygienrutiner. Övervägande av medarbetarna är medvetna om vad Basala hygienrutiner innebär, som är en grunden i omsorgsarbetet.

Riskbedömning. En gång om året gör verksamheterna riskbedömningar utifrån de fem risker som nämnden tagit fram. Riskbedömningar är en del av den interna kontrollen för att förebygga risker. Riskerna är kopplade till de enheter som påverkas av dem. Alla enheter inom ÄO och hälso- och sjukvård har inte gjort riskbedömningen under hösten 2026.

1./Risk finns för att dokumentation inte förs i den omfattning som krävs för att kunna följa- och följa upp insatsen. Flera granskningar visar på att enskilda är delaktiga i upprättandet av genomförandeplaner och att regelbunden journaldokumentation förs. Förbättringsområden är bland annat att tydliggöra den röda tråden; att kunna följa den enskildes utveckling i förhållande till målet/uppdraget och om och hur målen uppnåtts. Dokumentationsutbildning efterfrågas som stöd för arbetet.

2./ Risk finns för att mål i uppdrag för insatser är av sådan karaktär att de inte är mätbara och därmed inte heller möjliga att följa upp. Flera av målen i uppdragen är inte utformade efter SMARTA-mål principen vilket bidrar till att det blir svårt att följa upp om insatserna rimmar med det som den enskilde ansökt om och fått beviljat. Någon enhet visar dock på att arbetet har förbättrats. Riskbedömningarna visar generellt på en risk som behöver bevakas och att målarbetet behöver arbetas med på andra sätt.

3./ Risk finns för att missförhållanden, eller risk för missförhållanden, inte rapporteras. Sammanställningen av riskbedömningarna visar på att detta är en risk som behöver följas upp och resultatet är varierande från enhet till enhet. Några enheter har aktivt arbetat med att öka antalet avvikelser och sett ett positivt resultat. Andra enheter har skapat åtgärder för att uppmärksamma risker än mer. Sammanfattande analys är att rapporteringen är viktig för att uppmärksamma kvalitetsbrister.

4./ Risk finns för att barnrättsperspektivet inte beaktas/ beskrivits i beslut där barn kan påverkas. Utifrån riskbedömningarna så framkommer behov av att utveckla arbetet med barnrättsperspektivet inom några enheter samtidigt som andra enheter har förbättrat arbetet genom nya arbetssätt och rutiner. De enheter som har kommit långt kan därmed bidra med kunskap till andra. Genom utvecklingsarbetet har den sammanfattande risknivån sänkts.

5./ Risk finns i digitala systemen som påverkar kvaliteten. I riskbedömningar framgår exempelvis risker i att lås till dörrar och läkemedelsskåp inte fungerar vilket drabbar den enskilde. Vidare framgår risker i kopplingen mellan olika digitala system eller att personal blir utkastade ur systemet flertalet gånger. Andra risker är tillförlitligheten i olika larmsystem. Bland annat fördröjning av rörelselarm.

Sammanfattningsvis har merparten av cheferna rapporterat vad som fungerar och vad som kan bli bättre. Genom rapporteringen kan åtgärder sättas in på en övergripande nivå om flera enheter uppmärksammat samma risker. I samband

med sammanställningar av kvaliteten och patientsäkerheten tas nya egenkontroller fram för att utveckla arbetet

4.1 Avvikelser

Avvikelser under 2025

| Avvikelser | Antal 2025 | Antal 2024 | Antal 2023 | Exempel på orsaker |
|--------------|------------|------------|------------|---|
| Fall | 1064 | 813 | 1179 | Upprepade fall vid problematik, |
| Läkemedel | 743 | 717 | 741 | Utebliven/felaktig dos, fel adm./hanterat/förvarat |
| MTP | 38 | 0 | 13 | Felaktig användning/ordination saknas |
| Organisation | 134 | 162 | 179 | Brister i rutiner/bemanning/kompetens |
| Sekretess | 12 | 1 | 3 | Tystnadsplikt bruten/GDPR |
| Teknik | 94 | 96 | 69 | Brist/fel av lås/larm/IT/telefoni |
| Utförande | 274 | 276 | 330 | Utebliven/försenad insats, felaktigt utförd insats, brist bemanning |
| Våld och hot | 50 | 5 | 21 | Enskilda mot varandra |

Totalt har 2640 avvikelser rapporterats under 2025 vilket är en minskning på hela året (2995–2025) som kan bero på att man bytte avvikelssystem och innan man kom i gång med ett nytt sätt att rapportera avvikelserna, ett mellanrum. Chefer ser dock en ökning av rapportering av avvikelse i Life Care generellt.

Fall och läkemedelsavvikelser är de stora delarna i rapportering av avvikelser. På tematräffar diskuteras åtgärder för att minska antalet fall skyddsåtgärder samt förebyggande arbete för att förhindra fall. När det gäller läkemedel har det förkommit att saldo inte har stämt i Appva gällande narkotiska preparat. Enhetschefer har utrett i samverkan med MAS och i några fall visar det på att man har glömt att signera i Appva och då stämmer inte saldot nästa kontrollräkning. Några fall handlar om att det är fel inskrivet i Appva eller att man har lagt in rätt ordination.

En ökning av rapportering av våld och hot under 2025, de flesta är rapporterade verksamheter inom OFN, några inom SÄBO.

Under året har ett nytt verksamhetssystem för avvikelser implementerats och i samband med det gjordes en utbildningssatsning. Flera enheter beskriver att det nya systemet och utbildningen har varit hjälpsamt i arbetet.

Avvikelse inom SÄBO det går att se en tydlig ökning av inkomna avvikelser sedan övergången till avvikelser i Life Care i mars 2025, vilket sannolikt beror på att det blivit enklare för baspersonal att skriva en avvikelse mot tidigare system.

Avvikelser inom hälso- och sjukvården Fortsatt flertal avvikelser är relaterade till följsamhet av rutiner. Fortsatt arbete att på gruppnivå (APT) belysa och tillkännage/förnya de rutiner som finns. Under det första halvåret av 2025 har de utbildningar samt uppdateringar av system APPVA gjorts enligt planering från föregående egenkontrollen för 2024. Detta har resulterat initialt en upplevelse av att APPVA dokumentation fungerar bättre och att färre avvikelser som är relaterade till APPVA under det första halvåret för 2025 har minskat.

Avvikelser inom IFO. Varierat resultat per enhet. Någon enhet har, efter internt arbete om att synliggöra vikten av avvikelser, ökat sina avvikelser. Analysen visar inte på några sammanfattande mönster mer än att avvikelser om sekretess har ökat och om brister i kontinuitet i handläggningen. Avvikelserna beskrivs ha sin grund i bemanning och stress i arbetsmiljön. Bland annat har rekrytering skett för att stärka bemanningen för berörda enheter.

Lex Maria Två Lex Maria utredningar har lämnats in till IVO under 2025. En av dem handlar om brister i dokumentation samt utebliven medicinsk bedömning. Den andra handlar om fel läkemedel getts till en patient.

Lex Sarah 2025 Det har skett en ökning av rapporter enligt lex Sarah från föregående år vilket är positivt utifrån perspektivet att det ger möjlighet att uppmärksamma risker. Vidare fortsätter arbetet med att följa upp beslutade åtgärder för att säkerställa att de ger önskad effekt, ger ett lärande och bidrar till att uppnå uppsatta mål.

Fyra utredningar enligt lex Sarah har hanterats under året och samtliga är inom verkställighet. En av utredningarna som har avslutats har sin grund i rapporterad händelse om svinn av ekonomiska medel som drabbat brukare. Utredningen avslutades med bedömningen om att händelsen till stor del är personbunden men även att förbättringar behöver göras som exempelvis kontrollåtgärder av hanteringen om brukares ekonomi. Två utredningar handlar om brister i bemötande på ett vård- och omsorgsboende varav en utredning är pågående. Den utredning som har avslutats konstaterar att händelserna till största del är personbunden men att kvalitetshöjande åtgärder behövs. Exempel på åtgärder är att stärka chefer i personalhanteringen. Den fjärde utredningen avslutades med bedömning om omfattande brister inom flera områden och mynnade ut i en anmälan till Inspektionen för vård och omsorg. Utredningen avslutades med ett åtgärdspaket vilket har följts upp i december 2025.

Vidare har en central utredning gjorts under året som handlar om misstanke om stöld (även den inom verkställighet.)

Under året har en genomlysning gjorts inom SÄBO i syfte att bland annat stärka kvaliteten. Genomlysningen mynnade ut i ett handlingsprogram med flera kvalitetshöjande åtgärder. Några av åtgärderna är arbete med äldreomsorgens nationella värdegrund och att utveckla teamsamverkan. Uppföljning sker i januari 2026.

Under 2025 avslutades en genomlysning av en enhet inom kommunal primärvård och under året har en uppföljning skett av beslutade åtgärder. Nästa uppföljning sker våren 2026.

4.2 Tillförlitliga och säkra system och processer

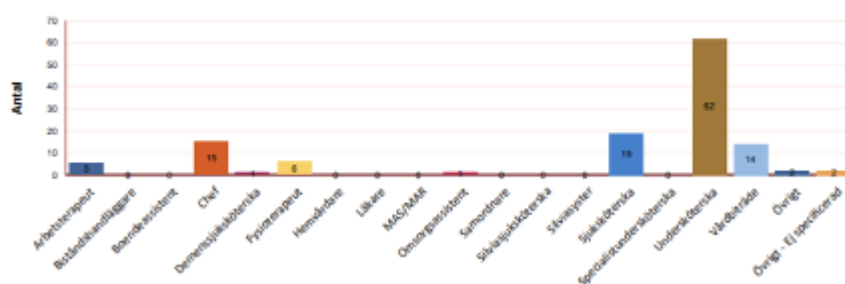
Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren arbeta för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada. Nedan ges exempel på processer och system för att säkra kvaliteten.

RESULTAT

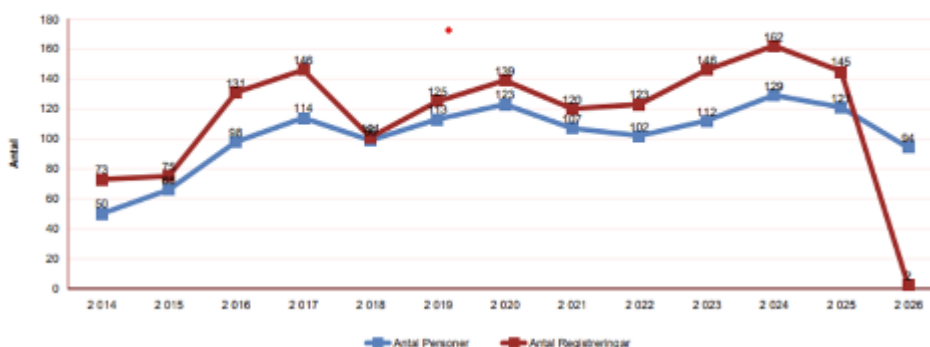
BPSD

BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister som syftar till att kvalitetssäkra och utveckla vården för personer med kognitiv sjukdom/demenssjukdom. Målet är att genom multiprofessionella vårdåtgärder minska beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD) och därigenom öka livskvaliteten för personen med kognitiv sjukdom/demenssjukdom.

I kommunen har det utbildats administratörer inom olika professioner fördelningen är enligt bild:



Antalet personer som skattats och antalet skattningar har legat stabilt sedan 2019. Socialstyrelsen förespråkar minst 1 skattning per år.



Det finns utvecklingsområde inom delar i BPSD, till exempel bör det finnas legitimerad personal som också är administratörer för att få en följsamhet i BPSD.

Ett krav för registreringar är att de görs i team mellan HSL och SOL, teamskattning är en kvalitetsindikator som skattas där vi har förbättringspotential. Under 2025 skedde 68,5 % (102/149) av skattningar i team mellan HSL och SOL.

Användningen av Oxazepam i Borgholms kommun ligger på 21% (26/123) av de som skattats. Riket ligger på 18% (8180/43 864) Smärtfriheten för de som skattas under 2025 är 78% dock är det bara 26% som skattas med ett smärtskattnings instrument, vilket är ett utvecklingsarbete under 2026.

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister och arbetsverktyg för personal att arbeta med förebyggande insatser för att äldre personer inte ska ramla, minska i vikt, få trycksår eller utveckla ohälsa i munnen. Under året 2025 har 172 personer registrerats vilket är en ökning sen 2024, då det registrerades 153 personer.

| | Unika personer | Vårdprevention | | | |
|------------------|----------------|----------------------------|--------------------------------|----------------------|---------------------------|
| | | Risikobedömningar med risk | Bakomliggande orsaker vid risk | Åtgärdsplan vid risk | Utförda åtgärder vid risk |
| Borgholms kommun | 172 | 84% ↑ 221 av 263 | 81% ↑ 180 av 221 | 79% ↑ 174 av 221 | 63% ↓ 118 av 186 |
| Trycksår | | 30% ↓ 76 av 263 | 91% ↑ 71 av 78 | 94% ↑ 73 av 78 | 74% ↓ 55 av 74 |
| Undernäring | | 41% ↓ 108 av 263 | 85% ↑ 92 av 108 | 80% ↓ 86 av 108 | 74% ↓ 64 av 87 |
| Fall | | 51% ↑ 135 av 263 | 90% ↑ 121 av 135 | 79% ↑ 107 av 135 | 69% ↓ 73 av 106 |
| Munhälsa | | 55% ↑ 139 av 251 | 80% ↑ 111 av 139 | 82% ↑ 114 av 139 | 65% ↓ 73 av 113 |

De flesta registreringar är registrerade på vård- och omsorgsboenden jämfört med ordinärt boende. Under 2025 har fler skattningar i ordinärt boende blivit gjorda. En utveckling under 2026 är att även i ordinärt boende öka registreringarna i Senior Alert och arbeta med förbyggande insatser.

HALT (Healthcare- associated infections and antimicrobial use in long-term care facilities) HALT är ett verktyg för att samla in data gällande vårdrelaterade infektioner (VRI), förekomst av riskfaktorer och antibiotikaanvändning, genomförs varje år vecka 46–47. En enhet inom SÄBO har deltagit där 13 individer va inkluderade och ingen av dem hade någon infektion som behandlades med antibiotika. Målet är att alla enheten inom SÄBO är med i mätningen.

Stjärnmärkt Samtliga särskilda boende har genomgått utbildning för stjärnmärkt. Att enhetschef har gått utbildningen är ett krav för att enheten ska kunna godkännas. Någon enhet är kvar inom SÄBO för att uppfylla kraven på stjärnmärkt.

Palliativa registret Svenska Palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister. Syftet är att förbättra vården i livets slut för patienten och deras närstående. Registrering genomförs oavsett ålder, diagnos, kön och dödsplats. 2025 registrerades 68 inrapporteringar. Sammanlagt har målvärden dock inte uppnåtts.

| Kvalitetsindikationer | Resultat 2025 | Resultat 2024 | Målvärde |
|--|---------------|---------------|----------|
| Dok. brytpunktsamtal | 83,8 % | 85,7% | 98% |
| Ordnation injektion stark opioid vid smärtgenombrott | 95,6 % | 96,8% | 98% |
| Ordnation injektion ångstdämpande vid behov | 94,1 % | 96,8% | 98% |
| Smärtskattning sista levnadsveckan | 75% | 74,6% | 100% |
| Dokumenterad munhälsobedömning | 66,2 % | 63,5% | 90% |
| Utan trycksår (kategori 2–4) | 79,4 % | 77,8% | 90% |
| Mänsklig närvaro i dödsögonblicket | 77,9% | 85,7% | 90% |

HSL- uppdrag i Appva

| Områden | Antal pågående HSL | Antal signerade i Appva | Läkemedel | Narkotika |
|---------------------|--------------------|-------------------------|---------------|-------------|
| Hemtjänst Norr | 817 | 110492 | 81026 | 1077 |
| Hemtjänst Mellersta | 615 | 107937 | 83563 | 1304 |
| Hemtjänst Centrum | 1040 | 127773 | 92109 | 2519 |
| Boendestöd | 3 | 352 | 352 | 0 |
| OFN/LSS | 1 | 73798 | 67635 | 122 |
| VoB ÄO | | 427170 | 344808 | 4813 |
| Summa | 2476 | 847522 | 324685 | 9835 |

När det gäller SÄBO och gruppboendestäder görs inga HSL uppdrag som läggs ut i Appva, däremot signeras givna läkemedel i Appva.

Utställda aktiva delegeringar i organisationen ligger runt 7290. En medarbetare kan ha flera olika delegerings uppdrag, så som administrera läkemedel, administrera subkutana injektioner, administrera vid behovs medicin osv.

Årlig kvalitetsgranskning av läkemedelshantering i den kommunala hälso- och sjukvården utfördes av extern farmaceut i början av december 2025.

Uppföljning utifrån rapporten/åtgärder kommer att följas upp under våren 2026. Granskningen visar journalföring av narkotikaförbrukning var utan anmärkning samt att kontrollräkning har skett enligt rutin.

4.3 Säker vård här och nu

Under 2025 har den kommunala hälso- och sjukvården fortsatt präglats av interaktioner mellan människor, teknik och organisation, omställningen till god och nära vård. Den hälso- och sjukvård som kommunen ansvarar för blir mer avancerad och ställer högre kraven på arbetssätt, kompetens och resursfördelning i kommunen. Baserat på resultat av genomförda granskningar är den sammanlagda bedömningen att patientsäkerheten har varit god i verksamheterna. Förutsättningarna för att agera säkert kräver en god struktur i patientsäkerheten samt samverkan mellan regionen, regionens primärvård och den kommunala primärvården.

Sveriges nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet "Agera för säker vård 2025 – 2030" är ett stöd i det systematiska patientsäkerhetsarbetet och bidrar med en struktur i arbetet och leder till ökad kunskap och medvetenhet om patientsäkerhet. Målet med den nationella handlingsplanen är att ytterligare förbättra förutsättningarna för en säker vård där ingen patient ska behöva drabbas av en vårdskada.

Handlingsplanen innehåller fyra grundläggande förutsättningar och fem prioriterade fokusområden för att arbeta mot visionen och det övergripande målet. De fyra grundläggande förutsättningarna är: engagerad ledning och tydlig styrning, en god säkerhetskultur, adekvat kunskap och kompetens och patienten som medskapare.

De fem fokusområdena utgår från de huvudsakliga utmaningarna inom patientsäkerhetsarbetet och utgör en struktur för handlingsplanens nationella åtgärdsområden. Arbete inom de fem fokusområdena stärker utvecklingen av de fyra grundläggande förutsättningarna. De fem fokusområdena är: öka kunskap om inträffade vårdsador, tillförlitliga och säkra system och processer, säker vård här och nu, stärka analys, lärande och utveckling samt att öka riskmedvetandet och beredskap.

Under senare delen av 2025 togs de fem fokusområdena upp på socialförvaltningens ledningsgrupp som också kommer att prioritera fokusområden för 2026.

Exempel på samverkan och interaktioner:

Smittskydd och vårdhygien. Sjuksköterskor erbjuder vaccinationer till äldre personer mot säsongs influensa, covid-19 samt pneumokockvaccination enligt regionens riktlinjer och direktiv.

Enligt SOSFS 2015:10 så är hygienrutiner grundläggande i vården och ska följas av all personal i det vårdnära arbetet för att förebygga smitta och smittspridning. Hygienombud finns ute i verksamheterna. Under 2025 har en hygienombudsträff har genomförts tillsammans med sjuksköterskor i den kommunala primärvården. Kommunal primärvård följer regionens riktlinjer inom vårdhygien.

God och nära vård. Målbilden för omställningen till nära vård i Kalmar län sammanfattas i budskapet: Tillsammans skapar vi hälsa och trygghet för hela livet! Denna målbild visar riktning för utvecklingen av hälsa, vård och omsorg för regionen och länets 12 kommuner. Nära samarbete sker med kommunal primärvård och hälsocentralen till exempel genom samverkansmöten en gång i

månaden och genom "kickoff". Syftet är att skapa goda relationer och rutiner för en god och nära vård och patientsäkerhet.

4.4 Stärka analys, lärande och utveckling

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

Nedan är exempel på vad som utförts inom analys, lärande och utveckling.

Under året har den nya socialtjänstlagen varit i fokus och samtliga ledningsgrupper har gjort en självskattning. Vidare har nuläges- och behovsanalyser tagits fram för såväl respektive verksamhetsområde som förvaltningsnivå. Därtill har prioriteringar tagits fram för det fortsatta arbetet.

En satsning har gjorts om information om avvikelser till samtliga medarbetare för att uppmärksamma risker i tid. Satsningen gjordes i samband med att det nya avvikelssystemet implementerades.

Under året testades en pilot för egenkontroll av journalgranskning där enhetschefer även granskade varandras enheter. Det var dock enbart två enhetschefer som utförde piloten. Sammanfattningsvis så kom såväl den granskande enhetschefen som den ordinarie fram till liknande resultat om vad som fungerar och vad som behöver förbättras.

På chefsforum har olika utvecklingsområden diskuterats och tydliggjorts, som exempelvis synpunkter och klagomål samt skyddsåtgärder. En revidering av den gemensamma rutinen för skyddsåtgärder har gjorts i länet och i samband med chefsforum hölls en workshop där exempel/fall togs fram i tänkande kring skyddsåtgärder samt GPS larm.

Pilotprojekt läkemedelsautomat Dosell

Enligt socialförvaltningens digitaliserings strategi är målet att tänka digital först. Under hösten 2025 påbörjades ett pilotprojekt med att testa läkemedelsautomat i ett av hemtjänstområdena. Målet är att få ut 10 läkemedelsautomater i ordinärt boende.

Borgholm har Sveriges äldsta befolkning, detta innebär att behovet av hemtjänst och medicinska vård i hemmet ökar. För att kunna möta det ökade behovet behöver kommunen tänka digitalt och utnyttja teknik för att effektivisera omsorgen och vården. Införandet av läkemedelsautomater är en lösning genom att avlasta hemtjänstpersonal och samtidigt säkerhetsställer att individen får rätt medicin vid rätt tid. Det finns också en stor hälsovinst för individens att kunna vara självständig så långt det är möjligt

4.5 Öka riskmedvetenhet och beredskap

Inom hälso- och sjukvård har kontinuitetsplanen lyft i samband med APT och för att öka medvetenhet i beredskap och krishantering. Läkemedels beredskap har också varit i fokus vid beredskap och krishantering. Regionen har tagit ett beslut att det ska finnas ett läkemedels beredskap för en månad i läkemedelsförrådet i det kommunala förrådet.

Inom ramen för det regeringsuppdrag som Socialstyrelsen har fått, att förbereda arbetet med att Hälso- och sjukvårdens beredskap pågår en dialog kring hur lagerhållning av sjukvårdsprodukter kan se ut i kommunen. Med

sjukvårdsprodukter avses i detta sammanhang, läkemedel, medicintekniska produkter, personlig skyddsutrustning. Detta har lyfts i SFLG och man tittar på lämpliga lokaler och logistik för hanteringen av lager.

Arbete pågår för att stärka beredskapen och krishanteringen genom rutiner, kontinuitetsplaner, kompetenshöjning och övningar. Fokus har legat på ledningsnivå för att först sätta styrningen och ledningen. Övning har skett på enhetsnivå inom merparten av förvaltningen gällande kontinuitetsplan för dokumentation. Samverkan har även skett med regionen och Länsstyrelsen Kalmar.

5 Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Förbättringsområden att arbeta med för att öka patientsäkerheten och kvaliteten i förvaltningen för 2026.

Avvikelser Fortsätta med att lyfta avvikelser i verksamheten samt i teamsamverkan för att analysera och göra riskbedömningar så att den enskilde inte drabbas av några vårdskador. Hitta mönster för att kunna sätta in åtgärder både på individ- samt organisationsnivå.

Team-Samverkan. Fortsätta att lyfta vikten av teamsamverkan där alla professioner samverkar mot samma mål. När ett teams kunskaper och kompetenser kompletterar varandra skapas förutsättningar för att uppnå bästa resultat. Teamsamverkan är också en nyckelfaktor för en personcentrerad och patientsäker hälso- och sjukvård. Teamsamverkan pågår ute i de olika verksamheterna och över lag välfungerande, utifrån frågeunderlag, som har gått ut till chefer. Det finns några verksamheter där teamsamverkan behöver lyftas lite extra och följas upp.

Teknik/digitala system fortsätta att utveckla digitala system och teknik för att skapa en hållbar framtid.

Använda resurser på bästa sätt. Höja kompetensen för undersköterskor genom utbildning och handledning för att kunna utföra delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter. Målet är att öka kompetensen i vården och göra arbetet som undersköterska mer attraktivt.

Ökad kompetens vid palliativ vård. Fortsätta att höja kompetensen hos medarbetarna i palliativ vård. Utbildningar kommer att ske under 2026 vid två tillfällen en på våren och en på hösten. Målet är att förbättra livskvaliteten för patienter i livets slut.

Säker läkemedelshantering. Demenscentrums utbildning för "jobba säkert med läkemedel" kommer att stängas ner i december 2026. Ny delegeringsutbildning för omvårdnadspersonal kommer att tas fram under 2026, tillsammans med verksamhetschefer, MAS enhetschefer, sjuksköterskor, i olika arbetsgrupper.

Utskrivningsprocessen. Arbeta för att utskrivningsprocessen sker på ett tryggt och säkert sätt. Målet är att enskilda skrivs ut från slutenvården på ett tryggt sätt och att antalet SIP i hemmet ökar under året. Trygg hemma är ett arbete som pågår och kommer starta upp under 2026, där syftet är att skapa en trygg hemgång från slutenvården. Trygg hemma är en tidsbegränsad, teambaserad och målinriktad insats för omsorgstagare/patienter, med syfte att kartlägga behovet samt återställa funktionsförmåga och självständighet så långt som möjligt. Insatsen utgår från individens behov och samordnas av olika yrkesgrupper, där rehabilitering är en central del.

Systematiskt kvalitetsarbete. Förbättra analysen och arbetet med åtgärder inom egenkontroller/riskbedömningar som exempelvis olika tillvägagångssätt och former av granskningar. Målet är att brister/risker följs upp och inte tappas bort. Ett annat arbete är att fortsätta följa upp om beslutade åtgärder verkställts och fått önskad effekt, ta fram realistiska planer samt utveckla processarbetet. Målet är att säkerställa att vi gör rätt saker och att vi gör de sakerna på rätt sätt.

Helhet/samverkan. Minska organisatoriska mellanrum och att se helheten genom att förbättra den interna samverkan. Målet är bland annat att hela förvaltningen ska gå i takt och att stärka uppföljningsarbetet. Kommuninvånare ska få samma kvalitet oavsett vilken "verksamhetsgren" som utför insatsen.

Höjd beredskap. Fortsätta med den övergripande handlingsplanen. Målet är att

förmågan höjs och att chefer och medarbetare känner sig tillräckligt förberedda vid allvarigare händelser/ krig samt att stärka beredskapen.

Barnrätt. Fortsätta utvecklingsarbetet där de enheter som kommit långt i arbetet kan stödja andra.

Dokumentation Övergripande åtgärder handlar bland annat om att utsedda medarbetare ska få en fördjupad utbildning om hur dokumentation ska gå till för att sedan sprida kunskapen till verksamheterna. En utbildning ska tas fram till nyanställda via e-learning och enhetschefer ska få vägledning i deras ansvar. Kommunal primärvård och IFO kommer att gå in i verksamhetssystemet Lifecare för dokumentation, under året 2026.

Senior Alert Arbetet med Senior Alert pågår ute i verksamheterna och tas upp teamen. Idag görs de flesta registreringar i Senior Alert på SÄBO. Förstärka samverkan med PAS som är en viktig del i arbetet med prevention och riskbedömningar, samt att följa upp åtgärderna. Målet under 2026 är att utveckla arbetet med Senior Alert inom ordinärt boende och fortsätta arbetet inom SÄBO.

Nära vård och ny socialtjänstlag att fortsätta utveckla Nära vård i takt med den nya socialtjänstlagen, arbete med att förstärka kunskap och lärande hos medarbetarna och chefer.

Utmaningar är bland annat att involvera medarbetare än mer i patientsäkerhets- och kvalitetsarbete. En åldrande befolkning med ett ökat vårdbehov och en alltmer komplex vård där det krävs kompetens för att kunna utföra vården i hemmet. Dessa utmaningar kräver insatser och resurser för att säkerställa patientsäkerheten.



§ 50

Kurser och utbildningar 2026

Beslut

Socialnämndens arbetsutskott förslår socialnämnden besluta

att anmäla socialnämndens arbetsutskott till socialchefsdagarna i Göteborg.

Ärendebeskrivning

Inkommit inbjudan till socialchefsdagarna 30/9 till 2/10 i Göteborg.

Beslutsunderlag

Inbjudan till socialchefsdagarna.

Beslutet skickas till

Socialnämnden

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Socialchefsdagarna 2026



Temat för höstens konferens är Kunskap som leder – välfärd som lyfter. Vi har spännande föreläsare på ingång och fyller på programmet på socialchefsdagarna.se under våren.

Sätt nu två markeringar i din kalender:

- Socialchefsdagarna hålls i Göteborg den 30 september till 2 oktober.
- Anmälan öppnar den 5 maj.

Och du som är medlem i FSS kommer att kunna anmäla dig

tidigare för att få en garanterad plats – håll utkik efter information om det i medlemsutskick från oss.

Hoppas vi kommer att ses där!

Anna Burston, FSS ordförande



Socialchefsdagarna är Sveriges största årliga socialpolitiska konferens. Bakom konferensen står Föreningen Sveriges socialchefer och Socialchefsdagarna AB. Tack till våra samarbetspartners JP Infonet och Tietoevry, och till Göteborgsregionen som är samarbetspartner för programinnehåll och konferensadministration.

~~Avs:
Föreningen Sveriges socialchefer
Drottninggatan 55
111 21 Stockholm~~

B PP Sverige, Port Payé

Ordf. socialnämnden
Borgholms kommun
Box 52
387 21 BORGHOLM

POSTNORD