



Vård- och omsorgsnämnden

Sekreterare
Camilla Eriksson, 0456-81 63 32
camilla.eriksson@solvesborg.se

Till Vård- och omsorgsnämndens ledamöter
och ersättare

Vård- och omsorgsnämnden

Tid: 2026-02-26, klockan 15:00

Plats: Sölvesborg, Furulundsgymnasiet

Justeringsperson: Paul Andersson

Ärenden			Sida
1	Verksamhetsinformation februari 2026	2026/11	4
2	Årsbokslut 2025 med verksamhetsberättelser	2026/16	5 - 126
3	Patientsäkerhetsberättelse 2025	2026/7	127 - 159
4	Kvalitetsberättelse 2025	2026/19	160 - 180
5	Remiss för yttrande avseende motion - införande av kontaktpolitiker inom omsorgen	2025/51	181 - 185
6	Remiss - Etablering av hospice i Sölvesborg	2025/59	186 - 193
7	Delegationsordning 2026	2026/15	194 - 225
8	Kö- och belägningsstatistik 2026	2026/17	226 - 228
9	Anmälan av delegationsbeslut	2026/4	229 - 236
10	Meddelanden	2026/5	237 - 258
11	Övriga frågor	2026/6	259

Lina Jörnkrans
Ordförande

Camilla Eriksson
Sekreterare

Ordinarie ledamöter

Lina Jörnkrans S
Anders Fransson M
Paul Andersson KD
Benny Karlsson SD
Jörgen Larsson S
Mervi Tillaeus-Andersson KD
Anne-Charlotte Fröberg M
Percy Persson SD
Viveka Söderdahl V
Gunilla Gidefors Fabry SD
Mona Frigura M

Ersättare

Faire Baubec S
Camilla Frantz M
Carolina Christerson SD
Madelene Ekstrand KD
Raed Shahen S
Mona Wadin Nilsson SD
Niklas Krook M
Pia Andersson SD
Christel Nilsson S
Inger Pilthammar SD
Madeleine Ljungkvist SoL

Övriga

André Jönsson, förvaltningschef
Camilla Ryrstedt, verksamhetschef hemtjänst och myndighetsenheten
Linda Nordell, verksamhetschef HSL och särskilt boende
Svenja Andersén, kvalitetsutvecklare
Camilla Eriksson, nämndsekreterare

KF § 151 Dnr 2022/259

Inkallelseordning i nämnder och styrelser 2023 till 2026

BESLUT

Vid ordinarie ledamots frånvaro ska ersättare kallas in till tjänstgöring från det parti för vilket ledamoten valts.

Om ingen av dessa ersättare kan tjänstgör ska ersättare från annat parti kallas varvid respektive parti bestämmer att följande turordning ska gälla mellan andra partiers ersättare.

För Arbetarpartiet Socialdemokraterna: S, C, M, SoL, V, KD, SD

För Centerpartiet: C, S, M, SoL, V, KD, SD

För Kristdemokraterna: KD, SD, SoL, C, S, V, M

För Moderaterna: M, SoL, C, S, KD, SD, V

För Sverigedemokraterna: SD, KD, SoL, M, C, S, V

För Sölvesborg och Lister partiet: SoL, M, C, KD, S, SD, V

För Vänsterpartiet: V, S, C, SoL, M

Det angivna tillvägagångssättet ska tillämpas, såvida det inte i lag eller författning föreskrivs något annat beträffande ersättarens inkallande till tjänstgöring.

Ärendet i korthet

I kommunallagen, 6 kap 16 §, föreskrivs att "Om ersättarna inte väljs proportionellt, ska fullmäktige bestämma i vilken ordning de ska tjänstgöra."



Vård- och omsorgsnämnden

VON § Dnr 2026/11

Verksamhetsinformation februari 2026

FÖRSLAG TILL BESLUT

Informationen läggs till handlingarna.

Ärendet i korthet

Information om lex Sarah-rapporter.

Sedan förra nämnden, den 29 januari 2026, har två rapporter inkommit som slagits ihop till en.

Nr 4980 och 4981.

Förvaltningschef och verksamhetschefer redovisar vad som är på gång för respektive verksamhet.



Vård- och omsorgsnämnden

VON § Dnr 2026/16

Årsbokslut 2025 med verksamhetsberättelser

FÖRSLAG TILL BESLUT

Vård- och omsorgsnämnden godkänner årsbokslut för 2025.

Ärendet i korthet

I bokslut för 2025 redovisas vård- och omsorgsnämndens verksamhets resultat avseende ekonomi och mål. Av redovisningen framgår förutom utfallet i dessa delar även en analys av resultatet. Redovisningen beskriver också vård- och omsorgsnämndens arbete gällande intern kontroll.

Bakgrund

Nämnden ska godkänna redovisningen av årsbokslut för nämndens ansvarsområde för år 2025.

Beslutsunderlag

Förvaltningschef André Jönssons tjänsteskrivelse 2026-02-18.

1. Årsbokslut 2025 Vård- och omsorgsnämnden
 - 2-14. Enheternas verksamhetsrapporter
-



Vård- och omsorgsnämnden

Handläggare
André Jönsson,
andre.jonsson@solvesborg.se

Mottagare

Tjänsteskrivelse - Årsbokslut 2025 för vård- och omsorgsnämnden

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden godkänner årsbokslut för 2025.

Påverkar beslutet barn/ungdomar, direkt eller indirekt?

☐ Ja, se bifogad barnchecklista.

☒ Nej, se förklaring nedan.

Förklaring (vid svar Nej ovan)

Avser enbart bokslutsrapportering.

Ärendet i korthet

I årsbokslut för 2025 redovisas vård- och omsorgsnämndens verksamheters resultat avseende ekonomi och mål. Av redovisningen framgår förutom utfallet i dessa delar även en analys av resultatet. Redovisningen beskriver också vård- och omsorgsnämndens arbete gällande intern kontroll.

Bakgrund

Nämnden ska godkänna årsbokslut för nämndens ansvarsområde för år 2025.

Bedömning

Resultat utifrån organisation:

Nämndgemensam	1 038 tkr
HSL och Myndighetsenheten	9 842 tkr
Hemtjänsten	7 513 tkr
Särskilt boende	-10 085 tkr
Summa överskott:	8 308 tkr

Analys av verksamhet och ekonomi

Förvaltningen visar på ett överskott på **8 308 tkr.**

- Detta är beroende av att det förekommit vakanser delar av året inom flera verksamhetsområden.
- HSL och myndighetsenheten visar ett överskott som till största delen beror på riktade statsbidrag.
- Budget 2025 för LOV-säbo(privat utförare) var beräknad på en medelbeläggning om 54 platser av 60, utfallet för 2025 var medelbeläggningen 55,7 platser vilket generade ett underskott.
- Den nu fleråriga trenden med att antalet brukare som beviljas hemtjänst ökar, men att de hemtjänsttimmar man beviljas minskar fortsatte stora delar av 2025 vilket bidrar till ett överskott, ett trendbrott skedde dock de sista 3 månaderna där hemtjänsttimmarna ökade.
- God och effektiv insatsplanering och schemaplanering, tillsammans med ett behov av översyn av schablontider, har generat ett överskott i hemtjänsten
- Heltidsresan och avveckling av delade turer bidrar framförallt på Säbo till underskott
- Kostnader för sjukfrånvaro är hög eftersom sjuktalen är höga vilket bidrar till underskott, sjuktal i omsorg är nationellt höga.
- Två särskilda boenden har flera små enheter(framförallt Solgården), med så lite som 6st brukare per avdelning, då ensamarbete inte är förenligt med demensvård i alla lägen, är dessa enheter en utmaning bemanningsekonomiskt.

Nämndens mål, god ekonomisk hushållning och intern kontroll

Vård- och omsorgsnämnden arbetar aktivt för att nå måluppfyllelse.

I nedan matris samt i Bilaga 1 redovisas resultat och analys.

-Unika miljöer och attraktivt boende genom hela livet

Nämndmål	
Verksamhetens boendeformer ska främja goda levnadsförhållanden utifrån individuella förutsättningar.	
Kommentar 2025	

Nämndmål**Särskilt boende**

Målet anses vara delvis uppfyllt.

Samverkan med Sölvesborgshem sker 3-4 ggr/år där det lyfts önskemål om förbättringar både i inom - utomhusmiljön. En hel del åtgärder är redan genomförda men fler förslag finns bland annat byte av material på gångvägarna och automatiska dörröppnare för att öka tillgängligheten. Bland annat har det skett en översyn över ljudnivån i de gemensamma utrymmena. Möbler byts ut regelbundet och bland annat på Solgården har det satsats på just möbler under hösten 2025. Verksamheten behöver bli bättre på att fråga brukare och dess närstående om förslag på åtgärder samt att ta reda på behoven.

Trivseln i det egna rummet är svårare att påverka för verksamheten eftersom det är individens egen lägenhet med egna möbler. Under 2025 är det införskaffat kylskåp till alla rum. Inför inflytt besiktas lägenheten av Sölvesborgshem som även beslutar om renovering. Vissa badrum kommer att genomgå en renovering och få kakel samt höj/sänkbart handfat.

Under hösten har ett projekt startat på Solgården för att förbättra det sociala innehållet utifrån brukarens intresse och behov. Inköp har gjorts för att möjliggöra aktiviteter i olika former och är placerade i det gemensamma aktivitetsutrymmet "Glashuset" så alla kan ta del av dem. Man har möjlighet att göra aktiviteter enskilt och/eller i grupp i Glashuset eller på enheterna. Aktiviteterna schemaläggs. Solgården kommer även att starta samverkan med dagverksamheten Sunnanbo för att samplanera en del aktiviteter på Mötesplatsen.

Exempel på större aktiviteter inom särskilt boende är: Hotellfrukost anordnas 1 gång i månaden, MAIF:S fotbollsmatcher i Allsvenskan är ett uppskattat inslag där många tittar gemensamt. I samband med detta anordnas det ibland pizzakväll och tilltugg.

Julfest med underhållning och mat har anordnats i december. Tidigare år har detta varit mycket uppskattat.

Indikator	Utfall 2024	Utfall 2025	Mål	Status
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - trivsamma gemensamma utrymmen, andel (%)	41,86	55,32	75	■
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - trivs med rum/lägenhet, andel (%)	65,85	66,67	75	◆
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - sociala aktiviteter, andel (%)	42,11	40	65	■

Indikator	Utfall 2024	Utfall 2025	Mål	Status
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - trivsamt utomhus, andel (%)	71,43	69,23	70	

-Upplevd trygghet och säkerhet i hela kommunen

Nämndmål
<i>Verksamheten ska bidra till att kommuninvånarna ska uppleva trygghet genom livet.</i> 
Kommentar 2025 Målet anses vara delvis uppfyllt. Hemtjänst Årets brukarundersökning visar att 84 % känner att det är tryggt att bo hemma med hemtjänst. (Riket 85%). Planeraren lämnar i god tid ut ändring till kontaktman eller fast omsorgskontakt om möjlighet finns då det inte alltid är möjligt att informera i god tid pga ex sjukdom/VAB. Resultatet från undersökningen är inte tillfredställande utan verksamheten behöver fortsätta jobba med att informera och framförallt se till att informationen verkligen når fram och blir tydlig för den enskilde brukaren. Hur man ska lyckas med detta är ett arbete för 2026 års APT. Hemtjänsten behöver även arbeta vidare med att personalen själv ringer upp brukaren vid akuta oförutsedda dagliga händelser. Vi har som mål att höra av oss till brukaren om förseningen blir mer än 20 minuter. Vad gäller personalkontinuiteten uppnår verksamheten inte målet på 14 personer under en 14-dagars period. Resultatet är i genomsnitt 15,31 över hela året och över alla enheter. Orsaken till den lite för höga siffran är bland annat en del nya vikarier där det tagit tid att få delegationer som gjort att verksamheten har behövt låna medarbetare mellan enheterna. Verksamheten har en hel del dubbelbemanningar samt hög sjukfrånvaro. En ny planerare arbetar på ena enheten, det tar tid att skaffa sig erfarenhet för att kunna planera riktigt effektivt. Särskilt boende Tyvärr var det lågt deltagande i årets brukarundersökning, vilket innebär att det blir svårare att analysera. Det som kan spegla resultatet är att personal har påverkats av förändringar i organisationen, vilket i sin tur kan ha påverkat brukarnas upplevda trygghet. Under hösten har det arbetats mycket med personalens attityder och inställning samt kontakt med närstående.

Indikator	Utfall 2024	Utfall 2025	Mål	Status
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - trygghet, andel (%)	93,46	83,89	90	
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - trygghet, andel (%)	86,36	76,09	90	
Kontinuitet månatlig uppföljning - antal personal eller färre	16,06	15,87	14	

-God tillgänglighet fysiskt och digitalt

Nämndmål
<i>Verksamheten ska främja kommuninvånarnas självständighet via fysiska möten och välfärdsteknik.</i>
Kommentar 2025 Målet anses vara uppfyllt. Hemtjänst 76% upplever att det är mycket lätt eller ganska lätt att få kontakt med hemtjänsten. Målet på 75 är uppnått. När biståndshandläggare är på hembesök och ansökan om hemtjänst beviljas så informerar handläggaren om hur brukaren kommer i kontakt med hemtjänsten. När brukaren tilldelats kontaktman eller fast omsorgskontakt så informerar denne brukaren om hur brukaren kommer i kontakt med hemtjänstgruppen, planeringen samt enhetschef. Trots denna information har brukarna överlag dålig vetskap om vart dem ska vända sig vid framförandet av synpunkter och klagomål. Detta är ett område som har stor förbättringspotential. Verksamheten behöver även se över hur vi kommunicerar ut mot brukare och dennes anhöriga då det kan finnas modernare digitala vägar att använda. Särskilt boende Genom tidigare implementerade synsätt gällande IBIC med beskrivningar i varje brukares genomförandeplan struktureras och prövas denna fråga systematiskt över tid, utefter behovet hos varje individ. Varje individ tillfrågas personligen om möjligt, annars utifrån personalens professionalitet och kontakter med olika yrkesprofessioner. Det sker på olika sätt så som exempelvis trygghetslarm, tillsyn eller på andra överenskomna sätt. Verksamheten arbetar löpande med IBIC och gör det som är möjligt för att öka kunskap hos personalen utifrån olika genomgångar. Verksamheten poängterar betydelsen av

Nämndmål

levnadsberättelsen och vikten av att fylla i det som brukare/anhöriga ser som viktigt för personalen att veta för att kunna möta brukaren utifrån dennes behov. Under hösten uppdaterades informationsbroschyren med förtydligande kring vart brukare och närstående ska vända sig. Målet är uppfyllt men en strävan efter högre tillgänglighet finns.

Indikator	Utfall 2024	Utfall 2025	Mål	Status
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - få kontakt med hemtjänstpersonalen, andel (%)	70,92	75,71	75	
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - få kontakt med personalen på boendet, andel (%)	83,72	82,61	80	

-Tydlig ekonomistyrning och god kontroll**Nämndmål**

Verksamheten har en budget i balans och en kontinuerlig uppföljning. 

Kommentar 2025

Utfallet för helåret 2025 är positivt om **8 308 tkr**, det är den så kallade resurspotten vilken finansierar hemtjänsttimmar som står för den största enskilda delen (5 623 tkr). Detta beror på att antalet beviljade hemtjänsttimmar går ned, trots att antalet brukare ökar, vilket enklast kan förklaras av att många äldre är "friskare" och att biståndshandläggningen är strukturerad och så enhetlig som möjligt.

Vad gäller personalkostnader är utfallet totalt ett svagt minus, där den största negativa posten är personalkostnader på särskilt boende. Detta beror på utmaningen med att hantera önskad sysselsättningsgrad/heltid som norm, där tillgänglig arbetstid inte alltid matchar sjukfrånvaro m.m. och därmed övertaligheten inte exakt vägs upp av sjukfrånvaro och semester etc. Även borttagandet av så kallade delade turer (där personal arbetar del av dag och sedan återkommer och arbetar ytterligare en del av dag, under samma dygn) försvårar möjligheten till ett neutralt utfall eftersom då fler individer behövs för att bemanna verksamheten framförallt gällande helger.

Ekonomiuppföljning i vård- och omsorgsnämnden har följts enligt beslutad plan 2025.

Viktigt att notera är att statsbidrag under 2025 sammantaget bidragit med cirka 8 000 tkr till utfallet.

Verksamheten bedrivs med en god intern kontroll och aktiv riskhantering. 

Nämndmål**Kommentar 2025**

Intern kontroll har utförts enligt plan och redovisats på arbetsutskott med undantag för kontrollområde "Digitala arbetssätt, välfärdsteknik och teknik" avseende juni månad, vilken istället gjorde i september p.ga. sjukdom.

Indikator	Utfall 2024	Utfall 2025	Mål	Status
Driftredovisning				
Personalkostnader				
Årliga uppföljningen av internkontrollen	 Ja	 Ja		

-God omsorg med hög kvalitet för olika behov**Nämndmål**

Kommuninvånarna ska tillförsäkras en rättssäker omsorg av god kvalitet.

**Kommentar 2025**

Målet anses vara delvis uppfyllt.

Hemtjänst

Resultatet i brukarundersökningen för bemötande i hemtjänsten är 98%, vilket verksamheten är mycket nöjd med. Hemtjänsten har flera enheter som har 100% positiva svar på bemötande. En enhet hamnar på 93%, vilket är något under snittet för riket. Dialog om värdegrund och bemötande finns på varje dagordning för APT.

Den sammantagna nöjdheten är 88% vilket är något lägre än förra året. I rollen som enhetschef samtalar man med brukare varje vecka utifrån det som fungerar väl och mindre väl. Dialog förs även i personalgruppen om vilka eventuella synpunkter brukaren har framfört till den fasta omsorgskontakten. Även hemtjänstens planerare har en dialog med brukare utifrån vad brukaren tycker fungerar väl eller vad som eventuellt behöver förändras. Under 2026 planeras en översyn gällande utökad delaktighet vid planering av insatser.

Särskilt boende

Resultatet av brukarundersökningen speglar enbart ett fåtal enheter. Verksamheten behöver arbeta vidare med att öka deltagandet på Socialstyrelsens enkät, vilket bland annat kommer att lyftas på anhörigträffar.

Nämndmål

Indikatorer för gott bemötande uppnår nästan målvärdet men inte helt tyvärr. Den låga andelen av deltagande i enkäten kan påverka utfallet. Verksamheten lägger stor fokus på just bemötandet både mot brukare och dess närstående samt kommunikation i alla led.

Kommuninvånarna ska tillförsäkras en god och patientsäker vård.



Indikator	Utfall 2024	Utfall 2025	Mål	Status
Andel omsorgspersonal med formell kompetens	85,7 %	84 %	86 %	
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)	69,05	71,11	83	
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - bemötande, andel (%)	96,27	98,01	98	
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)	91	88	92	
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - bemötande, andel (%)	95,45	91,84	94	
Åtgärder mot fall, undernäring, trycksår och nedsatt munhälsa för personer i särskilt boende, andel (%)	95	97	75	
Åtgärder mot fall, undernäring, trycksår och nedsatt munhälsa för personer med hemsjukvård i ordinärt boende, andel (%)	0	50	50	
Mätning av nattfasta	11,06	9,68	11	
Följsamhet basal hygien 8 steg	53 %	37,6 %	90 %	

Indikator	Utfall 2024	Utfall 2025	Mål	Status
Palliativ vård: 8 indikatorer för god palliativ vård ska uppfyllas (%)	94,8 %	87 %	92 %	

-En attraktiv arbetsplats med medborgaren i fokus

Nämndmål
Verksamheten har nöjda medarbetare 
Kommentar 2025 HSL och Myndighetenheten Sjukfrånvaron är 8,1% men korttidsfrånvaron ligger på 3,0% vilket är positivt. Under året har det varit flera långtidssjukskrivna, av dessa bedöms den arbetsrelaterade inverkan vara underordnad. Särskilt boende SÄBO redovisas tillsammans med HSL och siffran är 3,76 av 5,0 vilket innebär att ingen handlingsplan behövs. Det var lite lägre siffra inom "jag ser fram emot att gå till arbetet" - har varit en hel del förändringar senaste året med schema, dygnsvila etc. som kan påverka resultatet. Det pågår fortlöpande arbete gällande inställning, attityder samt hur vi kan ge positiv/negativ feedback och visa varandra uppskattning. Sjukfrånvaron ligger högt och arbete pågår med korrigerande samtal, första dags intyg och rehab planer. Korttidsfrånvaron är 5,6% vilket är något högre än under 2024 Hemtjänst Medarbetarundersökningen för hemtjänsten(HME-delen) visar på ett totalt medelvärde på 4,13. Totalen för alla kategorier är 3,99. Sjukfrånvaron ligger tom nov-25 på 10,3 i snitt. Korttidsfrånvaro 5,2. Tendensen i hemtjänsten har varit sakta nedåt under hela året, vilket är glädjande men fortfarande för hög.

Indikator	Utfall 2024	Utfall 2025	Mål	Status
Medarbetarengagemang (HME) hemtjänst äldreomsorg - Totalindex		77,25	76	
Medarbetarengagemang (HME) särskilt boende äldreomsorg - Totalindex		68,5	76	

Indikator	Utfall 2024	Utfall 2025	Mål	Status
Sjukfrånvaro totalt - dagintervall	10,8 %	10,1 %		

Investeringsredovisning

Belopp i tkr	ÅRETS INVESTERINGAR			AVSLUTADE PROJEKT		
	Budget	Utfall	Avvikelse	TOTALT FRÅN PROJEKTET START		
	2025	2025		Budget	Utfall	Avvikelse
Investeringsprojekt	2025	2025	Avvikelse	Ack	Ack	Avvikelse
Vård och omsorgsnämnd						
35001 Kylskåp för läkemedel HSL	120	0	120	120	0	120
35002 Läkemedesskåp narkotika	80	0	80	80	0	80
35003 Travesssystem Solgården	130	0	130	130	0	130
35100 Valfärdsteknik	200	0	200	200	0	200
35101 Digitala lås	480	457	23	480	457	23
35104 Inventarier HSL	100	0	100	100	0	100
35105 Verksamhetssystem	300	109	191	300	109	191
35114 Brandlakan, SÄBO	100	80	20	100	80	20
35119 Inventarier Säbo	250	235	15	250	235	15
35154 Invenstarier hemtjänsten	100	0	100	100	0	100
35211 Hög och sänkbara sängar	80	0	80	80	0	80
Summa vård- och omsorgsnämnd	1 940	881	1 059	1 940	881	1 059

Flertalet inventarieinvesteringar i HSL- och hemtjänstverksamheterna har avvaktats med bl.a. beroende på Rönnevägens utveckling.

IT- investeringar i välfärdsteknik har inte kunnat hålla planlagd takt, beroende av andra införanden och datahantering men även produktutveckling hos leverantörer.

Inga nya vårsängar har behövts köpas in då överskott funnits på vakanssatta boendeplatser.

André Jönsson
Förvaltningschef

Bilagor

1. Årsredovisning 2025 Vård- och omsorgsnämnden
- 2-14. Enheternas verksamhetsrapporter

Beslut sänds till:
Kommunfullmäktige

Vård- och omsorgsnämnden

Årsredovisning 2025



Sölvesborgs
kommun

Innehållsförteckning

Verksamheternas kommentarer	3
Driftskostnader	3
Nämndernas verksamheter	3
Nämndens mål	5
<i>Unika miljöer och attraktivt boende genom hela livet</i>	<i>6</i>
<i>Upplevd trygghet och säkerhet i hela kommunen.....</i>	<i>7</i>
<i>God tillgänglighet fysiskt och digitalt.....</i>	<i>7</i>
<i>Tydlig ekonomistyrning och god kontroll.....</i>	<i>8</i>
<i>God omsorg med hög kvalitet för olika behov</i>	<i>8</i>
<i>En attraktiv arbetsplats med medborgaren i fokus</i>	<i>10</i>
Investeringsredovisning.....	11
Nyckeltal	11

Verksamheternas kommentarer

Driftskostnader

Helårsrapport- Stratsys

Driftutfall	Årsbudget	Utfall	Avvikelse
Nämndgemensam	-17 412	-16 374	1 038
HSL och Myndighetsenheten	-77 535	-67 693	9 842
Hemtjänsten	-97 392	-89 879	7 513
Särskilt boende	-123 308	-133 393	-10 085
Summa	-315 647	-307 339	8 308

Nämndernas verksamheter

Nämndernas uppdrag och ansvar

Förvaltningsgemensamt: Personal som arbetar övergripande i förvaltningen är förvaltningschef, verksamhetschefer, kvalitetsutvecklare, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), nämndsekreterare och IT-samordnare. Lagstiftningar som styr verksamheten är exempelvis socialtjänstlagen (SoL), hälso- och sjukvårdslagen (HSL), lagen om samverkan (LOS) och lagen om valfrihet (LOV).

Hälso- och sjukvårdsorganisationen: Här tjänstgör sjuksköterskor, HSL-undersköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster/fysioterapeuter samt rehabassistent. Verksamheten ansvarar för patienter i alla åldersgrupper inom hela kommunen. Verksamheten har även HSL-ansvar i bostäder med särskild service och daglig verksamhet enligt LSS, vilka tillhör arbete- och välfärdsförvaltningen.

Myndighetsenheten: Inom enheten tjänstgör biståndshandläggare, avgiftshandläggare och äldreкуратор. Enheten arbetar med ansökningar, handläggning, beslut och uppföljning enligt socialtjänstlagen. Avgiftshandläggarna debiterar avgifter såsom kost och hyror. LOV-handläggaren ansvarar för uppföljning av LOV-verksamhet (privata utförare). Inom enheten finns även ett hemgångsteam som arbetar med hemgångar och vårdplaneringar av patienter i slutenvård/sjukhus.

Hemtjänst: Undersköterskor och vårdbiträden utför omsorgsinsatser för personer i ordinärt boende. Verksamheten utför även hälso- och sjukvårdsinsatser efter delegation från legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

Särskilt boende: Verksamheten tillhandahåller särskilda boendeplatser för personer med huvudsakligen demenssjukdom och/eller somatisk sjukdom. Verksamheten innefattar även ett korttidsboende som bedriver korttidsvård, växelboende samt palliativ vård. Dessutom bedrivs dagvård för personer med demensdiagnos.

Händelser av väsentlig betydelse

Den nya socialtjänstlagen innebär en rad förändringar i förvaltningens arbete de kommande åren. Förvaltningen har som en första åtgärd arbetat med att erbjuda insatser utan föregående behovsprövning, initialt genom att matdistribution, mat- och medicininköp samt insatser från äldreкуратор inte behovsprövas utan ges till alla 80-år eller äldre som så önskar.

Införande av digital signering av läkemedelsadministration och digitala- läkemedelsskåp samt dörrlås, i syfte att höja säkerheten och uppföljningen i dessa processer. Tyvärr drabbades förvaltningen av stölder av narkotikaklassade läkemedel under 2025.

Vård- och omsorgsnämnden har fortsatt arbetat för att gå från en deltidorganisation till en heltidsorganisation "Heltid som norm med förnuft". Detta grundar sig i en överenskommelse mellan SKR och fackförbundet Kommunal i syfte att öka andelen heltidsarbetande medarbetare.

Region Blekinge sade under slutet av 2025 upp det s.k "LOS-avtalet" som reglerar hanteringen av utskrivningsklara patienter. I det uppsagda avtalet angavs att kommunen har **3 dagar** på sig att ta hem patienter, räknat på ett genomsnitt under tre månader. Sölvesborg har haft ett snitt som är betydligt lägre, mellan **1** och **2 dagar** beroende på hur man räknar.

Omfördelning har genomförts av sjuksköterskeresurser för att täcka ökat behov inom arbets- och välfärdsförvaltningen, vilka har öppnat nya gruppboendestäder inom LSS-området där vård- och omsorgsförvaltningen har HSL-ansvaret.

Hemgångsteamet mottog under våren vård- och omsorgsnämndens kvalitetspris. Detta bland annat på grund av effektivitet (snabba strukturerade hemtagningar av patienter efter sjukhusvistelse) och framgångsrika sätt att samarbeta för att bidra till en trygg och säker hemgång från sjukhus.

En omorganisation mot bakgrund av minskning av 1,0 åa verksamhetschef, innebar att verksamhetsområde särskilt boende slogs ihop med HSL samt att hemtjänst slogs ihop med myndighet 2025.

Omorganisering gjordes även gällande enhetschefer såbo:s ansvarsområden pga. minskning 1,0 enhetschef, där bl.a. ansvaret för viss nattpersonal överfördes till annat enhetschefsområde vilken hade en mindre personalgrupp.

Analys av verksamhet och ekonomi

Förvaltningen visar på ett överskott på 8 308 tkr.

- Detta är beroende av att det förekommit vakanser delar av året inom flera verksamhetsområden.
- HSL och myndighetsenheten visar ett överskott som till största delen beror på riktade statsbidrag.
- Budget 2025 för LOV-säbo(privat utförare) var beräknad på en medelbeläggning om 54 platser av 60, utfallet för 2025 var medelbeläggningen 55,7 platser vilket generade ett underskott.
- Den nu fleråriga trenden med att antalet brukare som beviljas hemtjänst ökar, men att de hemtjänststimmar man beviljas minskar fortsatte stora delar av 2025 vilket bidrar till ett överskott, ett trendbrott skedde dock de sista 3 månaderna där hemtjänststimorna ökade.
- God och effektiv insatsplanering och schemaplanering, tillsammans med ett behov av översyn av schabloner, har generat ett överskott i hemtjänsten
- Heltidsresan och avveckling av delade turer bidrar framförallt på Säbo till underskott
- Kostnader för sjukfrånvaro är höga eftersom sjuktagen är höga vilket bidrar till underskott, sjuktag i omsorg är nationellt höga.
- Två särskilda boenden har flera små enheter(framförallt Solgården), med så lite som 6st brukare per avdelning, då ensamarbete inte är förenligt med demensvård i alla lägen, är dessa enheter en utmaning bemanningsekonomiskt.

Framtida utveckling

Förvaltningsgemensamt

- Förvaltningen kommer under 2026 delta i SKR:s "lärprocess framtidens socialtjänst" med bl.a. erfarenhetsutbyte med andra kommuner i Kronobergs och Kalmar län. Förändrade arbetssätt i förvaltningen kan ge förändrade kostnader.
- Den nationella reformen "omställning till en god och nära vård" kommer fortsätta

2026. Då hemsjukvården dessutom växer med demografin är detta inte sällan förenat med ökad resursanvändning i någon mening.

- Överenskommelsen "heltid som norm" fortsätter implementeras, detta är redan i dagsläget kostnadsdrivande. Borttagandet av delade turer gör att fler personer behöver jobba helg, vilket skapar en överkapacitet på vardagar.
- På IT-området förväntas en hel del förändringar och utveckling ske, dessa berör administration, välfärdsteknik och telemedicin. Mycket av lösningar på utmaningar vård- och omsorg har framöver ligger i digitalisering inklusive AI (artificiell intelligens). För varje digitaliserat arbetssätt/produkt kommer dock ett administrations- och supportbehov.
- Yrkesresan äldreomsorg är ett nationellt utbildningskoncept för omsorgspersonal då dessa yrken blivit mer komplexa och en strukturerad kompetensutveckling är viktig. Baspaketet innehåller 48 timmar utbildning per personal.
- Språkkrav i äldreomsorg regleras i ny lag som kommer 1 juli 2026. Staten har upphandlat "kostnadsfri" utbildning via utbildaren Merit, där utbildningar startar redan mars 2026.

Hälso- och sjukvårdsorganisationen

- Den pågående utredningen kring revidering av hemsjukvårdsavtalet och eventuell ny ekonomisk reglering kommer arbetas med under året av huvudmännen.
- Fortsatt ökat tryck gällande hemsjukvård och den tenderar att bli alltmer avancerad. Den demografiska utvecklingen med fler 80+ åringar fram till 2030 tillsammans med närsjukvårdsomställningen bedöms vara huvudorsaken.
- LOS, Lagen Om Samverkan, avtalet är uppsagt av regionen och hur detta kommer påverka är ännu oklart
- Personalrekrytering för legitimerad personal fortsätter att vara utmanande, kostsam hyrpersonal framförallt semestertid kan eventuellt inte undvikas
- Vid uteblivna eller minskade statsbidrag under 2026 blir budget i balans svårt att uppnå på grund av att flertalet inrättade tjänster är utan budgetmedel.

Hemtjänst

- Hitta former för att ta tillvara specialistkompetenser hos medarbetare under vidareutbildning till specialistundersköterskor. Dessa utökade eller eventuellt nya uppdrag kan påverka ekonomin något.
- Fortsatt arbete med anpassningar och nya arbetssätt med anledning av nya socialtjänstlagen, att ärenden går direkt till verkställighet utan biståndsbedömning kan över tid påverka volymerna och administrativ börda.

Särskilt boende

- Budget i balans är fortsättningsvis en utmaning eftersom inget budgettillskott tillfördes i samband med bortplockande av delade turer och rätt till heltid
- Öka frisknärvaron
- Planering inför yrkesresan för alla medarbetare
- Hitta former för att ta tillvara på ny kompetens hos de medarbetare som utbildat sig till specialistundersköterskor.

Nämndens mål

Analys av måluppfyllelse

Vård- och omsorgsnämnden beslutade om mål och indikatorer i samband med budget 2025. Varje mål har flera indikatorer som är mätbara med målsättningar för att avgöra om vård- och omsorgsnämndens mål är uppfylla eller ej. Till varje nämndmål finns indikatorsnivåer, när ett mål får anses nå godkänd måluppfyllelse (grönt), delvis måluppfyllelse (gult) och ej godkänd måluppfyllelse (rött) genom de mätbara indikatorerna. Detta skapar en tydlighet i

måluppfyllelse och tar bort möjligheten för förvaltningen att själva uppskatta resultatet.

Verksamhetens arbete kring målen och indikatorerna 2025 har varit pågående under hela året. Flertalet indikatorer bygger på resultatet av brukarundersökningen "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen". Svarsfrekvensen för hemtjänsten är jämförbart med förra årets resultat.

Svarsfrekvensen för verksamhetsområdet särskilt boende däremot var mycket låg i år över lag samt att utfallet i indikatorerna grundar sig i enbart två av sex enheter vilket gör det svårt att analysera orsaken till utfallet och dra relevanta slutsatser mer än att förvaltningen behöver arbeta ännu mera aktivt med att öka deltagandet på enkäten men även hitta nya former för att kartlägga brukarnas behov i enlighet med kraven i den nya socialtjänstlagen.

Vid tillfälle för årsredovisning 2025 är det flera av målen som ännu inte uppfyllts helt. Målarbetet är ett kontinuerligt och långsiktigt arbete som pågår och är förankrat i verksamheten. Ständig dialog förs på alla enheter och i ledningsgruppen i syfte att hela tiden förbättra måluppfyllelsen.

Unika miljöer och attraktivt boende genom hela livet

Nämndmål	
Verksamhetens boendeformer ska främja goda levnadsförhållanden utifrån individuella förutsättningar.	
Kommentar 2025	
Särskilt boende	
Målet anses vara delvis uppfyllt.	
Samverkan med Sölvesborgshem sker 3-4 ggr/år där det lyfts önskemål om förbättringar både i inom - utomhusmiljön. En hel del åtgärder är redan genomförda men fler förslag finns bland annat byte av material på gångvägarna och automatiska dörröppnare för att öka tillgängligheten. Bland annat har det skett en översyn över ljudnivån i de gemensamma utrymmena. Möbler byts ut regelbundet och bland annat på Solgården har det satsats på just möbler under hösten 2025. Verksamheten behöver bli bättre på att fråga brukare och dess närstående om förslag på åtgärder samt att ta reda på behoven.	
Trivseln i det egna rummet är svårare att påverka för verksamheten eftersom det är individens egen lägenhet med egna möbler. Under 2025 är det införskaffat kylskåp till alla rum. Inför inflytt besiktas lägenheten av Sölvesborgshem som även beslutar om renovering. Vissa badrum kommer att genomgå en renovering och få kakel samt höj/sänkbart handfat.	
Under hösten har ett projekt startat på Solgården för att förbättra det sociala innehållet utifrån brukarens intresse och behov. Inköp har gjorts för att möjliggöra aktiviteter i olika former och är placerade i det gemensamma aktivitetsutrymmet "Glashuset" så alla kan ta del av dem. Man har möjlighet att göra aktiviteter enskilt och/eller i grupp i Glashuset eller på enheterna. Aktiviteterna schemaläggs. Solgården kommer även att starta samverkan med dagverksamheten Sunnanbo för att samplanera en del aktiviteter på Mötesplatsen.	
Exempel på större aktiviteter inom särskilt boende är: Hotellfrukost anordnas 1 gång i månaden, MAIF:S fotbollsmatcher i Allsvenskan är ett uppskattat inslag där många tittar gemensamt. I samband med detta anordnas det ibland pizzakväll och tilltugg.	
Julfest med underhållning och mat har anordnats i december. Tidigare år har detta varit mycket uppskattat.	

Indikator	Utfall 2024	Utfall 2025	Mål	Status
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - trivsamma gemensamma utrymmen, andel (%)	41,86	55,32	75	■
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - trivs med rum/lägenhet, andel (%)	65,85	66,67	75	◆
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - sociala aktiviteter, andel (%)	42,11	40	65	■

Indikator	Utfall 2024	Utfall 2025	Mål	Status
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - trivsamt utomhus, andel (%)	71,43	69,23	70	

Upplevd trygghet och säkerhet i hela kommunen

Nämndmål
Verksamheten ska bidra till att kommuninvånarna ska uppleva trygghet genom livet. 
Kommentar 2025 Målet anses vara delvis uppfyllt. Hemtjänst Årets brukarundersökning visar att 84 % känner att det är tryggt att bo hemma med hemtjänst. (Riket 85%). Planeraren lämnar i god tid ut ändring till kontaktman eller fast omsorgskontakt om möjlighet finns då det inte alltid är möjligt att informera i god tid pga ex sjukdom/VAB. Resultatet från undersökningen är inte tillfredställande utan verksamheten behöver fortsätta jobba med att informera och framförallt se till att informationen verkligen når fram och blir tydlig för den enskilde brukaren. Hur man ska lyckas med detta är ett arbete för 2026 års APT. Hemtjänsten behöver även arbeta vidare med att personalen själv ringer upp brukaren vid akuta oförutsedda dagliga händelser. Vi har som mål att höra av oss till brukaren om förseningen blir mer än 20 minuter. Vad gäller personalkontinuiteten uppnår verksamheten inte målet på 14 personer under en 14-dagars period. Resultatet är i genomsnitt 15,31 över hela året och över alla enheter. Orsaken till den lite för höga siffran är bland annat en del nya vikarier där det tagit tid att få delegationer som gjort att verksamheten har behövt låna medarbetare mellan enheterna. Verksamheten har en hel del dubbelbemanningar samt hög sjukfrånvaro. En ny planerare arbetar på ena enheten, det tar tid att skaffa sig erfarenhet för att kunna planera riktigt effektivt. Särskilt boende Tyvärr var det lågt deltagande i årets brukarundersökning, vilket innebär att det blir svårare att analysera. Det som kan spegla resultatet är att personal har påverkats av förändringar i organisationen, vilket i sin tur kan ha påverkat brukarnas upplevda trygghet. Under hösten har det arbetats mycket med personalens attityder och inställning samt kontakt med närstående.

Indikator	Utfall 2024	Utfall 2025	Mål	Status
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - trygghet, andel (%)	93,46	83,89	90	
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - trygghet, andel (%)	86,36	76,09	90	
Kontinuitet månatlig uppföljning - antal personal eller färre	16,06	15,87	14	

God tillgänglighet fysiskt och digitalt

Nämndmål
Verksamheten ska främja kommuninvånarnas självständighet via fysiska möten och välfärdsteknik. 
Kommentar 2025 Målet anses vara uppfyllt. Hemtjänst 76% upplever att det är mycket lätt eller ganska lätt att få kontakt med hemtjänsten. Målet på 75 är uppnått. När biståndshandläggare är på hembesök och ansökan om hemtjänst beviljas så informerar handläggaren om hur brukaren kommer i kontakt med hemtjänsten. När brukaren tilldelats kontaktman eller fast omsorgskontakt så informerar denne brukaren om hur brukaren kommer i kontakt med hemtjänstgruppen, planeringen samt enhetschef. Trots denna information har brukarna överlag dålig vetskap om vart dem ska vända sig vid framförandet av synpunkter och klagomål. Detta är ett område som har stor förbättringspotential. Verksamheten behöver även se över hur vi kommunicerar ut mot brukare och dennes anhöriga då det kan finnas modernare digitala vägar att använda. Särskilt boende

Nämndmål
Genom tidigare implementerade synsätt gällande IBIC med beskrivningar i varje brukares genomförandeplan struktureras och prövas denna fråga systematiskt över tid, utefter behovet hos varje individ. Varje individ tillfrågas personligen om möjligt, annars utifrån personalens professionalitet och kontakter med olika yrkesprofessioner. Det sker på olika sätt så som exempelvis trygghetslarm, tillsyn eller på andra överenskomna sätt. Verksamheten arbetar löpande med IBIC och gör det som är möjligt för att öka kunskap hos personalen utifrån olika genomgångar. Verksamheten poängterar betydelsen av levnadsberättelsen och vikten av att fylla i det som brukare/anhöriga ser som viktigt för personalen att veta för att kunna möta brukaren utifrån dennes behov. Under hösten uppdaterades informationsbroschyren med förtydligande kring vart brukare och närstående ska vända sig. Målet är uppfyllt men en strävan efter högre tillgänglighet finns.

Indikator	Utfall 2024	Utfall 2025	Mål	Status
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - få kontakt med hemtjänstpersonalen, andel (%)	70,92	75,71	75	
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - få kontakt med personalen på boendet, andel (%)	83,72	82,61	80	

Tydlig ekonomistyrning och god kontroll

Nämndmål
Verksamheten har en budget i balans och en kontinuerlig uppföljning. 
Kommentar 2025 Utfallet för helåret 2025 är positivt om 8 308 tkr, det är den så kallade resurspotten vilken finansierar hemtjänsttimmar som står för den största enskilda delen (5 623 tkr). Detta beror på att antalet beviljade hemtjänsttimmar går ned, trots att antalet brukare ökar, vilket enklast kan förklaras av att många äldre är "friskare" och att biståndshandläggningen är strukturerad och så enhetlig som möjligt. Vad gäller personalkostnader är utfallet totalt ett svagt minus, där den största negativa posten är personalkostnader på särskilt boende. Detta beror på utmaningen med att hantera önskad sysselsättningsgrad/heltid som norm, där tillgänglig arbetstid inte alltid matchar sjukfrånvaro m.m. och därmed övertaligheten inte exakt vägs upp av sjukfrånvaro och semester etc. Även borttagandet av så kallade delade turer (där personal arbetar del av dag och sedan återkommer och arbetar ytterligare en del av dag, under samma dygn) försvårar möjligheten till ett neutralt utfall eftersom då fler individer behövs för att bemanna verksamheten framförallt gällande helger. Ekonomiuppföljning i vård- och omsorgsnämnden har följts enligt beslutad plan 2025. Viktigt att notera är att statsbidrag under 2025 sammantaget bidragit med cirka 8 000 tkr till utfallet.
Verksamheten bedrivs med en god intern kontroll och aktiv riskhantering. 
Kommentar 2025 Intern kontroll har utförts enligt plan och redovisats på arbetsutskott med undantag för kontrollområde "Digitala arbetssätt, välfärdsteknik och teknik" avseende juni månad, vilken istället gjorde i september p.ga. sjukdom.

Indikator	Utfall 2024	Utfall 2025	Mål	Status
Driftredovisning				
Personalkostnader				
Årliga uppföljningen av internkontrollen	 Ja	 Ja		

God omsorg med hög kvalitet för olika behov

Nämndmål
Kommuninvånarna ska tillförsäkras en rättssäker omsorg av god kvalitet. 
Kommentar 2025

Nämndmål
Målet anses vara delvis uppfyllt. Hemtjänst Resultatet i brukarundersökningen för bemötande i hemtjänsten är 98%, vilket verksamheten är mycket nöjd med. Hemtjänsten har flera enheter som har 100% positiva svar på bemötande. En enhet hamnar på 93%, vilket är något under snittet för riket. Dialog om värdegrund och bemötande finns på varje dagordning för APT. Den sammantagna nöjdheten är 88% vilket är något lägre än förra året. I rollen som enhetschef samtalar man med brukare varje vecka utifrån det som fungerar väl och mindre väl. Dialog förs även i personalgruppen om vilka eventuella synpunkter brukaren har framfört till den fasta omsorgskontakten. Även hemtjänstens planerare har en dialog med brukare utifrån vad brukaren tycker fungerar väl eller vad som eventuellt behöver förändras. Under 2026 planeras en översyn gällande utökad delaktighet vid planering av insatser. Särskilt boende Resultatet av brukarundersökningen speglar enbart ett fåtal enheter. Verksamheten behöver arbeta vidare med att öka deltagandet på Socialstyrelsens enkät, vilket bland annat kommer att lyftas på anhörigträffar. Indikator för gott bemötande uppnår nästan målvärdet men inte helt tyvärr. Det låga andelen av deltagande i enkäten kan påverka utfallet. Verksamheten lägger stor fokus på just bemötandet både mot brukare och dess närstående samt kommunikation i alla led.
Kommuninvånarna ska tillförsäkras en god och patientsäker vård. 
Kommentar 2025 Målet är delvis uppfyllt: Hemtjänst Implementeringen av arbetet med och riskbedömningar inom ordinärt boende och plan för åtgärder mot fall, undernäring, trycksår och nedsatt munhälsa har gått enligt plan och målet på 50 % är uppfyllt. Särskilt boende Arbetet med och riskbedömningar inom särskilt boende och plan för åtgärder mot fall, undernäring, trycksår och nedsatt munhälsa har uppnått och överskridit målet. Nattfasta: Alla enheter uppnår vid årets slut målet på max 11 timmar. Nattfastan har minskat till 9,68. Arbetet med att minska nattfasta pågår kontinuerligt via information på APT och samverkan med kostenheten. Några boende har längre nattfasta men det är enligt individuella önskemål och dygnsrytm. HSL allmänt Följsamhet av basal hygien mäts två gånger årligen och tyvärr ses en ytterligare minskning. En enhet hade 100% följsamhet i alla steg men ingen annan enhet uppfyllde målet på 90 %. Under hösten 2025 införskaffades hållare till handsprit, handskar och förkläden som sattes upp både utanför och innanför boendes lägenhet för att öka tillgängligheten. Under 2026 ska de obligatoriska digitala utbildningarna prioriteras av både personal samt chefer. På verksamhetsdagar ska MAS och regionens hygiensköterska bjudas in för ytterligare utbildning. Snittet på alla åtta indikatorerna för palliativ vård blev 87 % vilket inte uppfyller målet helt. Jämförbart med riket på 81 %. En indikator kan verksamheten inte direkt påverka då det berör läkarnas brytpunktssamtal, verksamheten har dock blivit bättre på att initiera dem vilket har givit positivt resultat, hela 93% har haft ett brytpunktssamtal. Gällande bedömd munhälsa så får alla patienter i sen fas en s.k. munvårdsbricka och regelbunden munvård sker men bedöms inte enligt skattningsformuläret ROAG vilket innebär att verksamheten måste besvara frågan med ett nej i kvalitetsregistret vilket påverkar utfallet. Inför 2026 behöver verksamheten fokusera på bland annat att bli bättre på att erbjuda efterlevandesamtal.

Indikator	Utfall 2024	Utfall 2025	Mål	Status
Andel omsorgspersonal med formell kompetens	85,7 %	84 %	86 %	
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)	69,05	71,11	83	
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - bemötande, andel (%)	96,27	98,01	98	
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)	91	88	92	
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - bemötande, andel (%)	95,45	91,84	94	

Indikator	Utfall 2024	Utfall 2025	Mål	Status
Åtgärder mot fall, undernäring, trycksår och nedsatt munhälsa för personer i särskilt boende, andel (%)	95	97	75	
Åtgärder mot fall, undernäring, trycksår och nedsatt munhälsa för personer med hemsjukvård i ordinärt boende, andel (%)	0	50	50	
Mätning av natfasta	11,06	9,68	11	
Följsamhet basal hygien 8 steg	53 %	37,6 %	90 %	
Palliativ vård: 8 indikatorer för god palliativ vård ska uppfyllas (%)	94,8 %	87 %	92 %	

En attraktiv arbetsplats med medborgaren i fokus

Nämndmål
Verksamheten har nöjda medarbetare 
Kommentar 2025 HSL och Myndighetenheten Sjukfrånvaron är 8,1% men korttidsfrånvaron ligger på 3,0% vilket är positivt. Under året har det varit flera långtidssjukskrivna, av dessa bedöms den arbetsrelaterade inverkan vara underordnad. Särskilt boende SÄBO redovisas tillsammans med HSL och siffran är 3,76 av 5,0 vilket innebär att ingen handlingsplan behövs. Det var lite lägre siffra inom "jag ser fram emot att gå till arbetet" - har varit en hel del förändringar senaste året med schema, dygnsvila etc. som kan påverka resultatet. Det pågår fortlöpande arbete gällande inställning, attityder samt hur vi kan ge positiv/negativ feedback och visa varandra uppskattning. Sjukfrånvaron ligger högt och arbete pågår med korregerande samtal, första dags intyg och rehab planer. Korttidsfrånvaron är 5,6% vilket är något högre än under 2024 Hemtjänst Medarbetarundersökningen för hemtjänsten(HME-delen) visar på ett totalt medelvärde på 4,13. Totalen för alla kategorier är 3,99. Sjukfrånvaron ligger tom nov-25 på 10,3 i snitt. Korttidsfrånvaro 5,2. Tendensen i hemtjänsten har varit sakta nedåt under hela året, vilket är glädjande men fortfarande för hög.

Indikator	Utfall 2024	Utfall 2025	Mål	Status
Medarbetarengagemang (HME) hemtjänst äldreomsorg - Totalindex		77,25	76	
Medarbetarengagemang (HME) särskilt boende äldreomsorg - Totalindex		68,5	76	
Sjukfrånvaro totalt - dagintervall	10,8 %	10,1 %		

Investeringsredovisning

				AVSLUTADE PROJEKT		
Belopp i tkr	ÅRETS INVESTERINGAR			TOTALT FRÅN PROJEKTET START		
	Budget	Utfall		Budget	Utfall	
Investeringsprojekt	2025	2025	Avvikelse	Ack	Ack	Avvikelse
Vård och omsorgsnämnd						
35001 Kylskåp för läkemedel HSL	120	0	120	120	0	120
35002 Läkemedesskåp narkotika	80	0	80	80	0	80
35003 Travessystem Solgården	130	0	130	130	0	130
35100 Valfärdsteknik	200	0	200	200	0	200
35101 Digitala lås	480	457	23	480	457	23
35104 Inventarier HSL	100	0	100	100	0	100
35105 Verksamhetssystem	300	109	191	300	109	191
35114 Brandlakan, SÄBO	100	80	20	100	80	20
35119 Inventarier Säbo	250	235	15	250	235	15
35154 Inventarier hemtjänsten	100	0	100	100	0	100
35211 Hög och sänkbara sängar	80	0	80	80	0	80
Summa vård- och omsorgsnämnd	1 940	881	1 059	1 940	881	1 059

Kommentarer till investeringsredovisningen

Nyckeltal

Sammanställning ekonomi

Ekonomi, tkr	Budget 2025	Bokslut 2025	Budgetavvikelse
Verksamhetens intäkter	38 573	53 783	15 210
Verksamhetens kostnader	-354 220	-360 997	-6 777
<i>varav personalkostnader</i>	<i>-224 941</i>	<i>-2 250 224</i>	<i>-2 025 283</i>
Verksamhetens nettokostnader	-315 647	-307 214	8 433
Nettoinvesteringar			

Sammanställning personal

Personalbild	Bokslut 2025
Antal inrättade tjänster	315,2
Total sjukfrånvaro i procent av tillgänglig arbetstid	
Dag 1-14	5,1 %
Dag 15-90	2,3 %
Dag 91-	2,6 %
Antal anställda personer	
Tillsvidareanställda (mätpunkt 30 november)	363
Visstidsanställda (mätpunkt 30 november)	35
Medelsysselsättningsgrad	
Kvinnor	92,8 %

Män	92,7 %
-----	--------

Verksamhetsrapport

Solgården 1



**Sölvesborgs
kommun**

Verksamhetsrapport

Innehållsförteckning

1 Driftbudget (manuell)	3
2 Personalredovisning (manuell)	3
3 Verksamhetsbeskrivning	3
4 Måluppfyllnad	4
4.1 Verksamheten har nöjda medarbetare	4
4.1.1 Arbeta med friskfaktorer på säbo	4
4.2 Verksamheten ska främja kommuninvånarnas självständighet via fysiska möten och välfärdsteknik.	5
4.2.1 Öka lyhördheten för individuella behov av att kunna komma i kontakt med personalen på boendet (utifrån fråga i brukarundersökningen)	5
4.3 Kommuninvånarna ska tillförsäkras en rättssäker omsorg av god kvalitet.	5
4.3.1 Värdegrundsarbete på APT	5
4.4 Kommuninvånarna ska tillförsäkras en god och patientsäker vård.	6
4.4.1 Förbättra följsamheten av Senior alert utifrån säbo-enheternas förutsättningar	6
4.4.2 Individuell dygnsrytm ska beaktas	6
4.4.3 Kontinuerliga samtal med arbetsgruppen i syfte att öka följsamheten av rutinen för basal hygien	7
4.4.4 Stärka hygienombudens roll genom ändamålsenliga åtgärder (hygien ssk)	7
4.5 Verksamhetens boendeformer ska främja goda levnadsförhållanden utifrån individuella förutsättningar.	7
4.5.1 Kontinuerliga samverkansmöten med Sölvesborgshem där behov och åtgärder framförs och planeras avseende sabo-fastigheter såväl inomhus som utomhus	7
4.5.2 Utveckla lokala aktiviteter på grupp- och individnivå	8
5 Årets viktigaste händelser	9
6 Sammanfattande analys av året - utfall för verksamhet och ekonomi	9
7 Förväntad utveckling	10

Verksamhetsrapport

1 Driftbudget (manuell)

Driftbudget, tkr	Budget 2025	Bokslut 2025
Personalkostnadsrelaterade intäkter		
Övriga intäkter		2
Summa intäkter		2
Personalkostnader	-11 676,6	-13 708,4
Övriga kostnader	-2 998,6	-3 294,7
Summa kostnader	-14 675,2	-17 003,1
Nettokostnader	-14 675,2	-17 001,1

2 Personalredovisning (manuell)

Personalredovisning	Budget 2025	Bokslut 2025
Inrättade tjänster	14,66	21,85
Sjukfrånvaro i % av tillgänglig tid, förvaltningen*		10,2 %
Sjukfrånvaro i % av tillgänglig tid, enheten*		11,1 %
varav dag 1-14		7,8 %
varav dag 15-90		2,3%
varav dag 91-		3,2 %
Övertid, tkr		-259,2
Ob ersättning, tkr	-1 572,3	-1 772,7

3 Verksamhetsbeskrivning

Solgården 1 är ett särskilt boende som består av **tre enheter**:

- **C1** – demensenhet med 6 lägenheter
- **C2** – somatisk enhet med 7 lägenheter
- **C3** – demensenhet på översta våningen med 7 lägenheter

Varje enhet har ett gemensamt vardagsrum och kök där brukarna kan umgås och äta tillsammans om de önskar. Utöver detta finns en större innegård med sittplatser och i anslutning till denna finns en gemensam öppen lokal med sittgrupper, här finns olika saker tillgängliga för att aktivera sig eller bara ha en trevlig stund. Ett växthus är beläget intill som skapar möjlighet till utevistelse och social samvaro.

Solgården omfattar sammanfattningsvis två hus med gemensamma mötesplatser.

Solgårdens mötesplats och **Sunnanbo** finns i byggnaden som är en lokal

Verksamhetsrapport

mötesplats/daglig verksamhet vid huvudentrén där aktiviteter och sociala träffar organiseras.

Under 2025 har planering och bemanningssarbetet fortsatt inom budget. Nattgruppen på Solgården är jämnt fördelad mellan chefsområdena.

En omorganisering har genomförts under årets början då chefstjänst på Solgården 1 inte tillsattes, vilket har inneburit stora förändringar på det totala verksamhetsområdet för Särskilt boende. Lokalt har det inneburit att Solgården 1 tilldelades ny chef (undertecknad). Arbetet med att **skapa struktur** och **förbättra samarbete** samt **attityder** på hela Solgården har varit en central del under hela 2025.

Inom Solgården 1 finns även en separat delgrupp **Omsorgsadministratörer Särskilt boende**, bestående av två personer, som har en viktig roll i att stödja Särskilt boende administrativt och bidra till struktur och kvalitet.

4 Måluppfyllnad

4.1 Verksamheten har nöjda medarbetare

4.1.1 Arbeta med friskfaktorer på säbo

På Solgården arbetar vi aktivt med friskfaktorer som skapar förutsättningar för trivsel, engagemang och återhämtning. Vårt fokus ligger på **tydlighet, struktur och ett närvarande ledarskap**, där delaktighet, ansvar och ett positivt arbetsklimat är centrala delar. Vi stärker kompetensen genom att involvera olika professioner vid exempelvis APT och satsar på utveckling inom **TEAM-samverkan, IBIC/värdegrund, teknik och medarbetarskap**. Under hösten 2025 har vi intensifierat arbetet med ansvarsfördelning och samarbete genom fyra planerade träffar som följs upp löpande. Detta har delvis **resulterat i ett grundschema** med som utgår från 5 pers dag, 5 pers kväll som delvis är nytt, men enligt undersökningar innebär den **mest fördelar** så som minskad sårbarhet och stress samt ökad kvalitet och trygghet för både brukare och arbetsmiljö. Innan grundschema träder i kraft ska alla medarbetare vara delaktiga i ett **schemamöte** tillsammans med bemanningsspecialist och enhetschefer för att öka transparens och delaktighet. Grundschema utvärderas efter sommarperiod 2026.

För att skapa en inspirerande och harmonisk miljö har vi inrett olika ytor med omsorg. **Trappuppgångarna har fått stora tavlor, prydnadsväxter och belysning**, vilket ger ett välkomnande intryck. **Vilorummet har inretts med textilier, lampor och tavlor** för att ge bättre förutsättningar för återhämtning. Vi gör medarbetarna delaktiga i trivselsarbetet och planerar en verksamhetsdag i början av 2026 för att ytterligare stärka gemenskapen.

En enkät har skickats ut för att fånga upp upplevelsen av arbetsmiljön, och resultatet kommer att analyseras och presenteras under början av 2026. Genom dessa insatser skapar vi en arbetsplats där **välstånd, kompetens och samarbete** är grunden för kvalitet i omsorgen.

Verksamhetsrapport

4.2 Verksamheten ska främja kommuninvånarnas självständighet via fysiska möten och välfärdsteknik.

4.2.1 Öka lyhördheten för individuella behov av att kunna komma i kontakt med personalen på boendet (utifrån fråga i brukarundersökningen)

På Solgården arbetar vi kontinuerligt för att möta varje brukares individuella behov. Genom att använda **IBIC** som grundmodell arbetar vi att insatserna utgår från personens egna resurser, behov och önskemål. Vi stärker medarbetares kunskap genom regelbundna genomgångar och kompetenshöjande insatser, vilket gör arbetet mer strukturerat och individanpassat.

Varje brukare ska ha tillgång till **trygghetslarm**, vilket ger en extra nivå av säkerhet och möjlighet till snabb kontakt med medarbetare. I det pågående arbetet med bemanning och schema kontra arbetssätt är brukarnas behov en central del. Vi landar i slutet av 2025 i en **gemensam struktur** och **planering** i t.ex. **enheternas veckoplaneringar** för att ha en jämn arbetsbelastning och samtidigt möta individuella behov.

För att ytterligare främja trygghet och kvalitet satsar vi på **kompetensutveckling inom kontaktmannaskap** och ett mer utvecklat samarbete i teamen. Detta syftar till att skapa kontinuitet, stärka relationerna och säkerställa att varje brukare får en omsorg som är både personlig och professionell.

Vi har identifierat att **äldre inaktuella arbetssätt förekommer** ibland vilket försvårar att möta individuella behov. Ett exempel på detta är att vissa inte ser aktiviteter som en naturlig del i arbetet, eller att man ibland serverar kvällsmål enligt rutin och inte enligt behov. Enhetschefer behöver ständigt vara uppmärksamma och leda arbetet i rätt riktning.

Vi har identifierat att arbetet kring kontaktmannaskap och ansvarstagande behöver fortsätta för att säkerställa kvalitén, en plan finns för detta.

4.3 Kommuninvånarna ska tillförsäkras en rättssäker omsorg av god kvalitet.

4.3.1 Värdegrundsarbete på APT

På Solgården är värdegrundsarbetet en integrerad del av våra APT-träffar och sker löpande i olika former. Syftet är att skapa ett **kollegialt arbetsklimat** där samarbete, bemötande och struktur står i centrum. Vi arbetar med **delaktighet och transparens** som grundförutsättningar för att stärka både arbetsmiljö och kvalitet i omsorgen.

Under året har vi genomfört workshops och reflektionsövningar som berör **brukarperspektiv, etiska dilemman, bemötande, kommunikation och arbetsmiljö**. Övningarna har skett både individuellt och i grupp för att främja dialog och samsyn. Ett exempel är att medarbetarna har skrivit en egen levnadsberättelse

Verksamhetsrapport

och delat med kollegor, vilket har gett insikt i vad som är viktigt för var och en och hjälpt oss att formulera gemensamma spelregler.

Arbetet fortsätter under 2026 med regelbundna uppföljningar och fördjupning inom **IBIC och värdegrund**, vilket vi ser som en viktig del i att stärka både brukarnas upplevelse och arbetsgruppens samarbete. Solgårdens medarbetare kommer tillsammans **skapa sin egna värdegrund** som kommer pryda varje kontor i en egen tavla, den kommer syfta till att dagligen påminna och motivera medarbetare till att verka för en stärkt och gemensam värdegrund.

4.4 Kommuninvånarna ska tillförsäkras en god och patientsäker vård.

4.4.1 Förbättra följsamheten av Senior alert utifrån säbo-enheternas förutsättningar

Vi har under året lagt grunden för ett mer strukturerat och hållbart arbete med **Senior Alert** tillsammans med PAS. Arbetet sker med tydlig framförhållning, där bedömningar och uppföljningar tas upp på TEAM-träffar. Det finns en upplevelse av att samarbetet är synligt förbättrat under hösten 2025.

För att stärka hälso- och sjukvårdsperspektivet har ett samarbete gjorts med HSL både lokalt på Solgården men även på övergripande nivå.

4.4.2 Individuell dygnsrytm ska beaktas

Under året har vi fortsatt att arbeta aktivt med att beakta varje individs dygnsrytm utifrån personliga behov och önskemål. Detta har lyfts både i det dagliga arbetet och vid våra TEAM-träffar för att säkerställa att insatser planeras och utförs på ett sätt som främjar välbefinnande och livskvalitet.

Vi har identifierat att bemanningsmodellen med **6/4 per hus** inte är optimal utifrån IBIC-perspektivet. Den modellen innebar utmaningar i att tillgodose samtliga brukares önskemål och riskerade att skapa arbetsmiljöproblem. Efter noggrann analys och dialog fattades beslut i december om en ny strategi för bemanning.

Från och med årsskiftet har vi övergått till **5/5-bemanning**, vilket ger ett jämnare bemanningsflöde över dagen. Denna förändring gör det möjligt att ge insatser både morgon och kväll, vilket bättre stödjer brukarnas individuella dygnsrytm. Det nya arbetssättet kräver tydlig struktur och kontinuerliga uppföljningar, vilket vi har etablerat genom regelbundna möten med representanter från varje enhet. Syftet är att skapa en hållbar organisation som gynnar både brukarnas behov och arbetsmiljö.

Denna förändring är ett viktigt steg mot ökad kvalitet och individanpassning i Solgårdens vård- och omsorg.

Verksamhetsrapport

4.4.3 Kontinuerliga samtal med arbetsgruppen i syfte att öka följsamheten av rutinen för basal hygien

Under 2025 har vi haft ett tydligt fokus på att stärka följsamheten till rutinen för basal hygien. Arbetet utgår från en rapport som speglar övergripande översyn om följsamhet kring basal hygien. Fokusområden har identifierats och en plan gjordes för att förbättra följsamhet.

Chefer på Solgården har haft kontinuerliga dialoger med arbetsgruppen och vid gemensamma möten, där vi lyft vikten av korrekt hygienarbete och identifierat förbättringsområden.

Följande konkreta åtgärder har vidtagits:

- **Miljöanpassning:** Vi har arbetat med utformningen av miljön för att tydliggöra vad som är rent respektive smutsigt, samt gjort inköp som stödjer detta.
- **Material och utrustning:** Handsprit- och förklädeshållare monteras vid årsskiftet på väggar för att underlätta tillgänglighet och rätt användning.
- **Rollfördelning:** En inventering av ombudsroller har genomförts och basal hygien-ombud har utsetts på varje enhet.
- **Kompetens:** För att säkerställa kompetens och fortsatt utveckling planeras ett avstämningsmöte med ombuden i januari 2026. Syftet är att följa upp arbetet, tydliggöra fokusområden och skapa en långsiktig struktur som stärker kvalitet.

4.4.4 Stärka hygienombudens roll genom ändamålsenliga åtgärder (hygien ssk)

Under året har vi arbetat med att tydliggöra hygienombudens ansvarsområden på hela Solgården och utsett nya ombud där det funnits behov. Vi har identifierat att delaktigheten i hygienarbetet tidigare varit låg, vilket vi nu aktivt arbetar för att förändra. På senaste hygienträffen deltog medarbetare och inför kommande hygienmätning, som blir den första för vissa ombud, har vi klargjort vad rollen innefattar rent konkret.

Hygienombuden har regelbundna möten med MAS inför mätningarna, vilket stärker kompetensen och ger struktur i arbetet. Under året har även en smittskyddsround genomförts där representanter deltog. Ronden resulterade i flera förbättringsförslag som verksamheten nu planerar att åtgärda. Hygienombuden har varit delaktiga i detta förbättringsarbete, vilket också påvisar vikten av av deras funktion och ansvar.

4.5 Verksamhetens boendeformer ska främja goda levnadsförhållanden utifrån individuella förutsättningar.

4.5.1 Kontinuerliga samverkansmöten med Sölvesborgshem där behov och åtgärder framförs och planeras avseende sabo-fastigheter såväl inomhus som utomhus

Under året har samverkan med Sölvesborgshem främst skett genom regelbundna

Verksamhetsrapport

dialoger vid ledningsmöten. Fokus har varit att identifiera behov och planera åtgärder för SABO-fastigheterna, både inomhus och utomhus. Att samarbeta med Sölvesborgshem är en viktig och långsiktig strategi för att skapa en funktionell och trivsamt miljö för både boende och medarbetare.

Några av de utförda konkreta förbättringarna som är utförda, är att ljuddämpande plattor har installerats i administrationsdelen, vilket har bidragit till en bättre miljö. Entréer är inredda i enhetlig interiör med stora harmoniska tavlor, lampor och blommor i färger som är lämpliga för personer med demens.

Sölvesborgshem utformar vägvisare för att skapa visuell tydlighet för de som bor Solgården och besökare. Vi har även framfört önskemål om att sätta upp liknande plattor på samtliga enheter för att ytterligare minska ljudnivåer. Utöver detta har vi initierat ett förslag om att involvera konstnären C.M. i utformningen av miljön, som kan skapa trivsamt miljö genom konstverk. Samt lagt önskemål om att tapetsera entrédörrar som ett bibliotek för att öka trivsel och minska risk för oro hos de boende.

4.5.2 Utveckla lokala aktiviteter på grupp- och individnivå

Under hösten 2025 identifierades behov av att förbättra aktiviteter på Solgården. Det som försvårat arbetet har varit struktur, ansvarstagande, bemanning, material till aktiviteter och samarbete. Under hösten 2025 har undertecknad skapat grund för ett mer strukturerat och inspirerande aktivitetsarbete på Solgården. Arbetet omfattar flera delar:

- **Inspirationsmaterial och struktur:** Vi har tagit fram en affisch som uppmuntrar boende att delta i aktiviteter eller komma med egna förslag, samt ett blad som visar vilken medarbetare som har schemalagd tid för aktiviteter. Tiden som planeras på arbetstid är utanför budget och oftast på eftermiddagar.
- **Uppföljning och variation:** En särskild blankett används för att dokumentera erbjudna aktiviteter och deras frekvens, vilket ger underlag för uppföljning och variation i utbudet.
- **Aktivitetsutbud:** Vi har utformat ett häfte med förslag på enkla aktiviteter som inte kräver mycket material och förberedelser såsom sittgympa, ordlekar, memory, sång och pyssel. Inköp har gjorts för att möjliggöra, så som spel, pyssel, högtalare mm. Under start av 2026 ska vi köpa in ett utbud för att fylla vårt nyinredda **bibliotek**, utbudet ska vara så brett som möjligt.

Ovanstående arbete har bidragit till struktur och variation och sammanfattningsvis en tydlig kvalitetsökning. Vi har även inventerat aktivitetsbehovet och gjort inköp till vårt nyinredda **glasrum**, som nu är möblerat och utformat för att främja trivsel och gemenskap.

Tillsammans med de sociala ombuden har vi etablerat en planeringsstruktur där aktiviteter planeras halvårsvis utifrån traditioner och högtider. Jul och nyår har genomförts med olika besökare och en nyårsfrukost, där särskild arbetstid avsatts för medarbetare att hålla i praktiska inslag. Ombuden kommer framöver att bidra med

Verksamhetsrapport

förslag för kommande månader. Detta arbete har skapat bättre förutsättningar för delaktighet, variation och meningsfulla aktiviteter för de boende.

5 Årets viktigaste händelser

År 2025 har varit ett år av förändring, utveckling och starkt engagemang. Trots ekonomiska utmaningar har vi lyckats hålla en stabil nivå och samtidigt genomföra flera strategiska förbättringar som stärker både kvalitet och arbetsmiljö.

Bemanning och schema

En av årets största framgångar är arbetet med ny bemanningsmodell. Beslutet att införa 5/5-bemanning från februari 2026 markerar ett viktigt steg mot jämnare arbetsflöde och individanpassad omsorg. Förarbetet har präglats av samverkan, delaktighet och transparens med schemamöten, workshops och dialoger som skapat förståelse och engagemang hos medarbetarna.

Struktur och arbetsmiljö

Införandet av bokningsbar tid från november har gett verksamheten en tydligare struktur och förbättrat arbetsmiljön. Tydliggörandet av aktiviteter i schemat har skapat visuell klarhet och ökat kvaliteten i vardagen.

Frisknärvaro och trivsel

Sjukfrånvaron har minskat under hösten, vilket är ett tydligt resultat av våra insatser: förstadagsintyg, trivselåtgärder, kompetenshöjning och kulturförändring. Överanställningar har införts för att skapa trygghet vid frånvaro, vilket stärker stabiliteten i verksamheten.

Samverkan och kulturförändring

Vi har etablerat ett nytt samarbete med bemanningsenheten och samordnare SÄBO, vilket ger en stark grund för framtida effektivisering och kvalitetssäkring. Ledorden för året har varit samarbete, kommunikation och struktur – och dessa genomsyrar allt från schemaplanering till värdegrundsarbete.

Aktiviteter och livskvalitet

Vi har skapat en inspirerande struktur för aktiviteter, med planering, uppföljning och schemalagd tid. Glasrummet har inretts för gemenskap och ett bibliotek planeras för att ge brukarna fler meningsfulla insatser. Jul och nyår har erbjudit uppskattade aktiviteter som stärkt både trivsel och delaktighet.

Sammanfattningsvis har 2025 lagt grunden för en hållbar organisation där kvalitet, arbetsmiljö och individanpassning står i centrum.

6 Sammanfattande analys av året - utfall för verksamhet och ekonomi

År 2025 har präglats av ekonomiska utmaningar med ett fortsatt negativt utfall, men graden har varit stabil. Flera åtgärder har genomförts för att minska kostnader och optimera resurser, vilket bland annat syns i minskade kostnader för sjukfrånvaro, timvikarier och ökad samplanering.

Workshop för hela Solgården har präglat verksamheten utifrån olika

Sölvesborgs kommun

Verksamhetsrapport

kvalitetsaspekter, bland annat utifrån att skapa ett fungerande grundschema, men även att *precisera* vad verksamheten behöver utveckla för att skapa en stabil grund. Workshopen har preciserat att det som behövs är att kvalitetssäkra samarbete, struktur och kommunikation. Workshopen föll ut väl och resultatet arbetas vidare med under 2026.

Införandet av att bokningsbar tid stannar inom verksamheten startade från november, ämnar att minska frånvaro, skapa struktur och förbättra kvalité och arbetsmiljö.

Sjukfrånvaron har minskat radikalt under hösten, vilket speglar effekten av insatser som förstadagsintyg, trivselåtgärder, kompetenshöjning och kulturförändring. För att stärka stabiliteten har överanställningar införts från december.

Samarbetet med bemanningsenheten och samordnare SÄBO har etablerats och kommer att ha stor betydelse framåt. Förarbetet inför ny bemanningsmodell (5/5) har präglats av delaktighet och struktur, med planerad implementering i februari 2026.

Omsorgsadministratörer har identifierat olika rutiner som behöver preciseras för att effektivisera arbetet, vilket görs tidigt under 2026.

På kort sikt fokuserar vi på att optimera befintliga resurser, tydliggöra aktiviteter i schemat och stärka medarbetarskap. På lång sikt är målet att nå balans genom förbättrad semesterplanering, kulturförändring och effektivisering av bemanning. Bemanningshandbok väntas ge ytterligare stöd för en hållbar organisation, vi arbetar för tydlig ansvarsfördelning och tydlighet i rutiner för att effektivisera arbetet.

7 Förväntad utveckling

2026 blir året då vi omsätter planerna i praktiken och tar nästa steg mot en modern, hållbar och inspirerande verksamhet. Implementeringen av den nya bemanningsmodellen (5/5) är en milstolpe som kommer att skapa jämnare arbetsflöde, ökad trygghet och bättre förutsättningar för individanpassad omsorg.

Vi fortsätter att bygga en kultur där delaktighet och ansvarstagande är självklara delar av medarbetarskapet. Genom verksamhetsdagar, medarbetarskap, ledarskap och enkäter ämnar vi att fortsätta stärka samarbete, struktur och kommunikation. Bokningsbar tid och nytt grundschema som verkställs i februari kommer noggrant utvärderas och justeras vid behov.

Aktivitetsarbetet utvecklas ytterligare med halvårsvis planering, nya materialinköp och färdigställande av biblioteket. Vi kommer utvärdera grundstrukturen för att säkerställa att vi arbetar utifrån meningsfullhet i vardagen för brukare.

Ekonomiskt ligger fokus på att nå balans genom förbättrad semesterplanering, effektivisering av bemanning och fortsatt samverkan med bemanningsenheten och samordnare SÄBO. Solgården får gemensam budget vilket också kommer effektivisera arbetet. Vi inväntar besked/rutiner och bemanningshandbok som ska ge en tydligare struktur och stärker kvaliteten i planeringen.

Målet för 2026 är tydligt: vi arbetar vidare med åtgärder som ligger till grund för struktur, samarbete och kvalitet, där medarbetare trivs och brukare får en omsorg

Verksamhetsrapport

som är trygg, personlig och professionell.

Verksamhetsrapport

Solgården 2



**Sölvesborgs
kommun**

Verksamhetsrapport

Innehållsförteckning

1 Driftbudget (manuell)	3
2 Personalredovisning (manuell)	3
3 Verksamhetsbeskrivning	3
4 Måluppfyllnad	4
4.1 Verksamheten har nöjda medarbetare	4
4.1.1 Arbeta med friskfaktorer på säbo	4
4.2 Verksamheten ska främja kommuninvånarnas självständighet via fysiska möten och välfärdsteknik.	4
4.2.1 Öka lyhördheten för individuella behov av att kunna komma i kontakt med personalen på boendet (utifrån fråga i brukarundersökningen)	4
4.3 Kommuninvånarna ska tillförsäkras en rättssäker omsorg av god kvalitet.	4
4.3.1 Värdegrundsarbete på APT	4
4.4 Kommuninvånarna ska tillförsäkras en god och patientsäker vård.	5
4.4.1 Förbättra följsamheten av Senior alert utifrån säbo-enheternas förutsättningar	5
4.4.2 Individuell dygnsrytm ska beaktas	5
4.4.3 Kontinuerliga samtal med arbetsgruppen i syfte att öka följsamheten av rutinen för basal hygien	5
4.4.4 Stärka hygienombudens roll genom ändamålsenliga åtgärder (hygien ssk)	5
4.5 Verksamhetens boendeformer ska främja goda levnadsförhållanden utifrån individuella förutsättningar.	6
4.5.1 Kontinuerliga samverkansmöten med Sölvesborgshem där behov och åtgärder framförs och planeras avseende sabo-fastigheter såväl inomhus som utomhus	6
4.5.2 Utveckla lokala aktiviteter på grupp- och individnivå	6
5 Årets viktigaste händelser	6
6 Sammanfattande analys av året - utfall för verksamhet och ekonomi	7
7 Förväntad utveckling	7

Verksamhetsrapport

1 Driftbudget (manuell)

Driftbudget, tkr	Budget 2025	Bokslut 2025
Personalkostnadsrelaterade intäkter		
Övriga intäkter		2
Summa intäkter		2
Personalkostnader	-15 084,1	-17 554,6
Övriga kostnader	-6 081,5	-6 220,9
Summa kostnader	-21 165,6	-23 775,5
Nettokostnader	-21 165,6	-23 773,5

2 Personalredovisning (manuell)

Personalredovisning	Budget 2025	Bokslut 2025
Inrättade tjänster	25,05	21,85
Sjukfrånvaro i % av tillgänglig tid, förvaltningen*		10,2 %
Sjukfrånvaro i % av tillgänglig tid, enheten*		11,1 %
varav dag 1-14		6,1 %
varav dag 15-90		2,3 %
varav dag 91-		1,6 %
Övertid, tkr		-307,1
Ob ersättning, tkr	-1 819,2	-2 276,6

3 Verksamhetsbeskrivning

Solgården ligger i Mjällby med närhet till bussförbindelser, bank, apotek och mataffär. I Solgårdens lokaler ryms även en mötesplats, Listers mötesplats, som är öppen för allmänheten vissa dagar.

Solgården 2 är en verksamhet som under 2025 genomgått en verksamhetsförändring gällande ansvarig enhetschef samt nattpersonalens tillhörighet till enhetschef.

Solgården 2 har fram till 250531 26 boendeplatser för personer med beviljat boende särskilt boende. Från 250601 innebar förändringen att enheterna delades jämnt mellan enhetscheferna och blev då 20 platser uppdelat på tre enheter D1, D2 och D3. Solgården har inriktning både inom demens och somatisk inriktning

Verksamhetsrapport

4 Måluppfyllnad

4.1 Verksamheten har nöjda medarbetare

4.1.1 Arbeta med friskfaktorer på säbo

På Solgården arbetar vi med friskfaktorer genom tydlighet, struktur, ledarskap, medarbetarskap där delaktighet, ansvar och ett positivt arbetsklimat står i fokus. Vi arbetar för att stärka kompetens där vi involverar olika professioner vid tex. genomgångar på APT.

Vi gör medarbetare delaktiga i trivseln på Solgården där vi förbättrar miljön så som uppstart av förbättring av den fysiska miljön i omklädningsrum, enheternas kontor samt har vilorum för personal iordningställt.

Under hösten 2025 har vi gjort ett omtag om den höga sjukfrånvaron. Vi har genomfört Rehabsamtal med anledning av hög korttidsfrånvaro med syfte att lokalisera orsaker för att på så sätt kunna erbjuda stöd och hjälp från arbetsgivarens sida. Sjukfrånvaron har sedan start av åtgärder sjunkit avsevärt. Arbetet är pågående och fortsätter under 2026 med bland annat uppföljningar.

4.2 Verksamheten ska främja kommuninvånarnas självständighet via fysiska möten och välfärdsteknik.

4.2.1 Öka lyhördheten för individuella behov av att kunna komma i kontakt med personalen på boendet (utifrån fråga i brukarundersökningen)

Varje individ tillfrågas eller, utifrån personalens professionalitet, tillgodoses att kunna komma i kontakt med olika personalprofessioner. Det sker på olika sätt så som exempelvis trygghetslarm, tillsynes eller på andra överenskomna sätt.

Vi arbetar löpande med IBIC och gör det vi kan för att öka kunskap hos personal utifrån olika genomgångar. Vi poängterar betydelsen av Levnadsberättelsen och vikten av att fylla i det som brukare/ anhöriga ser som viktigt för personal att veta för att kunna möta brukaren utifrån dennes behov.

Varje brukare får möjlighet till trygghetslarm på boendet.

4.3 Kommuninvånarna ska tillförsäkras en rättssäker omsorg av god kvalitet.

4.3.1 Värdegrundsarbete på APT

Verksamheten har under året arbetat för att skapa ett kollegialt arbetsklimat utifrån att förbättra samarbete, kommunikation och beskrivningar/struktur. Delaktighet och transparens är två viktiga grundförutsättningar vi arbetat med. Under hösten har värdegrundsarbetet belysts såväl teoretiskt som praktiskt samt både gällande

Sölvesborgs kommun

Verksamhetsrapport

brukare som medarbetare/ kollegor på workshops. Arbetet fortsätter under 2026.

4.4 Kommuninvånarna ska tillförsäkras en god och patientsäker vård.

4.4.1 Förbättra följsamheten av Senior alert utifrån säbo-enheternas förutsättningar

Samarbete lokalt på Solgården pågår där enhetschef belyser vikten av senior alert.

Under hösten 2025 har Senior Alert kommit igång och är en stående punkt på Teamträffarna med åtgärder där risk finns samt uppföljning av desamma. Alla brukare på Solgården 2 har bedömts risk på och individuella åtgärder har satts in. Nattfastan är ett område som vi arbetat mycket med under 2025 och alla enheter har en nattfasta på under 11 timmar.

4.4.2 Individuell dygnsrytm ska beaktas

Under 2025 har all personal fått möjlighet till utbildning i IBIC av Metodutvecklare. Alla som behövt stöd i upprättande och/ eller uppföljning av genomförandeplaner i systemet har kunnat få hjälp/ stöd av Metodutvecklaren. Under året har således stor fokus legat på Individens Behov I Centrum, där dygnsrytm är en viktig del. Alla kontaktmän har haft i uppgift att trygga brukarens behov gällande dygnsrytm samt att dokumentera den i genomförandeplanen.

4.4.3 Kontinuerliga samtal med arbetsgruppen i syfte att öka följsamheten av rutinen för basal hygien

Samtal för att öka följsamheten av rutinen för basal hygien görs kontinuerligt i olika förekommande forum på arbetsplatsen. Betydelsen av att ha kunskaper om rent och orent gods, utifrån Hygienronden i juni 2025 har detta konkretiserats i utrymmen såsom tvättstugor, soprum, kontor, förrådsutrymmen samt har det inneburit inköp för att kunna möta de krav som ställts utifrån den hygienrond som genomfördes sommaren 2025. Handspritsdispensers utanför och i varje lägenhet samt i allmänna utrymmen har under året åtgärdats. Vägghållare för övrig skyddsutrustning inne i lägenheterna är påbörjat och fortsätter 2026.

4.4.4 Stärka hygienombudens roll genom ändamålsenliga åtgärder (hygien ssk)

Ansvarsområdet är genomgått samt har hygienombuden regelbundna möten med MAS inför hygienmätningarna.

Smittskyddsround är genomförd där Solgården 2s ombud deltog. Den påvisade en rad olika förbättringsförslag som verksamheten gjort en plan för att åtgärda under 2025. Hygienombuden har en viktig roll i hygienarbetet samt kommer ha det fortsatt under 2026. På Solgården 2 finns utsedda hygienombud på varje enhet.

Verksamhetsrapport

4.5 Verksamhetens boendeformer ska främja goda levnadsförhållanden utifrån individuella förutsättningar.

4.5.1 Kontinuerliga samverkansmöten med Sölvesborgshem där behov och åtgärder framförs och planeras avseende sabo-fastigheter såväl inomhus som utomhus

Samverkan och uppföljningar har under året skett kontinuerligt med Sölvesborgshem i ledningsgruppens möten.

4.5.2 Utveckla lokala aktiviteter på grupp- och individnivå

Arbete att kontinuerligt inventera aktivitetsbehovet på hela Solgården, utifrån brukarnas intressen, behov och önskemål har genomförts, fortgått och strukturerats upp under 2025. Inköp har gjorts för att möjliggöra aktiviteter i olika former och är placerade i det gemensamma aktivitets utrymmet, Glashuset, på Solgården, där alla kan ta del av dem där eller låna upp dem på enheterna. Brukarna ges möjlighet att göra aktiviteter enskilt och/ eller i grupp i Glashuset eller på enheterna utifrån behov och önskemål.

Glashuset är inrett med nya möbler och interiörer för att främja trivsel för brukarna.

Vi arbetar kontinuerligt med utveckling och följsamhet till brukarnas intressen genom kontinuerliga möten med sociala aktivitetsombud för hela Solgården. Solgården och Sunnanbo har startat upp gemensamma träffar för att utbyta erfarenheter och kunskap med varandra samt planera aktiviteter tillsammans när så passar så som exempelvis aktiviteter på Mötesplatsen. Under hösten 2025 har detta startats upp i praktiken och kommer fortsätta tills vidare.

5 Årets viktigaste händelser

Årets viktigaste händelser:

- Personal: Solgården 2 har tillsammans med Solgården 1 skapat förutsättningar för samarbete, kommunikation och hållbara scheman för medarbetarna. Det har genomförts under hösten 2025 i form av kontinuerliga workshops utifrån teman; Schema/ bemanning, Arbetsrätt- och skyldigheter Bemötande, Kommunikation och samarbete. Syftet har varit att skapa en samsyn kring de temaområden som berörts och på så sätt utvecklas tillsammans med målet om nöjda medarbetare som känner delaktighet genom kommunikation, samarbete och transparens.

- Brukare: Ytterligare satsning för god kvalitet, såväl fysiskt, socialt och mentalt, har skapats där brukarnas intressen och behov utgjort grunden för skapande av fysisk miljö i de allmänna utrymmena där aktiviteter i grupp eller enskilt kan utföras tillsammans med personal och/eller anhöriga/ närstående.

Verksamhetsrapport

6 Sammanfattande analys av året - utfall för verksamhet och ekonomi

Sammanfattande analys för 2025:

Solgården 2 har ett negativt ekonomiskt utfall 2025.

Analys:

Året har innehållit uppstart av samma arbetsmodell för hela Solgården, Heltid som norm med förnuft, vilket skapat bättre förutsättningar för samverkan och samplanering. Höstens uppstart med planering av och genomförande av workshops tillsammans med Bemanningsspecialist,, Metodutvecklare och HR förväntas ge ett positivt utfall såväl ekonomisk som kvalitativt under 2026.

Av det negativa utfallet kan den höga sjukfrånvaron, högt uttag av semesterdagar då Solgården 2 har ett högt antal medarbetare med mer än 25 semesterdagar per år vara en orsak till en del av underskottet. Utifrån vidtagna åtgärder i rehabiliteringsprocessen samt ett medvetandegörande kring schema och bemanning kan i slutet av 2025 ses en minskad sjukfrånvaro. Solgården har under hösten behållit sin bokningsbara tid och överkapacitet inom boendet vilket på sikt förväntas skapa en trygghet och högre frisknärvaro.

7 Förväntad utveckling

Förväntad utveckling är högre frisknärvaro utifrån välfungerande scheman, nöjdare medarbetare, minskat antal bokningar med timanställda vilket i sin tur förväntas skapa en stabilitet för fortsatt utveckling och kvalitet för hela Solgården.

Verksamhetsrapport

Slottsgården



**Sölvesborgs
kommun**

Verksamhetsrapport

Innehållsförteckning

1 Driftbudget (manuell)	3
2 Personalredovisning (manuell)	3
3 Verksamhetsbeskrivning	3
4 Måluppfyllnad	4
4.1 Verksamheten har nöjda medarbetare	4
4.1.1 Arbeta med friskfaktorer på säbo	4
4.2 Verksamheten ska främja kommuninvånarnas självständighet via fysiska möten och välfärdsteknik.	4
4.2.1 Öka lyhördheten för individuella behov av att kunna komma i kontakt med personalen på boendet (utifrån fråga i brukarundersökningen)	4
4.3 Kommuninvånarna ska tillförsäkras en rättssäker omsorg av god kvalitet.	4
4.3.1 Värdegrundsarbete på APT	4
4.4 Kommuninvånarna ska tillförsäkras en god och patientsäker vård.	5
4.4.1 Förbättra följsamheten av Senior alert utifrån säbo-enheternas förutsättningar	5
4.4.2 Individuell dygnsrytm ska beaktas	5
4.4.3 Kontinuerliga samtal med arbetsgruppen i syfte att öka följsamheten av rutinen för basal hygien	5
4.4.4 Stärka hygienombudens roll genom ändamålsenliga åtgärder (hygien ssk)	5
4.5 Verksamhetens boendeformer ska främja goda levnadsförhållanden utifrån individuella förutsättningar.	5
4.5.1 Kontinuerliga samverkansmöten med Sölvesborgshem där behov och åtgärder framförs och planeras avseende sabo-fastigheter såväl inomhus som utomhus	5
4.5.2 Utveckla lokala aktiviteter på grupp- och individnivå	6
5 Årets viktigaste händelser	6
6 Sammanfattande analys av året - utfall för verksamhet och ekonomi	6
7 Förväntad utveckling	7

Verksamhetsrapport

1 Driftbudget (manuell)

Driftbudget, tkr	Budget 2025	Bokslut 2025
Personalkostnadsrelaterade intäkter		685,9
Övriga intäkter		4,4
Summa intäkter		690,3
Personalkostnader	-19 846,4	-21 230,9
Övriga kostnader	-7 509,2	-8 359,8
Summa kostnader	-27 355,6	-29 590,7
Nettokostnader	-27 355,6	-28 900,4

2 Personalredovisning (manuell)

Personalredovisning	Budget 2025	Bokslut 2025
Inrättade tjänster	29,21	29,21
Sjukfrånvaro i % av tillgänglig tid, förvaltningen*		10,2 %
Sjukfrånvaro i % av tillgänglig tid, enheten*		11,1 %
varav dag 1-14		5,3 %
varav dag 15-90		2,1 %
varav dag 91-		0,6 %
Övertid, tkr		-219,0
Ob ersättning, tkr	-2 260,2	-2 593,7

3 Verksamhetsbeskrivning

Från 250601 gjordes en större verksamhetsförändring i och med minskning av enhetschefstjänst. Tidigare ingick Borgvägen 2 A och 2 B i detta chefsområde. Borgvägen 2C ingick tillsammans med Utsikten.

Slottsgården består av 2 somatiska enheter, Borgvägen 2A och Borgvägen 2C, och en demensenhet, Borgvägen 2B. Det bor 11 brukare per enhet. Här arbetar 39 USK över dygnets alla timmar. Sjuksköterska, enhetschef och administratörer har sina kontor på boendet och rehabpersonal finns att tillgå vid behov. I samma byggnad finns också ett storkök där all varm mat lagas.

Slottsgården är ett boende i ett plan där alla brukare har lätt att ta sig ut till uteplats med växthus och fina omgivningar att promenera i. Invändigt har vi satsat på att skapa en inbjudande miljö med en "huvudgata" med olika väggmålningar och angränsande lokaler för olika aktiviteter så som salong för hårvård, fotvård och bad,

Sölvesborgs kommun

Verksamhetsrapport

galleria med kök och second hand kläder, gym, biograf, café, bibliotek mm.

4 Måluppfyllnad

4.1 Verksamheten har nöjda medarbetare

4.1.1 Arbeta med friskfaktorer på säbo

Vi har under året haft tid på APT då vi jobbat specifikt med friskfaktorer på Friskfaktorlabbet-sidan. Vi har skattat vårt nuläge och tagit fram vilka våra friskfaktorer är. Det genomgående temat som personalen tycker att vi har störst utmaningar med även om det upplevs vara okej är Kommunikation. Här anser man att man alltid kan bli bättre i gruppen. Vi har jobbat med olika dialogövningar på APT, t.ex. har all personal fått göra sin egen kommunikationsplan kring vad de behöver av kollegorna samt hur de själva gör för att bidra till en bättre kommunikation. Medarbetarna har också efterfrågat att göra saker tillsammans i gruppen för att stärka vi-känslan och lära känna varandra bättre vilket vi gjort med olika tema som målning, musik mm.

4.2 Verksamheten ska främja kommuninvånarnas självständighet via fysiska möten och välfärdsteknik.

4.2.1 Öka lyhördheten för individuella behov av att kunna komma i kontakt med personalen på boendet (utifrån fråga i brukarundersökningen)

Vi har installerat högtalarenheter på samtliga rum så att alla brukare kan prata med personal via dem efter de larmat och innan personal kan komma till rummet. Personalen jobbar aktivt med att arbetsfördela så att personal är tillgänglig för larm så ofta det är möjligt, dock uppstår ofta situationer när de bara är 2 per enhet på kvällen och även under dagen då de behöver hjälpa till med dubbelbemanningar och ingen är tillgänglig att svara på larm under en stund. Då kan högtalarenheterna vara till viss hjälp.

4.3 Kommuninvånarna ska tillförsäkras en rättssäker omsorg av god kvalitet.

4.3.1 Värdegrundsarbete på APT

Vi jobbar med vårt värdegrundsarbete alla dagar året runt och i alla samtal vi för då detta är själva grunden till allt vi gör. Vi har haft utbildningar under året för de medarbetare som valt att ta på sig ansvarsområdet Värdegrund och IBIC för att stärka dem i hur vi mer metodiskt kan jobba med vårt värdegrundsarbete och hur de kan stötta sina kollegor i detta. Vi tar ofta exempel från verkligheten när vi pratar om olika saker för att belysa hur olika vi kan uppleva situationer och hur viktigt det är att

Verksamhetsrapport

vi pratar med varandra om hur vi upplever, tolkar och vilket syfte vi haft med saker vi sagt och gjort.

4.4 Kommuninvånarna ska tillförsäkras en god och patientsäker vård.

4.4.1 Förbättra följsamheten av Senior alert utifrån säbo-enheternas förutsättningar

Varje teamträff lyfts det som är aktuellt inom Senior Alert och kontaktman tillsammans med sjuksköterska följer upp detta. Åtgärder finns insatta på de som har risker identifierade enligt Senior Alert.

4.4.2 Individuell dygnsrytm ska beaktas

Vi jobbar aktivt med genomförandeplanerna och uppföljningar va dem utifrån dokumentation för att hitta vad som passar varje individ bäst. Vi erbjuder frukost på olika sätt och tider och hjälp inför sänggående ges utifrån behov och önskemål.

4.4.3 Kontinuerliga samtal med arbetsgruppen i syfte att öka följsamheten av rutinen för basal hygien

Våra hygienombud har jobbat aktivt med frågan och vi har haft punkter på APT om följsamheten till basal hygienrutin. Vi har en arbetsgrupp som träffas ca 1 gång i månaden och som består av bland annat hygienombud och de som är beställningsansvariga för att säkerställa att det finns rätt material i rätt mängd och på rätt ställen. Förråden har omorganiserats under året så det ska bli lätt att överblicka och hitta saker. Vi har ändrat om så alla rum har tillgång till skyddsmaterial på samma ställen på alla enheter.

4.4.4 Stärka hygienombudens roll genom ändamålsenliga åtgärder (hygien ssk)

MAS har haft utbildning kring hygienmätningarna 2 gånger detta år.

4.5 Verksamhetens boendeformer ska främja goda levnadsförhållanden utifrån individuella förutsättningar.

4.5.1 Kontinuerliga samverkansmöten med Sölvesborgshem där behov och åtgärder framförs och planeras avseende sabo-fastigheter såväl inomhus som utomhus

Möten har ägt rum men upplevelsen är att det har varit samma frågor som tagits upp flera gånger och att de som deltagit från Sölvesborgshem inte haft svar på sittande möte och sedan gömt att kolla upp och återkoppla om flera saker. Vi har stora problem med vår entrédörr på Slottsgården vilket man inte tar tag i på

Sölvesborgs kommun

Verksamhetsrapport

tillfredsställande sätt och inte tog emot när vi lyfte det på samverkansmötet för att ta ett exempel. Det löpande underhållet fungerar inte tillfredsställande utan man väntar till saker är i alldeles för dåligt skick så det blir akutlösningar och nödutryckningar istället.

4.5.2 Utveckla lokala aktiviteter på grupp- och individnivå

Vi har under året fått jobba på ett annat sätt och haft färre gemensamma aktiviteter utifrån att man tog bort resurser både i tid och pengar från oss inför 2025. Vi har valt att göra en större trädgårdsfest inför sommaren och sedan satsa på de vanliga högtiderna samt spontana aktiviteter på avdelningarna. Det har spelats bordtennis, promenader, hundbesök, spelats spel, ordspråk med mera. Vi har haft hjälp av frivillig arbetskraft via guldkanten och medborgarskolan som haft högläsning 2 gånger i veckan. Underhållningen som Lukas samordnar till oss har varit uppskattad. Vi klädde granen inför jul och fick då även hästbesök och hade glöggfika i samband med det.

5 Årets viktigaste händelser

Under året har mycket förändrats på Slottsgården då man under hösten 2024 tog beslut att ta bort centrala delar så som kvalitetsundersköterska, budget för bemanningsstöd samt sociala innehålls medel i form av tid och pengar till material. Samtidigt var man tydlig med att det underskott som man haft ekonomiskt under 2024 på grund av den obokade tiden som klumpar ihop sig på eftermiddagarna inte längre kunde godtas utan man var tvungen att flytta stöd och hjälp så som duschar från morgon och kväll till eftermiddagarna och vara färre personal på morgon och kväll.

Man tog även beslut under våren 2025 att frånga IBIC processen där biståndshandläggare gjort strukturerade uppföljningar av insatser i särskilt boende vilket gjorde att undersköterskorna fick ta över hela den delen av processen, utan stöd av kvalitetsundersköterskan som haft spetskompetens inom dokumentation och arbetet med IBIC ute i grupperna.

6 Sammanfattande analys av året - utfall för verksamhet och ekonomi

Medarbetarna har under året upplevt en stor oro över hur de ska räcka till för alla de arbetsuppgifter som resurser försvunnit för både i tid, kompetens och medel i övrigt. Samtidigt har man inom förvaltningen haft många dialoger kring schema och arbetstidsregler som påverkar undersköterskorna och har bidragit till ytterligare oro. Upplevelsen är att medarbetarna har gjort ett jättejobb med att fokusera på brukarna och deras bästa och göra det maximala de kan med de resurser som finns med fokus på att skapa ett individuellt och tryggt innehåll för brukarna. Man har inte låtit brukare eller anhöriga känna av den stress och oro som funnits hos medarbetarna. Dock ser man att sjukfrånvaron har stigit under året och vittnar om att situationen har tagit på

Verksamhetsrapport

medarbetarna själva.

Ekonomiskt sett har år 2025 slutat med ett betydligt mindre underskott än 2024 och därmed har åtgärderna haft effekt på det ekonomiska planet.

7 Förväntad utveckling

Om man fortsätter på samma sätt som nu kan man nog förvänta sig fortsatta höga sjukskrivningstal och ohälsa bland medarbetarna. Detta kommer i sin tur att leda till sämre kontinuitet för brukarna och en sämre kvalitet på omsorgen.

Verksamhetsrapport

Gerbogården



**Sölvesborgs
kommun**

Verksamhetsrapport

Innehållsförteckning

1 Driftbudget (manuell)	3
2 Personalredovisning (manuell)	3
3 Verksamhetsbeskrivning	3
4 Måluppfyllnad	4
4.1 Verksamheten har nöjda medarbetare	4
4.1.1 Arbeta med friskfaktorer på säbo	4
4.2 Verksamheten ska främja kommuninvånarnas självständighet via fysiska möten och välfärdsteknik.	4
4.2.1 Öka lyhördheten för individuella behov av att kunna komma i kontakt med personalen på boendet (utifrån fråga i brukarundersökningen)	4
4.3 Kommuninvånarna ska tillförsäkras en rättssäker omsorg av god kvalitet.	5
4.3.1 Värdegrundsarbete på APT	5
4.4 Kommuninvånarna ska tillförsäkras en god och patientsäker vård.	6
4.4.1 Förbättra följsamheten av Senior alert utifrån säbo-enheternas förutsättningar.....	6
4.4.2 Individuell dygnsrytm ska beaktas.....	6
4.4.3 Kontinuerliga samtal med arbetsgruppen i syfte att öka följsamheten av rutinen för basal hygien.....	6
4.4.4 Stärka hygienombudens roll genom ändamålsenliga åtgärder (hygien ssk).....	7
4.5 Verksamhetens boendeformer ska främja goda levnadsförhållanden utifrån individuella förutsättningar.	7
4.5.1 Kontinuerliga samverkansmöten med Sölvesborgshem där behov och åtgärder framförs och planeras avseende sabo-fastigheter såväl inomhus som utomhus.....	7
4.5.2 Utveckla lokala aktiviteter på grupp- och individnivå	7
5 Årets viktigaste händelser.....	7
6 Sammanfattande analys av året - utfall för verksamhet och ekonomi	8
7 Förväntad utveckling	9

Verksamhetsrapport

1 Driftbudget (manuell)

Driftbudget, tkr	Budget 2025	Bokslut 2025
Personalkostnadsrelaterade intäkter	234,7	134,5
Övriga intäkter		19,9
Summa intäkter	234,7	154,4
Personalkostnader	-23 300,9	-25 384,5
Övriga kostnader	-10 425,2	-11 274,9
Summa kostnader	-33 726,1	-36 659,4
Nettokostnader	-33 491,4	-36 505,0

2 Personalredovisning (manuell)

Personalredovisning	Budget 2025	Bokslut 2025
Inrättade tjänster	31,22	29,82
Sjukfrånvaro i % av tillgänglig tid, förvaltningen*		10,2 %
Sjukfrånvaro i % av tillgänglig tid, enheten*		11,1 %
varav dag 1-14		5,2 %
varav dag 15-90		3,9 %
varav dag 91-		3,8 %
Övertid, tkr		-276,6
Ob ersättning, tkr	-2 334,4	-2 964,2

3 Verksamhetsbeskrivning

Från 250601 gjordes en större verksamhetsförändring i och med minskning av enhetschefstjänst. Tidigare var Gerbogården uppdelat i Gerbogården 1 och 2 och hade då även nattpersonalen. Efter denna förändring ingår Gerbogårdens dag/kvälls personal i ett chefsområde och nattpersonalen tillhör ett annat chefsområde (Utsikten)

Gerbogården är ett särskilt boende beläget i centrala Sölvesborg. Gerbogården är uppdelat i 2 ansvarsområden med två enhetschefer.

Gerbogården dag (2075100) ansvarar för enheterna Boken, Björken, Tallen, Eken och Pilen. Gerbogården har totalt 42 platser, där 12 platser har somatisk inriktning och 30 platser har demens inriktning.

Idag arbetar 42 anställda medarbetare på Gerbogården dag.

Verksamhetsrapport

Professionerna som finns att tillgå på Gerbogården är Undersköterskor, Sjuksköterskor, Enhetschef, Schema samt omsorgs administratör. Utöver dessa finns Arbetsterapeut och Fysioterapeut att tillgå vid behov samt kommer det läkare ifrån "vårdcentralen" och rondar på plats med sjuksköterskorna 1 gång i veckan.

Gerbogården har ett stort konferensrum samt lunchrum/vilorum/kök/toalett för personal på plan 2. Här hålls bl.a. utbildningar, APT samt möten av olika slag och möjliggör att kunna ta rast för personal avskilt utanför verksamheten på de olika enheterna.

Gerbogården har en gemensam aktivitetslokal på bottenplan kallad "Bistron". Den är inredd för att skapa en hemtrevlig miljö och inbjudande atmosfär. Här erbjuds organiserade aktiviteter av olika slag för boende. Detta ansvaras i stora drag av personal på enheterna. Live visningar/konserter av olika slag i Seniorkanalen samt på plats, spel, bingo, visning av Mjällby AIF:s allsvenska matcher samt middagar är exempel på aktiviteter som hålls här. Om det bokas in externa aktörer exempelvis gudstjänst eller besök ifrån förskola hålls detta också i Bistron.

Boende erbjuds också aktivitet i mindre skala på individnivå. Exempelvis samtalsstund, korsord, fika, målning, promenad eller cykeltur när vädret tillåter. Verksamheten erbjuder möjlighet till kanalpaket i varje lägenhet via fiber. Abonnemang tecknas av boende själva eller utav deras anhöriga.

4 Måluppfyllnad

4.1 Verksamheten har nöjda medarbetare

4.1.1 Arbeta med friskfaktorer på säbo

Verksamheten arbetar över tid för att skapa ett övergripande positivt och ansvarstagande kollegialt förhållningssätt. Både på individ men också på gruppnivå. Detta utifrån att förbättra/förstärka samarbetet över hela Gerbogården genom en belysning utav en bra/sund arbetsmiljömässig struktur - där en enkel planerings och prioriterings struktur är av vikt i det dagliga arbetet på enheterna. Delaktighet och transparens är även viktiga grundförutsättningar vilket det arbetas med mellan de olika professionerna.

4.2 Verksamheten ska främja kommuninvånarnas självständighet via fysiska möten och välfärdsteknik.

4.2.1 Öka lyhördheten för individuella behov av att kunna komma i kontakt med personalen på boendet (utifrån fråga i brukarundersökningen)

Varje brukares individuella behov utav personalkontakt beaktas starkt utav verksamheten och dess olika professioner. Inom ramen för den personaltäthet och

Verksamhetsrapport

budget som Vård och omsorgsnämndens politiker beslutar om och har fördelat ut till verksamheterna.

Genom vårt sedan tidigare implementerade tänk inom IBIC området med beskrivningarna i varje brukares genomförandeplan struktureras och prövas denna fråga systematiskt över tid, utefter behovet hos varje individ.

4.3 Kommuninvånarna ska tillförsäkras en rättssäker omsorg av god kvalitet.

4.3.1 Värdegrundsarbete på APT

Under 2025 har Eken, Boken, Björken Pilen samt Tallen haft en workshop för att identifiera och beskriva ledord vilket arbetsgrupperna skall jobba emot under 2025 o framåt. Varje enhet har jobbat fram 4-6 ledord med en lätt beskrivning till varje ledord på APT. Genom enheternas ledord kan sedan Gerbogårdens övergripande "Ledord o Värdegrund" identifieras samt formuleras.

Eken:

- **Kommunicera:** Prata öppet med varandra.
- **Respekt:** Acceptera och respektera varandra. Både personal och boende.
- **Be om hjälp:** Ingen kan allt men alla kan något.
- **Hjälp:** Var behjälplig.
- **Tillit:** Våga lita på varandra.

Boken:

- **Respekt:** Tillit, Ärlighet, Ömsesidighet.
- **24 h tänk:** Samarbete, Lösningssfokus.
- **Kommunikation:** Direkt (enskild), Muntligt (rapport), Dokumentation.
- **Ansvar:** Delat, Eget, Arbetsmiljö, Hjälpa.

Björken:

- **Beröm:** Växa, Vålbefinnande.
- **Ansvar:** Gemensamt.
- **Samarbetsvilja/Kommunikation:** Lyssna på varandra, Dela åsikter o erfarenheter, hjälpas åt.
- **Pålitlig/Tillit:** Positiv inställning.
- **Respekt:** Vänliga emot varandra o värdesätter varandras åsikter - idéer.

Verksamhetsrapport

Pilen:

Bra bemötande: Mot alla och diskutera ödmjukt.

Arbetsbelastning: Fördela jämt för allas måendes skull.

Ansvar: Ta eget ansvar i arbetet och hjälp enheten att planera väl.

Respekt: genom att hjälpa varandra vid behov.

Tallen:

Kommunikation: Alla får komma till tals o prata öppet.

Respekt: samtliga på arbetsplatsen.

Bemötande: Alltid positivt.

Beröm: Kunna ge beröm till alla.

4.4 Kommuninvånarna ska tillförsäkras en god och patientsäker vård.

4.4.1 Förbättra följsamheten av Senior alert utifrån säbo-enheternas förutsättningar

Gerbogården dag jobbar enligt Senior Alert - där centrala forumet är Team-träffarna. Personal inhämtar information enligt Senior Alert där sedan PAS dokumenterar och registrerar. Informationsinhämtningen blir ett bra underlag för diskussion i teamet runt brukaren där samtliga professioner är delaktiga och bidrar. Gerbogården har en väl fungerande struktur där det handlar om att upprätthålla det som fungerar väl, samt eventuellt skruva på mindre detaljer som kan effektivisera mötet om det skulle behövas.

4.4.2 Individuell dygnsrytm ska beaktas

Vi arbetar med att beakta dygnsrytmen utifrån individens behov. Lyfts i det dagliga arbetet, APT samt på TEAM-träffar.

4.4.3 Kontinuerliga samtal med arbetsgruppen i syfte att öka följsamheten av rutinen för basal hygien

Ett arbete har pågått under 2025 på Gerbogården, där hygienombuden och rutinen kring basal hygien och dess 8 steg har belysts löpande. Både vid Regionens hygienrund, hygienmätningarnas betydelse för folkhälsan i stort samt vad varje individs handhavande på arbetstid betyder för den enskilde. Är även ett stående forum på APT. Under 2026 kommer hygienombuden ha planerade träffar och ha

Verksamhetsrapport

Regionens protokoll ifrån rond samt 2025 års resultat ifrån hygienmätningarna som arbetsredskap för förbättringsarbete på Gerbogårdens samtliga 5 enheter. Där målet är att öka medvetenheten kring hygien på arbetsplatsen för alla anställda och att stärka systematiken kring basal hygien i stort.

4.4.4 Stärka hygienombudens roll genom ändamålsenliga åtgärder (hygien ssk)

Hygienombuden kallas till regelbundna möten med MAS inför hygienmätningarna och vid större förändringar kopplat till ansvarsområdet.

Smittskyddsrond 2025 är genomfört i våras. Där påvisas olika förbättringsförslag som verksamheten kommer lägga en plan för att åtgärda, och där förslag på förbättringar ifrån rondens skall agera arbetsredskap för Hygienombuden framåt.

4.5 Verksamhetens boendeformer ska främja goda levnadsförhållanden utifrån individuella förutsättningar.

4.5.1 Kontinuerliga samverkansmöten med Sölvesborgshem där behov och åtgärder framförs och planeras avseende sabo-fastigheter såväl inomhus som utomhus

Systematik följs enligt implementerad struktur.

4.5.2 Utveckla lokala aktiviteter på grupp- och individnivå

Aktivitetens materiel har strukturerats om och gjorts iordning i ett eget förråd i källaren, detta för att öka användarvänligheten utav tidigare inköp inom området.

Hotellfrukost anordnas 1 gång i månaden vilket är mycket uppskattat av merparten utav Gerbogårdens brukare.

MAIF:S fotbollsmatcher i Allsvenskan är ett uppskattat inslag där många tittar gemensamt. I samband med detta anordnas det ibland pizzakväll och tilltugg.

En brukare har varit på plats Live på Strandvallen på matchen MAIF - Halmstad. Där personal följde med o taxi anordnades. Mycket uppskattat för den enskilde.

Julfest med underhållning o mat kommer att anordnas i december. Tidigare år har detta varit mycket uppskattat.

Nyårs brunch med danskt tema: smörrebröd, skumpa, gammeldansk o tilltugg står på menyn.

IBIC står centralt i kring hur varje individ har aktivitet i sin vardag, bedrivs med hänsyn till önskan, individuell förutsättning och självbestämmanderätt.

5 Årets viktigaste händelser

- Beslut om budgetramen för 2025 - de budgetneddragningar som påverkat

Verksamhetsrapport

verksamheten under året har varit omvälvande där vi behövt ställa om arbetet i helhet inom olika perspektiv. Där indragningen av en enhetschef på SäBo, implementeringen utav löparturer kvällstid och avrustning av Kvalitetsundersköterskans profession har varit stora utmaningar för verksamheten att bemästra. Vi avslutar dock 2025 med huvudet högt, där ansvarig enhetschef stolt kan backa samtliga anställda i hanteringen av den stora förändringsprocess vilket präglat verksamhetsåret 2025.

- Mot bakgrund av budgetramen 2025 har även sociala aktiviteter och relaterade inköp anpassats efter denna då verksamhetens förutsättningar ändrats då budgeten för sociala innehåll även dragits in. Dock har vissa aktiviteter bevarats och andra fått pausas. Middagar och större lokala tillställningar modell större har också pausats och där aktiviteter mer har fokuserats till enhets samt på individbasis. Dock med hjälp av ett gott samarbete med Lions har medarbetare kunnat skapa viss guldkant i brukarnas tillvaro vilket har varit ovärderligt.

- Gerbogården fick under verksamhetsåret omgjorda chefsområden, där nattpersonalen tillfördes chefen för Utsikten och där Gerbogårdens enhetschef fick ansvar för hela husets enheter och dagpersonal. Detta har resulterat i att Gerbogården genomgått ett större förändringsarbete kopplat till schemastruktur och siktet på en budget i balans över hela huset. Där enhetschef i slutet av året börjat få indikationer på att detta arbete börjat ge resultat. Vilket visat sig på månadernas ekonomiuppföljningar som påvisade resultat i jämvikt alternativt att även tidigare minus under verksamhetsåret kunnat hämtas hem något.

6 Sammanfattande analys av året - utfall för verksamhet och ekonomi

Gerbogården dag har totalt för 2025 ett slutligt negativt utfall på ca. - 1900 tkr. Summering rörande detta utfall är att största delen härleds till personalkostnader. Där de största avvikande posterna är överkapacitet kopplat till omstrukturering och budgetnedskärning i grundbemanningen, uttag av sparade semesterdagar, beviljad utökad grundbemanning, något förhöjd korttidssjukdom med förhöjd vikariekostnad och övertid ersättning som följd. Även en snedfördelad driftbudget där denna inte anpassats efter samhällets utveckling och inflationstakt. Med stegrande inköpskostnader som följd.

Gerbogården dag har även haft en BEA anställd "trygghetsanställning" på 50 % som i första hand varit kopplat till det sociala innehåll och aktiviteter för Gerbogårdens brukare. Där har funnits en personalbudget kopplat till detta samt hade chefsområdet ett beviljat lönebidrag samt utvecklingsbidrag för extra handledning ifrån kollegor samt EC. Då separat budget för sociala innehåll dragits in, kunde inte längre denna trygghetsanställning vara kvar för att bedriva guldkant på Gerbogården, utan den avslutades under våren 2025.

Gerbogården dag har en systematisk resursfördelningsplan över hela huset, där enhetschef i samråd med schemaadministratör löpande stämmer av med varandra kring behovet av anställning/vikarie/överanställningar/överkapacitet. Hela huset kan

Verksamhetsrapport

se alla 5 enheters schemarader vilket gör att resurser snabbt kan flyttas/omfördelas mellan enheterna för att täcka för varandra och stötta upp vid plötslig oförutsägbart hög arbetsbelastning eller sjukfrånvaro.

Kontinuerlig dialog med schemaadministratör om bemanningsbalansen sker löpande. Där personalresurserna fördelas utefter behovet i verksamheten. Översyn av överkapacitet görs löpande där schemaadministratör arbetar aktivt för att boka ut överkapaciteten där ordinarie personal ersätter frånvaro som uppkommer i verksamheten i största möjliga mån (semester, sjukt, vak och extra bemanning).

7 Förväntad utveckling

Verksamheten tittar mot kommande verksamhetsår med eftertänksamhet då det 2026 är valår i Sverige. Men även med fokus på att bevara kunskap samt hålla i årets implementerade förändrade arbetssätt. Med målet att fortsätta på anslagen väg och upprätthålla utvecklingskurvan övergripande på Gerbogården och bland personalen. Där huvudfokus ligger på att bibehålla kvalité samt trygghet i verksamheten övergripande.

Verksamhetsrapport

Gerbogården natt och Utsikten



**Sölvesborgs
kommun**

Verksamhetsrapport

Innehållsförteckning

1 Driftbudget (manuell)	3
2 Personalredovisning (manuell)	3
3 Verksamhetsbeskrivning	3
4 Måluppfyllnad	4
4.1 Verksamheten har nöjda medarbetare	4
4.1.1 Arbeta med friskfaktorer på säbo	4
4.2 Verksamheten ska främja kommuninvånarnas självständighet via fysiska möten och välfärdsteknik.	4
4.2.1 Öka lyhördheten för individuella behov av att kunna komma i kontakt med personalen på boendet (utifrån fråga i brukarundersökningen)	4
4.3 Kommuninvånarna ska tillförsäkras en rättssäker omsorg av god kvalitet.	5
4.3.1 Värdegrundsarbete på APT	5
4.4 Kommuninvånarna ska tillförsäkras en god och patientsäker vård.	5
4.4.1 Förbättra följsamheten av Senior alert utifrån säbo-enheternas förutsättningar	5
4.4.2 Kontinuerliga samtal med arbetsgruppen i syfte att öka följsamheten av rutinen för basal hygien.....	5
4.4.3 Stärka hygienombudens roll genom ändamålsenliga åtgärder (hygien ssk).....	5
4.5 Verksamhetens boendeformer ska främja goda levnadsförhållanden utifrån individuella förutsättningar.	6
4.5.1 Kontinuerliga samverkansmöten med Sölvesborgshem där behov och åtgärder framförs och planeras avseende sabo-fastigheter såväl inomhus som utomhus.....	6
4.5.2 Utveckla lokala aktiviteter på grupp- och individnivå	6
5 Årets viktigaste händelser	6
6 Sammanfattande analys av året - utfall för verksamhet och ekonomi	7
7 Förväntad utveckling	7

Verksamhetsrapport

1 Driftbudget (manuell)

Driftbudget, tkr	Budget 2025	Bokslut 2025
Personalkostnadsrelaterade intäkter	135,3	613
Övriga intäkter		1,5
Summa intäkter	135,3	614,5
Personalkostnader	-13 437,3	-15 247,7
Övriga kostnader	-2 905,3	-2 954,9
Summa kostnader	-16 342,6	-18 202,6
Nettokostnader	-16 207,3	-17 588,1

2 Personalredovisning (manuell)

Personalredovisning	Budget 2025	Bokslut 2025
Inrättade tjänster	22,03	22,21
Sjukfrånvaro i % av tillgänglig tid, förvaltningen*		10,2 %
Sjukfrånvaro i % av tillgänglig tid, enheten*		11,01 %
varav dag 1-14		5,1 %
varav dag 15-90		3,6 %
varav dag 91-		3,7 %
Övertid, tkr		-350,4
Ob ersättning, tkr	-1 646,0	-2 207,6

3 Verksamhetsbeskrivning

Från 250601 gjordes en större verksamhetsförändring i och med minskning av enhetschefstjänst. Tidigare ingick Utsikten och Borgvägen 2C i detta chefsområde. Gerbogården natt tillhörde Gerbogården

I denna verksamhetsrapport ingår två olika områden sedan juni 2025, Korttidsboendet Utsikten samt Gerbogården natt.

Utsikten är ett korttidsboende med 15 platser som finns på Slottsgården i Sölvesborg. Av dessa platser är 4 rum avsedda för växelvårdsgäster. Växelvårdsverksamheten har under 2025 varit fullbelagd förutom enstaka veckor runt hela året. Under 2025 har som mest 3 st beslut om växelvård stått i kö för verkställande. Alla beslut har hittills kunnat verkställas inom 3 månader.

På utsikten är det i nuläget 18 anställda medarbetare, varav 3 av dem arbetar endast

Verksamhetsrapport

natt.

Professioner som finns att tillgå på hela Slottsgården är undersköterskor, patientansvariga sjuksköterskor, två enhetschef, samordnare och omsorgsadministratör. Vid behov finns arbetsterapeut och fysioterapeut att tillgå. Patientansvarig sjuksköterska har rond med läkare veckovis.

Inom verksamheten har vi teamträffar varje vecka där alla professioner ska delta (enhetschef, sjuksköterska, undersköterska, biståndshandläggare, arbetsterapeut och fysioterapeut (rehab)).

Gerbogården natt

Gerbogården är ett särskilt boende i centrala Sölvesborg med 12 platser på somatisk enhet samt 30 platser uppdelat på fyra demens enheter.

Det finns 17 anställda medarbetare på Gerbogården natt.

Professionerna som finns att tillgå på Gerbogården under dagen är undersköterskor, patientansvarig sjuksköterska, enhetschef, samordnare samt omsorgsadministratör. Utöver dessa finns arbetsterapeut och fysioterapeut att tillgå vid behov. Patientansvarig sjuksköterska har rond med läkare veckovis.

Inom verksamheten har vi teamträffar varannan vecka där alla professioner deltar (enhetschef, sjuksköterska, undersköterska, arbetsterapeut samt fysioterapeut). 2 medarbetare från Gerbogården natt representerar natten i syfte att dygnet runt tänket ska vara delaktig i teamträffen.

4 Måluppfyllnad

4.1 Verksamheten har nöjda medarbetare

4.1.1 Arbeta med friskfaktorer på säbo

Utsikten: Vi arbetar med friskfaktorer, kommunikation och samspel på våra apt:n. I det dagliga arbetet gemensamt tänker vi på hur vi kommunicerar med varandra.

Gerbogården natt: Har inte arbetat med friskfaktorerna på samma vis sedan omorganisationen genomfördes i juni 2025. Förändringsarbete är påbörjad med gruppen och kommer inledas mer under första kvartalet 2026.

4.2 Verksamheten ska främja kommuninvånarnas självständighet via fysiska möten och välfärdsteknik.

4.2.1 Öka lyhördheten för individuella behov av att kunna komma i kontakt med personalen på boendet (utifrån fråga i brukarundersökningen)

Utsikten: Högtalarenheter finns på samtliga rum så att alla brukare kan prata med

Sölvesborgs kommun

Verksamhetsrapport

personal via dem efter de larmat och innan personal kan komma till rummet. Personalen jobbar aktivt med att arbetsfördela så att personal är tillgänglig för larm så ofta det är möjligt. Det kan uppstå situationer när de är mindre bemannade eller upptagna i dubbelbemanning där ingen är tillgänglig att svara på larm under en stund, så kan högtalarenheterna vara till viss hjälp.

Gerbogården natt: En nattpersonal fördelad per enhet som svarar på larm och ger tillsyn om nätterna.

4.3 Kommuninvånarna ska tillförsäkras en rättssäker omsorg av god kvalitet.

4.3.1 Värdegrundsarbete på APT

Pågående arbetet årets alla dagar gällande både för medarbetare på **Utsikten** samt **Gerbogården natt**.

Vi har haft utbildning för de medarbetare som har ansvarsområdet IBIC och värdegrund gällande utsikten dagpersonal. Nattpersonal på de tre särskilda boendena har fått vara delaktiga i ett utbildningstillfälle.

4.4 Kommuninvånarna ska tillförsäkras en god och patientsäker vård.

4.4.1 Förbättra följsamheten av Senior alert utifrån säbo-enheternas förutsättningar

Utsikten: Senior alert utförs inte på samma nivå som resterande särskilda boenden i Sölvesborg. Dock finns delar i Senior alert med i teamträffarna. På teamet går vi igenom de brukare som vistas på korttidsboendet eller som har växelvård den aktuella veckan.

Gerbogården natt: Arbetar med Senior Alert via kollegor och andra professioner i teamet. Strukturen finns framför allt i den dagliga omvårdnaden där det är viktigt att även nattens personal ska vara delaktiga i.

4.4.2 Kontinuerliga samtal med arbetsgruppen i syfte att öka följsamheten av rutinen för basal hygien

Utsikten: Våra hygienombud har jobbat aktivt med frågan och vi har haft punkter på APT om följsamheten till basal hygienrutin.

Gerbogården natt: Har nya ombud som kommer jobba aktivt med frågan.

4.4.3 Stärka hygienombudens roll genom ändamålsenliga åtgärder (hygien ssk)

Utsikten: MAS har haft utbildning kring hygienmätningarna 2 gånger detta år. Inför

Verksamhetsrapport

2026 är det två nya ombud på enheten.

Gerbogården natt: Nya ombud som inte varit delaktiga i utbildningarna kring hygienmätningarna under 2025.

Smittskyddsround med regionen är genomförd under våren 2025 på både Slottsgården och Gerbogården. Förbättringsförslag finns och jobbas efter aktivt på båda boendena.

4.5 Verksamhetens boendeformer ska främja goda levnadsförhållanden utifrån individuella förutsättningar.

4.5.1 Kontinuerliga samverkansmöten med Sölvesborgshem där behov och åtgärder framförs och planeras avseende sabo-fastigheter såväl inomhus som utomhus

Utsikten: Vi har stora problem med vår entrédörr på Slottsgården vilket man inte tar tag i på tillfredsställande sätt och inte tog emot när vi lyfte det på samverkansmötet för att ta ett exempel. Det löpande underhållet fungerar inte tillfredsställande utan man väntar till saker är i alldeles för dåligt skick så det blir akutlösningar och nöduttryckningar istället.

Gerbogården natt: Samverkansmöten följs efter struktur. Den dagliga översynen av Gerbogården generellt görs av den enhetschef som utgår från boendet.

4.5.2 Utveckla lokala aktiviteter på grupp- och individnivå

Utsikten: Budgeten inför 2025 blev förändrad gällande det sociala för brukarna. Vi har valt att göra en större trädgårdsfest inför sommaren och sedan satsa på de vanliga högtiderna samt spontana aktiviteter på enheterna. Det har spelats bordtennis, promenader, hundbesök, spelats spel, ordspråk med mera. Vi har haft hjälp av frivillig arbetskraft via guldkanten och medborgarskolan som haft högläsning 2 gånger i veckan. Underhållningen som Lukas samordnar till oss har varit uppskattad. Vi klädde granen inför jul och fick då även hästbesök och hade glöggfika i samband med det.

Gerbogården natt: Inte aktuellt att ordna sociala aktiviteter för brukarna på natten.

5 Årets viktigaste händelser

Budgetramen för 2025 påverkade verksamheterna negativt då neddragningar gjordes i kvalitetsarbetet runt brukarna och medarbetarna. Det som också påverkats är att under 2024 gjordes en indragning av enhetschef inom särskilt boende, detta påverkade chefsområdena för samtliga 5 enhetschefer och under våren 2025 gjordes dessa chefsområden om. Det beslutades att enhetschefen för Utsikten skulle även ha nattpersonalen på Gerbogården i sitt nya chefsområde från 1 juni.

Utsikten: Budget för större sociala aktiviteter kunde inte genomföras så som man

Verksamhetsrapport

gjorde under förgående år. Under året har detta inneburit att man försökt hitta nya former till att genomföra någon större social aktivitet inom hela Slottsgården gemensamt. Klimatet i gruppen har påverkats av förändringarna som genomfördes 1 juni till det positiva. Det finns en stark vilja hos medarbetarna att samarbetet och att man tillsammans ska skapa trivsel på arbetet. Genomgående under höstens arbetsplatsträffar har varit fokus på - kommunikation och samspelet med varandra. De två Kvalitetsundersköterskorna som hela Slottsgården haft, har sedan våren 2025 sina tjänster på Utsikten och detta medför en extra kompetens i gruppen som redan har stark kompetens.

Gerbogården natt: Har under 2025 påverkats av att byta chefer. Från att gå från två arbetsgrupper och ha två olika chefer på plats på Gerbogården, till att ingå gemensamt i en arbetsgrupp med en annan chef som är stationerad på annat särskilt boende.

Dygnet runt tänket som kvalitetsundersköterska påbörjade med nattpersonal innan 2025 har påverkats negativt. Dock positivt är att två medarbetare har blivit schemalagda att vara med på hela teamträffarna kring brukarna som sker varannan vecka med övriga professioner på Gerbogården. Förhoppningen är att man ska få igång dygnet runt tänket och arbeta med dagpersonalen mer i ett team tillsammans trots olika chefer.

6 Sammanfattande analys av året - utfall för verksamhet och ekonomi

Negativt utfall för ansvarsområde 2075600: - 1 533 mkr.

Utsikten: - 477 tkr. Resultatet speglar främst personalkostnader.

Gerbogården natt: - 1 056 mkr. Resultatet speglar - 649 tkr på ökad bemanningsresurser som vi behövt bemanna upp på två enheter i flera veckors tid. Olika personalkostnader i övrigt om 407 tkr.

Medarbetare inom verksamhetsområdet har under 2025 upplevt oro kring resurser som dragits in och hur chefsbyten samt verksamhetsområden kommer fungera och se ut. Ett pågående förändringsarbete som kommer fortsätta år 2026.

7 Förväntad utveckling

Båda grupperna förväntas att vara delaktiga i arbetet kring friskhetsfaktorer samt arbetsmiljöenkätens resultat år 2025.

Utsikten: Enheten tillsammans med övriga enheter på Slottsgården kommer arbeta med sociala aktiviteter i den form vi börjat att skapa tillsammans under tidig januari 2026. Medarbetarna och chef ska fortsätta med temat "kommunikation och samspelet med varandra".

Verksamhetsrapport

Gerbogården natt: Fortsätta att arbeta med teamet kring brukaren trots olika chefer. Skapa trivsel i hela arbetsgruppen. Fokus under 2026 kommer vara att stärka samarbetet och kommunikationen mellan alla medarbetarna och chef.

Verksamhetsrapport

HSL Sjuksköterskor



**Sölvesborgs
kommun**

Verksamhetsrapport

Innehållsförteckning

1 Driftbudget (manuell)	3
2 Personalredovisning (manuell)	3
3 Verksamhetsbeskrivning	3
4 Måluppfyllnad	5
4.1 Kommuninvånarna ska tillförsäkras en god och patientsäker vård.	5
4.1.1 <i>Analys av inrapporterad data</i>	5
4.1.2 <i>Teamträffar ska prioriteras av samtliga berörda</i>	5
5 Årets viktigaste händelser	5
6 Sammanfattande analys av året - utfall för verksamhet och ekonomi	6
7 Förväntad utveckling	6

Verksamhetsrapport

1 Driftbudget (manuell)

Driftbudget, tkr	Budget 2025	Bokslut 2025
Personalkostnadsrelaterade intäkter		2 575,2
Övriga intäkter		
Summa intäkter		2 575,2
Personalkostnader	-24 988,1	-23 606,1
Övriga kostnader	-9 254	-10 439,1
Summa kostnader	-34 242,1	-34 045,2
Nettokostnader	-34 242,1	-31 470,0

2 Personalredovisning (manuell)

Personalredovisning	Budget 2025	Bokslut 2025
Inrättade tjänster	32,23	32,23
Sjukfrånvaro i % av tillgänglig tid, förvaltningen*		10,2 %
Sjukfrånvaro i % av tillgänglig tid, enheten*		8,0 %
varav dag 1-14		3,4 %
varav dag 15-90		1,8 %
varav dag 91-		4,2 %
Övertid, tkr		-538,2
Ob ersättning, tkr	-1 271,4	-993,8

3 Verksamhetsbeskrivning

Enhetschef Linda Nordell

Den kommunala sjukvården består av sjuksköterskor och rehaborganisationen och drivs under bl a Hälso och sjukvårdslagen.

Verksamhet HSL Sjuksköterskor innefattar Sjuksköterskeorganisationen (SSK) och de tjänstgör dygnet runt. Tre SSK har specialinriktningar, demens sjuksköterska, psykiatri sjuksköterska och samordningssköterska. Vid årets slut är det totalt 31 tillsvidare anställda SSK varav nio med vidareutbildningar - åtta distriktssköterskor och en vård av äldre samt två hemsjukvårdsundersköterskor (USK), totalt 33 st inom verksamheten. Det är ökad bemanning dagtid för att frigöra tid åt kvällarna samt för att kunna omfördela resurser vid frånvaro. Kvällar och helger arbetar två SSK och på natten en SSK, under 2024 har vi utökat med en lättnatt som arbetar mellan 17.30-02.00 för att möta vårdens krav. Under hela 2024 har en undersköterska arbetat som

Sölvesborgs kommun

Verksamhetsrapport

administratör som stöd till EC HSL, detta kommer fortsätta under 2025.

Organisationen är uppdelade i tre områden och alla som arbetar dagtid är PAS, antingen för ett särskilt boende (SÄBO) eller hemsjukvård. På SÄBO varierar PAS antalet/ SSK mellan 15-30 och inom hemsjukvård upp mot 35 men varierar väldigt mycket beroende på antalet inskrivna, i snitt har vi 180-200st inskrivna samtidigt - ökar stadigt med omkring 20-30/år. Inom hemsjukvården arbetar vi enligt hemsjukvårdsavtalet och har tröskelprincipen som grund men med inställningen att sjukvården ska bedrivas där det är bäst lämpligast för patienten. Vi skriver kontrakt med patienterna där vi klargör vilket ansvar som ligger på kommunens hemsjukvård. Tyvärr kan vi inte längre mäta antalet hembesök utförda inom hemsjukvården sedan övergången till Lifecare HSL då det saknas statistikmodul. Vi hade 254 patienter inskrivna i ordinärt boende med SSK insatser, vid årets slut. Hemsjukvården får också vårdbegäran dygnet runt från andra vårdgivare som exempelvis 1177, vårdcentralerna och olika mottagningar från regionen. Dessa vårdbegäran gäller arbetsuppgifter på icke hemsjukvårdsanslutna patienter.

En sjuksköterska arbetar med hemgångsteamet tillsammans med arbetsterapeut och biståndshandläggare.

Senaste året har den hälso- och sjukvård som kommunen ansvarar för ökat i betydelse och omfattning. Större möjlighet att bedriva alltmer avancerad vård i hemmet, kortare vårdtider på sjukhus med snabbare utskrivning, omställningen till det nationella begreppet Nära Vård och en ökande andel äldre och kroniskt sjuka i befolkningen förändrar behoven i den kommunala hälso- och sjukvården. SSK utför arbetsuppgifter som exempelvis intravenösa infusioner, injektioner, antibiotikainfusioner, blodtransfusioner, smärtpumpar, vaccinationer, svårt palliativt sjuka patienter, tracheostomerade patienter och komplicerade omläggningar. Flertalet av hemsjukvårdspatienterna har avancerade infarter såsom piccline eller Port a cath. Allt fler yngre blir aktuella inom kommunal hemsjukvård, även små barn är numera inskrivna.

SSK genomför diverse utbildningar gentemot omvårdnadspersonal både på APT och mer inriktade utbildningar. Enklare arbetsuppgifter som läkemedelsadministrering i form av apodos eller dosett delegeras till vårdpersonal liksom även okomplicerade insulingivningar och omläggningar.

SSK medverkar i teamträffar och använder flera kvalitetsregister som exempelvis senior alert, BPSD, SweDem, Rikssår, Mitt Vaccin och palliativa registret.

Två SSK har viss frikoppling för att arbeta med Lifecare HSL och säkrare dokumentation. Under 2025 har två SSK haft ansvar för delegeringsutbildningarna till omvårdnadspersonalen, dessa utbildningar har genomförts regelbundet med ett par tillfällen/månad. Utbildningarna är främst inriktade inom läkemedelshantering och sondmat, KAD vård/hygien och vak – detta för att säkerställa kompetens och ge vår omvårdnadspersonal en bättre kunskapsgrund inför olika delegeringar och arbetsuppgifter. Inför 2026 ska vi se över möjligheten till digital utbildning som komplement

Verksamhetsrapport

4 Måluppfyllnad

4.1 Kommuninvånarna ska tillförsäkras en god och patientsäker vård.

4.1.1 Analys av inrapporterad data

Under 2025 registrerades 81 dödsfall. Snittet på alla åtta indikatorerna blev 87% vilket inte uppfyller målet. Riket hade 83,2%. En indikator kan vi i kommunen inte påverka då det berör läkarnas brytpunktssamtal, vi har blivit bättre på att initiera dem vilket har givit positivt resultat, hela 93% har haft ett brytpunktssamtal. Gällande bedömd munhälsa så får alla patienter i sen fas en s.k. munvårdsbricka och regelbunden munvård sker men bedöms inte enligt skattningsformuläret ROAG vilket innebär att vi måste besvara frågan med ett nej. Inför 2026 behöver vi fokusera på bland annat att bli bättre på att erbjuda efterlevandesamtal.

4.1.2 Teamträffar ska prioriteras av samtliga berörda

HSL Sjuksköterskor

SSK deltar i stort sett på alla teamträffar och ska prioriteras. Inom SÄBO fungerar teamträffarna ganska väl dock har ett boende ett arbete att göra för att få arbetet med Senior Alert att bli bättre. Inom ordinärt boende har vi påbörjat arbetet med Senior Alert och hemtjänstområdet Söder har arbetat som projekt med gott resultat. 17 riskbedömningar gjordes och 50% hade åtgärdsplan vilket uppfyller målet. Nu ska arbetssättet implementeras inom övriga hemtjänstområden. Inför 2025 införskaffades två mobila rullstolsvagnar

5 Årets viktigaste händelser

Omfördelning av sjuksköterskeresurser för att täcka ökat behov inom LSS.

Team gemensamt arbete med hälsosamtal inom LSS. Mycket positivt utfall och arbetet fortsätter.

Projektet preventiva hälsobesök, utfört av samordnings sköterskan, är uppstartat och hittills haft positiv respons.

Länsgemensam revidering av hemsjukvårdsavtalet pågår. Även genomförts en länsgemensam mätning av den palliativa vården som bedrivs via palliativa enheten i Region Blekinge.

Region Blekinges nya planeringssystem för informationsöverföring i samband med utskrivningar från sjukhus (Cosmic Link), är driftsatt under november. Implementeringen gick bra men systemet upplevs bristfälligt och mer tungarbetat än tidigare verksamhetssystem.

I augusti började en sjuksköterska en helt ny specialistutbildning "Specialistsjuksköterska med inriktning hälso- och sjukvård i hemmet"

Sölvesborgs kommun

Verksamhetsrapport

Omorganisation av verksamhetsområdena som går från tre till två och HSL slås ihop med särskilt boende och myndighet med hemtjänst från och med 250901.

Tyvärr avslutades året med en del stöld av narkotikaklassade läkemedel och flertalet åtgärder sattes in. Det skrevs även en polisanmälan för misstänkt brott mot patientdatalagen.

6 Sammanfattande analys av året - utfall för verksamhet och ekonomi

Budget; 34 242 inkl stadsbidrag utfall 31 470 Resultat 2 772tkr

Poster som genererat underskott är främst inkontinenshjälpmedel på 475 tkr samt sjuklön och övertid - samtidigt gick månadslön överskott på 1 908 vilket innebär att det bekostar det underskottet. Poster som genererat överskott är främst beviljade stadsbidrag, vilka uppgår till 2 299tkr på årsbasis. Praktik ersättning 160 tkr, intäkt tillfällig vistelse 52 tkr. För att kunna erbjuda nyanställda heltid hålls cirka 70% vakans vilket innebär överskott på månadslön.

Ett stadsbidrag "utökad SSK bemanning på SÄBO" på totalt 2 747 tkr fördelad på två år förväntas inte delas ut under 2026

7 Förväntad utveckling

- Närsjukvårdsomställningen fortsätter fortlöpande
- Den pågående utredningen kring revidering av hemsjukvårdsavtal och eventuell ny skatteväxling kommer arbetas vidare med under året av huvudmännen.
- Samverkan på länsnivå ger nya arbetsgrupper och roller som behöver fördelas ut vilket tar resurser från befintlig personal
- Fortsatt ökat tryck gällande hemsjukvård och den tenderar att bli alltmer avancerad
- Personalrekrytering för legitimerad personal fortsätter att vara utmanande
- Vid uteblivna statsbidrag under 2026 blir budget i balans en utmaning på grund av flertalet inrättade tjänster utan budgetmedel
- Stort behov av handledarkompetens för att kunna ta emot sjuksköterskestudenter
- Under våren 2026 ska hemsjukvården flytta till gemensamma lokaler med hemtjänsten på landsbygden
- Renovering och ombyggnad planeras påbörjas på Falkalyckan för att skapa gemensamma lokaler tillsammans med HSL organisationen, hemtjänst, trygghemgång och myndighet
- Implementera digital utbildningsplattform
- Fortsätta arbetet med att implementera digitala hembesök via Digitala Samtal

Verksamhetsrapport

HSL Rehab



**Sölvesborgs
kommun**

Verksamhetsrapport

Innehållsförteckning

1 Driftbudget (manuell)	3
2 Personalredovisning (manuell)	3
3 Verksamhetsbeskrivning	3
4 Måluppfyllnad	6
4.1 Kommuninvånarna ska tillförsäkras en god och patientsäker vård.	6
4.1.1 Teamträffar ska prioriteras av samtliga berörda	6
5 Årets viktigaste händelser	6
6 Sammanfattande analys av året - utfall för verksamhet och ekonomi	7
7 Förväntad utveckling	8

Verksamhetsrapport

1 Driftbudget (manuell)

Driftbudget, tkr	Budget 2025	Bokslut 2025
Personalkostnadsrelaterade intäkter		1 117,3
Övriga intäkter		
Summa intäkter		1 117,3
Personalkostnader	-7 474,4	-6 283,4
Övriga kostnader	-8 688,8	-10 320,2
Summa kostnader	-16 163,2	-16 603,6
Nettokostnader	-16 163,2	-15 486,3

2 Personalredovisning (manuell)

Personalredovisning	Budget 2025	Bokslut 2025
Inrättade tjänster	12,3	12,3
Sjukfrånvaro i % av tillgänglig tid, förvaltningen*		10,2 %
Sjukfrånvaro i % av tillgänglig tid, enheten*		8,0 %
varav dag 1-14		4,2 %
varav dag 15-90		5,0 %
varav dag 91-		0,7 %
Övertid, tkr		-1,6
Ob ersättning, tkr		-5,8

3 Verksamhetsbeskrivning

EC Hanna Nilsson

Den kommunala Rehab organisationen ligger under vård och omsorgsförvaltningen och ingår i HSL enheten. I denna ingår förutom personal på rehab även sjuksköterskor inom vård och omsorgen samt LSS verksamheten. Vårt arbete drivs under Hälso och sjukvårdslagen. Personalen som arbetar på Rehab är legitimerade fysioterapeuter/sjukgymnaster samt arbetsterapeuter.

Vi har även en rehab-undersköterska anställd i vår verksamhet. Att ha en rehab-undersköterska i verksamheten upplevs som väldigt positivt och frigör mer arbetstid för arbetsterapeuterna och fysioterapeuterna/ sjukgymnasterna. Vår rehab-undersköterska har numera en fast anställning på enheten i form av en inrättad tjänst utan budget. Att tjänsten blivit inrättad är vi väldigt nöjda med.

Sölvesborgs kommun

Verksamhetsrapport

Arbetsterapeuterna samt fysioterapeuterna/sjukgymnasterna vänder sig till alla invånare i vår kommun gällande bedömningar av patientens funktionsnivå vilket kan mynna ut i att ett hjälpmedelsbehov uppdagas och förskrivningsprocessen påbörjas. Förskrivningsprocessens delar är :

1. Bedöma behov av insatser
2. Prova ut, anpassa och välja lämplig specifik produkt
3. Informera
4. Instruera och träna
5. Följa upp och utvärdera funktion och nytta

Enklare hjälpmedel där hemmiljön saknar betydelse så hänvisas dessa patienter till sin vårdcentral. Vårdcentralen på Markgatan i Sölvesborg har ingen arbetsterapeut anställd vilket gör ovan svårt i praktiken. De har dock en fysioterapeutisk avdelning varav fysioterapeuterna arbetar enligt tröskelprincipen.

Vi har sex stycken tjänster gällande arbetsterapeuter i den kommunala rehabverksamheten. Fyra av arbetsterapeuterna är områdesansvariga och har således ansvar över SÄBO samt 1-2 hemsjukvårdsområde. Vi har en arbetsterapeut som är ansvarig för alla LSS boende och daglig verksamhet.

Vi har även en heltidstjänst tjänst gällande en arbetsterapeut i vårt hemtagningsteam. I februari i år anställdes en arbetsterapeut på denna tjänst som tidigare varit vakant sedan 2022.

Ovan innebär att vi i slutet på året är fullbemannade gällande arbetsterapeuter.

I hemgångsteamet arbetar förutom arbetsterapeut även sjuksköterska samt biståndshandläggare. Gällande hemgångar från sjukhuset ser vi ett ökat behov av att möta upp patienten i hemmet vid hemgång för att säkerställa att patienten har de hjälpmedel som krävs för att klara sig i hemmet efter sin sjukhusvistelse. Vi ser även ett ökat tryck från slutenvården med att ta hem våra patienter allt tidigare vilket ställer krav på oss. Dessa krav kräver en samverkan med alla aktörer vilket vi säkerställer med vårt multiprofessionella hemgångsteam

Vi har under 2025 haft svårt att tillsätta en fysioterapeut tjänst. Vi har budget för fyra fysioterapeuter. I augusti 2024 sade en upp sig och därefter har vi haft svårt att kunna tillsätta denna tjänst. Det har gjort att vi haft konsult inne vissa perioder för att säkerställa bemanningen. Glädjande nog så lyckades vi tillsätta tjänsten den 1 december vilket innebär att vid årets slut så är vill fullbemannade även gällande fysioterapeuter

Vi ser en tydlig trend att behovet av såväl fysioterapeuter/sjukgymnaster samt arbetsterapeuter ökar då mer och mer vård som tidigare gavs inom slutenvården numera bedrivs i patientens hem. Vi ser även att svårigheterna att rekrytera personal är betydande och det händer att det inte är några sökande alls till tjänsterna med rätt utbildning och kompetens. Pga av svårigheter att rekrytera så är det ytterst värdefullt att vi behåller vår personal genom att attrahera medarbetarna och vara en attraktiv arbetsgivare

Verksamhetsrapport

Gällande/fysioterapeuter /sjukgymnaster så arbetar de efter tröskelprincipen. Dvs de som kan ta sig till läkarbesök och andra besök skall även vända sig till sin vårdcentral gällande sjukgymnastiska åkommor. Grundtanken är att behandling/ bedömning skall ske på det ställe som gagnar patienten bäst. Numera finns det även arbetsterapeuter inom primärvården. Dessa utgår från Karlshamn och hit kan vi hänvisa patienter med exempelvis behov av handträning och olika orthoser då vi saknar den kompetensen. Likaså har vår privata aktör inom primärvården även de arbetsterapeuter så till viss del fungerar tröskelprincipen även här.

Gällande alla brukare på SÄBO och övriga hemsjukvårdspatienter så arbetar sjukgymnasterna på rehab med att ge råd och enklare övningar. De gör även bedömningar utifrån patienterna funktionsstatus och förskriver hjälpmedel. Vid enklare träningar så bedömer vi att de bör ingå i den vardagliga omvårdnaden, såsom att få fortsätta att gå mindre sträckor med sin rollator för att bibehålla sina förmågor så länge som möjligt. Gällande specifik rehabilitering så är inriktningen att återfå tidigare förmågor som i samband med ett akut insjuknande har försämrats. Här är således målet en förbättring och kräver specialiserad rehabilitering. Här utför antingen fysioterapeuterna själv träningen alternativt att den utdelegeras till baspersonal genom HSL-uppdrag.

Rehabpersonalen arbetar mycket tillsammans med enhetschefer på SÄBO och inte minst hemtjänsten för tillsammans med baspersonalen arbeta för att patienterna skall få möjlighet att bevara de funktioner som de besitter, dvs ett hälsofrämjande, funktionsbevarande arbetssätt.

Generellt har vi från och till vakanser och en högre personalomsättning än vad vi önskat. Detta har tyvärr påverkat kontinuiteten och vår ambition att alltid närvara både fysioterapeut och arbetsterapeut på teamträffar. Grannkommunerna Karlshamn och Olofström har gått ifrån arbetssättet med geografiskt ansvarsområde och arbetar mer som konsulter. I dagsläget är det inget vi har för avsikt att införa då vi anser att kontinuiteten främst hos våra patienter är viktig men även att arbetsterapeut och fysioterapeuten blir en naturlig del i teamet kring patienten. Vi tror också att det är betydelsefullt för baspersonal samt enhetschefer i övriga omsorgen att ha en fast vårdkontakt hos oss på Rehab.

APT har vi varje månad, där dagordningen ligger digitalt så alla kan ta upp egna punkter. fysioterapeuterna/ sjukgymnasterna har professionsmöte varje onsdag för att planera sin verksamhet. Enhetschef är med första onsdagen i månaden. Arbetsterapeuterna har även de möte med EC cirka 2 gånger per termin.

Medarbetarsamtal och lönesamtal genomförs årligen med hundra procentig närvaro vilket tyder på engagerade medarbetare.

Verksamhetsrapport

4 Måluppfyllnad

4.1 Kommuninvånarna ska tillförsäkras en god och patientsäker vård.

4.1.1 Teamträffar ska prioriteras av samtliga berörda

1. Teamträffar ska prioriteras av samtliga berörda

Teamträffar är fortsatt prioriterade. I de fall vi inte har möjlighet att närvara så kommuniceras det med aktuell EC. Viktigt att alla i teamet är delaktiga och inser betydelsen av teamträffar. Under året har medarbetarna även genomgått utbildning i BPSSD vilket sannolikt kommer höja nivån ytterligare på teamträffarna. Återigen vi tror mycket på att teamträffar tillför en extra dimension för våra patienter och de är högt prioriterade hos oss.

5 Årets viktigaste händelser

Fulltaliga bemanningsmässigt

LOS AT samt LSS AT

Kontinuitet genom områdesansvariga

Link

Hälsoprojekt LSS

Vi har haft en högre personalomsättning än vad vi har lyckats rekrytera till under flera år. Dock har vi lyckats rekrytera och går in i 2026 med full personalstyrka. Det är årets största händelse att vi inte har några vakanser.

En av årets största händelser är det fortsatta arbetet med att erbjuda våra boende inom LSS ett multiprofessionellt hälsosamtal. Arbetet började som ett projekt under förra året men har blivit ett permanent arbetssätt där samtalen följs upp årligen.

En annan händelse av betydelse är att vi numera har en Arbetsterapeut som arbetar enbart gentemot hemgångsteamet samt vårt korttidsboende. Det är en kvalitetshöjning där vi tillsammans med övriga i teamet arbetar för att vi skall ha patientsäkra hemgångar från slutenvården. Under hösten har vi fått ett helt nytt kommunikationssystem med regionen som heter Link. Inför genomgången har all personal fått utbildning och övergången har gått bättre än vad vi först vågat tro. Förutom LOS tjänsten så har vi haft en vakant tjänst som arbetsterapeut gentemot LSS-verksamheten. Denna tjänst är även den tillsatt numera och det är vi glada över

Under september månad har vi deltagit i den förvaltningsgemensamma verksamhetsdagen som handlade om ökad samverkan inom våra olika professioner.

Under året har vi medverkat i kommunens arbetsmiljöenkät. Resultatet var generellt bra vilket innebär att vi inte behövs göra några handlingsplaner. Vi har valt ut två friskfaktorer som vi har påbörjat arbetet kring. Vi kommer att fortsätta att arbeta med

Sölvesborgs kommun

Verksamhetsrapport

friskfaktorerna under 2026 främst på våra APT

All personal har gått HLR samt brand utbildning enligt kommunens övergripande riktlinjer

Sist men inte minst. Är inte året händelse i sig men vi är fortsatt stolta över att vi fortsätter att arbeta med områdesansvarig arbetsterapeut samt fysioterapeut då vi tror att teamet samverkan kring patienten är en viktig faktor för att kunna erbjuda den bästa vården. Kontinuitet gentemot patient och övrig personal är något som vi värdesätter högt i vårt sätt att arbeta

6 Sammanfattande analys av året - utfall för verksamhet och ekonomi

Rehab

Totalt för Rehab

Budget: 9295 tkr

Utfall: 7893 tkr

Resultat: 1402 tkr plus

(totalt 1117 tkr har erhållits i statsbidrag från God och Nära vård)

Analys: Det stora positiva personalbudget saldot förklaras av att vi haft vakanser som vi inte har kunnat tillsätta. För att säkerställa att vi kunna bedriva en god och säker vård så har vi haft konsult inne under delar av 2025. Kostnaderna för konsult har dock varit lägre än minskade lönekostnader och arbetsgivaravgifter för fast anställda varav verksamheten burit upp kostnaderna för konsult

Gällande statsbidrag god och nära vård har vi tilldelats totalt 1117 tkr.

Gällande driften så saknar vi budget för vissa poster såsom fönsterputsning 4 tkr, sop och latrinkostnader 9 tkr, arbetskläder och skodon 12 tkr, terminalglasögon 5 tkr. Utöver det så har vi en driftbudget i balans.

slutgiltig analys så klarar vi att hålla vår budget vilket är vår stora ambition inför 2026

Medicintekniska hjälpmedel

Budget: 6868 tkr

Utfall: 7585 tkr (motsvarande summa 2024= 7214, 2023= 7433)

Resultat: - 716 tkr (motsvarande summa 2024= 357 ,2023 = -577 tkr)

Analys: Årsprognosen var satt till - 400 tkr vilket vi tyvärr inte kunde leva upp till. Granskning av kostnaderna visar att under senare delen av november samt december så har vi haft en väldigt hög grad av förskrivna hjälpmedel. Alla tjänster är tillsatta och vi har haft en mindre vårdskuld som vi numera arbetat ikapp. Inom LSS verksamheten så ser vi en ökad förskrivning av kommunikationshjälpmedel. T

Verksamhetsrapport

7 Förväntad utveckling

Vi ser ett fortsatt utökat behov av insatser från Rehabs sida.

Förväntad utveckling framöver är att behovet av rehabiliterande insatser samt bedömning och förskrivning av hjälpmedel kommer att öka, inte minst i samband med införandet av Nära Vård samt att det blir allt fler äldre. Då allt fler kommer att vårdas i hemmet även för akuta åkommor så innebär det att vi snabbt måste kunna bedöma patienten och säkra upp kring rehabiliterings behovet samt behovet av hjälpmedel.

Gällande personalförsörjningen så är det brist både på arbetsterapeuter och fysioterapeuter och kommer sannolikt att fortsätta i den riktningen. Vi har redan nu tillsammans med enhetschefsnätverk och MAR försökt analysera vilka arbetsuppgifter som skulle kunna utföras av annan personal. Vi har redan nu stor hjälp av rehab undersköterska.

Det finns även en gemensam arbetsgrupp med representanter från både kommun och region försöker arbeta tillsammans med kompetensförsörjning framöver, Vi upplever alla svårigheter med att rekrytera. Arbetet har mynnat ut att vi har ett samarbete med högskolan i Jönköping. Det innebär att det bedrivs utbildning på distans till Leg arbetsterapeut med utgångspunkt i campus Ronneby. Intresset kring utbildningsplatserna har varit högt och vi har under 2025 tagit emot studerande som gjort sin praktik hos oss. Då arbetet med att få till en utbildning för arbetsterapeuter varit framgångsrikt så har det under året arbetats för att även starta en utbildning för fysioterapeut. Arbetet har fallit väl ut och under 2026 påbörjas utbildning för fysioterapeut med utgångspunkt i Karlshamn. Utbildning sköts av Mälardalens högskola.

Vi förväntar oss även fortsatt högt tryck från slutenvården och att det kommer ställas allt högre krav på oss med att snabbt kunna göra hembesök och bedöma patienternas funktionsstatus. Vi märker av att det saknas resurser inom slutenvården och har i vissa fall svårt att få ändamålsenlig rapport från fysioterapeut/sjukgymnast samt arbetsterapeut på grund av att patienten inte fått träffa varken fysioterapeut/sjukgymnast samt arbetsterapeut under vårdtiden.

Vi ser också en trend där patienterna är mer insatta och har krav på att erhålla hjälpmedel som de exempelvis har sett i media mm. Här kan det uppstå ett problem utifrån vad patienten förväntar sig gentemot den legitimerade personalen om denna inte gör samma bedömning. Samt att vi har ett sortiment från Hjälpmedelscentralen att förhålla oss till.

Vi kan även se att våra insatser inom LSS blir allt större i samband med att deras verksamheter byggs ut samt att det blir fler äldre i denna patientkategori.

Verksamhetsrapport

Myndighetsenhet



**Sölvesborgs
kommun**

Verksamhetsrapport

Innehållsförteckning

1 Driftbudget (manuell)	3
2 Personalredovisning (manuell)	3
3 Verksamhetsbeskrivning	3
4 Måluppfyllnad	4
4.1 Kommuninvånarna ska tillförsäkras en god och patientsäker vård.	4
4.1.1 Teamträffar ska prioriteras av samtliga berörda	4
5 Årets viktigaste händelser	4
6 Sammanfattande analys av året - utfall för verksamhet och ekonomi	6
7 Förväntad utveckling	6

Verksamhetsrapport

1 Driftbudget (manuell)

Driftbudget, tkr	Budget 2025	Bokslut 2025
Personalkostnadsrelaterade intäkter		961,3
Övriga intäkter		
Summa intäkter		961,3
Personalkostnader	-7 059,0	-7 380,0
Övriga kostnader	-267,2	-426,1
Summa kostnader	-7 326,2	-7 806,1
Nettokostnader	-7 326,2	-6 844,8

2 Personalredovisning (manuell)

Personalredovisning	Budget 2025	Bokslut 2025
Inrättade tjänster	10,9	10,9
Sjukfrånvaro i % av tillgänglig tid, förvaltningen*		10,2 %
Sjukfrånvaro i % av tillgänglig tid, enheten*		8,0 %
varav dag 1-14		1,4 %
varav dag 15-90		0,3 %
varav dag 91-		0,0 %
Övertid, tkr	-3,8	-1,7
Ob ersättning, tkr		-5,4

3 Verksamhetsbeskrivning

Myndighetsenheten består av totalt 11 medarbetare och omfattar åtta biståndshandläggare, varav två ingår i hemgångsteamet, två avgiftshandläggare samt en äldreкуратор. Antalet inrättade tjänster uppgår till 11,0 årsarbetare för 2025.

Enhetens uppdrag är att säkerställa rättssäker, likvärdig och behovsbaserad myndighetsutövning enligt socialtjänstlagen (SoL). Biståndshandläggarna ansvarar för att aktualisera, utreda, fatta beslut samt följa upp insatser för personer i behov av stöd, på delegation från vård- och omsorgsförvaltningen. Arbetet utgår från den enskildes behov och syftar till att främja självständighet, trygghet och god livskvalitet.

Biståndshandläggarna samverkar kontinuerligt med den enskilde och dennes anhöriga samt med kommunens utförarverksamheter, regionen och andra berörda myndigheter för att skapa helhet, kontinuitet och god kvalitet i insatserna.

Verksamhetsrapport

Inom enheten finns ett hemgångsteam med uppdrag att säkerställa en trygg, säker och effektiv hemgång från sjukhus. Teamet består av två biståndshandläggare, en sjuksköterska och en arbetsterapeut som arbetar tvärprofessionellt för att stödja den enskildes återhämtning, stärka funktionsförmåga och minska risken för återinläggning.

Avgiftshandläggarna ansvarar för avgiftsdebitering för personer med beviljade insatser samt för personer som bor på särskilt boende. I uppdraget ingår även rollen som boendesamordnare vid tilldelning av platser på särskilt boende, med fokus på rättssäkerhet, likabehandling och effektiv användning av kommunens platser.

Äldrekuratorns uppdrag är att erbjuda stödjande och rådgivande samtal till personer med beviljade hemtjänstinsatser eller hemsjukvård samt till personer som bor på särskilt boende. Insatsen är ett komplement till övriga professioner och syftar till att stärka den enskildes psykiska och sociala välbefinnande genom samtal kring livssituation, mående och sociala frågor.

4 Måluppfyllnad

4.1 Kommuninvånarna ska tillförsäkras en god och patientsäker vård.

4.1.1 Teamträffar ska prioriteras av samtliga berörda

Teamträffar prioriteras i största möjligaste mån av biståndshandläggarna,

5 Årets viktigaste händelser

Under året tillsattes den vakanta tjänsten som biståndshandläggare samt en ny avgiftshandläggare efter pensionsavgång.

En biståndshandläggare arbetar del av tjänst som Lov samordnare. LOV-samordnaren ansvarar utifrån årshjulet för att samordna och följa upp verksamheter som bedrivs inom ramen för lagen om valfrihetssystem (LOV). Arbetet bedrivs i samarbete med MAS (medicinsk ansvarig sjuksköterska) och kvalitetsutvecklare.

Ett beslut fattades om att biståndshandläggare inte längre ska ansvara för uppföljning av beslut på särskilt boende. Vilket frigjorde utrymme att arbeta mer förebyggande i enlighet med nya socialtjänstlagen.

Hemgångsteamet tilldelades kvalitetspriset för 2024. Teamets tvärprofessionella arbetssätt har haft en mycket positiv inverkan på återhämtning och livskvalitet för de personer som fått stöd. Under 2024 genomfördes hemtagningar från regionen i genomsnitt på 0,88 dagar, vilket är betydligt under den tillåtna gränsen på tre dagar.

Sölvesborgs kommun

Verksamhetsrapport

Resultatet placerar teamet bland de främsta i Blekinge och visar på hög effektivitet, kvalitet och stort engagemang.

Vård- och omsorgsförvaltningen arrangerade en gemensam verksamhetsdag med fokus på samverkan över verksamhetsgränser, ökad förståelse för varandras professioner samt utveckling av det gemensamma uppdraget. Dagen upplevdes som mycket givande och kommer att följas upp med fortsatta halvdagar under våren 2026.

Den 1 juli 2025 trädde den nya socialtjänstlagen i kraft, vilket innebär ett ökat fokus på förebyggande, kunskapsbaserat, tillgängligt och jämställt arbete.

Från och med den 1 september 2025 blev det möjligt att ansöka om insats utan behovsprövning för matdistribution och inköp för personer som fyllt 80 år, eller som fyller 80 år under innevarande år.

Biståndshandläggarna genomför förebyggande hembesök i samband med uppföljning av trygghetslarm. En checklista baserad på Fingermodellen har tagits fram som stöd i detta arbete.

Två medarbetare från myndighetsenheten samt chef deltog tillsammans med övriga representanter från förvaltningen på Äldreomsorgsdagarna i Stockholm. Deltagandet var mycket uppskattat och bidrog till både kompetensutveckling och erfarenhetsutbyte. Avgiftshandläggarna deltog även i en användarträff för Tietos systemanvändare i Stockholm. Samtliga biståndshandläggare har under året deltagit i flera webinarier och utbildningar kopplade till den nya socialtjänstlagen.

Avgiftshandläggarna har, i samarbete med IT-samordnare, påbörjat ett arbete med boendemodulen kopplat till hyror på särskilt boende. Framöver planeras även införande av medborgartjänst för digital inlämning av inkomstuppgifter samt möjlighet att skicka digitala avgiftsbeslut. Vidare planeras införande av korttidsmodulen för växelvård och korttidsverksamhet samt frånvaromodulen.

Äldrekuratorn har under året genomfört ett stort antal samtal, både i ordinärt boende och på särskilda boenden. Han medverkade även i ett digitalt frukostseminarium arrangerat av regionen, där han presenterade sitt arbete på ett mycket uppskattat sätt. Sedan hösten samarbetar äldrekuratorn med kommunens mötesplatser och finns varje onsdag förmiddag på Solgårdens mötesplats för informationsspridning och relationsskapande arbete. Uppföljning av samarbetet är planerad till februari 2026.

I november genomfördes ett systembyte från det tidigare sjukhussystemet Prator till LINK.

Juridisk handledning genomfördes vid fyra tillfällen under året och har varit mycket värdefull för biståndshandläggarnas arbete. Äldrekuratorn har även fått handledning vid ett par tillfällen utifrån sin specifika roll.

Verksamhetsrapport

6 Sammanfattande analys av året - utfall för verksamhet och ekonomi

Det ekonomiska utfallet för året visar ett överskott om +481 tkr. Överskottet förklaras huvudsakligen av erhållna statsbidrag kopplade till hälsosamtal samt satsningen på god och nära vård. Den positiva ekonomiska avvikelsen bedöms inte vara av strukturell karaktär utan är kopplad till riktade statsbidrag. Samtidigt visar utfallet på god ekonomisk hushållning och en verksamhet som bedrivits inom tilldelade ramar. Verksamheten har under året haft en låg korttidsfrånvaro, vilket bidragit till stabilitet, kontinuitet och begränsade personalkostnader.

Sammantaget visar årets utfall på en verksamhet som utvecklats i linje med sitt uppdrag, med god kvalitet, stärkt samverkan och ett tydligare förebyggande perspektiv, samtidigt som den ekonomiska uppföljningen visar på ett positivt resultat.

7 Förväntad utveckling

Inför 2026 bedöms verksamheten stå väl rustad för fortsatt utveckling med utgångspunkt i de förändringar och satsningar som genomförts under föregående år. Den ökade stabiliteten inom myndighetsutövningen, genom tillsatta tjänster inom bistånds- och avgiftshandläggning, skapar goda förutsättningar för högre kvalitet och ökad rättssäkerhet i handläggningen. Samtidigt kommer en vakans uppstå efter den 20 mars 2026. Rekrytering kommer att påbörjas omgående under förutsättning att vakansprövning beviljas, i syfte att minimera påverkan av den höga kvalité som finns inom verksamheten.

Den tydligare ansvarsfördelningen, där biståndshandläggarna inte längre ansvarar för uppföljning på särskilt boende, förväntas bidra till ett mer fokuserat och effektivt myndighetsarbete samt möjliggör mer förebyggande arbete. Rollen som LOV-samordnare, som innehas av en biståndshandläggare, fortsätter att utvecklas under året utifrån det framtagna årshjulet. Detta bedöms ytterligare stärka den systematiska uppföljningen av verksamheter inom lagen om valfrihetssystem, i nära samverkan med MAS och kvalitetsutvecklare.

Hemgångsteamets arbetssätt förväntas att fortsätta att utvecklas, med bibehållen hög effektivitet och stark samverkan med regionen.

Vi kommer fortsätta att arbeta med den nya socialtjänstlagen. Ett ökat fokus på förebyggande, tillgängliga och kunskapsbaserade arbetssätt förväntas prägla verksamheten. Möjligheten att ansöka om vissa insatser utan behovsprövning samt det fortsatta arbetet med förebyggande hembesök bedöms stärka det tidiga stödet till äldre och bidra till mer hållbara insatser över tid.

Samverkan inom vård- och omsorgsförvaltningen förväntas fördjupas ytterligare genom planerade uppföljande verksamhetsdagar genom halvdagar under 2026. Vilket bidrar till ökad förståelse för varandras uppdrag, förbättrade samarbetsformer och ett mer sammanhållet arbete kring den enskilde.

Digitalisering och systemutveckling är fortsatt prioriterade utvecklingsområden. Införande av nya moduler och digitala tjänster, såsom digital inlämning av

Verksamhetsrapport

inkomstuppgifter och digitala avgiftsbeslut, förväntas effektivisera administrativa processer, stärka rättssäkerheten och öka tillgängligheten för medborgarna.

Handledningen till biståndshandläggare kommer att fortsätta och ses som en viktig del i att säkerställa rättssäker handläggning, professionellt stöd och kompetensutveckling. Även äldrekuratorn kommer få fortsatt handledning utifrån sin specifika yrkesroll, vilket bedöms stärka kvaliteten i det psykosociala stödarbetet och bidra till hållbara arbetsförhållanden.

Äldrekuratorns förebyggande och relationsskapande arbete förväntas vidareutvecklas genom fortsatt samverkan med kommunens mötesplatser. Detta bedöms bidra till ökad tillgänglighet, tidiga insatser och förbättrad psykisk och social hälsa hos äldre.

Sammantaget präglas den förväntade utvecklingen inför 2026 av stärkt kvalitet, ökad samverkan, ett tydligt förebyggande perspektiv, kontinuerlig handledning samt utvecklade digitala arbetssätt. Vilket sammantaget stärker verksamhetens förmåga att möta framtida behov inom äldreomsorgen.

Verksamhetsrapport

Norra innerstaden



**Sölvesborgs
kommun**

Verksamhetsrapport

Innehållsförteckning

1 Driftbudget (manuell)	3
2 Personalredovisning (manuell)	3
3 Verksamhetsbeskrivning	3
4 Måluppfyllnad	4
4.1 Verksamheten har nöjda medarbetare	4
4.1.1 Följa rutinen som finns kring sjukfrånvaro och rehabilitering	4
4.2 Verksamheten ska bidra till att kommuninvånarna ska uppleva trygghet genom livet.	4
4.2.1 Beskriv hur ni jobbar med att förbättra kontinuiteten. Mätvärdet rapporteras som tidigare i indikatorn.	4
4.2.2 Meddela brukare förändringar hemtjänstplaneringen i god tid (utifrån fråga i brukarundersökning)	4
4.3 Verksamheten ska främja kommuninvånarnas självständighet via fysiska möten och välfärdsteknik.	4
4.3.1 Öka lyhördheten för individuella behov av att kunna komma i kontakt med hemtjänstpersonalen (utifrån fråga i brukarundersökningen)	4
4.4 Kommuninvånarna ska tillförsäkras en rättssäker omsorg av god kvalitet.	5
4.4.1 Brukardialog genom hembesök hos minst 6 brukare med utgångspunkt i brukarundersökningens resultat	5
4.5 Kommuninvånarna ska tillförsäkras en god och patientsäker vård.	5
4.5.1 Kontinuerliga samtal med arbetsgruppen i syfte att öka följsamheten av rutinen för basal hygien.....	5
5 Årets viktigaste händelser.....	5
6 Sammanfattande analys av året - utfall för verksamhet och ekonomi	6
7 Förväntad utveckling	6

Verksamhetsrapport

1 Driftbudget (manuell)

Driftbudget, tkr	Budget 2025	Bokslut 2025
Personalkostnadsrelaterade intäkter		256,5
Övriga intäkter		
Summa intäkter		256,5
Personalkostnader	-14 017,7	-13 467,0
Övriga kostnader	-819,4	-1 022
Summa kostnader	-14 837,1	-14 489,0
Nettokostnader	-14 837,1	-14 232,5

2 Personalredovisning (manuell)

Personalredovisning	Budget 2025	Bokslut 2025
Inrättade tjänster	21,15	21,15
Sjukfrånvaro i % av tillgänglig tid, förvaltningen*		10,2 %
Sjukfrånvaro i % av tillgänglig tid, enheten*		10,5 %
varav dag 1-14		7,8 %
varav dag 15-90		3,6 %
varav dag 91-		3,3 %
Övertid, tkr	-10,7	-714,9
Ob ersättning, tkr	-1 224,2	-1 188,2

3 Verksamhetsbeskrivning

Norra innerstans hemtjänst utgår från Duvan, St:lbbsgatan 1D och området är indelat i två geografiska områden i vilka ytterligare mindre geografiska områden finns för att hålla kontinuiteten så hög som det är möjligt. Områdena benämns Norr1 och Norr 2.

Norra innerstans hemtjänst har i dagsläget 18 medarbetare som är tillsvidare anställda och en planerare.

Av dessa är en sjukskrivna på 100%

Verksamhetsrapport

4 Måluppfyllnad

4.1 Verksamheten har nöjda medarbetare

4.1.1 Följa rutinen som finns kring sjukfrånvaro och rehabilitering

Telefonsamtal med medarbetare som är kortidsfrånvarande de första dagarna.

Samtal med medarbetare som varit sjukskriven fler än vid sex tillfällen, vid behov med HR.

Vid längre tids frånvaro hålls kontakt via telefon alt sms samt dessa kontakt tillfällen dokumenteras.

4.2 Verksamheten ska bidra till att kommuninvånarna ska uppleva trygghet genom livet.

4.2.1 Beskriv hur ni jobbar med att förbättra kontinuiteten. Mätvärdet rapporteras som tidigare i indikatorn.

Jobbar kontinuerligt med att se över planeringen för att minimera antalet personal hos en och samma brukare.

Jobbar med att öka antalet månadsanställda vikarier när detta behövs samt är igång med rekrytering av nya medarbetare på grund av bla pensionsavgång.

Svårt under vissa perioder med mycket både korttids men även långtids sjukfrånvaro.

4.2.2 Meddela brukare förändringar hemtjänstplaneringen i god tid (utifrån fråga i brukarundersökning)

Planerare och personal ska delge brukarna information om det sker förändringar av planerade besök. När vi ser på undersökningen som genomfördes under 2024 så uppfyller vi inte dem kravs som brukaren kan kräva detta är även fallet för undersökningen 2025. Detta innebär att vi lyckades inte med vårt mål att förbättra siffrorna under 2025.

4.3 Verksamheten ska främja kommuninvånarnas självständighet via fysiska möten och välfärdsteknik.

4.3.1 Öka lyhördheten för individuella behov av att kunna komma i kontakt med hemtjänstpersonalen (utifrån fråga i brukarundersökningen)

När biståndshandläggare är på hembesök och ansökan om hemtjänst beviljas så informerar handläggaren om hur brukaren kommer i kontakt med hemtjänsten.

När brukaren tilldelats kontaktman så informerar denne brukaren om hur brukaren

Verksamhetsrapport

kommer i kontakt med hemtjänstgruppen, planeringen samt enhetschef.

4.4 Kommuninvånarna ska tillförsäkras en rättssäker omsorg av god kvalitet.

4.4.1 Brukardialog genom hembesök hos minst 6 brukare med utgångspunkt i brukarundersökningens resultat

Under året har hemtjänstgruppen byt chef och detta har inneburit att det inte blivit som planerades inför 2025. Hembesök har gjorts vid ett flertal tillfällen men inte med utgångspunkt brukarundersökningen.

4.5 Kommuninvånarna ska tillförsäkras en god och patientsäker vård.

4.5.1 Kontinuerliga samtal med arbetsgruppen i syfte att öka följsamheten av rutinen för basal hygien

Årets mätningar var inte bra. Analys av resultatet är att vi behöver jobba med frågan gällande Basal Handhygien på ett nytt sätt men även på hur vi mäter då det enda sättet i hemtjänsten att mäta är när vi arbetar två och två och detta är något som vi sällan gör.

Personalen ska genomföra en digital webbutbildning gällande hygien och det har även tagits upp på APT och film har visats gällande vikten av att sköta den basala hygien. Under året har vi haft två verksamhetsdagar och vid båda tillfällena har vi haft frågan på agendan. Vi har som svar på vårens mätning som inte heller var bra lagt in mer tid på besök för att underlätta för följandet av våra basala hygien rutiner. Efter höstens mätning kan vi klart se att detta inte haft effekt.

5 Årets viktigaste händelser

Personal slutade under våren 2025, vilket ledde till att ny planerare började på centrala området, det gjordes ett internt byte i planerargruppen. Ny planerare rekryterades istället till norra gruppen.

Verksamhets dagar planerades in och hölls i November. Dessa tre dagar var mycket lyckade och uppskattades av personalen som fick möjlighet att närvara. Under veckan som dessa dagar var planerade så var personal tvungna att vara ute i verksamheten då två brukare var i behov av "vak". Verksamhets dagarna genomfördes med hela hemtjänst organisationen och föreläsarna som bokades var demenssköterska Anna Rydberg och regionens hygien sköterskor från vårdhygien.

Vi har haft annons gällande ledig tjänst under våren 2025, men det är svårt att rekrytera utbildade undersköterskor med goda referenser. Under sommaren har vi haft en liten överanställning där våra vikarier haft hög närvaro, det har gjort att vi har kunnat hjälpa andra grupper där sjukfrånvaron var hög under sommaren.

Verksamhetsrapport

Under våren 2025 bytte gruppens enhetschef tjänst och flyttade ut till Nordrikets hemtjänst, detta innebar att ny chef rekryterades och var på plats i slutet på augusti. Den nya chefen valde i november att avsluta sin anställning och därmed har Norra Innerstan ingen chef på plats vid årets slut, rekrytering inledd.

6 Sammanfattande analys av året - utfall för verksamhet och ekonomi

2025 har inneburit ett händelserikt år budget mässigt för hemtjänsten Norra:

När vi gick ut i från 2023 låg underskottet på -303 tkr och när vi nu går ut från 2025 har detta underskott vänts till ett positivt resultat på ca 150tkr.

7 Förväntad utveckling

Vi går från ett turbulent 2025 in i ett ovisst 2026 då enheten inte har någon enhetschef på plats av den anledningen är det mycket svårt att säga något om utveckling för 2026.

Verksamhetsrapport

Centrala innerstaden



**Sölvesborgs
kommun**

Verksamhetsrapport

Innehållsförteckning

1 Driftbudget (manuell)	3
2 Personalredovisning (manuell)	3
3 Verksamhetsbeskrivning	3
4 Måluppfyllnad	4
4.1 Verksamheten har nöjda medarbetare	4
4.1.1 Följa rutinen som finns kring sjukfrånvaro och rehabilitering	4
4.2 Verksamheten ska bidra till att kommuninvånarna ska uppleva trygghet genom livet.	4
4.2.1 Beskriv hur ni jobbar med att förbättra kontinuiteten. Mätvärdet rapporteras som tidigare i indikatorn.	4
4.2.2 Meddela brukare förändringar hemtjänstplaneringen i god tid (utifrån fråga i brukarundersökning)	4
4.3 Verksamheten ska främja kommuninvånarnas självständighet via fysiska möten och välfärdsteknik.	4
4.3.1 Öka lyhördheten för individuella behov av att kunna komma i kontakt med hemtjänstpersonalen (utifrån fråga i brukarundersökningen)	4
4.4 Kommuninvånarna ska tillförsäkras en rättssäker omsorg av god kvalitet.	5
4.4.1 Brukardialog genom hembesök hos minst 6 brukare med utgångspunkt i brukarundersökningens resultat	5
4.5 Kommuninvånarna ska tillförsäkras en god och patientsäker vård.	5
4.5.1 Kontinuerliga samtal med arbetsgruppen i syfte att öka följsamheten av rutinen för basal hygien.....	5
5 Årets viktigaste händelser.....	5
6 Sammanfattande analys av året - utfall för verksamhet och ekonomi	6
7 Förväntad utveckling	6

Verksamhetsrapport

1 Driftbudget (manuell)

Driftbudget, tkr	Budget 2025	Bokslut 2025
Personalkostnadsrelaterade intäkter		752,0
Övriga intäkter		2,4
Summa intäkter		754,4
Personalkostnader	-14 657,9	-14 696,6
Övriga kostnader	-1 955,3	-2 441,5
Summa kostnader	-16 613,2	-17 138,1
Nettokostnader	-16 613,2	-16 383,7

2 Personalredovisning (manuell)

Personalredovisning	Budget 2025	Bokslut 2025
Inrättade tjänster	24,66	24,66
Sjukfrånvaro i % av tillgänglig tid, förvaltningen*		10,2 %
Sjukfrånvaro i % av tillgänglig tid, enheten*		10,5 %
varav dag 1-14		5,2 %
varav dag 15-90		1,7 %
varav dag 91-		4,5 %
Övertid, tkr	-8,9	-401,4
Ob ersättning, tkr	-1 331,7	-1 307,5

3 Verksamhetsbeskrivning

Centrala hemtjänsten är en stor hemtjänstgrupp som möter brukarna som bor inne i centrala Sölvesborg, det är en blandning av brukare som bor i lägenhet och som bor i hus. Hemtjänsten utför flertalet varierande uppgifter inom omvårdnad, service, tar emot trygghetslarm och delegerade uppgifter inom HSL. Idagsläget är personalgruppen cirka 24 personer där 22 är tillsvidareanställda och 2 månadsanställda, antalet anställda varierar på antal brukartimmar. Centrala hemtjänsten har cirka 150 brukare inom sitt område.

Verksamhetsrapport

4 Måluppfyllnad

4.1 Verksamheten har nöjda medarbetare

4.1.1 Följa rutinen som finns kring sjukfrånvaro och rehabilitering

Enhetschef har telefonsamtal med personal som är sjuka. Har även rehabplan vid långtidssjukskrivningar och kontakt när sjukskrivning blir förlängd. Stämmer av med personen som är borta en längre tid så att de är välkomna att hälsa på arbetsplatsen, komma på APT och har sms kontakt. Pratar om vad sjukskrivningen beror på samt rekommenderar läkarkontakt om det är aktuellt eller stöd genom företagshälsovården. Ofta har personal en sjukdomshistorik sedan tidigare samt privata angelägenheter som leder till hög sjukfrånvaro.

4.2 Verksamheten ska bidra till att kommuninvånarna ska uppleva trygghet genom livet.

4.2.1 Beskriv hur ni jobbar med att förbättra kontinuiteten. Mätvärdet rapporteras som tidigare i indikatorn.

Vi jobbar dagligen med att ha en helhetsbild för att brukare ska möta så få personal som möjligt, vilket även skapar förtroende och trygghet för brukaren. Dock kan det inte alltid lösas på grund av korttidsfrånvaro hos personal, avsaknad av delegering som är nödvändig för att besöka vissa brukare vilket gör det svårt att hålla en god kontinuitet. Jobbar med att ha tillsvidareanställd och månadsanställd personal och minska timvikarier för att så få personal som möjligt ska besöka brukaren och att de som kommer ska vara välkända.

4.2.2 Meddela brukare förändringar hemtjänstplaneringen i god tid (utifrån fråga i brukarundersökning)

Planerare har dialog med brukare gällande deras insatser och meddelar så fort som möjligt om det blir någon ändring gällande dag/ tid för utförande av insatser. I stora möjliga mån försöker vi anpassa oss till brukarnas önskemål så långt som det är möjligt. I undantagsfall meddelar personalen brukaren förändring om det har skett något som gäller samma dag, det handlar även om att vissa brukare inte tar emot all personal eller glömmer det som överenskommits med planerare.

4.3 Verksamheten ska främja kommuninvånarnas självständighet via fysiska möten och välfärdsteknik.

4.3.1 Öka lyhördheten för individuella behov av att kunna komma i kontakt med hemtjänstpersonalen (utifrån fråga i brukarundersökningen)

Brukaren får information från biståndshandläggare om hur den kommer i kontakt med

Verksamhetsrapport

hemtjänstpersonal. När brukaren tilldelas kontaktman och får sin genomförandeplan samt röda pärm får brukaren även kontaktuppgifter för att den ska veta vem som är kontaktman/fast omsorgskontakt samt kontaktuppgifter till planering och enhetschef. Centrala hemtjänsten har även jobbat under 2025 med att brukarna ska veta var de ska vända sig vid synpunkter eller klagomål på sin hjälp. Alla klagomål eller synpunkter går inte att tillgodose då det finns specifika önskemål på vilken personal som ska komma eller att man som brukaren uppfattar det som att man är lovad en specifik tid.

4.4 Kommuninvånarna ska tillförsäkras en rättssäker omsorg av god kvalitet.

4.4.1 Brukardialog genom hembesök hos minst 6 brukare med utgångspunkt i brukarundersökningens resultat

I rollen som enhetschef har jag samtal med brukare varje vecka utifrån det som fungerar väl och mindre väl. Under hembesök pratar vi tillsammans med brukarna om hjälpen. Vi har dialog i personalgruppen om vad brukarna framfört till fast omsorgskontakt och om vad som är möjligt eller inte möjligt. Planerare har även dem daglig dialog med brukare där dialog hålls utifrån det brukaren tycker fungerar väl eller det den önskar att förändra.

Under våren påbörjades projekt där metodutvecklare ska ha hembesök hos varje område och ställa frågor för att kunna möta och jämföra vad som sägs mellan samtliga områden i hemtjänsten, detta lades dessvärre på is.

4.5 Kommuninvånarna ska tillförsäkras en god och patientsäker vård.

4.5.1 Kontinuerliga samtal med arbetsgruppen i syfte att öka följsamheten av rutinen för basal hygien

Personalen ska göra en digital utbildning gällande basala hygienrutiner, utöver det tas rutin upp på APT 4 gånger om året. Innerstans hemtjänst har haft verksamhetsdagar där under våren föreläste medicinskt ansvarig sjuksköterska om hygien och vikten av att följa hygienrutiner. I innerstan förlängde man även besökstid hos brukarna. Under hösten har samtliga hemtjänstgrupper under verksamhetsdagar fått lyssna på hygiensköterska från region Blekinge tillsammans med medicinskt ansvarig sjuksköterska. utöver detta fångar enhetschefer upp personal om man märker att man har långa naglar med konstgjort material, inte följer klädrutinen eller liknande. Det vi märker är att det inte är tidsbrist eller kunskapsbrist utan att man som personal inte väljer att följa dessa regler.

5 Årets viktigaste händelser

Årets viktigaste händelser 2025

Sölvesborgs kommun

Verksamhetsrapport

Personal slutade under våren 2025, vilket ledde till att ny planerare började på centrala området, det gjordes ett internt byte i planerargruppen. Ny planerare rekryterades istället till norra gruppen.

Under våren genomfördes planeringsdagar tillsammans med norra och södra innerstans hemtjänst, samt nattpatrullen under dagarna pratades IBIC- individens behov i centrum och basal hygien.

Vi har haft annons gällande ledig tjänst under våren 2025, men det är svårt att rekrytera utbildade undersköterskor med goda referenser. Under sommaren har vi haft en liten överanställning där våra vikarier haft hög närvaro, det har gjort att vi har kunnat hjälpa andra grupper där sjukfrånvaron var hög under sommaren.

Under hösten har planeringsdagar skett med samtliga grupper i hemtjänsten och nattpatrull, vi har fått påfyllning i demenssjukdom, bemötande och basal hygien från hygiensköterska från Region Blekinge.

Samverkansmöte mellan biståndshandläggare samt enhetschef har ägt rum för att kunna utöka samarbetet och samförståelse för varandras uppdrag. Samverkansmöte har även ägt rum med enhetschefer för hemtjänsten samt bemanningen för att tillsammans kartlägga verksamhetens behov och vad vi önskar från varandra.

6 Sammanfattande analys av året - utfall för verksamhet och ekonomi

Centrala hemtjänsten har ett litet positivt ekonomiskt utfall under 2025. Anledningen till att vi lägger nära i budget är beror bland annat på ökade kostnader för förbrukningsmaterial som är nödvändigt i vårt arbete. Vi har även haft en del sjukfrånvaro vilket genererar höga kostnader för verksamheten. Skador på leasingbilar samt skador på cyklar har också genererat ett minus.

Planerare i hemtjänsten samt schemaplanerare jobbar effektivt med att försöka balansera budget med brukarnas behov, oftast är det sjukfrånvaro som leder till kvalificerad övertid för ordinarie personal på grund av brist på timvikarier som även där genererar ett minus i budget.

7 Förväntad utveckling

Förväntad utveckling under 2026

- Ökad närvaro på arbetsplatsen, minska sjuktalen.
- Att arbeta för en arbetsplats med hög trivsel och där alla tar ansvar.
- Arbeta mer med genomförandeplanerna hos våra brukare, för att brukarna ska få hjälpen de behöver på det sättet de önskar.
- Fortsatt arbete med att arbeta med fast omsorgskontakt
- Stärka medarbetarskapet och det ansvar det innebär i grupperna.
- Arbeta med att förbättra resultaten i basal hygien.

Verksamhetsrapport

- Arbeta för att all personal ska ha delegering för insulin och blodförtunnade läkemedel.

Verksamhetsrapport

Södra innerstaden och Nattpatrull



**Sölvesborgs
kommun**

Verksamhetsrapport

Innehållsförteckning

1 Driftbudget (manuell)	3
2 Personalredovisning (manuell)	3
3 Verksamhetsbeskrivning	3
4 Måluppfyllnad	4
4.1 Verksamheten har nöjda medarbetare	4
4.1.1 Följa rutinen som finns kring sjukfrånvaro och rehabilitering	4
4.2 Verksamheten ska bidra till att kommuninvånarna ska uppleva trygghet genom livet.	4
4.2.1 Beskriv hur ni jobbar med att förbättra kontinuiteten. Mätvärdet rapporteras som tidigare i indikatorn.	4
4.2.2 Meddela brukare förändringar hemtjänstplaneringen i god tid (utifrån fråga i brukarundersökning)	4
4.3 Verksamheten ska främja kommuninvånarnas självständighet via fysiska möten och välfärdsteknik.	4
4.3.1 Öka lyhördheten för individuella behov av att kunna komma i kontakt med hemtjänstpersonalen (utifrån fråga i brukarundersökningen)	4
4.4 Kommuninvånarna ska tillförsäkras en rättssäker omsorg av god kvalitet.	5
4.4.1 Brukardialog genom hembesök hos minst 6 brukare med utgångspunkt i brukarundersökningens resultat	5
4.5 Kommuninvånarna ska tillförsäkras en god och patientsäker vård.	5
4.5.1 Kontinuerliga samtal med arbetsgruppen i syfte att öka följsamheten av rutinen för basal hygien.....	5
4.5.2 Gemensam dialog på APT för att förbättra våra resultat.....	5
4.5.3 Södra hemtjänst är pilotområde och arbetar aktivt med Senior Alert.....	5
5 Årets viktigaste händelser.....	6
6 Sammanfattande analys av året - utfall för verksamhet och ekonomi	6
7 Förväntad utveckling	7

Verksamhetsrapport

1 Driftbudget (manuell)

Driftbudget, tkr	Budget 2025	Bokslut 2025
Personalkostnadsrelaterade intäkter		
Övriga intäkter		602,5
Summa intäkter		602,5
Personalkostnader	-16 078,2	-15 175,2
Övriga kostnader	-890,8	-1 136,7
Summa kostnader	-16 969,0	-16 311,9
Nettokostnader	-16 969,0	-15 709,4

2 Personalredovisning (manuell)

Personalredovisning	Budget 2025	Bokslut 2025
Inrättade tjänster	25,1	25,1
Sjukfrånvaro i % av tillgänglig tid, förvaltningen*		10,2 %
Sjukfrånvaro i % av tillgänglig tid, enheten*		10,5 %
varav dag 1-14		5,0 %
varav dag 15-90		1,9 %
varav dag 91-		2,5 %
Övertid, tkr	-4,9	-676,2
Ob ersättning, tkr	-2 130,7	-1 818,9

3 Verksamhetsbeskrivning

Södra hemtjänsten är verksam i ytterområdet ut emot Falkvik, upp mot Kämpasläppen/Valje. Vi har drygt 130 brukare i vårt team. Tillsammans med Nattpatrullen som arbetar tvärprofessionellt emot alla våra hemtjänst grupper. Båda grupperna utgår ifrån Duvan där även Teknik team, Centrala och Norra hemtjänstgruppen också sitter samlat.

Verksamhetsrapport

4 Måluppfyllnad

4.1 Verksamheten har nöjda medarbetare

4.1.1 Följa rutinen som finns kring sjukfrånvaro och rehabilitering

Har alltid en rehab plan med personer med mycket korttidsfrånvaro eller långtids sjukfrånvaro. Beroende på personens sjukdomshistoria så sätter man in olika åtgärder och samtal. Vissa samtal sker tillsammans med HR.

Man bokar alltid in ett nytt uppföljningsmöte under sittande möte, för att det inte ska gå så lång tid emellan. Det kan vara svårt att få till tiderna.

4.2 Verksamheten ska bidra till att kommuninvånarna ska uppleva trygghet genom livet.

4.2.1 Beskriv hur ni jobbar med att förbättra kontinuiteten. Mätvärdet rapporteras som tidigare i indikatorn.

Vi arbetar dagligen med att se över planering utav insatser och personal, för att minimera antalet personer hos en och samma brukare. Svårt under vissa perioder med mycket både korttids men även långtids sjukfrånvaro.

Vi ser över våra körrundor och anpassar nya brukare men även de brukare som avlider, efterhand de tillkommer eller avslutas. Detta gör att vi ibland får byta kontaktpersoner ofta för en del beroende på var de bor i Södra området.

4.2.2 Meddela brukare förändringar hemtjänstplaneringen i god tid (utifrån fråga i brukarundersökning)

Våra planerare inom hemtjänsten har en tät dialog med våra brukare om förändringar som rör deras beviljade insatser och besök som planeras. De får i god tid reda på om vi behöver justera ett besök och vart orsaken till detta är. Oftast är det inga bekymmer och brukaren är tacksam för en dialog. Personal kan i enstaka/speciella brukar ärenden få vara de som ska delge en brukare en förändring. Det beror på att brukaren inte "lyssnar" på vem som helst. När dialogen sen varit, så mottager man förändringen utan problem. Man har haft ett korrekt förfarande kring informationen som brukaren vill ha det.

4.3 Verksamheten ska främja kommuninvånarnas självständighet via fysiska möten och välfärdsteknik.

4.3.1 Öka lyhördheten för individuella behov av att kunna komma i kontakt med hemtjänstpersonalen (utifrån fråga i brukarundersökningen)

Nya brukare blir alltid informerade först utav biståndshandläggare och sen utav

Verksamhetsrapport

kontaktperson/fast omsorgskontakt om hur viktigt det är att ha en tät kontakt mellan personal och planerare. Vi uppmanar alltid den enskilde att ringa en gång för mycket än inget alls.

4.4 Kommuninvånarna ska tillförsäkras en rättssäker omsorg av god kvalitet.

4.4.1 Brukardialog genom hembesök hos minst 6 brukare med utgångspunkt i brukarundersökningens resultat

Som chef har jag denna dialog på de hembesök som jag bokar in för verksamhetens behov. Samt att man kanske ska se över och ha en annan planering inför 2026, där man tillsammans med planerare och omsorgskontakten kan ha en dialog kring upplevelsen om beviljade insatser kontra utfall, vad man kan göra annorlunda utifrån upplevelsen att det ex. inte fungerar som brukaren hade förväntat sig. Får ha en vidare diskussion tillsammans med övriga chefer i hemtjänsten.

4.5 Kommuninvånarna ska tillförsäkras en god och patientsäker vård.

4.5.1 Kontinuerliga samtal med arbetsgruppen i syfte att öka följsamheten av rutinen för basal hygien

Vi har gemensamt på Duvan under våren på våra verksamhetsdagar haft vår MAS Joakim ute. Han gick igenom uppföljningen av våra tråkiga siffror i hemtjänsten. MAS hade även en genomgång vad som gäller vid rutinen Basala hygienföreskrifter. Han tog även upp exemplen utifrån verksamheten "hur det går till" kontra utfall som blir efter de konsekvenser det innebär när vi inte hanterar hygienrutinen korrekt. Vi kommer nu i höst ha en uppföljning på nästa gemensamma verksamhetsdagar med all personal kring denna sakfråga.

4.5.2 Gemensam dialog på APT för att förbättra våra resultat

Vi hade på vårt gemensamma APT den 25/12-29 diskussioner och genomgång utav våra resultat kring Basala hygienföreskrifter. Bra diskussioner, vissa hade svårt att se att vi inte hade lyckats, att man inte bara "gör det man ska" osv.

Under våren kommer hygienombuden att ha en träff med Regionens hygiensköterskor och MAS, där sedan gruppen ska få till sig vad man har fått information om på denna träff.

4.5.3 Södra hemtjänst är pilotområde och arbetar aktivt med Senior Alert

Vi har sedan januari 2025 haft 2 brukare per team träff som våra Senior Alert om bud har gjort en riskbedömning på. Tillsammans i teamet har vi sedan tittat på eventuella

Verksamhetsrapport

åtgärder.

Det vi saknat på flera team träffar är en närvarande PAS. Det försvårar vårt arbete när man inte är fulltalig och det är SSK som är "ägare" utav kvalitetssystemet.

Jag har valt att delge mina ombud ett Siths-kort för att de ska kunna lära sig och registrera i systemet då det tyvärr inte är välfungerande inom SSK organisationen.

Tanken är att vi inom hemtjänsten ska arbeta likadant med ombud och registreringar, men vi är inte där ännu.

Vi fortsätter att riskbedöma 2 brukare inför varje team träff, som vi dessutom från februari månad har valt att ha 1 gång i månaden men vi har förlängt träffen till 1,5 timmar istället. Utvärdering sker kontinuerligt.

Tanken är att vi sedan i juni och december månad 2025 ska vara med på AO för att berätta om vårt projekt.

5 Årets viktigaste händelser

Vi har under 2025 haft 2 fantastiska fina verksamhets dagar tillsammans all personal på Duvan. Nu under hösten så var även Nordriktet och Listers hemtjänst med. Innehållet på dessa dagar har varit stort fokus på våra basala hygien siffror, de 8 stegen kring följsamheten. Vi har haft utbildning och haft ett "test" som våra specialister undersköterskor höll i tillsammans med Ulrika Gustavsson. Som vi nu kan arbeta vidare med under 2026.

Arbetet med projektet Senior Alert har fortsatt med goda resultat. Vi har aktivt haft uppe på team träffar riskbedömningar på de brukare som är aktuella med pågående hemsjukvårds insatser, uppföljningar är gjorda osv.

Under hösten så påbörjade ombuden för Senior Alert tillsammans med hela teamet, utbildning i BPSD. Där vi kommer att ha fortsatt utbildning under våren 2026. Så vår utmaning blir nu att knyta an både Senior Alert och BPSD och göra detta till ett arbetsredskap för all personal i Södra och Natten.

Roligt att ta del utav både "Vad tycker de äldre om hemtjänsten" där vi fått goda resultat även i år. Nu ska vi fortsätta arbeta framåt och se till att vi håller dessa målvärden.

Även arbetsmiljöenkäten som all personal svarat på indikerar att personalen trivs på sitt arbete med rätt förutsättningar för att lyckas med ett bra arbete för våra äldre. Och att jag som chef får fina resultat och är en närvarande ledare och chef. Vi har tagit fram 2 friskfaktorer att arbeta vidare med under 2026 och detta är kommunikation och arbetsmiljön som vi kommer att fortsätta fokusera på i vår handlingsplan.

6 Sammanfattande analys av året - utfall för verksamhet och ekonomi

Både Södra och Nattpatrullen påvisar positiva resultat under hela 2025 gällande personalkostnader. Vi hade en ökning under sommarmånaderna, men detta har

Verksamhetsrapport

ändå legat stabilt i verksamheterna. Har periodvis höga antal sjuk siffror, det visar sig sedan på vår personal kontinuitet som i perioder ligger över riktvärdet.

Vi har höga kostnader för våra leasingbilar i självskador kostnader, höga drivmedelskostnader och misskötsel när vi ska lämna åter bilar. Under 2026 ska vi få mer avsatta till alla med leasingbilar.

7 Förväntad utveckling

Vi ska fortsätta arbeta med fokus på våra brukare. Att alla brukare får en god vård och omsorg från oss. Vi fortsätter arbetet med Senior Alert och BPSD. Vi har en resa med Levnadsberättelse som alla brukare ska ha och dessa ska upprättas tillsammans med fastomsorgskontakt/kontaktman och eller närstående. Viktigt att vi har rätt förutsättningar i arbetet med våra äldre.

Verksamhetsrapport

Lister



**Sölvesborgs
kommun**

Verksamhetsrapport

Innehållsförteckning

1 Driftbudget (manuell)	3
2 Personalredovisning (manuell)	3
3 Verksamhetsbeskrivning	3
4 Måluppfyllnad	4
4.1 Verksamheten har nöjda medarbetare	4
4.1.1 Följa rutinen som finns kring sjukfrånvaro och rehabilitering	4
4.2 Verksamheten ska bidra till att kommuninvånarna ska uppleva trygghet genom livet.	4
4.2.1 Beskriv hur ni jobbar med att förbättra kontinuiteten. Mätvärdet rapporteras som tidigare i indikatorn.	4
4.2.2 Meddela brukare förändringar hemtjänstplaneringen i god tid (utifrån fråga i brukarundersökning)	4
4.3 Verksamheten ska främja kommuninvånarnas självständighet via fysiska möten och välfärdsteknik.	5
4.3.1 Öka lyhördheten för individuella behov av att kunna komma i kontakt med hemtjänstpersonalen (utifrån fråga i brukarundersökningen)	5
4.4 Kommuninvånarna ska tillförsäkras en rättssäker omsorg av god kvalitet.	5
4.4.1 Brukardialog genom hembesök hos minst 6 brukare med utgångspunkt i brukarundersökningens resultat	5
4.5 Kommuninvånarna ska tillförsäkras en god och patientsäker vård.	5
4.5.1 Kontinuerliga samtal med arbetsgruppen i syfte att öka följsamheten av rutinen för basal hygien.....	5
5 Årets viktigaste händelser.....	6
6 Sammanfattande analys av året - utfall för verksamhet och ekonomi	7
7 Förväntad utveckling	7

Verksamhetsrapport

1 Driftbudget (manuell)

Driftbudget, tkr	Budget 2025	Bokslut 2025
Personalkostnadsrelaterade intäkter		662,2
Övriga intäkter		
Summa intäkter		662,2
Personalkostnader	-13 970,7	-13 345,3
Övriga kostnader	-2 532	-2 257
Summa kostnader	-16 502,7	-15 602,3
Nettokostnader	-16 502,7	-14 940,1

2 Personalredovisning (manuell)

Personalredovisning	Budget 2025	Bokslut 2025
Inrättade tjänster	21,00	21,00
Sjukfrånvaro i % av tillgänglig tid, förvaltningen*		10,2 %
Sjukfrånvaro i % av tillgänglig tid, enheten*		10,5 %
varav dag 1-14		5,9 %
varav dag 15-90		1,3 %
varav dag 91-		0,4 %
Övertid, tkr	-10,3	-234,6
Ob ersättning, tkr	-1 328	-1 223,6

3 Verksamhetsbeskrivning

Listers hemtjänst har ett stort geografiskt område som sträcker sig från Sölve till Hanö. Hemtjänst Lister utgår sedan 9/1 2023 från en paviljong vid fd Tärnans äldreboende i Mjällby. Enheten är indelat i två hemtjänst grupper Lister 1 och Lister 2 med totalt 29 anställda, varav 23 medarbetare är tillsvidareanställda och 6 är månads anställda. En medarbetare arbetar som planerare på 100%, två personal är föräldralediga och en personal är tjänstledig. Enheten har en kvalitetsutbud på 20% som har sin ordinarie tjänst på Nordriket.

Verksamhetsrapport

4 Måluppfyllnad

4.1 Verksamheten har nöjda medarbetare

4.1.1 Följa rutinen som finns kring sjukfrånvaro och rehabilitering

Enheten följer rutin för sjukfrånvaron. Tar hjälp av HR i rehabiliteringsärenden och följer lokal rutin kring samtal med chef vid första frånvaro dag. Avonova bokas i de fall där det behövs. Arbetsförmågebedömningar görs i de fall där vi ser ett behov och där det har varit en längre/upprepad sjukfrånvaro. I dagsläget har enheten inga långtids sjukfrånvaro.

Listers hemtjänst har sänkt den totala sjukfrånvaron från 15,8% 2024 till 8,2% 2025

4.2 Verksamheten ska bidra till att kommuninvånarna ska uppleva trygghet genom livet.

4.2.1 Beskriv hur ni jobbar med att förbättra kontinuiteten. Mätvärdet rapporteras som tidigare i indikatorn.

På Lister jobbar vi med kontinuiteten på daglig basis. Avstämning med brukare, personal och planering.

Planeringen har dialog med brukaren och personal. Medarbetarna uppmanas att ha dialog både med varandra och planeringen kring kloka rundor där de träffar sina kontaktbrukare dagligen. Planeraren planerar in så en och samma person planeras på samma brukare hela dagen även om personen inte är kontaktperson till denna brukare. Dialog med hela hemtjänst gruppen varje månad kring rundor och tider inplaneras kontinuerligt i samband med APT.

I juni, juli och augusti ligger listers hemtjänst på ett genomsnitt på 15,25 då enheten är hårt belastat gällande alla tillfälliga vistelser. Trots detta så har enheten en årlig genomsnittlig kontinuitet på 13 som möter nämndens mål med god marginal.

4.2.2 Meddela brukare förändringar hemtjänstplaneringen i god tid (utifrån fråga i brukarundersökning)

Brukare får information kring ändringar av insatser/ tider, både av planerare och personal.

De tre sista åren har Lister hemtjänst haft denna fråga uppe på APT, våra brukarmöten och i det dagliga arbete. Fokus de tre sista åren har varit brukaren och deras trygghet genom framförhållning. I brukarundersökningen 2023 låg resultatet på denna fråga på 53% nöjdhet, i 2024 låg den på 72% och i årets undersökning hamnade resultatet på 75% som är en markant och väldigt bra utveckling.

Det Listers hemtjänst behöver jobba mer på är de dagliga oförutsedda ändringarna där personalen själva ringer upp brukaren vid förseningar. Vi har som mål att höra av oss till brukaren om förseningen blir på mer än 20 minuter.

Sölvesborgs kommun

Verksamhetsrapport

Vi har ett stort fokus på just denna fråga när vi introducerar nya medarbetare och enheten har jobbat fram en grundlig och översiktligt introduktions pärm. I denna pärm finns information kring "lokala värdighetsgarantier för äldreomsorgen" där det tydligt framkommer i text **Trygghet: att du får veta i så god tid som möjligt om personal ej kan komma på överenskommen tid.**

Fokus på trygghet och framförhållning har under flera år varit i fokus på Listers hemtjänst.

4.3 Verksamheten ska främja kommuninvånarnas självständighet via fysiska möten och välfärdsteknik.

4.3.1 Öka lyhördheten för individuella behov av att kunna komma i kontakt med hemtjänstpersonalen (utifrån fråga i brukarundersökningen)

Brukaren får information från biståndshandläggare om hur den kommer i kontakt med hemtjänstpersonal. När brukaren tilldelas kontaktman och får sin genomförandeplan samt röda pärm får brukaren även kontaktuppgifter för att den ska veta vem som är kontaktman/fast omsorgskontakt samt kontaktuppgifter till planering och enhetschef.

Enligt brukarundersökningen 2025 så hade Lister en nöjdhet på 76% och det visar på att vi behöver fortsätta att jobba med denna fråga. En förbättringsåtgärd som vi behöver diskutera vidare i grupperna är att alltid återkoppla till de brukare som har ringt in till grupplokalen och lämnat meddelande.

4.4 Kommuninvånarna ska tillförsäkras en rättssäker omsorg av god kvalitet.

4.4.1 Brukardialog genom hembesök hos minst 6 brukare med utgångspunkt i brukarundersökningens resultat

I dagsläget görs hembesök där behovet finns. Undertecknat har gjort mer än 6 hembesök 2025 men det har handlat om brukarens behov och personalens arbetsmiljö och inte baserats på resultatet från brukarundersökningen. Vi behöver ha en vidare dialog kring vem som skall utföra hembesöken baserat på undersökningen. Detta uppdrag låg på metod utvecklaren men har pausats då dennas uppdrag har ändrats i sin helhet.

4.5 Kommuninvånarna ska tillförsäkras en god och patientsäker vård.

4.5.1 Kontinuerliga samtal med arbetsgruppen i syfte att öka följsamheten av rutinen för basal hygien

Resultatet från hygien mätningen gicks igenom på APT den 19 och 20 november och

Sölvesborgs kommun

Verksamhetsrapport

den visar att Lister har en följsamhet på 33% i alla 8 steg, något som inte är ett bra resultat

Rutin kring basal hygien följs inte som det skall och resultatet från mätningar visar att personal inte spritar händer innan de tar på handskar på regelbunden basis. Enheten har blivit bättre på att bära förkläden där det krävs. Under 2025 skall all personal ha gått webutbildning kring basal hygien och lämna diplom på genomfört utbildning till ec. Det har beställts in två handmätare till landsbygd respektive stan där förhoppningen är att det skall bli tydligare hur viktigt det är att sprita händer innan man tar på handskar.

Under hösten har samtliga hemtjänst grupper under verksamhets dagar fått lyssna på hygien sköterska från region Blekinge tillsammans med medicinskt ansvarig sjuksköterska.

5 Årets viktigaste händelser

Under året 2025 har två personal gjort klar sin undersköterska utbildning genom äldre lyftet.

Listers hemtjänst har under 2025 haft två halva verksamhetsdagar, där grupperna har träffats med fokus på arbetsmiljö och sammanhållning. Personalen har fått bestämma vad dessa dagar skall innehålla. Enheten har träffats i juni och december. Dessa dagar är uppskattat av all personal och planering kring sådana dagar kommer fortlöpa vidare i 2026.

En ny agenda på APT i oktober har införts 2025 där fokus ligger på friskvård. Årets friskvård aktivitet lades i skogen där svamp plockning och gemenskap var i fokus.

Samarbete med Nordriktet har varit i fokus även 2025, där vi har arbetat fram ett samplanering kring schema och vi täcker frånvaron på varandras enheter i den mån det går. Lister och Nordriktet arbetar för en gemensam vikarie grupp som kan arbeta mot båda områden.

Under första halvan av 2025 täckte ec på Lister för frånvarande ec på Nordriktet då denna slutade. Ny enhetschef tillträdde på Nordriktet på heltid den 1 september.

2025 har fortsatt att vara ett stabilt år för Listers hemtjänst där vi har arbetat fram ett gott samarbete och samsyn i grupperna. Att ha en trygg och stabil verksamhet bidrar till mindre omsättning på personal, som i sin tur minskar behovet av att anställa ny personal. Med tanke på svårigheten att anställa kompetenta och duktiga undersköterskor är en trygg och stabil verksamhet av största vikt. Att ha en kvalitetsombud på 20% anser jag hjälper till att utveckla grupperna och föra dessa närmare varandra och har varit en bidragande faktor i arbete med arbetsmiljöarbete på enheten. Nordriktet och Lister delar på kvalitetombud och har 20 % vardera.

Verksamhets dagar har genomförts med hela hemtjänst organisationen och föreläsarna som bokades var demenssköterska Anna Rydberg och regionens hygien sköterskor från vårdhygien.

Det var ett extra stort tryck för hemtjänst Lister under sommaren 2025 på grund av

Sölvesborgs kommun

Verksamhetsrapport

ökade antal sommargäster. Vi såg stora utmaningar i att kunna rekrytera tillräckligt med personal under sommaren som i sin tur påverkade våra befintliga och tillfälliga brukare och arbetsmiljön blev tyvärr lidande.

Sjukfrånvaron har minskat från 15,8% 2024 till 8,2% 2025 som visar på en positiv trend kring mående, arbetsmiljö och daglig dialog.

Samverkansmöte mellan biståndshandläggare samt enhetschefer har ägt rum för att kunna öka samarbetet och samförståelse för varandras uppdrag. Samverkansmöte har även ägt rum med enhetschefer för hemtjänsten samt bemanningen för att tillsammans kartlägga verksamhetens behov och vad vi önskar från varandra.

Arbetsmiljö enkäten som all personal svarat på indikerar att personalen trivs på sitt arbete som är en förutsättning för att lyckas med ett bra arbete för våra äldre. Vi har tagit fram 2 friskfaktorer att arbeta vidare med under 2026 och detta är kommunikation och arbetsmiljön som vi kommer att fortsätta fokusera på i vår handlingsplan.

6 Sammanfattande analys av året - utfall för verksamhet och ekonomi

Listers hemtjänst har för fjärde året i rad visat på ett positivt ekonomiskt resultat. En kontinuerlig genomgång av brukartiden görs en gång i månaden. Att planeringen är effektiv och kontinuiteten tas hänsyn till, bidrar till ett positivt resultat.

Lister ligger på över 90% effektivitet gällande den planerade tiden gentemot den utförda tiden som i sin tur bidrar till en budget i balans. Resultatet av detta blir en kostnadseffektiv hemtjänst.

Lister har lite för hög korttids sjukfrånvaro men har en noga avvägd övertalighet varje månad. Resultatet blir att enheten har minimalt med övertid och vikarier och täcker sin egen sjukfrånvaro. Att Lister och Nordriktet samplanerar och täcker varandras sjukfrånvaro bidrar också till det positiva ekonomiska resultatet. Trots relativt hög sjukfrånvaro har Listers hemtjänst minskat den totala sjukfrånvaron från 15,8% 2024 till 8,2% 2025. Korttids sjukfrånvaron har sjunkit från 7,2% 2024 till 5,9% 2025. Ett tätt samarbete med HR, daglig dialog med personal och stort fokus på arbetsmiljö har bidragit till att frånvaron har minskat så pass markant.

I och med den minskade sjukfrånvaron, effektiv planering och obefintlig användning av övertid så speglar det en stor del av överskottet i budget.

7 Förväntad utveckling

På Listers hemtjänst kommer fokus att ligga på en fortsatt utveckling av verksamheten där kvalitetsombud har en central roll i samarbete med enhetschef och övriga kollegor.

Verksamhetsrapport

Enheten kommer arbeta för att jobba vidare med den goda vården kring våra brukare och bibehålla brukar nöjdheten som framkom i brukarundersökningen, där nöjdheten ligger på 97%

Lister hemtjänst har haft ett positivt resultat kring budget i balans de sista fyra åren och har som mål att även 2026 visa på positiva resultat.

Vi kommer fortsätta jobba med att brukartiden ligger rätt i förhållande till behovet med fokus på att alla har olika behov beroende på dagsform och situation.

Enheten kommer lägga lika mycket fokus på kontinuiteten, kontaktmanskap/fastomsorgskontakt och att brukaren får rätt insats efter behov 2026 som vi gjorde 2025

Arbeta mot att förbättra resultat kring basal hygien.

Det planeras för verksamhets dagar vår och höst 2026 där alla hemtjänst områden blandas och ges möjlighet till vidareutbildning i olika områden, med en förväntan om att personal kommer känna motivation och nytänkt kring vidare arbete mot våra brukare.

Ett fortsatt samarbete med HR kring rehabiliteringsärenden med fokus på frisk närvaro.

Att jobba fram rutin på enheten kring mentorskap för vikarier och nyanställda med fokus på trygghet, välkomnande och ett bra bemötande bland nya kollegor.

Verksamhetsrapport

Nordriket



**Sölvesborgs
kommun**

Verksamhetsrapport

Innehållsförteckning

1 Driftbudget (manuell)	3
2 Personalredovisning (manuell)	3
3 Verksamhetsbeskrivning	3
4 Måluppfyllnad	4
4.1 Verksamheten har nöjda medarbetare	4
4.1.1 Följa rutinen som finns kring sjukfrånvaro och rehabilitering	4
4.2 Verksamheten ska bidra till att kommuninvånarna ska uppleva trygghet genom livet.	4
4.2.1 Beskriv hur ni jobbar med att förbättra kontinuiteten. Mätvärdet rapporteras som tidigare i indikatorn.	4
4.2.2 Meddela brukare förändringar hemtjänstplaneringen i god tid (utifrån fråga i brukarundersökning)	5
4.3 Verksamheten ska främja kommuninvånarnas självständighet via fysiska möten och välfärdsteknik.	5
4.3.1 Öka lyhördheten för individuella behov av att kunna komma i kontakt med hemtjänstpersonalen (utifrån fråga i brukarundersökningen)	5
4.4 Kommuninvånarna ska tillförsäkras en rättssäker omsorg av god kvalitet.	5
4.4.1 Brukardialog genom hembesök hos minst 6 brukare med utgångspunkt i brukarundersökningens resultat	5
4.5 Kommuninvånarna ska tillförsäkras en god och patientsäker vård.	6
4.5.1 Kontinuerliga samtal med arbetsgruppen i syfte att öka följsamheten av rutinen för basal hygien.....	6
5 Årets viktigaste händelser.....	6
6 Sammanfattande analys av året - utfall för verksamhet och ekonomi	7
7 Förväntad utveckling	7

Verksamhetsrapport

1 Driftbudget (manuell)

Driftbudget, tkr	Budget 2025	Bokslut 2025
Personalkostnadsrelaterade intäkter		652,7
Övriga intäkter		4,6
Summa intäkter		657,3
Personalkostnader	-14 673,6	-14 539,0
Övriga kostnader	-2 811,2	-2 759,6
Summa kostnader	-17 484,8	-17 298,6
Nettokostnader	-17 484,8	-16 641,3

2 Personalredovisning (manuell)

Personalredovisning	Budget 2025	Bokslut 2025
Inrättade tjänster	20,35	20,35
Sjukfrånvaro i % av tillgänglig tid, förvaltningen*		10,2 %
Sjukfrånvaro i % av tillgänglig tid, enheten*		10,5 %
varav dag 1-14		5,5 %
varav dag 15-90		1,3 %
varav dag 91-		2,5 %
Övertid, tkr	-6,8	-225,6
Ob ersättning, tkr	-1 210,5	-1 145,1

3 Verksamhetsbeskrivning

Enheten består av Nordrikets hemtjänst och av Teknikteamet. Nordrikets hemtjänst utgår sedan 9/1 2023 från en paviljong vid fd Tärnans äldreboende i Mjällby. Nordrikets hemtjänst är indelat i två geografiska områden, Nordriket 1 och Nordriket 2. Verksamheten består även av en planerare och ett kvalitetsombud. Teknikteamet består 2025 av fyra medarbetare, vilka utgår från Duvan inne i Sölvesborg och från Paviljongen i Mjällby.

Nordrikets hemtjänst har i dagsläget 19 medarbetare på tillsvidareanställning, varav en arbetar som planerare på 100%. Vi har även 6 månadsanställda vikarier.

En medarbetare som har en fast placering på Nordriket utbildar sig till specialist undersköterska på 50% och arbetar 50%.

Två medarbetare som är månadsanställda arbetar 50% och går sedan 50% på

Sölvesborgs kommun

Verksamhetsrapport

äldreomsorgslyftet och läser till undersköterska.

Teknikteamet består idag av fyra medarbetare, tillsammans utgör de tre heltidstjänster samt en extra resurs som ryms inom budget. Enheten har även en medarbetare från affären Extra anställd, som arbetar med våra inköp gentemot Lister och Nordriktet på 40%

4 Måluppfyllnad

4.1 Verksamheten har nöjda medarbetare

4.1.1 Följa rutinen som finns kring sjukfrånvaro och rehabilitering

Telefonsamtal med medarbetare som är kortidsfrånvarande de första dagarna.

Samtal med medarbetare som varit sjukskriven fler än vid sex tillfällen, vid behov med HR.

Vid längre tids frånvaro hålls kontakt via telefon alt sms samt dessa kontakt tillfällen dokumenteras.

Har under hösten arbetat med att se över vissa scheman för viss personal så att denne inte skall sjukskriva alt lägga vård av barn varje vecka. Denna ändring gjordes så att medarbetaren jobbar merparten av sina pass under fredag-söndag. Utfallet har efter två schemaperioder varit positivt.

4.2 Verksamheten ska bidra till att kommuninvånarna ska uppleva trygghet genom livet.

4.2.1 Beskriv hur ni jobbar med att förbättra kontinuiteten. Mätvärdet rapporteras som tidigare i indikatorn.

Vi jobbar kontinuerligt med att se över planeringen för att minimera antalet personal hos en och samma brukare. Planeraren planerar in så en och samma person planeras på samma brukare hela dagen även om personen inte är kontaktperson till denna brukare.

Samtal med all personal för att se över kör rundor för att optimera kontinuiteten.

Vi arbetar med att minska antal personal på schema samt att minska antalet timanställda vikarier. Då vi inte helt kan gå från timvikarier är detta en balansgång att överanställa vs timvikarier. Kvalitet vs att lösa korttidsfrånvaron vid extrema situationer så som en influensa topp.

Verksamhetsrapport

4.2.2 Meddela brukare förändringar hemtjänstplaneringen i god tid (utifrån fråga i brukarundersökning)

Planeraren lämnar i god tid ut ändring till kontaktman/fastomsorgskontakt om möjlighet finns då det inte alltid är möjligt att informera i god tid pga ex sjukdom/VAB.

Resultatet från undersökningen är inte tillfredställande utan vi behöver fortsätta jobba med att informera och framförallt se till att informationen verkligen når fram och blir tydlig för den enskilde brukaren.

Hur vi skall lyckas med detta är ett arbete för 2026 års APT.

4.3 Verksamheten ska främja kommuninvånarnas självständighet via fysiska möten och välfärdsteknik.

4.3.1 Öka lyhördheten för individuella behov av att kunna komma i kontakt med hemtjänstpersonalen (utifrån fråga i brukarundersökningen)

När biståndshandläggare är på hembesök och ansökan om hemtjänst beviljas så informerar handläggaren om hur brukaren kommer i kontakt med hemtjänsten.

När brukaren tilldelats kontaktman så informerar denne brukaren om hur brukaren kommer i kontakt med hemtjänstgruppen, planeringen samt enhetschef.

Trots denna information har brukarna överlag inte vetskap om vart dem skall vända sig vid framförandet av synpunkter och klagomål. Detta är ett område som har stor förbättrings potential.

Vi behöver även se över hur vi kommunicerar ut mot brukare och dennes anhöriga då det kan finnas nyare digitala vägar att använda.

4.4 Kommuninvånarna ska tillförsäkras en rättssäker omsorg av god kvalitet.

4.4.1 Brukardialog genom hembesök hos minst 6 brukare med utgångspunkt i brukarundersökningens resultat

Brukar undersökningens resultat kom till enheten under hösten 2025 och enheten har inte haft möjlighet att gå igenom denna gemensamt. Av denna anledning har beslut tagits om att skjuta brukardialogen till vårvintern 2026.

Hembesök har gjorts vid fyra tillfällen av enhetschef i både arbetsmiljö syfte och för att möta brukare i dialog om omsorgen.

Verksamhetsrapport

4.5 Kommuninvånarna ska tillförsäkras en god och patientsäker vård.

4.5.1 Kontinuerliga samtal med arbetsgruppen i syfte att öka följsamheten av rutinen för basal hygien

Utbildning under hösten 2025 med alla fem hemtjänst grupper samt nattpatrull. All personal har även gått en digital utbildning i basal vård hygien.

Samtal har skett under APT för att förändra beteendet. Jämfört med 2024 har följsamheten ökat men den är inte acceptabel.

Att vi inte får bättre följsamhet är enligt undertecknad inte på grund av kunskapsbrist eller tids brist då vi i vissa grupper gett mer tid med ingen förbättring samt utbildning och samtal. Jag vet inte om det kan bero på att man däremot inte förstår alvaret med vårdhygien.

Arbetet är ständigt pågående och förväntan på medarbetarna är att de skall vara goda förebilder för varandra och påminna om någon missar ett steg i hygien processen.

5 Årets viktigaste händelser

I början på 2025 valde enhetschefen som kom under 2024 att avsluta sin anställning. Detta innebar att enhetschefen för Listers Hemtjänst fick täcka upp tills ny chef var på plats. Under våren kom ny chef att vara på plats ett par dagar i veckan för att sedan under sommaren täcka helt på Nordriktet och Lister för att från 1 september vara på plats.

Verksamhets dagar planerades in och hölls i November. Dessa tre dagar var mycket lyckade och uppskattades av personalen som fick möjlighet att närvara. Under veckan som dessa dagar var planerade så var personal tvungna att vara ute i verksamheten då två brukare var i behov av "vak". Verksamhets dagarna genomfördes med hela hemtjänst organisationen och föreläsarna som bokades var demenssköterska Anna Rydberg och regionens hygien sköterskor från vårdhygien.

Efter att vi haft en tuff sommar 2024 med vikarier som inte fick nytt förtroende så gick vi in i semesterperioden 2025 med oro då fem av sex vikarier var nya inom hemtjänst. När vi summerade sommaren så kan det endast göras med positiva ord, vikarierna har trots strul med inlogg och div andra teknik bekymmer gjort ett strålande jobb och i skrivandes stund har fem av sex tackat ja för att jobba sommaren 2026. Detta visar inte bara att vi har bra vikarier utan även vilket fantastiskt jobb medarbetarna har gjort för att välkomna och ta hand om våra sommarvikarier.

Vi har från slutet av sommaren/början av hösten haft ett flertal insatser som resulterat i vård i livets slut. Insatser som krävt "vak" dygnet runt. I en period var två vak igång samtidigt var av ett 24 tim/dygn. Sammanlagt fem insatser under hösten. Gruppen

Verksamhetsrapport

visat sin otroliga vilja att ta hand om brukaren samt varandra.

Teknikteamet:

Under året har vi haft en extra medarbetare i teamet detta för att lösa alla uppdrag. Under hösten har vi även varit behjälpliga till SÄBO.

Vi har även sett ett behov av att stötta våra kollegor som jobbar som IT-samordnare och detta har resulterat i att undertecknad samt Daniel Knutsson enhetschef i SÄBO tillsammans med IT-samordnarna har fått uppdraget att se över teknik organisationen, detta skall vara klart under våren 2026.

Teknikteamet har även varit med i införandet av nytt larmsystem inne på Arbete och Välfärd.

6 Sammanfattande analys av året - utfall för verksamhet och ekonomi

Ett starkt år ekonomiskt då Nordriktet gör ett positivt resultat. Från 2024 har vi vänt ett underskott på 1400tkr till ett överskott på 1100tkr. Vi ser fortfarande höga kostnader för våra bilar och det är en utgift vi måste ha kontroll på, denna kostnad är vår största minus post och det är på reparationer och underhåll.

Vi kommer fortsätta på inslagen väg för att hålla budget framåt, när det gäller transportmedel kommer vi arbeta för att minska vårt bilantal.

Sjukfrånvaron är på nedåtgående trend och landar på 5,5% dag 1-14. Detta går att jämföra med åren tidigare där frånvaron varit på över 8%. Den total sjukfrånvaron har gått ner från 13,6% 2024 till 9,6% 2025 en positiv nedgång med 4%.

Arbetsmiljöenkäten 2025 besvarades av endast 45% 11 st medarbetare. Vid nästa tillfälle kommer tid ges vid APT för att få ett högre svars antal. Svaren är sammantaget positiva och ligger över värde 3 på alla medel värden.

Som helhet har Nordrikets år varit positivt.

7 Förväntad utveckling

På Nordrikets hemtjänst kommer fokus att ligga på en fortsatt utveckling av verksamheten där kvalitetsombud har en central roll i samarbete med enhetschef och övriga kollegor.

Vi kommer fortsätta jobba med att brukartiden ligger rätt i förhållande till behovet med fokus på att alla har olika behov beroende på dagsform och situation.

Enheten kommer lägga mycket fokus på kontinuiteten, kontaktmanskap/fastomsorgskontakt och att brukaren får rätt insats efter behov.

Arbeta mot att förbättra resultat kring basal hygien.

All personal skall ha genomgått utbildningspaket, som det har tagits ett gemensamt beslut om i ledningsgruppen, och inneha samma kompetens kring de olika områden som ingår i de olika webutbildningarna.

Verksamhetsrapport

Ett fortsatt samarbete med HR kring rehabiliteringsärenden med fokus på frisknärvaro och samtal kommer fortsätta med medarbetare som har sex frånvarotillfällen de senaste 12 månaderna.



Vård- och omsorgsnämnden

VON § Dnr 2026/7

Patientsäkerhetsberättelse 2025

FÖRSLAG TILL BESLUT

Vård- och omsorgsnämnden godkänner redovisningen.

Ärendet i korthet

Joakim Vobern, MAS, redovisar patientsäkerhetsberättelse 2025.

Bakgrund

Enligt 3 kap. 10 § patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivaren senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse.

Utöver vad som framgår av 3 kap. 10 § patientsäkerhetslagen ska patientsäkerhetsberättelsen innehålla uppgifter om hur:

1. Ansvar enligt 3 kap. 9 § patientsäkerhetslagen har varit fördelat.
2. Patientsäkerheten genom egenkontroll enligt 5 kap. 2 § har följts upp och utvärderats.
3. Samverkan enligt 4 kap. 6 § har möjliggjorts för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada.
4. Risker för vårdskador har hanterats enligt 5 kap.
5. Rapporter enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen har hanterats.
6. Inkomna klagomål och synpunkter enligt 5 kap. 3 a § och enligt 3 kap. 8 a § patientsäkerhetslagen som har betydelse för patientsäkerheten har hanterats. (HSLF-FS 2018:10).

Av patientsäkerhetsberättelsen ska det vidare framgå hur många händelser som har utretts enligt 3 kap. 3 § patientsäkerhetslagen under föregående kalenderår och hur många vårdskador som har bedömts som allvarliga.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att:

1. Det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar.
2. Informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Beslutsunderlag

Patientsäkerhetsberättelse 2025, Joakim Vobern, MAS, 2026-02-17

Patientsäkerhetsberättelse för Sölvesborgs kommun År 2025



Datum: 2026-02-17

Ansvarig för innehållet: Joakim Vobern, Medicinskt ansvarig sjuksköterska, Mona Rantamäki Olsson, Medicinskt ansvarig för rehabilitering

Diarienummer: 2026/7

Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

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



Figur 1:

Socialstyrelsen ”Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2025–2030”

Flera systemfaktorer påverkar patientsäkerheten



Figur 2:

Illustrerar exempel på systemfaktorer som påverkar patientsäkerheten. Patientsäkerheten påverkas, stärks eller utmanas av flera faktorer. Påverkan kan vara direkt eller indirekt och verkar ibland åt båda hållen, exempelvis för kompetensförsörjning och kapacitet.

Innehåll

Sammanfattning.....	6
Engagerad ledning och tydlig styrning	7
Övergripande mål och strategier	7
Organisation och ansvar.....	8
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	11
Informationssäkerhet.....	14
En god säkerhetskultur.....	15
Adekvat kunskap och kompetens	15
Patienten som medskapare	16
Öka kunskap om inträffade vårdskador	22
Utredning av händelser – vårdskador/Lex Maria.....	22
Tillförlitliga och säkra system och processer	23
Säker vård här och nu.....	25
Riskhantering.....	26
Stärka analys, lärande och utveckling	27
Avvikelser	27
Klagomål och synpunkter	30
Öka riskmedvetenhet och beredskap	31
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	32

Sammanfattning

Under det gångna året har den hälso- och sjukvård som kommunen ansvarar för i samma tecken som för 2024 ökat i betydelse och omfattning. Större möjligheter att bedriva allt mer avancerad vård i hemmet, kortare vårdtider på sjukhus (mycket relaterat till vårdplatsbrist) med snabbare utskrivning, omställningen till det nationella konceptet ”Nära vård” och en ökande demografisk andel äldre och kroniskt sjuka i befolkningen förändrar behoven i den hälso- och sjukvård som kommunerna ansvarar för. Denna verklighet är högt prioriterad för kommunens hälso- och sjukvård att adaptera till, det finns samsyn mellan kommunal primärvård och privat/ regional primärvård lokalt även om regionens primärvård antyder bristande stöd i omställningen centralt vilket påverkar kommunen. Satsningar som görs upplevs i viss del felriktade och motsägelsefulla. De satsningar som syftas till är införandet av mobila närsjukvårdsteam som borde föregåtts av dialog och underställts primärvården snarare än slutenvården. Uppsägningen av LOS-avtalet ger upphov till mycket arbete som vi med stöd av statistiska fakta anser inte bero på Sölvesborgs kommun. Fakta så som att belägningsgraden på korttidsboende över året legat på 61%, tillgången på särskilt boende är god med många lediga platser och vi har ett mycket erfaret och väl fungerande hemgångsteam. Likväl arbetar vi med att försöka spetsa oss ytterligare för att göra allt vi kan för att underlätta trygg, säker och snabb hemgång, men, det måste ske i den ordningen.

Senare delen av året och till och från långt innan dess har diskussioner förts angående risker vid planerade servicefönster där vår tillgång till journaler försvinner. Kommunens verksamheters intressen ställs mot varandra där undertecknad fört fram riskerna gällande vår verksamhet som kan leda till patientskador och än värre. Gehöret har varit svalt och vår önskan har varit att genomföra service då vi har våra patientansvariga sjuksköterskor i tjänst för acceptabel riskminimering då dessa känner sina patienter väl. I dagsläget har det kompromissats och servicefönster som påverkar hela kommunen kommer nu genomföras med start 15.00 vilket tvingar PAS:ar att stanna kvar efter arbetstids slut samt förvaltnings IT-samordnare och ledning.

Vi samarbetar med regionens vaccinationsstab och massvaccinerar två gånger årligen enligt föreskrifter. Det är av stor vikt att få en hög vaccinationstäckning för de som uppfyller kriterierna i vår kommun vilket vi har på särskilda boenden men i mindre grad ute i våra ordinära boenden. Samtycke är en grundförutsättning och tydlig information tror jag är nyckeln till högre vaccinationstäckning. Som en kuriositet kan sägas att vi haft ett utbrott av influensa och covid på ett av våra boenden där ingen blev så sjuk att de behövde sjukhusvård samt kunde utbrottet begränsas efter följd rutin där profylax gavs tidigt till icke drabbade och hygien skärptes. Att de som drabbades var vaccinerade gjorde också att symtomen blev mildare och ingen drabbades av svårare komplikationer.

Läkarsamverkan har varit ett fokusområde under 2025 och då främst möjligheterna till hembesök i ordinärt boende. Den privata vårdcentralen löser uppdraget väl. Inbjudan för dialog är planerad. Årligen genomförs en enkätundersökning av Vårdval Blekinge i vilken vi deltagit. Denna säger att rondarbete fungerat väl och de fastslagna sätt vi har för att få kontakt med läkare i övriga ärenden fungerar väl. Undersökningen gällde särskilt boende men kan även appliceras på hemsjukvården. Att läkaren utför sitt medicinska ansvar är en förutsättning för att kommunen ska kunna erbjuda en god och säker hälso- och sjukvård av hög kvalitet.

Uppsökande verksamhet fortgår och upplevs givande. Personer som uppfyller kriterierna erbjuds hälsosamtal med tvärprofessionell prägel för att möjliggöra att personen kan kvarstanna i sitt ordinära boende längre och känna sig trygg.

Våra indikatorer anger i stort en väl fungerande verksamhet med en passus för basal hygien och klädrutiner som behöver förbättras radikalt. Vi ser också ett sämre resultat i delar som rör palliativ vård vilket måste förbättras kommande år och kommer vara ett prioriterat fokusområde.

Kommande verksamhetsår ser vi framemot som riktigt spännande med förhoppningen om ännu mer tid för preventivt arbete, samarbete och utveckling.

Grundläggande förutsättningar för säker vård

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador. För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. Här beskrivs mål och strategier, organisation och samverkan för att stärka patientsäkerheten och förebygga vårdskador.

Engagerad ledning och tydlig styrning

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



Övergripande mål och strategier

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

Här beskrivs övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet i syfte att säkra verksamhetens kvalitet.

Vård- och omsorgsnämndens övergripande mål är att kommuninvånarna ska tillförsäkras en god och patientsäker vård. Under 2025 har 2025:s nämndmål monitorerats och i dessa mål har vårdgivarens hälso- och sjukvårds-ansvar tydliggjorts. Varje mål har en eller flera indikatorer kopplade till sig vilka är mätbara och godkänd måluppfyllelse finns angivet. Korrigering av indikatorer för 2025 skedde inför 2025.

Indikator	Beskrivning	Resultat
Åtgärder mot fall, undernäring, trycksår och nedsatt munhälsa för personer i särskilt boende, andel (%) ● > 80 % måluppfyllnad	Minst 80 % av personer i särskilt boende med risk ska ha minst en utförd åtgärd mot riskområdet. Mätmetod: kvalitetsregistret Senior alert	61 % (95 %)
Åtgärder mot fall, undernäring, trycksår och nedsatt munhälsa för personer med hemsjukvård, andel (%)	Minst 50 % av personer med hemsjukvård med risk ska ha minst en utförd åtgärd mot riskområdet.	100 % (0 %)

● > 50 % måluppfyllnad	Mätmetod: kvalitetsregistret Senior alert	
Nattfastemätningar i särskilt boende. ● < 11 timmar (medelvärde)	Antalet timmar som en person fastar under natten ska inte överstiga 11 h. Mätmetod: Manuell mätning kvartalsvis.	10h (10,45h) 
Följsamhet till basal hygienrutin och klädregler. ● 90 % av alla åtta steg	Personalens följsamhet ska vara minst 90 %. Mätmetod: PPM-mätning halvårsvis.	48 % (51 %) 
Palliativ vård: Åtta indikatorer för god palliativ vård ska uppfyllas. ● ≥ 92 % måluppfyllnad	Palliativ vård strävar efter att stödja individen att leva med värdighet, med största möjliga välbefinnande och livskvalitet i samband med palliativ vård i sen fas. Indikatorer nedan kommer från SKR:s Palliativregister: 1. Efterlevande-samtal 2. Brytpunkts-samtal 3. Opioider ordinerat vid smärtgenombrott 4. Ängstdämpande ordinerat vid behov 5. Smärtskattning sista levnadsveckan 6. Munhälsobedömning sista levnadsveckan 7. Trycksårs förekomst bedömda vid ankomst 8. Mänsklig närvaro i dödsögonblicket Mätmetod: Insamling via palliativregistret där genomsnitt tas.	81 % (95 %) 

Organisation och ansvar

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

Här följer en kort beskrivning av roller och ansvarsfördelning för planering, ledning och egenkontroll av patientsäkerhetsarbetet på olika nivåer. I tillägg presenteras även stödfunktioner.

Vård- och Omsorgsnämnd

Vård- och Omsorgsnämnden ansvarar för ledning, styrning och uppföljning av hälso-och sjukvård (HSL) samt för att inrätta ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet. Detta innebär till exempel att Vård- och Omsorgsnämnden ska:

- Fastställa mätbara mål för kvalitetsarbetet inom HSL.
- Se till att verksamheten ges resurser så att förutsättning finns för måluppfyllelse i alla de mål som finns för verksamheten.
- Utse verksamhetschef för HSL och fastställa deras skyldigheter och befogenheter samt säkerställa samverkansformer mellan medicinskt ansvarig sjuksköterska, medicinskt ansvarig för rehabilitering och verksamhetschef för HSL.

Förvaltningschef

Förvaltningschef har ett övergripande ansvar för att planera, leda, samordna och utveckla verksamhetens patientsäkerhetsarbete.

Verksamhetschef enligt 4 kap 2 § Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

Verksamhetschef enligt 4 kap 2 § Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) utses av Vård- och Omsorgsnämnden. Verksamhetschef ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses vilket innebär att Verksamhetschef har ett övergripande ansvar över:

- Lokaler, teknik, personal samt verksamheten inom hälso- och sjukvården.
- Att operativa mätbara verksamhetsmål formuleras samt att målen uppnås.
- Att verkställa patientens trygghet, säkerhet, kontinuitet och samordning.
- Att utfallet av mätningar analyseras, medarbetarna delges resultatet samt åtgärder initieras.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS

Hälso- och sjukvårdsförordning (2017:80) 4 kap. 6 § första stycket

Legitimerad specialistsjuksköterska som ska utöva sitt ansvar genom att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med patientsäkerhet och kvalitet:

- Patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde.
- Patienten får den vård och behandling som en läkare förordnar om.
- Journaler förs i den omfattning som förskrivs i patientdatalagen, PDL (2008:355).
- Beslut om att delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser är förenliga med säkerhet för patienten.
- Det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för läkemedelshantering, rapportering enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, och att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det.
- Upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för det ledningssystem som finns inom verksamheten.
- Rutiner, riktlinjer och processer är kända och implementerade till verksamheternas enhetschefer.
- Utreda och anmäla allvarlig skada eller risk för allvarlig skada enligt Lex Maria.
- Ansvara att ta fram rutiner för rapporteringsskyldigheten.

Medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR

Hälso- och sjukvårdsförordning (2017:80) 4 kap. 6 § första stycket

Legitimerad fysioterapeut/sjukgymnast eller legitimerad arbetsterapeut som ska utöva sitt ansvar genom att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med patientsäkerhet och kvalitet:

- Patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde.
- Upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för det ledningssystem som ska finnas inom verksamheten.
- Upprätta och uppdatera rutiner samt processer utifrån gällande lagstiftning.
- Det finns behövliga direktiv och instruktioner för rehabiliteringsverksamheten.

- Rutiner, riktlinjer och processer är kända och implementerade till verksamheternas enhetschefer.
- Journaler förs i den omfattning som förskrivs i patientdatalagen.
- Att det finns rutiner kring medicintekniska hjälpmedel som följer de krav som lagstiftning, avtal och regler ställer
- Att hjälpmedel är patientsäkra, ändamålsenliga, håller god kvalitet och hygiensäker standard.
- Utredda och bedöma avvikelser gällande hjälpmedel.

Enhetschefer för legitimerad personal

- Ansvarar för att personalen får adekvat vidareutbildning för att möta kommande vårdbehov och krav.
- Ansvarar för att MAS och MAR:s riktlinjer är kända och följs av legitimerad personal.
- Analyserar och vidtar åtgärder vid avvikelser som berör hälso- och sjukvårdsinsatser.
- Samverkar med interna och externa aktörer för att tillgodose att patienternas vård ges på rätt vårdnivå.
- Ansvarar för att egenkontroller utförs enligt verksamhetens rutiner och riktlinjer.
- Upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för det ledningssystem som finns inom verksamheten.

Hälso- och sjukvårdspersonal

Legitimerad personal är skyldig att bidra till en hög patientsäkerhet och att systematiskt utveckla verksamheten:

- Arbeta i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet
- Ge en sakkunnig och omsorgsfull vård
- Enbart delegera när det är i enlighet med god och säker vård
- Bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls, bland annat genom att rapportera vårdskador och risker för vårdskador till vårdgivaren
- Även omsorgspersonal räknas som hälso- och sjukvårdspersonal då de biträder en legitimerad yrkesutövare t.ex. med en delegerad arbetsuppgift och är då enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls och har även rapporteringsskyldighet.

Läkare

Hälso- och sjukvårdsförordning (2017:80), 12 kap. 3 §

Patienter ska erbjudas en god och säker vård av hög kvalitet (HSL 2017:30). För att förvaltningen ska kunna leva upp till detta är det en förutsättning att läkaren utför sitt medicinska ansvar enligt avtal:

Sölvesborgs vårdcentral och Valjehälsans vårdcentral ansvarar för läkarkompetensen i Sölvesborgs kommun. Sölvesborgs vårdcentral har i sin tur en överenskommelse med regionens läkarbil för vissa

av deras ansvarsområden men har alltid huvudansvaret. Regionens läkare har inget ledningsansvar inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Enhetschef särskilt boende, hemtjänst och funktionshindersomsorgen

- Ansvarar för att rutiner och riktlinjer är kända på enheterna.
- Ansvarar för att ny personal har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten.
- Ansvarar för att ny personal får den introduktion som krävs för att utföra uppdragen.
- Ansvarar för att egenkontroller utförs enligt verksamhetens rutiner och riktlinjer.
- Ansvarar för att basala hygienrutinen är väl förankrad och följs av personalen.
- Ansvarar för att nyanställd personal innehar basal kompetens som undersköterska (gäller SäBo och hemtjänst).
- Upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för det ledningssystem som finns inom verksamheten. Här ingår fastställda utbildningar som är återkommande.

Stödfunktioner

- Smittskydd, Region Blekinge. Genom kontinuerlig samverkan, utarbetande av länsövergripande riktlinjer och rutiner, smittspårning och övervakning av epidemier.
- Vårdhygien, Region Blekinge, genom hygienronder, rådgivning i vårdhygieniska frågor samt undervisningsmaterial.
- Patientnämnden, Region Blekinge, genom att i samråd med Omsorgsförvaltningen hjälpa patienter och anhöriga om de upplever problem med den vård och omsorg de mottagit. Upplevelserna återförs till vården och är en del av vårt systematiska kvalitetsarbete kring patientsäkerhet och god och säker vård.
- IT-samordnare, för att verksamheten ska kunna använda digitaliseringens och e-hälsans möjligheter och skapa patientsäker dokumentation och informationshantering.
- Kris- och beredskapssamordnare genom krissamverkan i samband med pandemin.
- Kommunikation: genom att med kommunikationsinsatser och rådgivning tydliggöra budskap från rutiner och riktlinjer och underlätta för patienter, medarbetare och anhöriga att ta till sig informationen.
- Folk tandvården, genom utförande av tandvård samt tillsyn och utbildning gällande munhälsa och munvård.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Följande grupper och funktioner samverkar för att förebygga att patienter drabbas av en vårdskada.

Patientsäkerhetsgrupp (sammanslagen med förvaltningsledningsgrupp)

Verksamhetschef för HSL, SäBo, Htj, MAS, MAR, kvalitetsutvecklare SoL. Syftet är att övergripande redovisa resultat, besluta om fokusområden utifrån identifierade förbättringsområden och samverka i stort med ett tydligt lärande över områdena. Frekvens: Var 4e vecka.

Motsvarande arbete görs vid träff med LSS verksamhetschef och enhetschefer med samma frekvens. Kontinuerligt samarbete med kvalitetsutvecklare LSS.

AT/FT dialogmöten

Kommunens arbetsterapeuter och fysioterapeuter har professionsvisa dialogmöten med Blekingesjukhuset samt vårdcentraler där även berörda chefer deltar. Syftet är att förbättra samverkan och därmed bidra till säkra utskrivningar. (Frekvens 2 ggr/år för resp profession)

IT samordningsgrupp

IT-strateg Vård- och omsorgsförvaltning, IT- strateg för Arbete- och välfärdsförvaltningen träffas tillsammans med MAS. Syftet är att identifiera risker såväl som utveckla verksamheten utifrån IT-stöd till verksamheten. Frekvens: Var 6e vecka.

HSL ledningsgrupp

Verksamhetschef enligt 4 kap 2 § Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), Enhetschefer för legitimerad personal samt MAS ingår i ledningsgrupp för hälso- och sjukvård. Ledningsgruppen planerar och utvecklar hälso- och sjukvården och arbetar för en ökad patientsäkerhet inom ramen för vårdgivarens ansvar. Frekvens: Varje vecka.

Medicinskt ansvariga i Blekinge

Länsövergripande kontinuerlig samverkan med medicinskt ansvariga sjuksköterskor och medicinskt ansvariga för rehabilitering med fysiska möten varje månad. Syftet är att planera, utveckla och systematisera det länsövergripande patientsäkerhetsarbetet. Frekvens: En heldag varje månad.

Smittskydd

Länsövergripande samverkan relaterad till årstid och smittor med smittskyddsläkare, chefsläkare över länets vårdcentraler, samordnare för Regionens läkarbil samt medicinskt ansvariga sjuksköterskor i Blekinge. Syftet är att öka patientsäkerheten under perioder med högre förekomst av smitta i samhället. Frekvens: Varierar med hänsyn till läge.

Vaccinationsstab

Länsövergripande samverkan relaterad till vaccinationsperioder höst och vår.

Vårdcentralerna

Vårdcentralerna och kommunens HSL-ledning samverkar kring läkarinsatserna som vårdcentralerna ansvarar för. Arbetet styrs av ett övergripande ramavtal och berörda verksamheter har ansvar att samverka och följa ingångna avtal för att patientsäkra vården. Frekvens: Fyra gånger/år.

Timansstenar

I vardag delas nya rutiner kontinuerligt med Timansstenar (som själva väljer om eller hur de använder dessa), samverkan sker avseende punktprevalensmätningar. Samverkan sker då behov uppstår, oftast kopplat till oönskade händelser som hanteras i avvikelssystem. MAS har även en kontinuerlig dialog med verksamhetens MAS. Frekvens: Fyra gånger/år.

Läkemedelskommittén

Läkemedelskommittén är ett rådgivande organ vars uppdrag är att verka för säker samt vetenskapligt belagd och kostnadseffektiv läkemedelsanvändning i Blekinge. Läkemedelskommittén ger obunden läkemedelsinformation, utbildning till vårdpersonal samt skapar rutiner för hur läkemedelsgenomgångar ska gå till. Frekvens: Två gånger per år.

Uppsökande tandvård

Målgruppen som har stort och långvarigt behov av sjukvård och omsorg har rätt att bli erbjuden uppsökande tandvård, munhälsobedömning, som utförs av Folktandvården. MAS för en regelbunden dialog med regionens tandhygienister för att säkerställa god kvalitet i munhälsa. Munhälsa är ett område vi behöver förbättra och vi ser vinst i att utveckla samarbetet med folktandvården ytterligare.

Lagen om samverkan (LOS)

En överenskommelse som reglerar utskrivning från slutenvård mellan Region Blekinge och kommunerna i länet. Överenskommelsen bygger på lag om samverkan vid utskrivning från slutenvård (2017:612) som syftar till att fastställa ansvarsfördelning vid utskrivning från slutenvård till öppenvård och kommunal vård- och omsorg.

Sölvesborg har ett tvärprofessionellt och mycket väl fungerande hemgångsteam bestående av biståndshandläggare, sjuksköterska och arbetsterapeut som arbetar lokalt och i samverkan med öppenvården. Blekinge har en länsgemensam rutin för att trygga informationshantering och ett gemensamt elektroniskt vårdplaneringssystem, Link. Idag fungerar följsamheten till Blekingerutinen som innefattar Link bristfälligt vilket inverkar negativt på patientsäkerheten och kvalitet i vårdövergångar. Arbetet med att belysa problemen fortgår kontinuerligt i dialog med regionen. Sölvesborg har mycket tillfredsställande siffror som anger att Sölvesborg tar hem sina patienter inom ramen för LOS med god marginal. LOS avtalet mellan kommuner och region är i dagsläget uppsagt från regionens sida men fortlöper under 2026 då uppsägningstiden är ett år.

Samordnad individuell plan, SIP

Samordnad individuell plan sker tillsammans med patient om insatser från Regionen och Sölvesborgs kommun behöver samordnas för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, säkerställa en hållbar och trygg hemgång, eller att den enskilde önskar en samordning av sina insatser. SIP ger den enskilde ett ökat inflytande och blir därmed mer delaktig i sina vård- och omsorgsinsatser. SIP utförs oftast före hemgång (men kan i sällsynta fall utföras efter hemgång) från sjukhus och oftast då patienten är okänd för kommunen sedan tidigare eller vårdbehovet ändrats markant.

Beslutsstöd VISAM

Ett verktyg för sjuksköterskor inom den kommunala hälso- och sjukvården som ska användas vid försämrings av patientens status och vid behov av ställningstagande till rätt vårdnivå.

I stöd av VISAM förebyggs även återinläggningar och informationsöverföring mellan berörda vårdgivare i samband med byte av vårdansvaret.

Nationell patientöversikt, NPÖ

Ett webbaserat verktyg för sammanhållen journalföring som ökar patientsäkerheten genom att behörig vårdpersonal kan ta del av information som finns i patientens journal hos andra vårdgivare i Sverige oavsett journalsystem.

Ledningssamverkan vård- och omsorg, LSVO

LSVO:s strategiska ledningsgrupp samt fyra operativa verksamhetsgrupper, äldre/somatik, IFO/psykisk hälsa/funktionshinder, FoU samt E-hälsa samverkar länsövergripande i syfte att tillförsäkra Blekinges invånare en god hälsa. Tidigare representerade en medicinskt ansvarig för sjukvård respektive rehab från de fem kommunerna vilket gav insyn och möjlighet till påverkan på en strategisk nivå. Sedan den organisatoriska förändringen som trädde i kraft efter sommaren 2025 är de medicinskt ansvariga ej längre del i detta efter omröstning i dåvarande grupp med majoritet från region Blekinge.

Nationell kunskapsstyrning i nationella programområden (NPO)

I arbetet med att ta fram personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp för ett antal sjukdomsområden finns kommunerna med som representant. Vårdförloppen syftar till att skapa en jämlik vård med hög kvalitet i hela landet och är en samverkan mellan region och kommuner. Det finns 26 nationella programområden (NPO) som leder kunskapsstyrningen inom sitt respektive område. Åtta nationella samverkansgrupper (NSG) leder och samordnar regionernas nationellt gemensamma arbete inom flera olika områden. Kommunen deltar i Regional arbetsgrupp och genom lokala arbetsgrupper i processen att skapa en jämlik vård med hög kvalitet.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Nedan följer en kort redogörelse över åtgärder som vidtagits för att förbättra informationssäkerheten.

Journalgranskning

Granskning av arbetsterapeuters och fysioterapeuters journaldokumentation visar överlag på ett gott och tillfredsställande resultat. Granskningen visar på god användning av hälsoplaner vilket gör att fler anteckningar kopplas till rätt plan och därmed fås en tydligare överblick och en ”röd tråd” mellan bedömda behov och vidtagna åtgärder.

Vid granskning av rehabprofessionernas dokumenterade bedömningar framkommer att ospecificerad bedömning genom intervju/observation är de vanligast förekommande bedömningsmetoderna. Användning av icke-standardiserade bedömningsmetoder medför bl.a. risk för ojämlika bedömningar, varför detta är ett fortsatt förbättringsområde under som hanteras länsövergripande. Identifierade förbättringsområden avseende journalens innehåll är även dokumentation av patientens resp. närståendes delaktighet likaså dokumentation av status enligt ICF (Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa).

Journalgranskning av sjuksköterskors dokumentation har genomförts av EC HSL hemsjukvård (ej särskilt boende) i journalsystem LifeCare. Under året är 2st SSK fortsatt frikopplade för utveckling av dokumentationen. Just nu arbetas mycket med standardvårdplaner. Flertalet utbildningar i Lifecare har genomförts under året, både på individnivå och grupp.

EC HSL har journalgranskat några journaler kopplade till hemsjukvården och identifierat att vi fortsatt har bristfällig dokumentation gällande kommunikation och våra uppföljningar. Dock är det bättre resultat

gällande ICF dokumentationen och vårdplaner vilket är glädjande (ICF står för Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. Det täcker kroppsfunktioner, aktiviteter, delaktighet och omgivningsfaktorer.)

Under året har vi under avvikelshantering uppmärksammats avsaknad av dokumentation - detta har lyfts med vederbörande SSK och åtgärder har vidtagits.

En polisanmälan gjord p.g.a. misstänkt brott mot patientdatalagen.

Vårdgivaren använder sig av säker e-posthantering (krypterade mail) när kommunikation som är av känslig karaktär behöver ske externt. Internt används meddelandefunktion i vårdinformationssystemet Lifecare.

Loggkontroll

Loggkontroll är anbefallt av lag och ny rutin har i samråd med IT-samordnare tagits fram med tydliga handlingsplaner vid misstänkta överträdelser. Syftet med loggkontrollerna är att regelbundet undersöka om inloggade personer är behöriga till ärendet. Personalen informeras vid anställning om att loggkontroller görs regelbundet i våra system.

SITHS

Elektronisk identifiering för säker identifiering av personer och system inom region, kommun, privata vårdgivare och statliga myndigheter har byggts ut ytterligare inom verksamheten och numer är biståndshandläggarna utrustade med SITHS-kort.

En god säkerhetskultur

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

Vi kommunicerar tydligt i samband med arbetsplatsträffar och möten mellan sjuksköterskor och MAS vikten av att skriva avvikelser, lära av varandra och ha högt i tak utan prestige. Patientsäkerhetsfrågor diskuteras på strategisk nivå för att styra insatser strukturerat. Avstämning av personalens övergripande förmåga diskuteras i ledningsgrupp och åtgärder görs för att balansera tyngden så att risken för misstag minimeras, arbetsmiljön är en av delarna i denna process. Processteam bildas kontinuerligt med tvärprofessionell profil utifrån identifierade behov av revidering eller tillförande av nya rutiner. Medarbetarenkät och riskanalys genomförs årligen angående psykosocial arbetsmiljö, utvärderas och åtgärder planeras vid behov.



Adekvat kunskap och kompetens

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

I spåren av pandemin har en tidigare aktiv arbetsgrupp för kompetensförsörjning försvunnit och behovet att ta fram en ny arbetsgrupp för att se hur vi kan arbeta med detta strategiskt, taktiskt och i samverkan med övriga kommuner i länet samt regionen har lyfts upp, arbetet är påbörjat via



LSVO (Lednings samverkan vård- och omsorg) men ännu ej avslutat. Kontinuerlig scanning av verksamheten sker med syfte att detektera förbättringsområden, avvikelser analyseras för att skapa systemförståelse och kunskap om förbättrings- och implementeringsarbete. En grundidé är att verksamheten autonomt hittar och nyttjar befintlig kompetens. Bemanning och schemaläggning innebär en ökande utmaning då försörjningen av legitimerad personal såväl som undersköterskor blir allt svårare. Ett aktivt arbete med bemanningen görs utifrån riskbedömningar för att överbrygga risker och strävan är att erfaren personal finns på varje arbetspass. Prioriteringar har tvingats göras i perioder kopplat till hög vårdtyngd. Verksamheten har sedan tidigare förstärkt jourtid (kvällar) för sjuksköterskor men ser att tyngden ökat dagtid på helger och extra sjuksköterskor har fått kallas in i perioder. Verksamheten ser också fortsatt ett behov av kvalitetsutvecklare med adekvat utbildning och bakgrund för att systematiskt arbeta med kompetensförsörjning och bedriva kvalitetsarbete i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen.

Patienten som medskapare

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



PSL 2010:659 3 kap. 4 §

En delaktig patient bidrar till säker vård. Ambitionen är att vården utformas och genomförs så långt som möjligt i samråd med patienten:

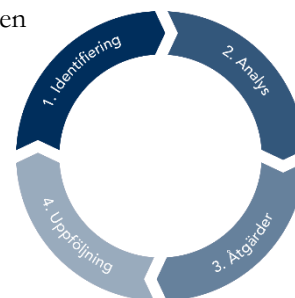
- Varje patient har en patientansvarig sjuksköterska i syfte att skapa en högre kontinuitet och tillgänglighet vilket är viktiga framgångsfaktorer för patientdelaktighet.
- Varje patient får individuellt anpassad information då kunskap och insikt är en förutsättning för att vara delaktig i sin vård, val av behandlingsalternativ och hjälpmedel.
- Varje patient är en del av det tvärprofessionella vårdteamet och teamet är inte komplett utan patientens perspektiv. Varje medarbetare i verksamheten har ett ansvar för att involvera och lyssna på patienten.
- Varje patient har möjlighet att ha sin närstående involverad i sin vård och behandling. Det är i första hand patienten som avgör vem som räknas som närstående.
- Varje patient styr vilka yrkeskategorier och vilka vårdgivare som får ta del av vårdinformation genom att lämna samtycke till informationsöverföring. Samtycke lämnas även för Nationell Patientöversikt, NPÖ och kvalitetsregister.
- Varje patient med insatser både från kommun och region har rätt att initiera en samordnad individuell vårdplanering.
- Varje patient som inte är nöjd med sin vård och behandling kan lämna synpunkter och klagomål.
- Enkät för kundnöjdhet görs kontinuerligt och analyseras på ledningsnivå.
- Från slutet av 2024 och under 2025 har leg. HSL-personal erbjudit personer på LSS-gruppboende hälsosamtal innehållande bl.a. rådgivning gällande goda levnadsvanor och hälsofrämjande åtgärder. Utvärderingen visar på positiva erfarenheter och arbetssättet möjliggör även tidig identifiering av andra behov eller risker, vilket exempelvis medfört att fallförebyggande åtgärder kunnat sättas in i ett tidigt skede. Arbetet fortsätter med mål att årligen kunna erbjuda hälsosamtal till personer på LSS-gruppboenden i kommunen.

Information om hur patienter och närstående upplever sin vård insamlas främst från klagomålshanteringen. Klagomålshanteringen är sedan en längre tid digitaliserad med e-tjänst. Denna åtgärd har inte resulterat i fler klagomål.

Agera för säker vård

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

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



Kvalitetsområden

Egenkontrollplan med de kvalitetsområden som identifierats och som systematiskt ska kontrolleras i syfte att öka patientsäkerheten för den kommunala verksamheten återfinns på sida 6-7 och presenteras utförligare nedan:

Senior alert: Risk för fall, undernäring, trycksår och munhälsa

I det nationella kvalitetsregistret Senior alert riskbedöms alla äldre som möter vård och omsorg. Det är ett förebyggande verktyg som syftar till att minska vårdskador¹ och öka patientsäkerheten. Då en risk uppmärksammas sätts förebyggande åtgärder in och dessa ska utvärderas efter 6 månader.

Totalt har 130 (159) unika patienter riskbedömts och antalet registreringar uppgår till 194 (258):

- Risk för fall: Fall utgör en stor fara för att en person blir långvarigt försvagad eller skadad. Faktorer som ökar fallrisken är nedsatt balans och muskelstyrka, användning av vissa läkemedel, undernäring, demens och nedsatt kognition, nedsatt syn eller fel glasögon, tidigare fallhändelse och rädsla för att falla, dålig belysning samt hala eller ojämna golv.
- Risk för undernäring: Undernäring, definieras som en näringsrubbnings och kan leda till en försämrad kroppssammansättning, funktionsförmåga eller sjukdomsförlopp. Riskbedömningen görs utifrån tre bedömningspunkter; ofrivillig viktförlust, ätsvårigheter och undervikt.
- Risk för trycksår: Trycksår orsakar ett stort fysiskt, känslomässigt och socialt lidande. Trycksår räknas som en vårdskada om det kunnat förhindras.
- Risk för ohälsa i munnen: Munhälsan är central för välbefinnande, livskvalitet och hälsa. Sambandet mellan munhälsa och allmän hälsa blir allt tydligare med stigande ålder. Muntorrhet och oförmågan att göra ordentligt rent i munnen är riskfaktorer. Munvård är en del i den dagliga omvårdnaden.

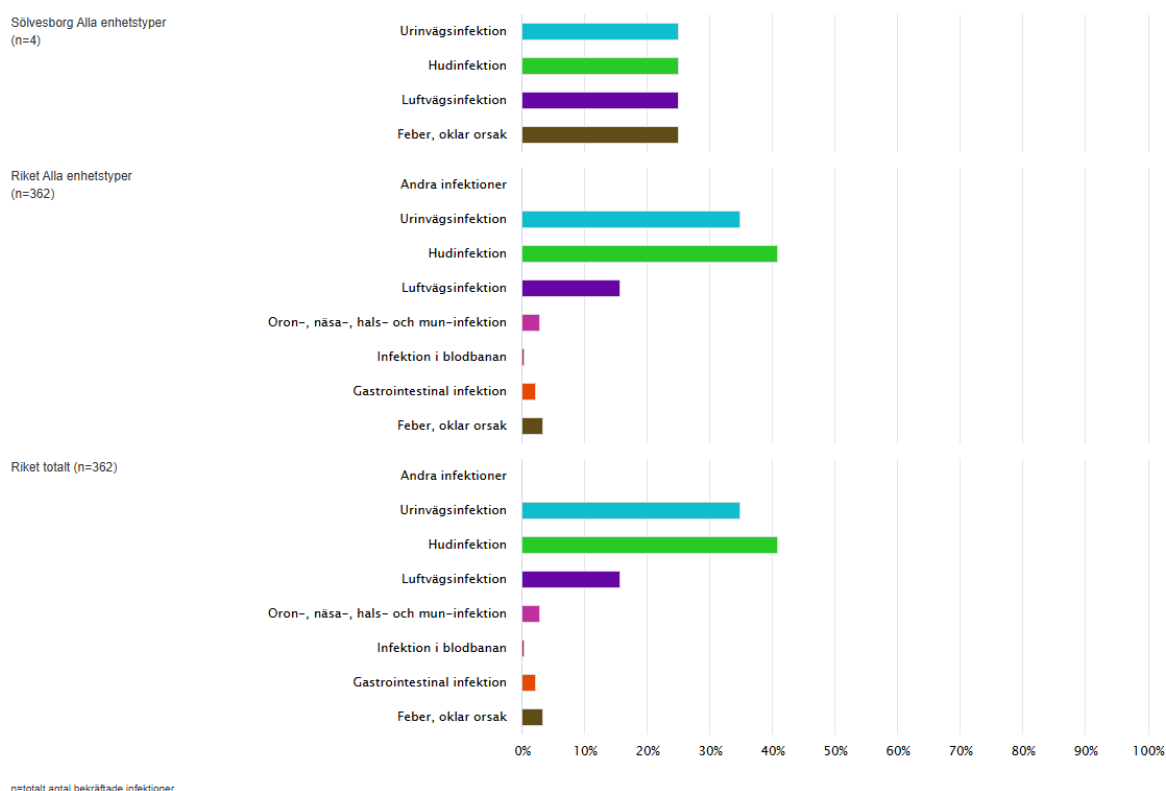
Vårdrelaterade infektioner (VRI)

Svenska HALT utför punktprevalensmätning (PPM) av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning inom särskilt boende. Målsättningen är att erbjuda ett nationellt enhetligt mätverktyg så att förekomsten av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning inom särskilt boende kan inventeras som ett led i patientsäkerhetsarbetet. Mätningen görs en gång om året i kvalitetsregistret Senior alert. Sölvesborgs kommun har deltagit 2025.

Totalt antal inkluderade vårdtagare i HALT-mätningen för Sölvesborgs kommun SäBo var 107st.

Sammanfattningsvis är resultatet som riket i stort och preventivt arbete utvärderas kontinuerligt i form av kontroller följsamhet till basal hygien och kontroller handhavande i olika vårdmoment.

Bekräftade infektioner förvärvade på SÄBO (VRI) - fördelning per infektionstyp i kommunen jämfört mot riket på enhetstyp och totalt
Kommun: Sölvesborg. Enhetstyp: Alla enhetstyper. Kön: Alla



Figur 3: Stapeldiagram över andelen och typ av infektioner i jämförelse med övriga riket.

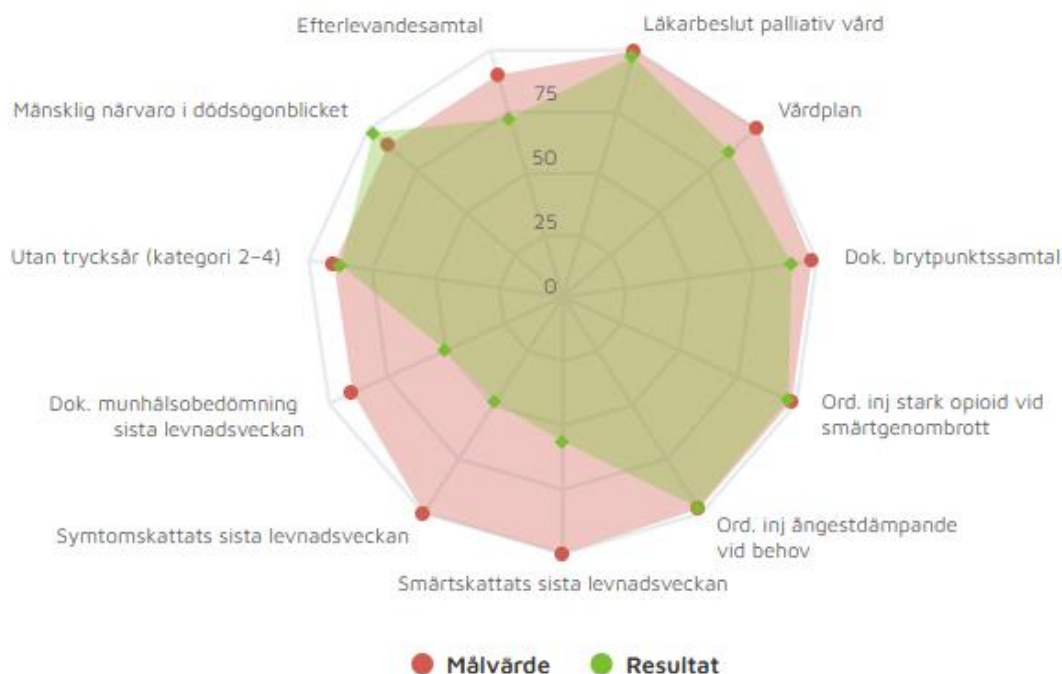
Palliativ vård

Svenska palliativregistret mäter på patientnivå hur enheter lever upp till definierade kriterier för god vård i livets slutskede. Denna information möjliggör ett kontinuerligt förbättringsarbete som syftar till optimal vård för dessa patienter oavsett diagnos och typ av vårdenhet. Följande kvalitetsområden mäts:

- Efterlevandesamtal
- Brytpunktssamtal
- Opioider ordinerat vid smärtgenombrott
- Ångestdämpande ordinerat vid behov
- Smärtskattning sista levnadsveckan
- Munhälsobedömning sista levnadsveckan
- Trycksår
- Mänsklig närvaro i dödsögonblicket

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2025-01 - 2025-12



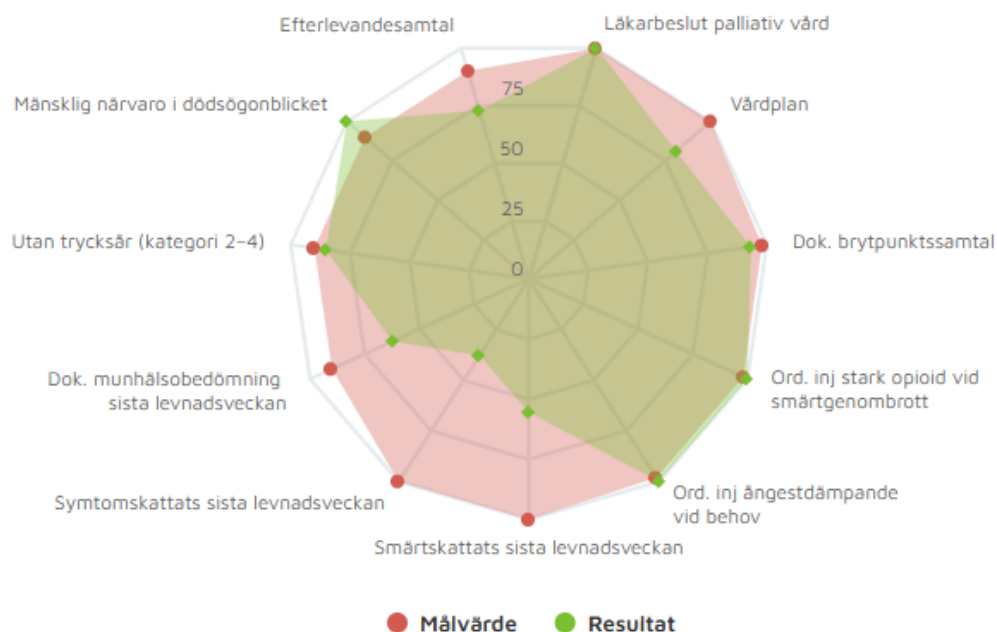
Figur 4: Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer Palliativ vård. Det röda målvärdet är Socialstyrelsens mål för en god vård i livets slutskede. Det gröna fältet visar kommunens resultat.

Utvecklingsområden i Vård- och omsorgsförvaltningen är smärtskattning, symtomskattning och munhälsobedömningar under patientens sista levnadsvecka. Dessa kvarstår från 2024 då resultatet ännu bedöms ha förbättringspotential. Munhälsobedömningar utförs men inte i den omfattning att det går att dokumentera det som en fullständig bedömning vilket skulle kunna vara en felkälla till sviktande resultat. Vid direkt fråga till sjuksköterskorna framkommer att omfattningen begränsas av patientens vilja att delta vilket såklart måste respekteras. Smärtskattning och symtomskattning behöver förbättras 2026. Sammantaget uppfyller verksamheten ej indikatorn på ett tillfredsställande sätt.

Resultat 2024 för jämförelse

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2024-01 - 2024-12



Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD)

BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister med syfte att kvalitetssäkra vården av personer med demenssjukdom och uppnå ett likvärdigt omhändertagande av dessa patienter i hela landet.

BPSD drabbar någon gång ca 90 % av patienter med en demenssjukdom och kan bestå i t.ex. aggressivitet, oro, apati, hallucinationer eller sömnstörningar. Då symtomen minskar välbefinnandet är det viktigt att hitta sätt att förebygga, lindra och bemöta dessa på bästa sätt.

BPSD-utbildningar har återupptagits och fortgår kontinuerligt. Metodutvecklare SoL har fått i uppdrag att inventera samt utbilda samtlig personal under 2026. Utbildning av BPSD-administratörer påbörjades under hösten 2025 då första gruppen gick sin utbildning och andra gruppen startade i november. Sista och tredje gruppen kommer att gå utbildningen i februari.

Basala hygienrutiner och klädregler (BHK)

Punktprevalensmätning utförs två gånger årligen. Syftet är att, med hjälp av observationsstudier, mäta följsamheten i verksamheterna då detta är fundamentalt i ett förebyggande arbete mot smittspridning och vårdrelaterade infektioner.

Förvaltningen lever inte upp till målen med 90 % följsamhet i PPM-mätningarna. Utförligare presentation under ”Tillförlitliga och säkra system och processer”.

Nattfasta

God nutrition ska ses som en del av den medicinska behandlingen och det är nattfastans längd som används som en kvalitetsindikator för en god vård och hög patientsäkerhet. Rekommendationen är att nattfastan inte ska överstiga 11 timmar vilket skulle bidra med ett flertal hälsoeffekter t.ex. bibehållen muskelmassa, jämnare blodsocker, mer energi till fysisk aktivitet, förbättrad sårhäkning, fallprevention, förebyggande av förstoppning och bättre sömn.

Nattfastemätningar genomförs fyra gånger per år på Särskilda boenden och har ett tillfredsställande resultat 2025.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §
Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser. Här följer en sammanfattande beskrivning av arbetssätt, samarbeten och åtgärder som haft betydelse för att förbättra patientsäkerhetsarbetet under året.



Är vården säker idag?

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivare anmäla händelser till IVO som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada². Vårdgivarna är skyldiga att genomföra en utredning av den aktuella händelsen. I Sölvesborgs kommun är det MAS som utreder och följer upp händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada.

Utredning av händelser – vårdskador/ Lex Maria

Under 2025 har två händelser bedömts som allvarliga och anmälts enligt Lex Maria.

Händelse 1: Anmälan handlar om en händelse där en brukare blev medvetlös på grund av otillräcklig syretillförsel.	
Bedömning av bakomliggande och bidragande orsaker	Bristande kontroll av medskickad utrustning från sjukhuset. Syrgasgrimman var underdimensionerad.
Åtgärder	Genomgång samtliga förråd för att säkerställa att sådana grimmor ej finns hos oss. Medvetandegjort sjukhuset som vårdade och sannolikt skickade med fel sorts gramma. Informerat samtliga sjuksköterskor som tar emot patienter med gramma att kontrollera noggrant.
Lärande	Större misstänksamhet mot medskickad medicinteknisk utrustning.
Uppföljning	Inspektionen för vård och omsorg (IVO) avslutar ärendet och kommer inte att vidta några ytterligare åtgärder. Skälen för beslutet Ivo bedömer att vårdgivaren, efter begärd komplettering har fullgjort sin skyldighet att utreda och anmäla händelser som har medfört eller kunde medfört en allvarlig vårdskada. Enligt IVO framstår vårdgivarens slutsatser som rimliga och adekvata. Vårdgivaren har vidtagit åtgärder för att förhindra att något liknande sker igen.
Händelse 2	Anmälan handlar bristande följsamhet till rutin samt bristande hantering vid samtal från hemtjänst till jourhavande sjuksköterska avseende medvetandesänt person med endast hemtjänstinsatser
Bedömning av bakomliggande och bidragande orsaker	Undertecknad konstaterar att Kommunen har rutin som säger att personal ska kontakta sjuksköterska vid förändrat mående och eller beteende samt tydliga kontaktvägar för ändamålet. Hemtjänstpersonalen följde denna rutin men missade att de skulle kontakta 1177 eller 112 som rutin anger då

² En allvarlig vårdskada definieras som en vårdskada som är bestående och inte ringa, eller som har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit.

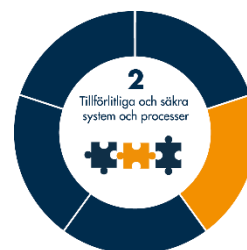
	personen saknade hemsjukvård (endast hemtjänstinsatser). Kommunen har också rutin att hemtjänstpersonal ska samla in vitalparametrar före kontakt med sjuksköterska (samt rapportera med SBAR som stöd) alternativt i samband med kontakt vilket inte gjordes, ej heller bad sjuksköterskan om dessa parametrar. Utrustning för insamlande av parametrar samt rapport enligt SBAR finns i varje hemtjänstgrupp. Sjuksköterskan hänvisade heller inte hemtjänstpersonalen till 1177/ 112. Vid intervju med sjuksköterska framkommer att hen är införstådd med att hen borde hänvisat till 1177 eller 112. Sjuksköterskan hade ingen vetskap om sjukdomsbakgrund (patienten var insulinbehandlad diabetiker). Sjuksköterskan dokumenterade ej heller vilket hen skulle gjort om hen följt lag vilket hen medger var fel.
Åtgärder	Samtal med sjuksköterska är genomfört som inser att hen agerat fel. Händelsen är lyft med hemtjänstpersonalen och rutinen som behandlar kontakt och kontaktvägar med sjuksköterska är genomgången samt rutinen som behandlar insamlande av vitalparametrar och användandet av SBAR.
Lärande	Undertecknad (medicinskt ansvarig) som granskat och utrett händelsen tillsammans med berörda enhetschefer ser ingen systembrist då rutiner finns som täcker händelsen samt är kända av kommunens verksamheter. Lagstiftningen gällande dokumentation är också grund i hur en legitimerad ska dokumentera samt när. Undertecknad anar en brist på individnivå hos tjänstgörande jourhavande sjuksköterska som borde tillsett att personen blev akut bedömd antingen av sjuksköterska själv eller tillsett att ambulans tillkallades. Sjuksköterskan borde också ha journalfört kontakten och råden som gavs. Tjänstgörande hemtjänstpersonal brast i rutin så till vida att de skulle ringt 112 direkt vid konstaterandet av medvetandesänkningen men undertecknad ser mildrande på detta då de ringde sjuksköterska som rutin delvis anger samt dokumenterade på ett bra sätt.
Uppföljning	Anmälan har i skrivande stund ej behandlats av IVO.

Då händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada träder en rutin med tillhörande process in och händelseanalys utförs enligt givna frågor och direktiv. Som en del av processen följs sedan händelse och åtgärder upp.

De händelser som upptäckts och utretts har upptäckts inom rimlig tid och rapporterats direkt.

Tillförlitliga och säkra system och processer

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



Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system

Här följer en sammanställning över identifierade utvecklingsområden för förbättrad patientsäkerhet inom förvaltningen. En kort beskrivning av problematik och vilka förbättringsarbeten som gjorts ges.

Identifierade utvecklingsområden	Problematik och pågående förbättringsarbete
----------------------------------	---

Systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)	Systematik i kvalitetsarbetet har en fortsatt utvecklingspotential och ytterligare insatser på att implementera arbetssättet behövs. I samband med egenkontroller, riskbedömningar och avvikelshantering genomförs inte en strukturerad sammanställning och analys på enheterna vilket innebär att central sammanställning och ett brett lärande i organisationen uteblir. Även förutsättningar till ett förebyggande arbete försvåras då mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet inte kan sammanställas. Förbättringsarbete: Förvaltningsövergripande rutin för hur det systematiska kvalitetsarbetet ska bedrivas har kommunicerats och finns i förvaltningens ledningssystem sedan våren 2020. Förändringar i arbetet med kvalitetsledningssystemet Stratsys har tillsammans gjorts och implementeras under 2024/ 2025.
Riskhantering	Systematik i kvalitetsarbetet har en utvecklingspotential. Förbättringsarbete: En ny förvaltningsövergripande rutin för riskhantering kommunicerades ut våren 2021, denna har under 2024 förbättrats ytterligare och lyfts i möte med verksamheterna och finns i ledningssystemet.
Avvikelsehantering	Systematik i kvalitetsarbetet (se ovan) har en utvecklingspotential. Förbättringsarbete: Handläggningen av avvikelser behöver skyndas på. Utredningar ligger kvar utan att avslutas vilket nedför att vi inte kan få en komplett helhet av förekommande avvikelser.
Basala hygienrutiner och klädregler (BHK)	Att tillämpa basala hygienrutiner i all vård och omsorg är en förebyggande insats som syftar till att förhindra smittöverföring och VRI (vårdrelaterade infektioner). Verksamheterna uppnår inte omsorgsnämndens målsättning trots ett intensivt förbättringsarbete under pandemin. Resultatet har om än knappt, försämrats även under 2025. 1:a oktober 2022 lagstadgades att utbildning i hygien ska ske årligen av alla omvårdnadsnära personal. - Riktade utbildningsinsatser har gjorts under året vid två tillfällen som innefattat all hemtjänstpersonal. - Fortsatt förbättringsarbete omfattar förutom en ökad följsamhet till basal hygienrutin även att öka deltagandet i egenkontrollen.
Läkarsamverkan	Läkarsamverkan fungerar bra, rutiner avseende samverkan och kontakter har förbättrats i samband med införande av "Karlshamnsmodellen" som penetrerat frågor som kontaktvägar, kommunikationsverktyget Link och läkemedelshantering. Förbättringsarbete som genomförts är: - Kontinuerlig samverkan med ansvariga vårdcentraler. - Enkät till SSK i syfte att tydliggöra brister i samverkan initierad av Hälsoval Blekinge. Resultatet för 2024 visar på god medverkan gällande SäBo. Resultat för 2025 saknas i skrivande stund.
Kommunikation	Införande av digitala säkra videosamtal har genomförts men används i princip inte. Ett omtag kommer göras under kommande vår.

Figur 5. Sammanställning över identifierade utvecklingsområden, problematik och förbättringsarbeten som gjorts under 2022.

Säker vård här och nu

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



Är vården säker idag

Här följer en sammanställning över identifierade utvecklingsområden för förbättrad patientsäkerhet inom MTO i förvaltningen. En kort beskrivning av problematik och vilka förbättringsarbeten som gjorts ges.

Identifierade utvecklingsområden	Problematik och pågående förbättringsarbete
Munhälsa	Totalt genomfördes 150 (161 erbjöds totalt) munhälsobedömningar i kommunen, kommunala såväl som privata boenden inräknat. Av dessa hade 78 brukare eller 52 % (60 %) en bra munhälsa. 72 brukare eller 48 % (40 %) hade en dålig munhälsa och 11 brukare avstod, medverkade ej eller missade av olika anledningar möjligheten till munhälsobedömning. Målbilden är att minst 70% ska ha en bra munhälsa. Föreslagna åtgärder 2026 • Samtlig omvårdnadspersonal ska gå Socialstyrelsens webb-utbildning och vägledning för munhälsa som ligger i ledningssystemet. • Samtlig omvårdnadspersonal ska se film om ROAG som ligger på ledningssidan HSL Munvård. • Samtliga ska läsa igenom rutinen för munhälsa som finns i ledningssystemet. • Fortsätta använda ROAG kontinuerligt enligt direktiv som framgår i rutinen för munvård. • Åtgärder ska föras in i genomförandeplan. • Målbild att 70 % av våra äldre ska ha en bra munhälsa enligt ROAG. • Munhälsoombud på SäBo. Dessa kan beredas extra utbildning och skulle kunna fungera som ambassadörer samt genomföra egen bedömning på enheten och rapportera resultat till MAS och EC för snabbare möjlighet till aktiviteter.
Kommunikation	Brister i informationsöverföringen innebär en stor risk inom hälso- och sjukvård. Bra kommunikation förebygger avvikelser! Idag saknas ett gemensamt avvikelssystem samt tillräckligt informationsflöde i NPÖ (nationell patientöversikt) mellan vårdgivare i länet och mellan HSL- och SoL-personal vilket utgör en risk där stödsystem är viktiga. Förbättringsarbeten: • Remisser, som är en viktig kommunikationsform i hälso- och sjukvården, används inte fullt ut idag. Kommunens demenssjuksköterska dokumenterar idag t.ex. direkt i regionens journalsystem istället för att skicka remissvar. • Utveckla vad som kan och ska delas i NPÖ • Fortsatt påverka regionen för en godtagbar följsamhet till processen för in- och utskrivning.

Digital signering läkemedel	Digital signering läkemedel har som syfte att öka patientsäkerhet genom att utgöra en kontroll för att ordinerade läkemedel ges i rätt tid av rätt person och med rätt kompetens. Digital signering läkemedel ger en enkel översikt avseende delegeringar, behov av förnyad delegering och underlättar journalföring. Det här minimerar risk att behovsmedicin ges i för hög omfattning eller med för kort tidsintervall. Idag kan inte befintligt system hantera behovsmedicin avseende narkotiska preparat. Förbättringsarbete: Behovet av digitalisering av signering läkemedel är kommunicerat till ledning. Detta har åtgärdats under 2025 och tillämpas nu överallt. Vi inväntar möjlighet
Digitala läkemedelsskåp	Digitala app-styrda läkemedelsskåp till de patienter där kommunen har övertagit läkemedelsansvar är högt prioriterat och försvårar möjligheten till att läkemedel kommer i orätta händer. Logg kan tas ut och analyseras vid behov. Inringning av antal personer med tillgång förenklas och kan följas på ett effektivt sätt. Byte till ändamålsriktiga skåp är färdigt inom förvaltningen men ej fullt ut på arbete- och välfärd som vår HSL har ett ansvar i.

Figur 6. Sammanställning över identifierade utvecklingsområden, problematik och förbättringsarbeten som gjorts under 2022.

Riskhantering

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

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

Här följer en beskrivning över hur risker för vårdskador hanteras inom verksamheten.

Riskhantering	Hur risken för vårdskador hanteras i verksamheten
Riskbedömningar som utförs systematiskt	- Alla patienter ska riskbedömas enligt modell Senior Alert. Vid behov sätts adekvata åtgärder in och uppföljning sker för att säkerställa att åtgärderna haft önskad effekt. - Sjuksköterskor utför riskbedömning inför utbildning delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter till omvårdnadspersonal. - Arbeterapeut och fysioterapeut utför riskbedömning om viss specifik rehabilitering kan överlåtas till omvårdnadspersonal. - Förskrivning och utprovning av medicintekniska hjälpmedel, arbetstekniska hjälpmedel och individuellt utprovade hjälpmedel föregås alltid av en riskbedömning av legitimerad personal.
Riskhantering i avvikelssystemet	Arbetet kring riskanalyser hanteras idag inte systematiskt och en övergripande sammanställning och en fullständig analys över identifierade risker i förvaltningen är därför inte möjlig.

Figur 7. Sammanställning över hur risken för vårdskador har hanterats i verksamheten under 2024.

Stärka analys, lärande och utveckling

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



Områden för förbättring som identifierats och där adekvata åtgärder satts in för att bidra till utveckling inom verksamheterna har presenterats ovan. Informationskällor har främst varit utredningar enligt Lex Maria, nationella register, egenkontroller samt strukturerad samverkan och dialog. Att arbeta systematiskt med risk- och avvikelshantering i förvaltningen är ett utvecklingsområde som, då arbetssättet är brett implementerat, kommer att bidra till värdefull information och möjlighet till verksamhetsutveckling och lärande. Från 2022 finns möjlighet att dokumentera enheternas risk- och avvikelshantering i Stratsys kvalitetsledningssystem, detta har fortsatt utvecklas under 2025.

Avvikelser

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

Här följer en beskrivning över hur verksamheten hanterar avvikelser, samlade analyser av avvikelser, viktiga lärdomar som spridits samt genomförda förbättringar som haft effekt.

Avvikelser, d.v.s. en negativ händelse som inneburit att en insats blivit felaktigt utförd, försenad eller utebliven, ska fortlöpande utredas och analyseras på respektive enhet. Enhetschef är utredningsansvarig och ska bedöma avvikelens allvarlighetsgrad och sannolikheten för att den ska upprepas. Det tvärprofessionella teamet på enheten engageras i utredningen och MAS involveras vid allvarligare avvikelser (riskpoäng > 8). Som stöd i processen finns hjälpdokument "åtgärdsplan", framtagen. En översikt och analys av avvikande händelser ska sammanställas på respektive enhet och rapporteras kvartalsvis till verksamhetsledning och MAS. På detta sätt ska negativa händelser och goda exempel kunna sammanställas på övergripande nivå och bli lärande i förvaltningen.

Då en översikt och analys över hur enheterna arbetat med sina avvikelser och vilka åtgärder och förändrade arbetssätt som varit ett resultat av avvikelser saknas, presenteras här endast kvalitativa sammanställningar från avvikelssystemet. Vi ser en generell kraftig ökning av avvikelser. Föregående år var ett år med väsentligt färre avvikelser som nu är på mer "normala" nivåer. Den enda förklaring vi kunde komma fram till var byte till nytt avvikelssystem som kan ha påverkat antalet i en minskande riktning.

Avvikelser	Fall	Läkemedel	Informations överföring	Bristande vård- och eller behandling	Totalt
Särskilt boende	270 (175)	118 (127)	7 (3)	16 (7)	411 (312 ³)
Korttidsboende	52 (63)	50 (40)	1 (3)	4 (3)	107 (109)
Hemtjänst	430 (246)	166 (112)	6 (1)	17 (8)	619 (367)
LSS	27 (20)	69 (59)	0 (2)	9 (7)	105 (88)
Totalt	779 (505)	403 (342)	14 (9)	46 (28)	1494 (884)

³ Siffror i parentes anger förra årets resultat.

Figur 8. Sammanställning över antalet avvikelser under året fördelat på verksamhet och typ av avvikelse. Siffra i parentes anger förra årets resultat.

Reflektioner från hemtjänstens enhetschefer:

” Avvikelser HSL

Totalt 73 stycken

Av dessa är det 14 fall ”med skada” och 34 fall ”utan Skada”

11 läkemedel ”utebliven dos”

6 läkemedel ”övrigt”

3 xterna avvikelser gällande Regionen/Transport.

Av dessa har allvarlighetsgraden bedömts:

37 bedömts måttliga

5 mindre

20 Betydande

11 under utredning

Vi har under hösten haft flera avvikelser gällande fall både med och utan skada. Vi har tittat på var och en och i något fall har vi sett ett mönster och då direkt åtgärdat detta med åtgärder.

När det gäller läkemedels avvikelserna så är dessa sprida över året men med ett mindre antal under sommaren. Vad som gör detta är inget vi har tittat närmare på. En tanke är att vi måste vara mer noggranna vid introduktionen av sommarvikarie och än mer betona vikten av betydelsen att skriva avvikelserna. En annan är att vi har haft ansvarstagande och duktiga vikarier som tagit arbetet på största allvar och därför har gjort jobbet noggrant.

Antalet inkomna HSL avvikelser är något fler under 2025 gentemot 2024.

Undertecknad har under året tagit över Nordrikets hemtjänst grupp och under november och december samtalat med teamet om hur vi skall jobba tillsammans och detta innebär även med avvikelserna. Idag jobbar enhetschef samt kvalitetsansvarig undersköterska med dessa och vi har under september – december arbetat ner listan av ärende som inkommit sedan 1/6–25. Vi har en förhoppning av att detta jobb skall ske i snabbare takt och att avvikelserna inte skall ligga allt för länge innan dessa mottages och utreds. Detta gäller både SOL och HSL avvikelserna.”

” Under året 2025 har 109 HSL avvikelser inkommit, utöver denna har även en Lex Sarah inkommit gällande medicinsvinn från en brukare. Det framkom dock i utredningen inte kunde utredas vidare om det var omvårdnadspersonal eller sjuksköterska som var ansvarig för svinnet.

Gällande avvikelserna ses trender enligt följande:

- fall, vilket inkluderar brukare med stor fallrisk men där det inte finns mer att göra för att förebygga fall av en eller flera anledningar. Det är drygt ett 70-tal avvikelser på detta. Av dessa dryga 70 avvikelser står en person för cirka 20 stycken av dem.

-Brukare som inte fått sin medicin, antingen har brukaren inte fått medicin alls eller så har brukaren bara fått delar av den medicin den ska ha. Det kan också bero på att man inte utfört annan ordination så som kolla blodtryck, eller att det ej har funnits någon medicin hos brukaren. Sammanlagt är det knappt 30 avvikelser på dessa.

När det gäller trenden fall har ärenden tagits upp på teamträff för att se vad som går att göra vid komplexa fall. När någon har fallit för första gången har personal och enhetschef dialog om vad man har för förslag

för att kunna förebygga. Alla fall går inte att förebygga på grund av till exempel en grunnsjukdom som medför ökad risk för fall eller en hög alkoholkonsumtion.

Det vi även har jobbat i hemtjänsten med under verksamhetsdagar både under våren och hösten 2025 är att förbättra resultatet på följsamhet till basala hygienrutiner. Under vår har medicinskt ansvarig sjuksköterska informerat och under hösten har hygienköterska från Region Blekinge informerat tillsammans med medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Vi har även ett löpande årshjul för utbildningar där bland annat webbutbildning för att jobba säkert med läkemedel ingår och basala hygienrutiner, dessa ska göras minst en gång om året. Vi har även samtal om basala hygienrutiner och tar dessa under APT minst två gånger om året.”

” HSL avvikelser under 2025 hade vi totalt 75 stycken. Många är en handfull brukare som är ofta förekommande med att de faller hemma. Samt att vi missar att ge all läkemedel korrekt som våra brukare är ordinerade. Vi har täta kontakter med patientansvarig sjuksköterska, men även täta dialoger med både fysioterapeut och arbetsterapeut för att ha en dialog tillsammans med personalen kring rutiner, handlingsplaner, ordinationer osv på både team träffar och på APT.

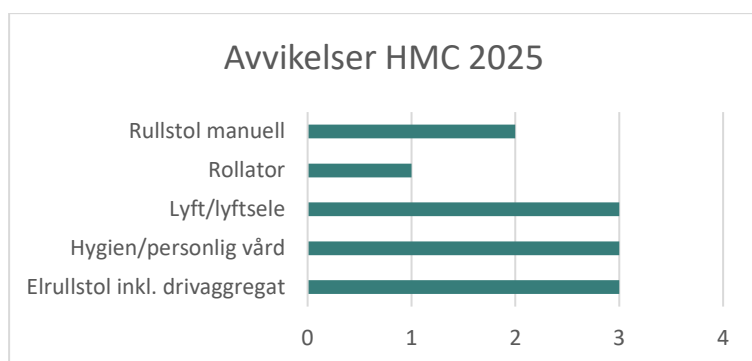
Under ett par år tillbaka så har vi under våra gemensamma verksamhetsdagar med all person inom hemtjänsten på Duvan, lyft delar inom vikten utav att dokumentera rätt, hur man skriver/upprättar/reviderar genomförandeplaner. Detta är vårt viktigaste redskap för att kunna arbeta med rätt förutsättningar och ge våra brukare den omvårdnad och trygghet de ska ha utav oss. Under våren så hade vi en genomgång på verksamhetsdagen med IBIC- individens behov i centrum. Nu i höstas så hade vi en heldag i tvärgrupper även med personal från Lister/Nordrikt/Trygghemgångs personalgrupper där huvudfokus låg på vårt gemensamma arbete med att arbeta korrekt med de 8 stegen i följsamheten i basala hygienföreskrifter och den andra halvan utav dagen hade vi en uppfräschning i demenssjukdomar.

Samtliga hemtjänstgrupper på Duvan jobbar även parallellt med ett digitalt utbildningspaket som bland annat innefattar demens, jobba säkert med läkemedel, basala hygienrutiner och mer. Våren 2025 så gick vi i teamet in i projektet kring Senior Alert. Där utbildning utav 2 Senior Alert ombud genomfördes. Under hösten 2025 har även Södra hemtjänsten utbildat 2 BPSD administratörer, fortsättnings halvdag kommer ske under våren 2026.

Vi har även ett löpande årshjul för utbildningar där bland annat webbutbildning för att jobba säkert med läkemedel ingår och basala hygienrutiner, dessa ska göras minst en gång om året. Vi har även samtal om basala hygienrutiner och tar dessa under APT minst två gånger om året.”

Externa avvikelser hanteras i avvikelssystemet i LifeCare och skickas via MAS. Under året har 51 (46) externa avvikelser skrivits i syfte att återkoppla områden som systematiskt kan behöva förbättras i andra verksamheter. Svar efterfrågas för att kunna återkoppla och låta det bli lärande i våra respektive verksamheter, svarsfrekvensen har förbättrats och vi får nu svar i hög grad. Önskan om gemensamt avvikelssystem mellan kommuner och region har framförts och utredning pågår sedan något år. Merparten av avvikelserna är ställda till Blekingesjukhuset. Merparten av avvikelserna gäller bristande följsamhet till Blekingerutiner för in och utskrivning vilket försvårar en snabb, trygg och patientsäker hemtagning. Sammanställning görs kommungemensamt och skickas till Regionen för deras kännedom.

Totalt 12 avvikelser har skickats till Hjälpmedelscenter (HMC) gällande medicintekniska produkter under 2025. Inga personskador har inträffat, dock har sammanlagt sex händelser bedömts kunnat medföra risk för personskada, varav ett ärende har rapporterats till Läkemedelsverket för vidare utredning av produkten. Nedan visas berörda hjälpmedelskategorier för inskickade avvikelser:



Klagomål och synpunkter

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

Här följer en beskrivning över antal inkomna klagomål och synpunkter som kommit till verksamheten, dessa sammanställs och analyseras i korthet nedan.

Avsändare	Inkomna klagomål och synpunkter, antal, typ, ev. åtgärder som vidtagits.
Patientnämnden	Inga inkomna klagomål
IVO	Inga klagomål har inkommit via IVO.
Klagomålshanteringen	2 (0 året före)
Externa avvikelser från andra vårdgivare	14 (2024 Okänt p.g.a. felinställning i nya avvikelssystemet som nu är åtgärdat. 18 avvikelser inkom under 2023.)

Figur 9. Sammanställning över inkomna klagomål och synpunkter.

Klagomål och synpunkter utreds enligt samma flöde som risker och avvikelser av den chef som är ansvarig för berörd enhet eller verksamhet. Dessa kan tas emot via telefon, brev eller mail. MAS kan också få kännedom om klagomål och synpunkter via kommunens allmänna klagomålshantering som diarieförts via nämndsekreteraren.

Klagomål och synpunkter som kommer via Patientnämnden eller IVO registreras i diariet.

Externa avvikelser kommer in via MAS och utreds av respektive enhet på samma sätt som de interna.

Klagomål och synpunkter är viktiga för verksamheten då det involverar patienter och närstående och är till hjälp i det systematiska förbättringsarbetet.

Sedan början av 2024 hanteras alla avvikelser i vårt journalsystem LifeCare. Detta har gett oss en modernare och mer övergriplig processtyrd hantering. Hanteringen av avvikelser behöver fortsatt förbättras ute i verksamheterna då vi i skrivande stund har 571 ej hanterade avvikelser vilket svårgör systematisk analys och arbete med avvikelser i ett makroperspektiv. Det finns också risker att allvarliga händelsers utredningar fördröjs eller ej går att utreda då tiden är en viktig framgångsfaktor.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

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



Kommer förvaltningen att arbeta patientsäkert i framtiden

En verksamhet med hög framtida patientsäkert kan skapas genom att:

- Säkerställa en god personalförsörjning genom att bedriva ett systematiskt arbetsmiljöarbete och vara en attraktiv arbetsgivare.
- Säkerställa en hög kompetens och god framförhållning i sin kompetensförsörjning genom omvärldsbevakning, strukturerad introduktion och individuell kompetensutvecklingsplan.
- Säkerställa kvalitetsutveckling i verksamheten genom ett övergripande systematiskt kvalitetsarbete i tvärprofessionella team där patient och närstående deltar.
- Säkerställa en god IT-miljö och välfärdsteknik för att effektivisera verksamheten.
- Säkerställa att verksamheterna arbetar mot tydliga mål för att tydliggöra prioriterade områden.
- Säkerställa en hög patientsäkerhet genom att göra det till en högt prioriterad förvaltningsövergripande fråga som är del av verksamheters verksamhetsplaner.
- Arbeta med konceptet ” rätt använd kompetens”

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Utifrån analys av året som gått – reflektera över kommande utmaningar. Ange mål, strategier, planerade åtgärder och aktiviteter samt vilken egenkontroll som behövs inom respektive fokusområden för att nå en säkrare vård.

Fokusområde	Mål och åtgärder
Palliativ vård	Analysera och öka följsamheten till palliation, vård i livets slutskede där vi ser en trend av för låg följsamhet gällande symtomskattning och smärtskattning.
Förebyggande arbete Senior alert	Fortsatt arbete mot ett proaktivt och förebyggande arbetssätt med fokus på att förbättra resultaten i de kvalitetsregister vi är del av, Senior alert, Palliativregistret och BPSD. Utöka insatser med förebyggande uppsökande verksamhet i ordinära boenden. Öka insatser vid detekterad risk i särskilt boende.
Basal hygien och klädrutiner	Fortsatta insatser krävs och ett aktivt analyserande av kommande mätningar.
Munhälsa	Friska äldre har idag en bättre munhälsa än någonsin men då den äldre blir skörare och går mot ett ökat omsorgsbehov är munhälsan särskilt utsatt. Resultaten från munhälsobedömningarna år 2025 visar på bättring men kommer även fortsatt följas noga och vårt ansvar för brukares munhälsa behöver lyftas kontinuerligt. Jag ser gärna en återkoppling på föreslagna åtgärder i munhälsorapporten.
Kompetensförsörjning	Vi kan förvänta oss att mer avancerad sjukvård kommer att utföras i hemmet framöver vilket ställer ökade krav på bemanning av legitimerad personal för att kunna erbjuda en god och säker vård. Det behövs tillräckligt med legitimerad personal med adekvat kompetens och en hållbar plan för kompetensförsörjning.
Risk- och avvikelshantering	Skapa en god säkerhetskultur och utveckla det systematiska kvalitetsarbetet kring risk- och avvikelshantering. Förflytta fokus till riskhanteringen för att utveckla det proaktiva arbetet. Arbetet med risker ska vara en självklar och integrerad del av allt vi gör. Vi ska arbeta aktivt med kända risker men även med risker som kan uppstå. Uppföljning är ett förbättringsområde. Bättre bevakning av nyinkomna avvikelser för att inte riskera att allvarliga händelser blir ohanterade.
Spårbarhet av medicintekniska produkter, säker hantering	Det här är ett område där vi behöver tillsätta arbetsgrupp för att hitta en väg framåt då vi enligt lag behöver uppfylla möjligheten till spårbarhet. Det kan krävas insatser som belastar budget. MAR föreslås vara sammankallande.

Figur 10. Sammanställning över fokusområden för kommande år med mål och åtgärder.



Vård- och omsorgsnämnden

VON § Dnr 2026/19

Kvalitetsberättelse 2025

FÖRSLAG TILL BESLUT

Vård- och omsorgsnämnden godkänner redovisningen.

Ärendet i korthet

Svenja Andersén, kvalitetsutvecklare, redovisar kvalitetsberättelse 2025.

Bakgrund

Enligt SOSFS 2011:9 7 kap. 1 § bör vårdgivare som omfattas av 1 kap. 1 § 1 och 2 eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS med dokumentationen som utgångspunkt varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse av vilken det bör framgå:

- Hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under föregående kalenderår.
- Vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet.
- Vilka resultat som har uppnåtts.

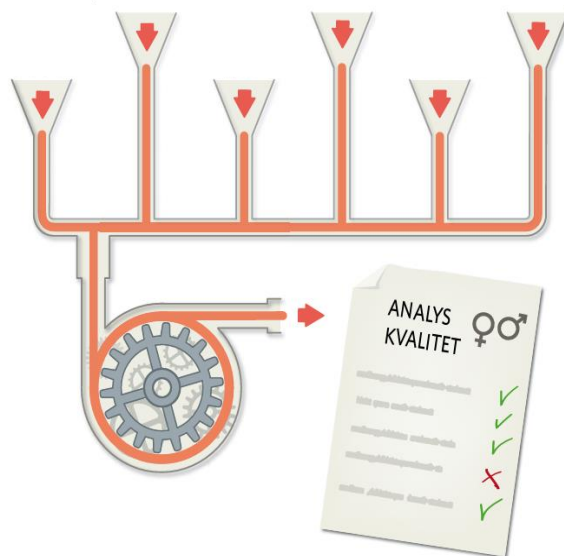
Berättelsen bör ha en sådan detaljeringsgrad att:

- Det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar.
- Informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Beslutsunderlag

Kvalitetsberättelse 2025, Svenja Andersén, kvalitetsutvecklare, 2025-02-13

Kvalitetsberättelse 2025



Innehåll

1. Inledning.....	3
Syfte	3
Bakgrund.....	3
2. Vad är kvalitet?	3
3. Ansvar och roller i kvalitetsarbetet.....	4
Roller inom kvalitetsarbetet	4
4. Systematiskt kvalitetsarbete.....	5
Riskanalyser.....	7
Egenkontroller och förbättrande åtgärder.....	7
Avvikelsehantering och analys	8
5. Omställning till den nya socialtjänstlagen	14
6. Sölvesborgs vision, strategiska områden och nämndens mål	15
7. Resultat från uppföljningar och mätningar	17
8. Kvalitetspriset	17
9. Slutsatser och prioriteringar inför nästa år.....	18
Referenser	20

1. Inledning

Syfte

Kvalitetsberättelsen ger en samlad bild av hur Vård- och omsorgsförvaltningen har arbetat med att utveckla och säkra kvaliteten i verksamheterna under året som gått. Den visar vilket fokus förvaltningen har haft i kvalitetsarbetet under det senaste året och vilka områden förvaltningen har identifierat som prioriterade områden för kommande år. Vård- och omsorgsförvaltningen ansvarar även för hälso- och sjukvård i kommunen. Detta arbete redovisas separat i en patientsäkerhetsberättelse.

Bakgrund

Insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet, enligt Socialtjänstlagen (SoL). Vård- och omsorgsförvaltningen ansvarar för att det finns ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet som anger grundprinciper för ledning och styrning av verksamheten, dvs. det överenskomna arbetssättet för hur verksamheten ska arbeta baserat på gällande författningar och nämndens mål. Förvaltningen ansvarar också för det systematiska förbättringsarbete för att utveckla och förbättra verksamheten som består av riskanalyser, egenkontroller och avvikelshantering.

I ledningssystemet ska det finnas en struktur med ett uttalat och tydligt ansvar. Ledningssystemet ska vara ett lättillgängligt stöd i det dagliga arbetet för medarbetarna. Det ska även motivera till att medarbetarna bidrar till att utveckla och förbättra verksamheten.

2. Vad är kvalitet?

Verksamheten inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet. I förarbetena till nya socialtjänstlagen (prop. 2024/25:89) framgår att begreppet är svårfångat och kan inte fastställas på ett entydigt och objektivt sätt. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete definieras kvalitet som

*”...att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter”.
(SOSFS 2011:9)*

Den kan alltså beskrivas som en ram som ska fyllas med det innehåll som finns i lagar och andra föreskrifter samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

Exempel på viktiga förutsättningar för att uppnå god kvalitet som nämns i propositionen är bl a tillgång till personal med lämplig utbildning och kompetens. Personalen behöver ha god kännedom om personens vanor samt omsorgs- och vårdbehov. Respektfullt bemötande är en förutsättning för god kvalitet och likaså att socialtjänsten följer upp sin verksamhet är enligt regeringen en förutsättning för att kunna säkerställa att den är av god kvalitet. Men det innebär också god samverkan med hälso- och sjukvården så att vården och omsorgen om äldre personer i livets slutskede får tillgång till god symtomlindring och möjlighet att påverka var hon eller han ska tillbringa sin sista tid. Kvaliteten kan också stärkas av en god personalkontinuitet som kan bidra till tillit och trygghet för den äldre.

Kvalitet bör också bedömas utifrån flera perspektiv, utöver den enskildes, så som ur ett personal-, lednings- och medborgarperspektiv. Som exempel på faktorer som har stor betydelse för att en verksamhet ska vara av god kvalitet nämns bl a rättssäkerhet, den enskildes medinflytande, lätt tillgänglig, genomtänkt arbetssätt, fungerande arbetsledning och lämplig sammansättning av arbetslag. Tidigare försök att definiera vad som är god kvalitet inom socialtjänsten leder enligt tidigare förarbeten till slutsatsen att kvalitetsutveckling bör fokuseras på alla delar av verksamheten. Det gäller såväl organisationsstrukturen och arbetsprocessen som det resultat man uppnår (prop. 2024/25:89).

3. Ansvar och roller i kvalitetsarbetet

Kvalitetsarbetet sker i en styrkedja, systematiskt och kontinuerligt, med fokus på att planera, följa upp, analysera och utveckla verksamheten för att säkerställa hög kvalitet och uppfylla mål. Detta regleras bland annat i socialtjänstlagen och andra styrdokument. Kommunfullmäktige har beslutat om ett reglemente för nämnden där dess ansvarsområden i sin helhet framgår.

Roller inom kvalitetsarbetet

- **Vård- och omsorgsnämnden** har det övergripande ansvaret för kvalitetsarbetet i hela förvaltningen. Nämnden beslutar om strategier, prioriteringar och resurser, och säkerställer att verksamheten bedrivs enligt gällande författningar och de mål och riktlinjer som kommunfullmäktige fastställt. Nämnden har också ansvar för att följa upp att detta görs. Uppföljning sker genom verksamhetens egenkontroller (SOSFS 2011:9) och genom intern kontroll (6 kap, 6 § KL).
- **Förvaltningschefen** leder och samordnar kvalitetsarbetet på förvaltningsnivå och ansvarar för att integrera kvalitetsarbetet i styrning, budget och uppföljning.

- **Verksamhetschefen ansvarar för att** skapa förutsättningar för ett systematiskt kvalitetsarbete, bryter ner förvaltningens mål till verksamhetsnivå och ansvarar för planering och uppföljning av verksamhetens kvalitet inom sitt område tillsammans med verksamhetsområdets enhetschefer. Verksamhetschefen redovisar regelbundet kvalitetsuppföljningar för nämnden.
- **Enhetschefen** ansvarar för det systematiska kvalitetsarbetet på enhetsnivå och leder det lokala arbetet med planering, uppföljning, analys och utveckling, i samarbete och dialog med personalen.
- **Kvalitetsutvecklare** arbetar stödjande och övergripande på alla nivåer inom förvaltningen och har en central strategisk och operativ roll som driver och samordnar det systematiska kvalitetsarbetet på ett sammanhållande plan. Arbetet inkluderar riskanalyser, processkartläggning, internkontroll, uppföljning av nyckeltal, avvikelshantering och förbättringsprojekt.
- **Medarbetare** är enligt föreskrift (SOSFS 2011:9) skyldiga att delta i verksamhetens kvalitetsarbete. Av lagstiftningen framgår det att var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänsten ska medverka till att den verksamhet som bedrivs och de insatser som genomförs är av god kvalitet (5 kap 1 § SoL). Detta görs genom att följa gällande rutiner, bidra med input, uppmärksamma brister och förbättringsområden, ta initiativ till ständiga förbättringar och bidra till att åtgärda fel och brister i verksamheten.

4. Systematiskt kvalitetsarbete

Socialnämnden ska enligt lag (5 kap 2 § SoL) systematiskt och fortlöpande följa upp, utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten.

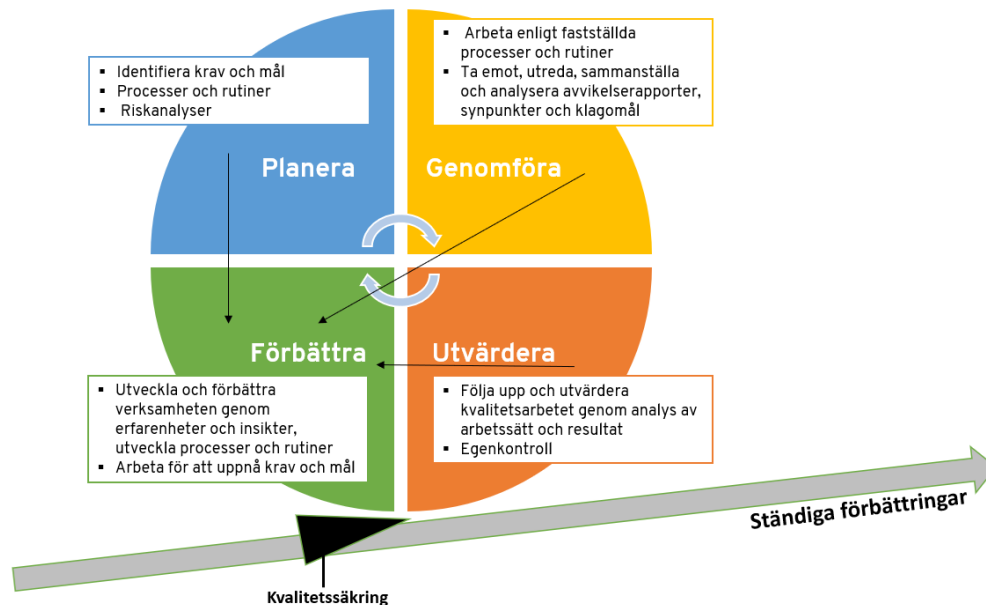
Systematiskt kvalitetsarbete inom vård och omsorg är en kontinuerlig process för ständiga förbättringar som bygger på att planera, genomföra, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten för att uppfylla lagkrav och säkerställa god och säker vård och omsorg. Uppföljning är också en förutsättning för att få underlag till kunskaps- och verksamhetsutveckling.

Ledningssystemet

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete att den som bedriver socialtjänst, med stöd av ett ledningssystem, bl.a. ska kontrollera, följa upp och utvärdera verksamheten. Ledningssystemet är således ett verktyg för att stödja verksamheten i att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Att identifiera processer och att säkerställa

att verksamheten uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten är ett ständigt pågående arbete.

Ledningssystemet som ett förbättringshjul:



Förvaltningens kvalitetsgrupp

Förvaltningens kvalitetsgrupp samordnas av kvalitetsutvecklare och är också ett verktyg för att arbeta systematiskt inom alla verksamhetsområden. Gruppen består av representanter genom hela vård- och omsorgsförvaltningen. Medverkande är en enhetschef för ordinärt boende, en enhetschef för särskilt boende, en enhetschef för rehab/HSL, enhetschefen för myndighetsenheten samt förvaltningens äldresamordnare och medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS). Gruppen träffas regelbundet var 6:e vecka för att utveckla och följa upp rutiner och processer och i och med det identifiera utvecklingsbehov. Gruppens representanter återkopplar inom sina respektive verksamhetsområden.

Kvartalsvisa kvalitetsuppföljningar

Kvartalsvisa kvalitetsuppföljningar görs av kvalitetsutvecklare tillsammans med verksamhetschef och enhetschefer för ordinärt boende respektive särskilt boende. Detta görs i syfte att skapa rum för dialog och kollegialt lärande kring de pågående aktiviteter kopplade till verksamheternas måluppfyllelse av nämndmål samt det systematiska kvalitetsarbetet avseende riskanalyser, egenkontroller och avvikelseanalys.

Risکانالyser

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9, 5 kap 1 §) ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet.

Risکانالyser görs alltså i syfte att förebygga för att undvika eller minimera risken för eventuella avvikelser. Riskanalys kan även behöva göras innan förändringar av en verksamhet, innan nya arbetssätt eller metoder börjar tillämpas eller i samband förändringar av personalens sammansättning.

I förvaltningen finns en bruttorisکانalista som uppdateras löpande minst en gång per år i samband med framtagandet av interna kontrollplanen. Riskerna som identifierats riskbedöms enligt en matris. Utöver denna, mer övergripande risklistan, syftar även de kvartalsvisa kvalitetsuppföljningar per verksamhetsområde till att löpande identifiera risker genom analys och dialog. Dessa kontrolleras sedan genom egenkontroller.

En del risker identifieras även genom avvikelshantering.

Egenkontroller och förbättrande åtgärder

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9, 5 kap 2 §) utöva egenkontroll. Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att kunna säkra verksamhetens kvalitet.

Egenkontroll inom verksamhetsområdet ordinärt boende:

- *Brukare är delaktiga i upprättandet av den egna genomförandeplanen*

Resultat: Sammantaget resultat är att majoriteten av alla brukare har varit delaktiga i upprättandet av sin genomförandeplan. Det finns dock enhetsspecifika skillnader i utfallet som enhetscheferna arbetar aktivt med att åtgärda.

Åtgärder: Beroende på vilka brister som identifierades har enhetscheferna arbetat med samtal med enskilda medarbetare och information på APT.

Egenkontroll inom myndighetsenheten:

- *Att säkerställa rättssäkerhet, likabehandling och korrekt myndighetsutövning samt att besluten är tillräckligt utredda, korrekt motiverade och dokumenterade*

Resultat: Genomförd egenkontroll visar att myndighetsutövningen bedrivs rättssäkert och i enlighet med gällande lagstiftning samt interna riktlinjer. Beslut är tillräckligt utredda, korrekt motiverade och dokumenterade. Likabehandlingsprincipen bedöms vara uppfylld. Vissa förbättringsområden har identifierats avseende enhetlighet gällande dokumentation.

Åtgärder: Förtydliga och uppdatera interna rutiner och mallar. Life Care manualer för internt bruk ska tas fram.

Egenkontroll inom verksamhetsområdet särskilt boende:

- *Att läkemedelsgivning fungerar enligt ordination av legitimerad personal*

Resultat: Sammantaget resultat är att läkemedelsgivning fungerar bra, även om det förekommer avvikelser. Avvikelserna handlar oftast om glömda doser, vilket grundar sig i vissa bemanningsutmaningar då alla medarbetare inte har delegering eller osäkerhet kring digital signering av HSL insatser.

Förbättringsåtgärder: Tätare samarbete med sjuksköterska, avvikelser följs upp och diskuteras på Team-träffarna, bemanningen har anpassats så bra som möjligt för att tillgodose behovet, IT samordnare har besökt ledningsträff.

- *Inventering och uppföljning av förekomsten av skyddsåtgärder som beslutats av teamet*

Resultat: Sammantaget resultat är att alla enheter systematiskt följa upp och riskbedömer behovet av skyddsåtgärder i Team-träffarna. En lex Sarah rapport om en otillåten begränsningsåtgärd (uppdragna sänggrindar) har rapporterats och utredds.

Förbättringsåtgärder: Fortlöpande information, uppföljning och riskbedömningar på Team-träffarna. Återkoppling efter lex Sarah utredningen.

Avvikelsehantering och analys

En viktig del i det systematiska kvalitetsarbetet syftar till att upptäcka, förebygga och åtgärda kvalitetsbrister. Utöver riskanalyser och egenkontroller är därför också avvikelsehanteringen en central del i att utveckla och förbättra verksamhetens kvalitet.

Avvikelser är ett samlingsbegrepp för klagomål, synpunkter och händelser som har lett till eller riskerat att leda till fel eller brister inom verksamheten inklusive lex Sarah.

Avvikelser kan rapporteras av flera olika, t ex brukare, närstående och personal. Rapporter inkomna från andra än den egna organisationen hanteras som klagomål och synpunkter.

För medarbetare gäller även rapporteringsskyldighet enligt lex Sarah-bestämmelserna för missförhållande eller risk för missförhållande. Internt rapporteras "annan avvikelse" eller "SoL avvikelse" som synpunkter från medarbetare.

Utöver det rapporteras och hanteras även avvikelser utifrån bestämmelserna inom Hälso- och sjukvårdslagen. Dessa redovisas separat som en del i patientsäkerhetsberättelsen.

Interna avvikelser

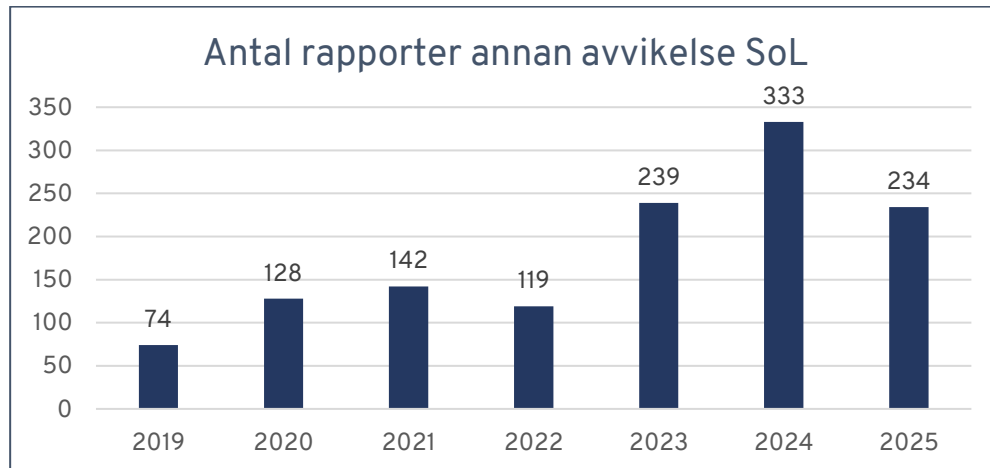
Totalt har 246 avvikelser rapporterats i förvaltningen, varav 12 lex Sarahrapporter.

Fördelning enligt nedan:

Verksamhet	Annan SoL avvikelse	Lex Sarah	Varav anmälda till IVO
Ordinärt boende	146	4	
Centrala	23	2	-
Norra	41	2	-
Södra	21	-	-
Lister	35	-	-
Nordrikt	26	-	-
Särskilt boende	75	8	
Gerbogården	21	3	-
Solgården	13	1	-
Slottsgården	21	1	-
Utsikten korttids	20	3	-
Myndighetsenheten	13	-	-

Översikt alla

Trendutveckling:



Översikt trendutveckling - antal rapporter SoL avvikelser

Analys av trender och mönster avseende rapportering av annan avvikelse

Analys av avvikelser sker, förutom årsvis i denna rapport, även kvartalsvis genom kvalitetsutvecklarens kvalitetsuppföljningar i ledningsgruppen för särskilt boende respektive ordinärt boende.

Sett till antalet inkomna rapporter har det skett en minskning jämfört med förra året. En förklaring till detta kan vara att det under 2025 har arbetats aktivt med att reducera antal rapporter som är felaktiga. Felaktiga rapporter är t ex fallavvikelser som ska rapporteras enligt HSL men som har rapporterats enligt SoL. Likaså förekommer det att arbetsskador rapporterats enligt SoL i verksamhetssystemet Lifecare istället för i Stella, som är systemet där medarbetare ska rapportera tillbud och arbetsskador. Vissa händelser kan också ha rapporterats dubbelt och finns således med i både statistiken över antalet rapporterade SoL- och HSL avvikelser.

Alla rapporter avser inte heller konkreta händelser utan vissa indikerar och uppmärksammar en möjlig risk för att något skulle kunna hända som avviker från gällande processer och rutiner. Informationen i dessa rapporter är viktig för verksamheterna och tas omhand men i dagsläge finns inget mer konkret och systematiskt sätt att urskilja rapporterade risker ifrån faktiska avvikelser.

Detta är kända orsaker till felmarginaler i statistiken och som inte går att undvika helt. Därför ska antalet rapporterade avvikelser ses mer som en fingervisning eller en trend.

Arbetet med att åtgärda felrapporterade avvikelser har inte bedrivits lika aktivt under år 2024 vilket kan förklara det högre antalet. Arbetet med att leda avvikelserrapporteringen rätt kräver manuell handpåläggning. Det sker på alla nivåer i verksamheten och förväntas bli mer träffsäker och exakt framöver.

Analys av avvikelsetyper

När medarbetare rapporterar avvikelser anger de även en avvikelsetyp som finns valbar i en rullista i rapporteringsformuläret. Identifiering av avvikelsetypen gör det möjligt för verksamheten att se och förstå mönster på ett övergripande plan, vilket i sin tur kan leda till effektivare åtgärder på organisatorisk nivå. Det finns stödmaterial för att kunna bedöma avvikelsetypen på ett så enhetligt sätt som möjligt men ytterst är det en subjektiv bedömning vilket gör att det finns vissa felmarginaler även här. Enhetschefen har vid utredningstillfället möjlighet att ändra avvikelsetypen vilket bidrar till ökat riktighet.

Avvikelsetyp	Antal särskilt boende	Antal ordinärt boende	Antal myndighets-enheten
Allmän omvårdnad	23	21	
Bemötande	5	6	
Dokumentation	3	6	3
Ekonomisk avvikelse		2	
Fysisk miljö	4	3	
Fysiska övergrepp	9		
Information	3	8	2
Psykiska övergrepp	3		
Rutiner eller riktlinjer	5	8	
Rättsäkerhet, handläggning	1	5	8
Sexuella övergrepp	1		
Tillsyn	4		
Trygghetslarm	2	15	
Utebliven insats pga verksamheten	1	30	
Utförande av insats - delvis eller felaktigt	6	41	
Utrustning och teknik	3	3	

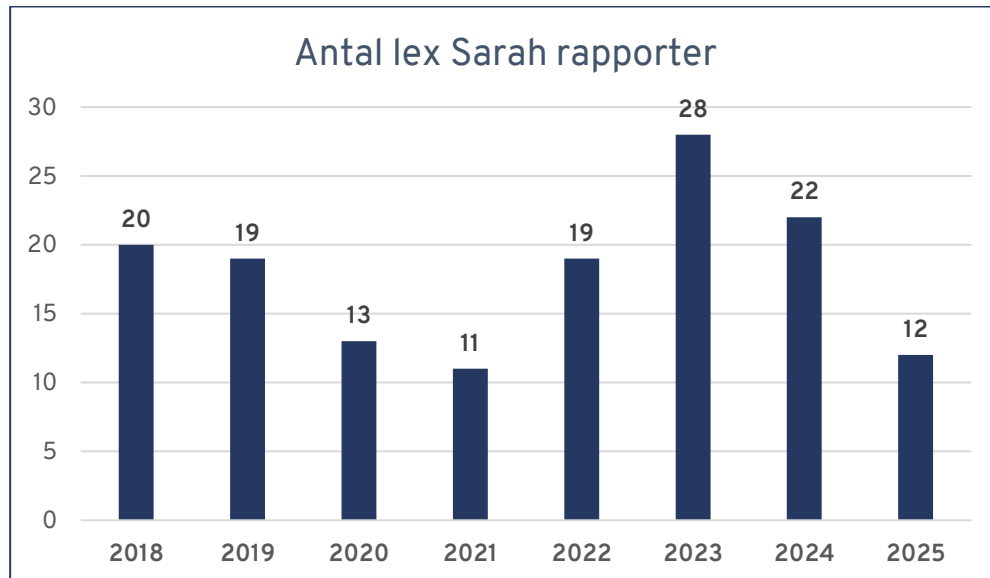
Översikt avvikelsetyper och antal

Analysen av antal rapporterade avvikelser per avvikelsetyp visar att majoriteten av rapporterna inom särskilt boende handlar om brister och synpunkter kring utförandet av den allmänna omvårdnaden, vilket i sig är ett brett område utan närmare specifikation inom de särskilda boendena. Inga signifikanta generella mönster har kunnat identifieras.

Inom verksamhetsområdet ordinärt boende avser nästan hälften av alla avvikelser utförandet av insatser som antingen inte utförts alls orsakat av verksamheten eller utförts bristfälligt eller felaktigt. Tillsammans med antal avvikelser som avser allmän omvårdnad kan det anses vara ett tydligt mönster som verksamheten behöver analysera vidare för att kunna åtgärda på ett effektivt sätt.

Lex Sarah

Även här bör antalet rapporter ses som en trend snarare än ett facit. Av tolv inrapporterade händelser 2025 har sju händelser klassats som ett missförhållande efter utredning och 1 händelse har klassats som påtaglig risk för ett missförhållande.



Översikt trendutveckling - antal rapporter lex Sarah

Analys av trender och mönster avseende rapportering av annan avvikelser

Inom särskilt boende har sju händelser rapporterats och fem händelser inom ordinärt boende. Majoriteten av rapporterna inom ordinärt boende handlar om misstänkt stöld av antingen pengar/smycken eller narkotikaklassade läkemedel. Även inom särskilt boende har två fall förekommit.

Verksamheten har under året arbetat med löpande åtgärder. Det har införts utdrag ur belastningsregistret vid nyanställning som ett led i det brottsförebyggande arbete. De låsen till rum där läkemedel förvaras som inte var digitala har också bytts ut till digitala lås som är loggbara genom personliga inlogg.

Utöver det har också ett större brottsförebyggande samarbete med bl a polisen initierat som kommer utvecklas mer konkret under år 2026.

Från och med 2026 kommer avvikelser kopplade till medicinsvinn i första hand rapporteras och utredas inom HSL i syfte att bättre kunna följa upp och se mönster av de händelser som inträffar och de åtgärder som verksamheten vidtar.

Synpunkts- och klagomålshantering

Till skillnad från internt rapporterade avvikelser, som annan avvikelse och lex Sarah, kan synpunkter och klagomål även lämnas av personer som inte är anställda inom den egna verksamheten.

Synpunkter och klagomål kan lämnas av

1. vård- och omsorgstagare och deras närstående,
2. personal,
3. vårdgivare,
4. andra som bedriver socialtjänst
5. myndigheter, och
6. föreningar, andra organisationer och intressenter

Synpunkter och klagomål är en viktig del i det systematiska kvalitets- och förbättringsarbete och besvaras och utreds av cheferna i syfte att utveckla verksamheten.

En person som är missnöjd med ett beslut som kommunen har fattat har rätt att överklaga beslutet. Det finns också möjlighet för personer utanför den egna verksamheten som upplever allvarliga brister eller missförhållanden att anmäla det till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). IVO kan lämna över till förvaltningen att utreda, men också besluta om tillsyn om de finner skäl för det.

Fördelning och analys av inkomna synpunkter och klagomål

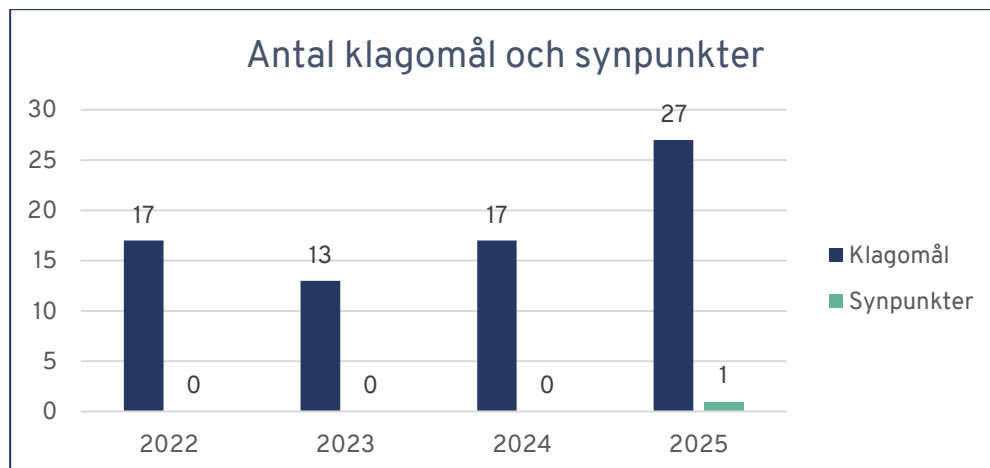
Under 2025 har totalt 27 klagomål samt 1 synpunkt inkommit.

Fördelning per verksamhetsområde enligt nedan:

Verksamhet	Klagomål	Synpunkt
Ordinärt boende	6	-
Särskilt boende (inkl 2 på Timansstenar)	18	1
Övrigt (kostnheten)	3	-

Översikt alla

Fördelning per år enligt nedan:



Översikt trenden över antal klagomål och synpunkter

Analys av inkomna klagomål och synpunkter visar att flertalet handlar om upplevelsen av bristande omvårdnad samt en allmän oro över neddragningar av personal inom verksamheten särskilt boende. Klagomålen ha hanterats och besvarats av ansvariga chefer enligt gällande rutiner. I övrigt kan inga generella mönster identifieras för de synpunkter och klagomål som inkommit.

5. Omställning till den nya socialtjänstlagen

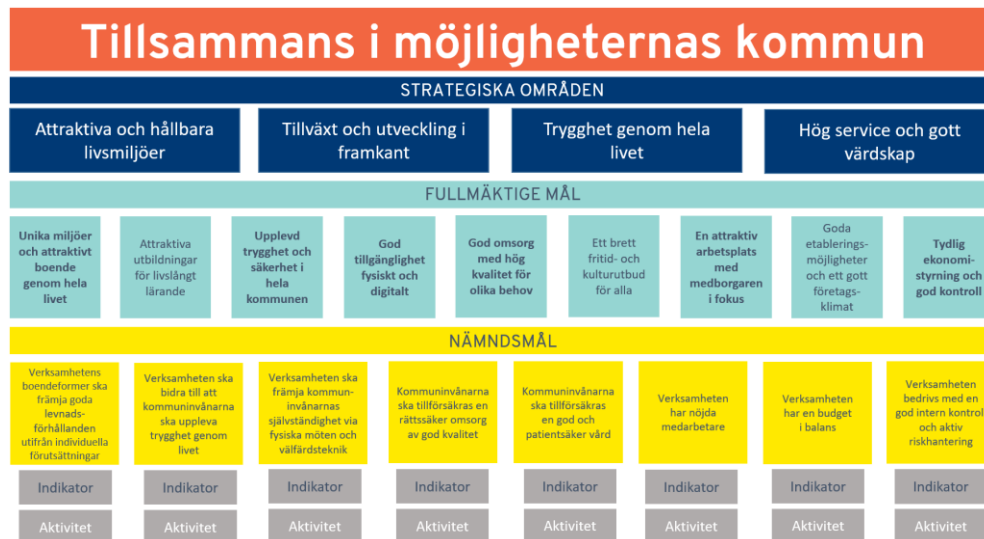
Den 1 juli 2025 trädde den nya socialtjänstlagen i kraft. Socialtjänstlagen (2025:400) föreskriver att verksamheten ska bygga på respekt för enskildas självbestämmanderätt och integritet, bedrivs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet, samt arbeta förebyggande och vara lätt tillgänglig. Fokuset ska också ligga på jämställdhet och inte enbart på jämlikhet.

Vård- och omsorgsnämnden har infört insatser utan behovsprövning (IUB) som ett första konkreta steg i omställningen till de nya kraven och möjligheterna. Arbetet med omställningen är omfattande och kommer pågå under ett antal år.

För att underlätta omställningen kommer Sölvesborgs kommun att delta i SKR's lärprocess som innebär ett strukturerat erfarenhetsutbyte med andra kommuner där träffar sker i olika lärgrupper. Stöd i arbetet finns både från regionalt och nationellt håll i syfte att vägleda kommunerna i det lokala förändringsarbetet. På lokal nivå sker utvecklingen och samverkan tillsammans med politiker och tjänstemän, både inom den egna förvaltningen men också kommunövergripande.

6. Sölvesborgs vision, strategiska områden och nämndens mål

Sedan 2022 har Sölvesborgs kommun en vision: "Sölvesborg – tillsammans i möjligheternas kommun". Visionen ska vara en röd tråd i kommunens arbete och pekar ut riktningen som kommunen ska utvecklas i.



För att konkretisera visionen finns det fyra strategiska områden som är i fokus de närmaste åren:

- Attraktiva och hållbara livsmiljöer
- Tillväxt och utveckling i framkant
- Trygghet genom hela livet
- Hög service och gott värdskap.

Utifrån de strategiska områdena har kommunfullmäktige beslutat om nio mål som hela kommunens organisation ska arbeta med. Varje nämnd har formulerat nämndmål som används som verktyg för att nå fullmäktigemålen.

Vård- och omsorgsnämndens mål under 2025 har varit:

- Verksamhetens boendeformer ska främja goda levnadsförhållanden utifrån individuella förutsättningar
- Verksamheten ska bidra till att kommuninvånarna ska uppleva trygghet genom livet
- Verksamheten ska främja kommuninvånarnas självständighet via fysiska möten och välfärdsteknik
- Kommuninvånarna ska tillförsäkras en rättssäker omsorg av god kvalitet.
- Kommuninvånarna ska tillförsäkras en god och patientsäker vård.
- Verksamheten har nöjda medarbetare
- Verksamheten har en budget i balans

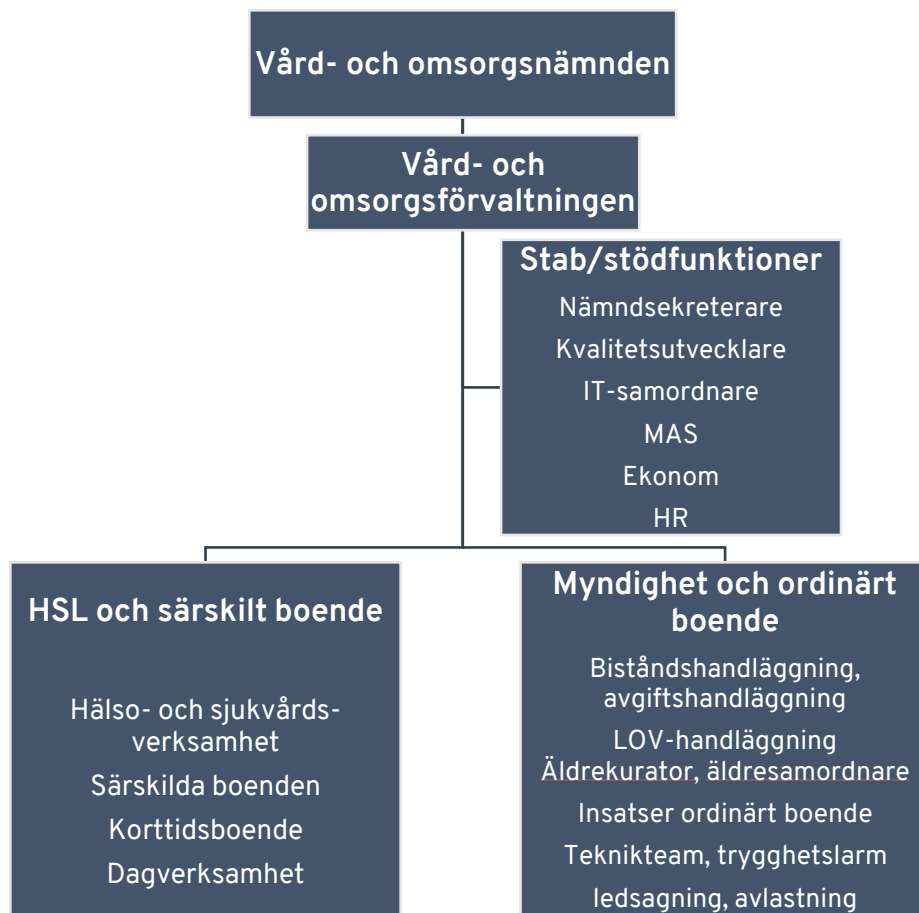
- Verksamheten bedrivs med en god intern kontroll och aktiv riskhantering

Till varje mål finns indikatorer knutna för att kunna bedöma måloppluppfyllnaden. Årsredovisning av samtliga nämndmål och huruvida dessa har uppnåtts görs i sin helhet i bokslutet.

Till målen finns också aktiviteter på enhetsnivå i syfte att styra det dagliga arbetet i riktning mot målen. Dessa följs upp av verksamhetschef tillsammans med enhetschef och sammanfattas i årliga verksamhetsberättelser som är en del av underlaget för förvaltningens årsredovisning.

Vård- och omsorgsförvaltningens organisation

Vård- och omsorgsförvaltningen har under 2025 genomgått en organisationsförändring. Den nya organisationen bygger på två verksamhetsområden istället för tidigare tre områden.



7. Resultat från uppföljningar och mätningar

Vård- och omsorgsförvaltningen deltar varje år i Socialstyrelsens brukarundersökning "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?" som är en återkommande enkätundersökning av äldre personers uppfattning om hemtjänsten och särskilda boenden. Enkäten skickas ut under våren till personer med pågående insatser 65 år och äldre. Resultatet redovisas på hösten.

Ett syfte med enkätundersökningen är att äldre personer ska få möjlighet att ge synpunkter på hur de uppfattar äldreomsorgen. Ett annat syfte är att ansvariga i kommuner och i verksamheter ska få ett underlag som kan användas för att utveckla äldreomsorgen utifrån de äldre personernas perspektiv.

Resultatet för verksamhetsområdet ordinärt boende år 2025 visar marginella försämringar jämfört med förra året. I Sölvesborg svarade 155 personer, vilket är 53,8 % av de tillfrågade (rikssnittet 56,3 %). Detta har redovisats i sin helhet för vård- och omsorgsnämnden och sammanställning av resultatet bifogas även denna rapport som bilaga.

Resultatet för verksamhetsområdet särskilt boende år 2025 är inte jämförbart med året innan. Svarsfrekvensen för verksamhetsområdet särskilt boende var mycket låg i år. Sammantaget, inkl Timansstenar, svarade 52 personer i Sölvesborg, vilket är 39,7 % av de tillfrågade (rikssnittet 43,7 %). Resultat grundar sig i svar av enbart två av sex enheter vilket gör det svårt att analysera orsaken till utfallet och dra relevanta slutsatser i jämförelse med förra året. Även detta har redovisats i sin helhet för vård- och omsorgsnämnden och sammanställning av resultatet bifogas som bilaga.

Under 2026 kommer förvaltningen att arbeta ännu mera aktivt med att öka deltagandet på enkäten men även hitta nya, mer kvalitativa former för att kartlägga brukarnas behov i enlighet med kraven i den nya socialtjänstlagen.

8. Kvalitetspriset

Sedan 2020 har vård- och omsorgsnämnden årligen delat ut ett kvalitetspris till en verksamhet för att uppmärksamma, uppmuntra och belöna kvalitetsutveckling och goda exempel inom vård- och omsorgsarbetet i förvaltningen.

Från och med 2024 ändrades kriterierna och urvalskriterierna kopplades direkt till nämndens abete med budget, mål och indikatorer.

Enligt de nya kriterierna ska den verksamhet som genom sitt arbete och sina aktiviteter kopplade till nämndens mål och mätbara indikatorer har

förbättrat sina resultat bäst och når högsta resultat eller uppnår störst förbättring av resultat tilldelas årets kvalitetspris.

Under 2025 delades det ut kvalitetspriset för 2024 års arbete.

Förvaltningen har i analysen av 2024 års måluppfyllelse inte kunnat se att en enskild enhet uppfyller kriterierna jämfört med andra enheter inom förvaltningen. Dock ville förvaltningen lyfta det arbetet som hemgångsteamet har gjort under 2024.

Hemgångsteamet består av två biståndshandläggare, en arbetsterapeut och en sjuksköterska som arbetar multiprofessionellt med hemtagning av brukare/patienter som varit inlagda på sjukhus. Detta tvärprofessionella arbetssätt sticker ut mycket positivt i kommunen och även i jämförelse med Blekingekommunerna avseende antal dagar för hemtagning från regionen till kommunen. I genomsnitt skedde hemtagningen 2024 på 0,88 dagar av tillåtna 3 dagar.

För att lyfta ett välfungerande samarbete och arbetssätt delades kvalitetspriset för 2024 ut till hemgångsteamet.

Kvalitetspriset för 2025 kommer att delas ut under mars 2026.

9. Slutsatser och prioriteringar inför nästa år

Även om kvalitetsarbetet i sig också alltid kan utvecklas och förbättras så kan det konstateras att det systematiska kvalitetsarbetet under 2025 har varit en del i det vardagliga arbetet och de avvikelser och risker som uppmärksammats har hanterats enligt gällande rutiner samt att den digitala plattformen för ledningssystemet har genomgått större uppdateringar för att öka tillgängligheten och bli mer ändamålsenligt

Utöver de åtgärder som direkt är kopplade till avvikelseanalys och som har nämnts i samband med detta har även ett antal olika arbeten bedrivits under året varav en del kommer att fortsätta under kommande år:

- Fortsatt arbete med att införa fast omsorgskontakt inom ordinärt boende samt bemanningsekonomiarbetet, vilket innebär förbättrad schemaplanering kopplat till uppdraget som fast omsorgskontakt.
- Introduktionsplanen för nya medarbetare samt elever/praktikanter ska förbättras.
- Fortsatt arbete med att förbättra kontinuiteten för brukarna.
- Fortsatt arbete med social dokumentation och genomförandeplaner och brukarnas delaktighet i dessa.

- Hitta former för att ta tillvara specialistkompetenser hos våra medarbetare, t ex specialistundersköterskor inom psykiatri eller demens.
- Utökat införande av Senior Alert på alla enheter inom ordinärt boende efter att enheten södra innerstan har varit pilot i detta arbete under 2025.
- "Projekt Solgården" där personal, chefer och bemanningsenheten tillsammans med HR har arbetat med olika fokusområden kommer att fortsätta under våren 2026. Detta arbete syftade bland annat till mer hållbara schema, bättre kommunikation, ökad samverkan, stärka medarbetarskap, ökad frisknärvaro och trivsel samt bättre och mer strukturerade aktiviteter till brukarna. Arbetet innebär en ökad kvalitet i vardagen både för brukare, närstående och personal.
- Fördjupa samverkan inom hela vård- och omsorgsförvaltningen genom gemensamma verksamhetsdagar.
- Vidare utveckling och fördjupning av det brottsförebyggande arbete i samverkan med polisen.
- LOV samordnare har utsetts under året i syfte att kontrollera och följa upp verksamheten av det privata särskilda boende Timansstenar (Norlandia AB) enligt 10 kap. 8 § kommunallagen (2017:725). Kontroller kommer att göras kontinuerligt och systematiskt av LOV-samordnare i samarbete med medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och kvalitetsutvecklare.
- Insatser utan behovsprövning inom ordinärt boende (IUB) har införts som ett led i omställningen till den nya socialtjänstlagen. Former för systematisk uppföljning av dessa och andra insatser behöver tas fram.
- Uppsökande förebyggande arbete genom erbjudande av besök av samordningssjuksköterska vid första kontakten med vård- och omsorgsförvaltningen har pågått under året och kommer att fortsätta.

Svenja Andersén
Kvalitetsutvecklare

Referenser

- En förebyggande socialtjänstlag- för ökade rättigheter, skyldigheter och möjligheter - Prop. 2024/25:89
<https://www.regeringen.se/contentassets/679d6aa7333f4f9ba1aa66868154350d/2024-25-89-del-1-fram-baksida.pdf>
- Kommunallag (2017:725). https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/kommunallag-2017725_sfs-2017-725/
- Socialtjänstlag (2025:400).
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2025400_sfs-2025-400/
- Socialstyrelsen. (2012). Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete – Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.
<https://www.socialstyrelsen.se/contentassets/b61d10498664490c88e7bcd2672bf7f9/2012-6-53.pdf>



Vård- och omsorgsnämnden

VON § Dnr 2025/51

Remiss för yttrande avseende motion - införande av kontaktpolitiker inom omsorgen

FÖRSLAG TILL BESLUT

Vård- och omsorgsnämnden föreslår kommunfullmäktige att bifalla motionen.

Ärendet i korthet

Kommunstyrelsen har översänt en remiss för yttrande, gällande motion om införande av kontaktpolitiker inom omsorgen.

Motionen föreslår sammanfattningsvis att ett system med kontaktpolitiker införs inom omsorgen, i syfte att säkerställa nära och lyhörd dialog med omsorgen verksamheter.

Bakgrund

System med utsedda kontaktpolitiker fanns i vård- och omsorgsförvaltningen fram till 2018. Sedan dess inbjuder verksamheterna två gånger per år till verksamhetsbesök/dialog för politiker, där de politiker som så önskar anmäler sig för deltagande. Systemet som fanns fram till 2018 liknade det system som exempelvis används inom barn- och utbildningsnämnden, med utsedda politiker för olika utbildningsprogram.

Beslutsunderlag

Förvaltningschef André Jönssons tjänsteskrivelse 2026-02-04.

VONAU § 2026/10

Motion, Benny Karlsson, SD



Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott

VONAU § 10 Dnr 2025/51

Remiss för yttrande avseende motion - införande av kontaktpolitiker inom omsorgen

Förslag till vård- och omsorgsnämnden

Vård- och omsorgsnämnden föreslår kommunfullmäktige att bifalla motionen.

Mervi Tillaeus-Andersson KD deltar inte i beslutet.

Ärendet i korthet

Kommunstyrelsen har översänt en remiss för yttrande, gällande motion om införande av kontaktpolitiker inom omsorgen.

Motionen föreslår sammanfattningsvis att ett system med kontaktpolitiker införs inom omsorgen, i syfte att säkerställa nära och lyhörd dialog med omsorgen verksamheter.

Bakgrund

System med utsedda kontaktpolitiker fanns i vård- och omsorgsförvaltningen fram till 2018. Sedan dess inbjuder verksamheterna två gånger per år till verksamhetsbesök/dialog för politiker, där de politiker som så önskar anmäler sig för deltagande. Systemet som fanns fram till 2018 liknade det system som exempelvis används inom barn- och utbildningsnämnden, med utsedda politiker för olika utbildningsprogram.

Beslutsunderlag

Förvaltningschef André Jönssons tjänsteskrivelse 2026-02-04.

Motion, Benny Karlsson, SD



Vård- och omsorgsnämnden

Handläggare
André Jönsson,
andre.jonsson@solvesborg.se

Mottagare

Tjänsteskrivelse - Remissyttrande angående motion om införande av kontaktpolitiker inom omsorgen

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden föreslår kommunfullmäktige att bifalla motionen.

Påverkar beslutet barn/ungdomar, direkt eller indirekt?

☐ Ja, se bifogad barnchecklista.

☒ Nej, se förklaring nedan.

Förklaring (vid svar Nej ovan)

Motionen berör verksamhet inom vård- och omsorg av äldre.

Ärendet i korthet

Kommunstyrelsen har översänt en remiss för yttrande, gällande motion om införande av kontaktpolitiker inom omsorgen.

Motionen föreslår sammanfattningsvis att ett system med kontaktpolitiker införs inom omsorgen, i syfte att säkerställa nära och lyhörd dialog med omsorgen verksamheter.

Bakgrund

System med utsedda kontaktpolitiker fanns i vård- och omsorgsförvaltningen fram till 2018. Sedan dess inbjuder verksamheterna två gånger per år till verksamhetsbesök/dialog för politiker, där de politiker som så önskar anmäler sig för deltagande. Systemet som fanns fram till 2018 liknade det system som exempelvis används inom barn- och utbildningsnämnden, med utsedda politiker för olika utbildningsprogram.

Bedömning

Vård- och omsorgsförvaltningen anser att det är viktigt med goda, transparanta och utvecklande dialoger med politiker.

Vård- och omsorgsförvaltningen ställer sig positiv till motionen gällande införande av kontaktpolitiker inom omsorgen

André Jönsson
Förvaltningschef

Beslut sänds till:
Kommunstyrelsen

Motion från Sverigedemokraterna Sölvesborg

Motion om införande av kontaktpolitiker inom enheterna i omsorgen

Bakgrund:

Omsorgens verksamheter i Sölvesborg – både äldreboenden, hemtjänst och övriga stödinsatser – är grundläggande för tryggheten i vår kommun. Varje enhet har sina egna behov, förutsättningar och utmaningar, men det saknas i dag en tydlig och nära koppling mellan verksamheterna och den politiska nivån. Detta riskerar att skapa ett avstånd mellan brukare, anhöriga, personal och beslutsfattare, vilket i längden kan påverka både kvalitet och förtroende för omsorgen.

För att minska avståndet mellan politiken och vardagen i verksamheterna föreslår Sverigedemokraterna Sölvesborg att respektive enhet inom omsorgen tilldelas en kontaktpolitiker.

Kontaktpolitikerns uppdrag kan bland annat vara att:

- Vara en länk mellan brukare, anhöriga, personal och politiken.
- Lyssna in behov och synpunkter på den enhet de ansvarar för.
- Regelbundet föra dialog med verksamhetsledningen.
- Återkoppla viktiga synpunkter till nämnd och politisk ledning.
- Bidra till ökad delaktighet, trygghet och förtroende inom omsorgen.

Syftet med förslaget är att skapa en tydligare dialog och ett närmare samarbete mellan politiken och omsorgens verksamheter. En kontaktpolitiker per enhet stärker transparensen, lyhördheten och möjligheten att tidigt fånga upp behov, problem eller utvecklingsmöjligheter.

Yrkande:

Sverigedemokraterna Sölvesborg föreslår kommunfullmäktige undersöka möjligheten att:

Införa ett system med kontaktpolitiker för varje enhet inom omsorgen i Sölvesborgs kommun

Detta för att säkerställa dialogen mellan brukare, anhöriga, personal och politiken samt bidra till en mer nära, lyhörd och utvecklande omsorg.

Benny Karlsson

SD Sölvesborg



Vård- och omsorgsnämnden

VON § Dnr 2025/59

Remiss - Etablering av hospice i Sölvesborg

FÖRSLAG TILL BESLUT

Vård- och omsorgsnämnden beslutar att lämna nedan yttrande som svar på remissen angående motion "Etablering av hospice i Sölvesborg".

Ärendet i korthet

Kommunstyrelsen har översänt en remiss för yttrande, gällande motion om etablering av hospice i Sölvesborg.

Motionen föreslår ett inledande om utredning av att starta ett hospice i "Paviljongen", det vill säga den vakanssatta demensenheten på Gerbogården.

Bakgrund

Den palliativa vården i Sölvesborg och Blekinge innefattar flera aktörer som samverkar för att den palliativa vården ska bli så bra som möjligt. Det rent medicinska ansvaret (läkarnivån) vilar på regionen där varje palliativ patient har behov av antingen allmän- eller specialiserad palliativ vård. Beroende på behovet kan ansvarig läkare antingen tillhöra primärvård eller den specialiserade palliativa enheten.

I båda dessa spår är det kommunens hemsjukvård som utför de ordinationer som kommer från regionen, även insatser från arbetsterapeut/fysioterapeut och baspersonal såsom undersköterskor ges inom kommunens ansvar. Vid behov åker även slutenvårdens specialiserade palliativa team ut till patienters hem och utför insatser på plats.

Palliativa patienter har högsta prioritet hos alla kommunens professioner, den palliativa vården och omsorgen är uttalat mycket viktig verksamhet som kräver vördnad och professionalitet.

Som patient/anhörig får man ha önskemål om var man vill att den sena palliativa fasen ska ske, i hemmet, på sjukhuset eller på korttidsboende. Värt att framhålla är att anhöriga är en mycket viktig del i den palliativa vården och utgör en resurs med stor börda och där regionens och kommunens uppgift är att ge dessa stöd och omtanke.

Kommunens upplevelse är att patienter i princip uteslutande önskar få tillbringa sin sista tid i sitt eget hem, detta är även länets upplevelse och



Vård- och omsorgsnämnden

framkommer även i undersökningar och studier som till exempel ”Närståendes erfarenheter av palliativ vård i hemmet - en integrativ litteraturstudie, Institutionen för Hälsovetenskap, Högskolan Väst maj 2024”.

Hospice i egentlig mening finns på ett fåtal platser i Sverige, såsom i storstadsregionerna och centralt i Norrland.

En definition av Hospice har utarbetats av Nationella rådet för palliativ vård och säger bland annat:

” Den slutna palliativa vården på ett hospice utförs dygnet runt av ett multiprofessionellt team med särskild kunskap och kompetens inom palliativ vård. Sjuksköterskor och undersköterskor finns alltid på plats. Läkare finns tillgänglig dagtid på plats och i beredskap under jourtid. Paramedicinsk kompetens samt psykosocial och/eller andlig kompetens finns tillgänglig. Det eftersträvas att minst en person i varje professionell grupp inom det multiprofessionella teamet är utbildad och erkänd specialist i palliativ vård/palliativ medicin. På hospice erkänns och uppskattas insatser från volontärer som bidrar med guldkant för ineliggande och närstående utöver det ordinarie vårdarbetet. Ett hospice har ofta en indirekt eller direkt roll inom såväl akademisk som intern och extern utbildning och forskning. Ett hospice är ett komplement i den palliativa vården och omsorgen utifrån individens och dennes närståendes behov utan att vara en specialiserad palliativ sjukhusavdelning eller ett särskilt boende. Ett hospice drivs ofta i enskild form, till exempel som en stiftelse eller ett vårdbolag på en idéburen basis. Finansieringen sker dock med offentliga medel genom vårdavtal med region och/eller kommun(er).”

Beslutsunderlag

Förvaltningschef André Jönssons tjänsteskrivelse 2026-02-04.

Bilaga: Definition av hospice - Nationella rådet för palliativ vård

VONAU § 2026/11

Motion, Benny Karlsson, SD



Vård- och omsorgsnämnden

Handläggare
André Jönsson,
andre.jonsson@solvesborg.se

Mottagare

Tjänsteskrivelse - remissvar motion etablering av hospice i Sölvesborg

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar att lämna nedan yttrande som svar på remissen angående motion ”Etablering av hospice i Sölvesborg”.

Påverkar beslutet barn/ungdomar, direkt eller indirekt?

☐ Ja, se bifogad barnchecklista.

☒ Nej, se förklaring nedan.

Förklaring (vid svar Nej ovan)

Remissyttrandet gäller verksamhet för vård- och omsorg av den äldre befolkningen.

Ärendet i korthet

Kommunstyrelsen har översänt en remiss för yttrande, gällande motion om etablering av hospice i Sölvesborg.

Motionen föreslår ett inledande om utredning av att starta ett hospice i ”Paviljongen”, det vill säga den vakanssatta demensenheten på Gerbogården.

Bakgrund

Den palliativa vården i Sölvesborg och Blekinge innefattar flera aktörer som samverkar för att den palliativa vården ska bli så bra som möjligt. Det rent medicinska ansvaret (läkarnivån) vilar på regionen där varje palliativ patient har behov av antingen allmän- eller specialiserad palliativ vård. Beroende på behovet kan ansvarig läkare antingen tillhöra primärvård eller den specialiserade palliativa enheten.

I båda dessa spår är det kommunens hemsjukvård som utför de ordinationer som kommer från regionen, även insatser från arbetsterapeut/fysioterapeut och baspersonal såsom undersköterskor ges inom kommunens ansvar. Vid behov åker även slutenvårdens specialiserade palliativa team ut till patienters hem och utför insatser på plats.

Palliativa patienter har högsta prioritet hos alla kommunens professioner, den palliativa vården och omsorgen är uttalat mycket viktig verksamhet som kräver vördnad och professionalitet.

Som patient/anhörig får man ha önskemål om var man vill att den sena palliativa fasen ska ske, i hemmet, på sjukhuset eller på korttidsboende. Värt att framhålla är att anhöriga är en mycket viktig del i den palliativa vården och utgör en resurs med stor börda och där regionens och kommunens uppgift är att ge dessa stöd och omtanke.

Kommunens upplevelse är att patienter i princip uteslutande önskar få tillbringa sin sista tid i sitt eget hem, detta är även länets upplevelse och framkommer även i undersökningar och studier som till exempel "Närståendes erfarenheter av palliativ vård i hemmet - en integrativ litteraturstudie, Institutionen för Hälsovetenskap, Högskolan Väst maj 2024".

Hospice i egentlig mening finns på ett fåtal platser i Sverige, såsom i storstadsregionerna och centralt i Norrland.

En definition av Hospice har utarbetats av Nationella rådet för palliativ vård och säger bland annat:

" Den slutna palliativa vården på ett hospice utförs dygnet runt av ett multiprofessionellt team med särskild kunskap och kompetens inom palliativ vård. Sjuksköterskor och undersköterskor finns alltid på plats. Läkare finns tillgänglig dagtid på plats och i beredskap under jourtid. Paramedicinsk kompetens samt psykosocial och/eller andlig kompetens finns tillgänglig. Det eftersträvas att minst en person i varje professionell grupp inom det multiprofessionella teamet är utbildad och erkänd specialist i palliativ vård/palliativ medicin. På hospice erkänns och uppskattas insatser från volontärer som bidrar med guldkant för ineliggande och närstående utöver det ordinarie vårdarbetet. Ett hospice har ofta en indirekt eller direkt roll inom såväl akademisk som intern och extern utbildning och forskning. Ett hospice är ett komplement i den palliativa vården och omsorgen utifrån individens och dennes närståendes behov utan att vara en specialiserad palliativ sjukhusavdelning eller ett särskilt boende. Ett hospice drivs ofta i enskild form, till exempel som en stiftelse eller ett vårdbolag på en idéburen basis. Finansieringen sker dock med offentliga medel genom vårdavtal med region och/eller kommun(er)."

Bedömning

Mot bakgrund av erfarenheterna lokalt och i riket att det nästan uteslutande av patienter/anhöriga finns önskemål om att genomföra den sena palliativa fasen i den vana hemmiljön, bedömer vård- och omsorgsförvaltningen att underlaget i kommunen och eventuellt hela länet är för litet.

I Nationella rådet för palliativ vård sammanställning finns inget hospice för inneliggande patienter i de närliggande länen Skåne, Kronoberg eller Kalmar.

André Jönsson
Förvaltningschef

Bilagor

Definition av hospice - Nationella rådet för palliativ vård

Beslut sänds till:

Kommunstyrelsen

Definition av Hospice

Ett hospice är en enhet för ineliggande, specialiserad palliativ vård för individer med komplexa symtom och/eller en livssituation med särskilda vård och omsorgsbehov förorsakade av en aktiv, progredierande och långt framskriden sjukdom med begränsad livslängd. Vården fokuserar på lindring och livskvalitet.

Vården på ett hospice bedrivs utifrån ett holistiskt förhållningssätt oavsett ålder eller diagnos, samt en strävan att stödja individen att kunna leva med värdighet och med största möjliga välbefinnande till livets slut. Samtal är en viktig ingrediens i vården och omsorgen. Arbetet bedrivs strukturerat och med en holistisk syn, till exempel utifrån de 6 S:en (Självbild, Självbestämmande, Symptomlindring, Sociala relationer, Sammanhang, Strategier).

Vården bedrivs med individens samförstånd och självbestämmande. Närståendes delaktighet och närståendestöd är viktigt inom hospicevårdens filosofi.

Ett hospice är en fristående enhet där vårdmiljön inom- och utomhus främjar välbefinnandet både för individen och de närstående.

Den slutna palliativa vården på ett hospice utförs dygnet runt av ett multiprofessionellt team med särskild kunskap och kompetens inom palliativ vård. Sjuksköterskor och undersköterskor finns alltid på plats. Läkare finns tillgänglig dagtid på plats och i beredskap under jourtid. Paramedicinsk kompetens samt psykosocial och/eller andlig kompetens finns tillgänglig. Det eftersträvas att minst en person i varje professionell grupp inom det multiprofessionella teamet är utbildad och erkänd specialist i palliativ vård/palliativ medicin.

På hospice erkänns och uppskattas insatser från volontärer som bidrar med guldkant för ineliggande och närstående utöver det ordinarie vårdarbetet.

Ett hospice har ofta en indirekt eller direkt roll inom såväl akademisk som intern och extern utbildning och forskning.

Ett hospice är ett komplement i den palliativa vården och omsorgen utifrån individens och dennes närståendes behov utan att vara en specialiserad palliativ sjukhusavdelning eller ett särskilt boende.

Ett hospice drivs ofta i enskild form, till exempel som en stiftelse eller ett vårdbolag på en idéburen basis. Finansieringen sker dock med offentliga medel genom vårdavtal med region och/eller kommun(er).

Referenser:

- Radbruch L, Payne S and the Board of Directors of the EAPC. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1 and 2. European Journal of Palliative Care, 2009; 16(6) resp 17(1)
- Europarådet: Rekommendation Rec(2003)24 av medlemsstaternas ministerkommitté till medlemsstaterna om organisation av palliativ vård
- Doyle D and Woodruff R. Models of Care, in: The IAHPC Manual of Palliative Care, 3rd edition, 2013
- De 6S:n : En modell för personcentrerad palliativ vård, Ternestedt, Henoch, Österlind, Andershed, 2017, Upplaga 2, Studentlitteratur, ISBN 978-9-144-11604-4
- <https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/diagnoser/palliativ-vard/> (access 20210401)
- <https://www.who.int/health-topics/palliative-care> (access 20210401)
- Verderber S and Refueruzo BJ: Innovations in Hospice Architecture, 2nd ed, 2020. Routledge, London and New York, ISBN 978-0-367-31292-3

2021-04-12

Sara Möller (verksamhetschef Bräcke Hospice)
Annika Åberg-Darell (verksamhetschef Änggårdens Hospice)
Pia Gustafsson (verksamhetschef Hospice Gabriel)
Mats Kärnestad (verksamhetschef Axlagården)
Åsa Pellikka (verksamhetschef Mellannorrlands Hospice)
Matthias Brian (specialistläkare Mellannorrlands Hospice)

Antagen med ett enhälligt beslut av styrelsen för NRPV (Nationella Rådet för Palliativ Vård) 2021-04-14

Motion till Kommunfullmäktige i Sölvesborg

Etablering av Hospice i Sölvesborg

Framlagd av: Sverigedemokraterna Sölvesborg

Bakgrund

Sverigedemokraterna i Sölvesborg anser att varje människa har rätt till en värdig vård och omsorg – inte minst i livets slutskede.

I dag saknas ett lokalt hospice i Blekinges västra och östra delar, vilket gör att många svårt sjuka tvingas till sjukhusmiljöer eller äldreboenden som saknar den palliativa kompetens och den lugna miljö som krävs för att kunna ge ett värdigt avslut.

Sölvesborg har unika förutsättningar att ändra detta. Den tidigare demenspaviljongen i kommunen står idag färdigrenoverad, i gott skick och fullt anpassningsbar för ny vårdverksamhet. Lokalen kan, med begränsade investeringar, utvecklas till ett **Hospice** – en specialiserad vårdmiljö för människor i livets slutskede.

Erfarenheter från andra delar av landet, som exempelvis **Ersta Hospice i Stockholm, Bräcke Diakoni i Göteborg** och **Stockholms Sjukhem**, visar tydligt att hospicevård leder till både bättre livskvalitet, tryggare anhörigstöd och minskade vårdkostnader per patient i livets slutskede. Det frigör dessutom resurser inom sjukhusvården, då palliativa patienter ofta kräver mindre medicinsk behandling men större omsorg, närhet och tid.

Syfte

Syftet med motionen är att etablera ett lokalt hospice i Sölvesborg som:

- erbjuder **trygghet, värdighet och lindring** för vårdtagare,
 - ger **närstående och familjer** stöd i en svår livssituation,
 - stärker kommunens roll som **förebild för omsorg i livets slut**,
 - och möjliggör **samarbete med Region Blekinge** inom palliativ vård.
-

Ekonomiska förutsättningar

Eftersom lokalerna redan är **färdigrenoverade** är omställningskostnaden för ett Hospice låg. Beräknad anpassning: **ca 1,5–2 miljoner kronor** (inredning, medicinska anpassningar och inventarier).

Driftskostnaden bedöms motsvara ett mindre särskilt boende, med möjlighet till **samfinansiering via Region Blekinge**.

Investeringen kan på sikt minska kommunens kostnader genom minskat vårdtryck inom äldreomsorg och sjukhemsplaceringar samt genom effektivare användning av vårdresurser i samverkan med regionen.

Förslag till beslut

Kommunfullmäktige föreslås besluta:

1. Att ge kommunstyrelsen i uppdrag att inleda en **utredning om etablering av ett Hospice i Sölvesborg**, baserat på den redan färdigrenoverade paviljongen.
 2. Att kommunen upptar **dialog med Region Blekinge** om samfinansiering och samverkan i en palliativ enhet för västra och östra Blekinge.
 3. Att ett förslag till **driftform, kostnadsplan och verksamhetsmål** presenteras till kommunfullmäktige under 2026.
 4. Att kommunens vård- och omsorgsförvaltning ges i uppdrag att **samordna kompetens och personalresurser** för en palliativ modell i nära samverkan med regionen.
 5. Att kommunen tydligt fastslår visionen om **värdighet i livets slutskede** som vägledande princip i all framtida omsorgsplanering.
-

Avslutning

Sölvesborg kan och bör ta ansvar för att skapa en plats där människor får avsluta sina liv med värdighet, lugn och omtanke.

Jag anser att det ska finnas ett alternativ för var man vill tillbringa sin sista tid i livet.

Det är inte värdigt att behöva avsluta sitt liv i en sjukhussal, om det finns möjlighet till något bättre.

Genom att nyttja den redan tillgängliga och nyrenoverade paviljongen kan vi erbjuda ett **humant, ekonomiskt och genomförbart alternativ** som stärker både vår kommunala omsorg och den palliativa vården i hela Blekinge.

Ett Hospice i Sölvesborg är inte bara en investering i vården – det är ett **ställningstagande för respekt, mänsklighet och trygghet** i livets mest sårbara stund.

Sölvesborg, november 2025

För Sverigedemokraterna Sölvesborg

Namn: Benny karlsson

Kommunfullmäktigeledamot, SD Sölvesborg



Vård- och omsorgsnämnden

VON § Dnr 2026/15

Delegationsordning 2026

FÖRSLAG TILL BESLUT

Vård- och omsorgsnämnden beslutar att godkänna reviderad delegationsordning att gälla från och med 2026-03-01.

Ärendet i korthet

Den 1 januari trädde en ny lagstiftning i kraft som innebär att vård- och omsorgsnämnden nu behöver besluta om delegering, även för icke-läkemedelsrelaterade uppgifter, eftersom nya lagtolkningar och praxis (till exempel från HFD) klargjort att delegering inom kommunen är möjlig men måste vara tydligt reglerad i nämndens delegationsordning, för att säkerställa rättssäkerhet och följa kommunallagen.

Bakgrund

- **Tidigare praxis:** Delegering i kommuner har historiskt varit mest kopplad till vård och omsorg (läkemedel), där tydliga regler funnits, men har varit mindre tydlig för andra typer av ärenden.
- **Nya rättsfall:** Högsta Förvaltningsdomstolens (HFD) domar (t.ex. HFD 2016 ref. 74 och HFD 2019 ref. 32) har belyst gränserna för vad som kan delegeras och vad som måste beslutas av nämnden, vilket skapat osäkerhet och behov av nya riktlinjer.
- **Kommunallagens krav:** Kommunallagen kräver att nämnder ska ha tydliga delegationsordningar som säkerställer god förvaltning, rättssäkerhet och att ansvar är tydligt fördelat mellan politiker och tjänstemän.

Föreslagna revideringar är markerade med rött i dokumentet om delegationsordning 2026.

Beslutsunderlag

Medicinskt ansvarig sjuksköterska Joakim Voberns tjänsteskrivelse 2026-02-04.
Bilaga 1 ”Rutin för ansvar och fördelning av arbetsuppgifter inom hälso-och sjukvård”.

Bilaga 2 ”Delegering”.

Förslag delegationsordning.

VONAU § 2026/12



Vård- och omsorgsnämnden

Handläggare

Joakim Vobern, 0456-81 61 11
joakim.vobern@solvesborg.se

Tjänsteskrivelse - delegering för icke-läkemedelsrelaterade vårduppgifter

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar att godkänna reviderad delegationsordning att gälla från och med 2026-03-01.

Påverkar beslutet barn/ungdomar, direkt eller indirekt?

☐ Ja, se bifogad barnchecklista.

☒ Nej, se förklaring nedan.

Förklaring (vid svar Nej ovan)

Verksamheten omfattar huvudsakligen inte omsorg om barn och därför har inte hänsyn till barnperspektivet tagits.

Ärendet i korthet

Den 1 januari trädde en ny lagstiftning i kraft som innebär att vård- och omsorgsnämnden nu behöver besluta om delegering, även för icke-läkemedelsrelaterade uppgifter, eftersom nya lagtolkningar och praxis (till exempel från HFD) klargjort att delegering inom kommunen är möjlig men måste vara tydligt reglerad i nämndens delegationsordning, för att säkerställa rättssäkerhet och följa kommunallagen. Vårdgivaren ansvarar för att personalen har rätt kompetens och förflyttningen av ansvaret anses öka flexibiliteten och minska administrativa tunga centrala processer. Från den 1 januari gäller enbart de nya föreskrifterna, som är en uppdaterad version av HSLF-FS 2017:37, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård upphör därmed att gälla. Givet detta faktum är det nu vårdgivaren som ska bedöma om det finns behov av att ha formaliakrav för oreglerade arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården i respektive verksamhet.

Exempel på icke läkemedelsrelaterade arbetsuppgifter ses i Bilaga 1 ”Rutin för ansvar och fördelning av arbetsuppgifter inom hälso-och sjukvård”

Bakgrund

- **Tidigare praxis:** Delegering i kommuner har historiskt varit mest kopplad till vård och omsorg (läkemedel), där tydliga regler funnits, men har varit mindre tydlig för andra typer av ärenden.
- **Nya rättsfall:** Högsta Förvaltningsdomstolens (HFD) domar (t.ex. HFD 2016 ref. 74 och HFD 2019 ref. 32) har belyst gränserna för vad som kan delegeras och vad som måste beslutas av nämnden, vilket skapat osäkerhet och behov av nya riktlinjer.
- **Kommunallagens krav:** Kommunallagen kräver att nämnder ska ha tydliga delegationsordningar som säkerställer god förvaltning, rättssäkerhet och att ansvar är tydligt fördelat mellan politiker och tjänstemän.

Sammanfattning och Motivering (Varför nu?)

- **Rättslig nödvändighet:** För att följa modern praxis behöver nämnden anta en uppdaterad delegationsordning som tydligt specificerar vilka beslut som delegeras till tjänstemän och vilka som fattas av nämnden, även utanför läkemedelsområdet gällande hälso- och sjukvård.
- **Effektivitet och kvalitet:** Tydlig delegering av rutinmässiga ärenden frigör tid för nämnden att fokusera på övergripande strategiska frågor och säkerställer att besluten fattas av rätt kompetens på rätt nivå.
- **Ansvar och transparens:** Beslutet ska klargöra ansvarsfördelningen och öka transparensen i kommunens beslutsfattande, vilket är centralt för medborgarnas förtroende.

Bedömning

Mot bakgrund av nya rättsliga klargöranden och för att säkerställa en effektiv, rättssäker och patientsäker hantering av hälso- och sjukvårdsuppgifter, föreslås att nämnden antar en uppdaterad delegationsordning. Denna ska tydligt definiera gränserna för delegering även inom icke-medicinska områden, i linje med kommunallagens krav och principer för god förvaltning.

Förslaget som föreslås är att delegering som inte rör läkemedel men faller inom åtgärder för hälso- och sjukvård delegeras medicinskt ansvariga i kommunen att riskbedöma så som skett tidigare och att befintliga rutiner även fortsättningsvis blir styrande.

Joakim Vobern
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Bilagor

Bilaga 1 ”Rutin för ansvar och fördelning av arbetsuppgifter inom hälso-och sjukvård”

Bilaga 2 för själva delegeringsförfarandet ”Delegering”.

Rutin/Riktlinje Rutin för ansvar och fördelning av arbetsuppgifter inom hälso-och sjukvård - Länsövergripande		
Förvaltning	Verksamhet	Senast reviderad / Sign 231011/ LG
Dokumentutfärdare Medicinskt ansvariga i Blekinges kommuner	Godkänt datum 2003-05-06	Nästa revidering 251001

Rutin för ansvar och fördelning av arbetsuppgifter inom hälso-och sjukvård

Bakgrund

I Hälso-och sjukvårdslagen, HSL, 2017:30 5 kap. 1§ framgår att varje vårdgivare har ansvar att bedriva hälso-och sjukvård som uppfyller krav på en god vård. Detta innebär bland annat att hälso- och sjukvården ska vara säker och av god kvalitet samt tillgodose patienternas behov av trygghet.

De arbetsuppgifter som tillhör hälso-och sjukvård definieras enligt HSL 2017:30 2 kap. 1§ som åtgärder att medicinskt förebygga och behandla sjukdomar och skador.

Hälso- och sjukvårdspersonal som utför dessa arbetsuppgifter är personer med legitimation för yrket, ex. arbetsterapeut, fysioterapeut eller sjuksköterska. Även personer utan legitimation men som biträder legitimerad yrkesutövning ex. via delegering omfattas av samma bestämmelser. En del arbetsuppgifter som klassas som hälso-och sjukvård kan delegeras till personer med reell kompetens för uppgiften.

Syfte

Säkerställa en god och säker hälso- och sjukvård genom fastställande av de arbetsuppgifter som klassas som hälso-och sjukvård samt genom ett förtydligande av ansvarsfördelningen vid utförandet av dessa.

Rutin

Arbetsuppgifter beskrivs nedan utifrån ett förtydligande av vilka av uppgifter som är möjliga att delegera eller instruera till omsorgspersonal med reell kompetens. I vissa fall krävs utökad kompetens i form av specialistundersköterska och/eller särskild handledning.

Risakanalys: Alla arbetsuppgifter bedöms utifrån en riskmatris genom att beakta sannolikhet för inträffande och bedömning av konsekvens som tillsammans ger ett siffermätt på allvarlighetsgrad. Vid hög riskpoäng krävs försiktighetsåtgärder, utbildning och kunskap för att bibehålla ett patientsäkert arbetssätt.

		Allvarlighetsgrad			
		Katastrofal (4)	Betydande (3)	Måttlig (2)	Mindre (1)
Sannolikhet för inträffande	Mycket stor (4)	16	12	8	4
	Stor (3)	12	9	6	3
	Liten (2)	8	6	4	2
	Mycket liten (1)	4	3	2	1

Förteckning av arbetsuppgifter					
			Får utföras av:		
Arbetsuppgift	Riskpoäng	Kommentar	Legitimerad HSL-personal	Annan yrkeskategori efter delegering	Annan yrkeskategori efter instruktion
ADL-träning	1	Vid ordination som HSL-uppdrag	AT	-	Rehabassistent Specialistundersköterska Omsorgspersonal
Andningsgymnastik	1-6	Delegeras vid hög risk efter individuell bedömning	FS/SG	-	Rehabassistent Specialistundersköterska Omsorgspersonal
Arkivering av HSL Journal	1		SSK/FT/SG/AT	-	-
Blodtransfusion	8		SSK	-	-
Blodgruppering via venös provtagning	8		SSK	-	-
Central venkateter- skötsel och hantering	12		SSK	-	-
Desinfektion av gods	1		SSK	-	Specialistundersköterska Omsorgspersonal
Dialys, peritoenal	6		SSK	Specialistundersköterska Omsorgspersonal	-
Dokumentation enligt HSL	1		SSK/FT/SG/AT	-	Rehabassistent Specialistundersköterska Omsorgspersonal
Dränage- Skötsel av	9	Inkluderar dränage från pleura, galla och ascites.	SSK	-	-
Dödsfall- Omhändertagande av avliden	1		SSK	-	Specialistundersköterska Omsorgspersonal
Dödsfall- Klinisk undersökning inför fastställande av dödsfall	4		SSK	-	-
EKG- undersökning	2		SSK	Specialistundersköterska	-
Förskrivning av förbrukningsartiklar	4		SSK	-	-

Arbetsuppgift	Riskpoäng	Kommentar	Legitimerad HSL-personal	Annan yrkeskategori efter delegering	Annan yrkeskategori efter instruktion
Förskrivning av personliga hjälpmedel	6-10	Lokala skillnader i bestämmelser kring förskrivningsrätt kan förekomma men kan ej delegeras.	SSK/FT/SG/AT	-	-
Halskrage - luftning	6	Gäller inte i de fall åtgärden bedöms av behandlande enhet som egenvård	SSK/FT/SG	Rehabassistent Specialistundersköterska Omsorgspersonal	Vid låg risk: Kan instrueras till omsorgspersonal
Hostmaskin	2-6	Gäller inte i de fall åtgärden bedöms av behandlande enhet som egenvård. Riskbedömning ska utföras av förskrivande enhet.	SSK/FT/SG	Rehabassistent Specialistundersköterska Omsorgspersonal	Vid låg risk: Kan instrueras till omsorgspersonal
Kinesiotejp- behandling	2		FT/SG	-	Rehabassistent Omsorgspersonal
Kompressionsbehandling med elastisk linda	2		SSK	-	Specialistundersköterska Omsorgspersonal
Kompressionsbehandling med liner (silikonhylsa), stövel, splint, handske	4	Risk för stas	FT/SG/AT/SSK	-	Rehabassistent Specialistundersköterska Omsorgspersonal
Läkemedel- administration via infusion	12	Inkluderar även vätsketerapi	SSK	-	-
Läkemedel- administration via intrakutan injektion	3		SSK	-	-
Läkemedel- administration via intramuskulär injektion	9	Inkluderar vaccination	SSK	-	-
Läkemedel- administration via intravenös injektion	9		SSK	-	-
Läkemedel- administration via subkutan injektion	8-12	Inkluderar iordningsställande	SSK	-	-

Arbetsuppgift	Riskpoäng	Kommentar	Legitimerad HSL-personal	Annan yrkeskategori efter delegering	Annan yrkeskategori efter instruktion
Läkemedel- administration via subkutan injektion med injektionspenna inkl. dosering	6	Lokal begränsning kan förekomma	SSK	Specialistundersköterska Omsorgspersonal	-
Läkemedel- administration via subkutan injektion- subkutan med fabriksfyllad spruta	2	Åtgärden medger ej dosjustering	SSK	Specialistundersköterska Omsorgspersonal	-
Läkemedel- administration via inhalation	4		SSK	Specialistundersköterska Omsorgspersonal	-
Läkemedel- administration och iordningsställande av tablett, suppositorium, vagitorium, plåster, salva, kutan lösning och liknande	8		SSK	Specialistundersköterska Omsorgspersonal	-
Läkemedelsförråd- förestå	12	Inkluderar beställning och kontroll av läkemedel	SSK	-	-
Läkemedel iordningsställande i dosett	9	Begränsas till enstaka personal på enheten samt vid stabil läkemedelsordination med max 3 olika preparat. Utesluter potentia läkemedel med oregelbunden dosering såsom Waran	SSK	Specialistundersköterska Omsorgspersonal	-
Läkemedel- utplacering av apodos	4		SSK	Specialistundersköterska Omsorgspersonal	-
Medicinsk bedömning av hälsotillstånd	12–16		SSK	-	-
Medicinteknisk utrustning, kontroll av	4		SSK	-	Specialistundersköterska

Arbetsuppgift	Riskpoäng	Kommentar	Legitimerad HSL-personal	Annan yrkeskategori efter delegering	Annan yrkeskategori efter instruktion
Nefrostomikateter- tillsyn, byte av påse samt kontroll av innehåll	6		SSK	-	Specialistundersköterska Omsorgspersonal
Nefrostomikateter- omläggning	9		SSK	Specialistundersköterska	-
Nefrostomikateter- Spolning	9		SSK	-	-
Observation av den enskildes hälsotillstånd	2		SSK/FT/SG/AT	-	Rehabassistent Specialistundersköterska Omsorgspersonal
Ortos- Handhavande av ex. ledproteser, korsetter	4	Utesluter halskrage (se separat anvisning) Delegeras vid risk för felvändning	FT/SG/AT	-	Rehabassistent Specialistundersköterska Omsorgspersonal
PEG- skötsel av hudvård	2		SSK	-	Specialistundersköterska Omsorgspersonal
PEG- Omkuffning	6		SSK	Specialistundersköterska	-
PICC-line Skötsel och hantering	12		SSK	-	-
Port-å- cath- skötsel och hantering	12		SSK	-	-
Proteser- skötsel av	1		SSK	-	Specialistundersköterska Omsorgspersonal
Provtagning av urin eller annan kroppsvätska	1	Utesluter blodprov	SSK	-	Specialistundersköterska Omsorgspersonal
Riskavfallshantering	1		SSK	-	Specialistundersköterska Omsorgspersonal
Provtagning kapillär	1		SSK	Specialistundersköterska Omsorgspersonal	-
Provtagning venös	2		SSK	Specialistundersköterska Omsorgspersonal	-
Röntgenförberedelser inför undersökning	1	Avser okomplicerade fall och utesluter läkemedelsbehandling	SSK	-	Specialistundersköterska Omsorgspersonal

Arbetsuppgift	Riskpoäng	Kommentar	Legitimerad HSL-personal	Annan yrkeskategori efter delegering	Annan yrkeskategori efter instruktion
Skyddsåtgärder enligt HSL	12	Avser ordination	SSK/FT/SG/AT	-	-
Sondmatning	6		SSK	Specialistundersköterska Omsorgspersonal	-
Stomivård- skötsel i komplicerade fall	2	Stomihantering i okomplicerade fall bedöms inte som HSL-insats	SSK	Specialistundersköterska Omsorgspersonal	-
Subkutan venport- skötsel och hantering	8		SSK	-	-
Sugning av nedre luftvägar	3		SSK	-	-
Sugning av övre luftvägar	2	Avser insats hos vaken patient	SSK	Specialistundersköterska Omsorgspersonal	-
Suturtagning	4	Inkluderar även agrafer	SSK	Specialistundersköterska	-
Syrgasbehandling	6		SSK	Specialistundersköterska Omsorgspersonal	-
Sårvård, behandling och uppföljning	12		SSK	-	-
Sårvård- omläggning i komplicerade fall	9	Särskild utbildning inom sårvård krävs	SSK	Specialistundersköterska	-
Sårvård- omläggning i okomplicerade fall	4		SSK	-	Specialistundersköterska Omsorgspersonal
Tillsyn vid infusion	2		SSK	-	Specialistundersköterska Omsorgspersonal
Tippbräda	4	Delegeras vid hög risk	FT/SG	-	Rehabassistent Omsorgspersonal
TENS-behandling	6		FT/SG	Rehabassistent Omsorgspersonal	-
Tracheotomivård	9	Särskild utbildning och handledning krävs	SSK	Specialistundersköterska Omsorgspersonal	-
Trycksårspfylax	4-6	Bedömning av huden, lägesändring m.m.	SSK	-	Specialistundersköterska Omsorgspersonal
Träning- användning av enklare personliga hjälpmedel	2		FT/SG/AT	-	Rehabassistent Specialistundersköterska Omsorgspersonal

Arbetsuppgift	Riskpoäng	Kommentar	Legitimerad HSL-personal	Annan yrkeskategori efter delegering	Annan yrkeskategori efter instruktion
Träning- Balans	1	Vid ordination som HSL-uppdrag	FT/SG	-	Rehabassistent Specialistundersköterska Omsorgspersonal
Träning - Elrullstol	4	Delegeras vid hög risk	AT	-	Rehabassistent
Träning- Förflyttning och gång	2-6	Vid ordination som HSL-uppdrag, gäller ej vid vardagsrehabilitering	AT	-	Rehabassistent Specialistundersköterska Omsorgspersonal
Träning- Kommunikation	1	Vid ordination som HSL-uppdrag, gäller ej vid vardagsrehabilitering	AT	-	Rehabassistent Specialistundersköterska Omsorgspersonal
Träning- Rörlighet	2	Vid ordinerad behandling, gäller ej vid vardagsrehabilitering	FT/SG	-	Rehabassistent Specialistundersköterska Omsorgspersonal
Träning- Styrka	1	Vid ordination som HSL-uppdrag, gäller ej vid vardagsrehabilitering	FT/SG	-	Rehabassistent Specialistundersköterska Omsorgspersonal
Träning- Stå	1	Vid ordination som HSL-uppdrag, gäller ej vid vardagsrehabilitering	FT/SG	-	Rehabassistent Specialistundersköterska Omsorgspersonal
Träning- Stårullstol	4	Omsorgspersonal kan instrueras i undantagsfall, personlig assistans	FT/SG/AT	-	Rehabassistent Specialistundersköterska Omsorgspersonal
Urinkateter- Kateterisering av urinblåsa i komplicerade fall	9	Inkluderar Suprapubisk kateter samt tiemannspets	SSK	-	-
Urinkateter- Kateterisering av urinblåsa i okomplicerade fall	6		SSK	Specialistundersköterska Omsorgspersonal	-
Urinkateter- kontroll av funktion inkl. tillsyn m.m.	2		SSK		Specialistundersköterska Omsorgspersonal
Urinkateter- omkuffning	4		SSK	Specialistundersköterska Omsorgspersonal	-

Arbetsuppgift	Riskpoäng	Kommentar	Legitimerad HSL-personal	Annan yrkeskategori efter delegering	Annan yrkeskategori efter instruktion
Urinkateter-spolning	2	Inkluderar suprapubisk kateter	SSK	Specialistundersköterska Omsorgspersonal	-
Urinkateter- spolning via urotainer	1		SSK	Specialistundersköterska Omsorgspersonal	-
Utprovning/inställning av enklare personliga hjälpmedel	4-6		FT/SG/AT	-	Rehabassistent
Vitala parametrar- kontroll	1	Inkluderar blodtryck, puls, saturation m.m.	SSK	-	Specialistundersköterska Omsorgspersonal
Ätstödjande åtgärder hos person med sväljsvårigheter	3		SSK	-	Specialistundersköterska Omsorgspersonal
Öronspolning	6		SSK	-	-

Dokumenttyp Rutin Delegering	Beslutad av Vård- och Omsorgsförvaltningen	Giltig fr.o.m. 2013-05-08
Dokumentansvarig Joakim Vobern, Medicinskt ansvarig sjuksköterska	Gäller för Vård- och Omsorgsförvaltningen, Arbete- och välfärdsförvaltningen	Senast reviderad 2025-12-30
		Nästa revidering 2027-01-15

Delegering

Delegering hantering av läkemedel och specifika arbetsuppgifter	1
Syfte	2
Utfärdare av delegering	2
Definitioner	2
Mottagare av delegation	3
Giltighetstid/ förnyelse	4
Interims tid då PAS byter tjänst	4
Delegering av personal med skyddad identitet eller privat vårdgivare assistans	4
Riskbedömning	4
Delegeringsförfarande	4
Formulär för delegering	5
Dokumentation	6
Återkallelse av delegering	7
Re-delegering	7
Akut situation	7
Ansvarsfördelning	7
Delegering över huvudmannagränser/ vårdgivargräns	8

Delegering hantering av läkemedel och specifika arbetsuppgifter

Delegeringsförfarandet är uppdelat i en 3 stegsprocess.

Steg 1: Webutbildning inkluderat tillhörande test, på demenscetrum.se.

Genomförs vid ny delegering, därefter årligen.

Steg 2: Läkemedelsutbildning genomförs lokalt vid ny delegering, därefter vartannat år för ordinarie personal (baspersonal) samt varje år för vikarie som ej arbetar regelbundet (se under rubriken giltighetstid/ förnyelse).

Steg 3: Avgörs av SSK förklarat enligt nedan under delegeringsförfarande.

(avsteg från trestegsmodellen kan i undantagsfall göras och beslutas i samråd med MAS med restriktiviteter så som kort delegeringstid eller annan åtgärd)

Delegering gällande handhavande och hantering av patient med sondmatning kan kombineras i generell delegering och ska då tydligt framgå i delegationen. Rutin för sondmat ligger på ledningssidan under Rutiner HSL.

Delegering gällande administrering Insulin är inte per automatik inkluderat i generell delegering men kan kombineras med generell delegering och ska då tydligt framgå i delegationen. Utbildning som är webbaserad ska genomgåas gällande Insulin och avstämning med SSK ska göras.

Syfte

Om det ur ett helhetsperspektiv bättre svarar mot patientens behov att en medicinsk arbetsuppgift utförs av en person med enbart reell kompetens får delegering av uppgiften ske.

För att försäkra sig om att det är möjligt att utföra arbetsuppgiften inom kommunens hälso- och sjukvård på ett säkert sätt krävs samråd mellan enhetschef och sjuksköterska respektive sjukgymnast/fysioterapeut eller arbetsterapeut när det gäller delegeringsbeslut och bemanning.

Utfärdare av delegering

Endast sjuksköterskor, läkare och tandläkare med såväl formell som reell kompetens får delegera iordningställande, administrering eller överlämnade av läkemedel. Med formell kompetens menas legitimation för yrket. Den som delegerar måste också vara reellt kompetent och själv i praktiken kunna utföra arbetsuppgiften i alla dess delar. Hälso- och sjukvårdspersonal får endast delegera en arbetsuppgift till någon annan när det är förenligt med en god och säker vård av patienten. Det är frivilligt att delegera en arbetsuppgift och den kan när som helst återkallas om uppgiftsmottagaren inte utför arbetsuppgifterna på ett säkert sätt. Delegeringsbeslutet är alltid personligt och får inte avse en viss yrkesgrupp som till exempel undersköterskor.

Definitioner

Medicinskrättslig delegering som regleras av Patientsäkerhetslagen (2010:659)

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

Delegering får endast ske om det är förenligt med god och säker vård.

Det får inte ske för att lösa brist på personal eller av ekonomiska skäl. Man bör sträva efter så få delegeringar som möjligt utfärdas och att arbetet utförs av formellt kompetent personal. Det är alltid den legitimerade personalen som utfärdar delegeringen som avgör om detta är lämpligt och förenat med säkerhet för patienten.

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

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

Mottagare av delegation

Uppgiftsmottagaren som tar emot en delegering måste ha fyllt 18 år och vara reellt kompetent.

Detta kan erhållas genom erfarenhet i praktisk yrkesverksamhet eller genom fortbildning. Den som genom delegering får i uppgift att iordningställa, administrera eller överlämna läkemedel ska ha dokumenterade kunskaper om hantering av de läkemedel som ingår i delegeringen och de risker som är förenade med hanteringen. Den som iordningställer ett läkemedel ska kunna göra en rimlighetsbedömning av såväl den ordinerade som den iordningställda dosen. Vid iordningställande i form av spädning ska särskild kunskap om detta finnas. Den som genom delegering administrerar ett läkemedel ska ha tillräcklig kunskap om det ordinerade administreringssättet för att kunna utföra administreringen på ett patientsäkert sätt. Vid överlämnande av läkemedel måste man kunna informera patienten om hur administreringen ska gå till. För tabletter och kapslar är det viktigt att känna till om de måste sväljas hela eller om det går att krossa, dela eller tömma ur kapseln. Den som tar emot delegering ansvarar själv för att utföra arbetsuppgiften på ett sätt som är förenligt med god och säker vård.

Arbetsuppgiften får inte delegeras vidare.

Enhetschef ansvarar för att mottagare av delegation genomgår avsedda utbildningar inför ny delegering. Webbutbildning samt sjuksköterskeledd utbildning med tillhörande kunskapsprov samt läkemedels/delegeringsutbildning inkluderat avstämning med ansvarig sjuksköterska som ansvarar för det område (eller brukare) som delegering är avsedd.

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

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

Delegering kan inte påtvingas någon.

Delegeringsbeslutet upphör att gälla då uppgiftsmottagaren avgår från sin tjänst. Samma gäller om delegerande personal avgår från sin tjänst och det åligger delegerande personal som mottagare av personal att informera respektive EC om denna förändring.

Giltighetstid/ förnyelse

Delegationen är endast giltig i ett år men kan även skrivas på kortare tid vilket bedöms av ansvarig sjuksköterska.

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

Delegaten ansvarar för att genomgå avsedda utbildningar inför ny delegering. Webbutbildning samt sjuksköterskeledd utbildning med tillhörande kunskapsprov. Utbildning med speciellt utsedd sjuksköterska för delegeringsutbildning ska ske vartannat år för fast personal.

Vikarier ska utbildas årligen om de är inne och arbetar med mindre frekvens än en gång per månad. Arbetar vikarien mer än minimikrav så räknas denna som ordinarie personal generellt. Ett uppehåll på en månad under detta år accepteras.

Interims tid då PAS byter tjänst

I händelse av att PAS byts ut gäller delegering under en interims tid för högst tre månader varpå delegeringarna ska ha förnyats med ny ansvarig Ssk. Strävan ska vara att överlämning/ samtal sker mellan avgående och pågående Ssk för friktionsfri fortsatt delegering för varje enskild delegerad. Ansvarig under Interims tid om överlämning mellan avgående och pågående Ssk inte kan ske blir MAS efter överlämning från avgående Ssk.

EC HSL/ Rehab ansvarar för att ny legitimerad personal delegerar snarast möjligt utan att på något sätt bryta mot HSLF-FS 2025:6 kap 9 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård.

Delegering av personal med skyddad identitet eller privat vårdgivare assistans

Tomt delegeringsunderlag skrivs ut och original sparas i pappersform av ansvarig EC. Kopia lämnas till den anställde som själv ansvarar för förvaring. Likaså gäller privat vårdutförare likt privata assistansbolag.

Riskbedömning

I samband med delegeringsbeslut ska en individuell riskbedömning göras för varje vårdtagare som planeras att få sin hälso- och sjukvård utförd av personal med delegering.

Om det i riskbedömningen kommer fram särskilda omständigheter som ökar svårighetsgraden måste utfärdare av delegering ta ställning till om ytterligare undervisning/handledning behövs för att arbetsuppgiften ska gå att delegera. I sådana fall ska ett vårdtagarbundet delegeringsbeslut utfärdas där det framgår vilken personal som får utföra arbetsuppgiften hos namngiven vårdtagare. Arbetsuppgiften ska preciseras och förklaras noga på delegeringsbeslutet.

Om arbetsuppgiften är av den karaktären att ett misstag kan få sådana konsekvenser att varaktig skada eller död riskerar drabba patienten skall en riskbedömning ingående göras och en skötselinstruktion upprättas. Se även rutin läkemedelshantering samt Rutin för ansvar och fördelning av arbetsuppgifter inom hälso-och sjukvård – Länsövergripande. Avsteg från denna ska diskuteras med MAS.

Delegeringsförfarande

Den som utfärdar en delegering ansvarar för:

- Bedömning av att uppgiftsmottagaren har tillräcklig kunskap och förutsättningar att utföra arbetsuppgiften.
- Bedömning av att uppgiftsmottagaren har praktisk erfarenhet för att kunna utföra uppgiften på ett korrekt och säkert sätt.
- Att erbjuda handledning om så behövs.
- Att säkerställa att uppgiftsmottagaren har dokumenterade kunskaper om hantering av de läkemedel som ingår i delegeringen och de risker som är förenade med hanteringen.
- Uppföljning av att uppgiftsmottagaren fullföljer uppgiften på ett korrekt sätt.

Vid delegering av läkemedelshantering ska enhetligt framtaget undervisningsmaterial/checklistor samt kunskapstest användas. Mottagare av delegering gör först SKL/demenscentrums Webb/IT-baserade utbildning som tar ca 2 timmar, **steg 1**.

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

Genomgången utbildning ger baskunskaper för att:

- ge läkemedel i rätt tid, till rätt person på rätt sätt
- ge god omvårdnad som komplement och alternativ till läkemedel
- känna igen risker och uppmärksamma, reagera och signalera vid förändringar
- förstå roll och ansvar vid delegering
- uppmärksamma symtom vid diabetes och ge insulin

Därefter ges en lokal läkemedelsutbildning på 2-3 timmar med repetition av den it baserade utbildningen, genomgång av rutiner, patientfall och visning av apodos m.m. **steg 2**.

Information om avvikelshantering och Lex Maria skall ges i samband med delegeringsutbildningen. Sist utfärda den patientansvarige delegeringen, **steg 3**.

Det är upp till ansvarig sjuksköterska att avgöra behov, upplägg samt avstämning gällande delegeringsförfarandet. Det kan variera beroende på behovet, ny delegering samt förnyelse av delegering men måste i varje enskilt fall överensstämma med god patientsäkerhet.

Formulär för delegering

Delegeringsformuläret som skall användas finns i LifeCare där delegeringen registreras. Av delegationsbeslutet skall framgå vilka arbetsuppgifter som delegeras och om arbetsuppgiften endast får ske gentemot namngiven vårdtagare, specifikt särskilt boende eller enhet.

Praktiskt med digital signering

Leg: personal som delegerar en hälso- och sjukvårdsuppgift ansvarar för att det skrivs in i verksamhetssystemet och att den blir digitalt signerat av den delegerade.

När den delegerade signerat sin delegering digitalt **skall** han/hon skriv ut delegeringen i pappersformat och ansvara själv för förvaring.

- Leg: personal skriver delegeringen i LifeCares delegeringsmodul. Klicka på Skriv-underknappen vid Vårdansvarig. Då blir den signerad digitalt. OBS! rutan "Ej aktuell för digital underskrift" ska EJ vara i bockad.
- Leg: personal skriver ett meddelande via mina meddelande till planerare när det gäller personal inom hemtjänst eller till berörd enhetschef när det gäller andra personalgrupper, där de meddelar vilken personal som har en delegering att signera.
- Enhetschef/planerare meddelar berörd personal att där finns delegering att signera i LifeCare.
- När personal signerat digitalt **skall** delegeringen skrivas ut direkt och han/hon ansvara själv för förvaringen. Görs det inte direkt så kan de inte söka upp och skriva ut den vid annat tillfälle utan får då be EC/Planerare skriva ut delegeringen.
- Leg. personal ser att delegeringen blivit signerad genom att gå in i Sök delegering. De ser då direkt i sökresultatet (VoO Delegering, under kolumnen "Underskrift uppgiftsmottagare").

Se också uppladdad manual hur du gör praktiskt i verksamhetssystemet (LifeCare).

Dokumentation

Varje delegeringsbeslut ska dokumenteras med en väl definierad beskrivning av arbetsuppgiften och under vilka omständigheter den får utföras.

- Det ska framgå vem som har delegerat och till vem.
- Både den som delegerar och den som tar emot en arbetsuppgift ska underteckna delegeringsbeslutet.
- Datum då beslutet fattades och delegeringsbeslutets giltighetstid ska finnas med. Det får endast gälla ett år och måste sedan omprövas.
- Återkallelse av delegeringsbeslut ska också dokumenteras.
- Eventuella begränsningar t ex. speciellt namngivna patienter eller boendeenheter till vem som uppgiften delegerats.
- Delegeringsbeslut bör bevaras minst 3 år efter att det slutat att gälla enligt SOSFS 1997:14. Regionen eller vårdgivaren kan ha andra regler för bevaring som ska följas.

I verksamheter där inte LifeCare används får den som delegerar en hälso- och sjukvårdsuppgift ansvara för att förvaring av det underskrivna pappers delegationsbeslut förvaras i original hos sjuksköterska på arbetsplatsen. Kopia lämnas till den delegerade.

Delegationsbeslut som upphört skall arkiveras/förvaras, om möjligt, i brandsäkert skåp. Om utrymme saknas kan avslutat delegeringsunderlag förvaras i Hamngatans arkiv (Skickas inte till MAS).

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan för området skall underrättas om de delegeringar som sker inom verksamhetsområdet. Sker via LifeCare.

Återkallelse av delegering

Återkallelse av delegering kan ske om mottagaren saknar förmåga att utföra uppgiften eller har lämnat oriktiga uppgifter om sin förmåga att fullgöra åtagandet. Det är den som beslutat om delegering, verksamhetschef, sjuksköterska, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) eller den som i annat fall är ytterst ansvarig för patientsäkerheten inom verksamheten som måste besluta om återkallelse eller omprövning av delegeringsbeslutet.

Allvarliga händelser ska rapporteras till MAS.

Re-delegering

Om det framkommer att en delegerad arbetsuppgift inte kan utföras i enlighet med givna parametrar för delegeringens utförande ska delegeringen återkallas.

Enhetschef ska genast informeras och handlingsplan upprättas i samförstånd.

Handlingsplanen ska innehålla tydlig information om:

- varför delegeringen är återkallad
- orsak till återkallelsen
- vem som är ansvarig för att återkalla delegeringen
- vad som krävs för att på nytt kunna uppfylla kriterierna för reell kompetens
- om mer utbildning eller praktisk träning behövs

Enhetschef ansvarar för att handlingsplanen följs men sjuksköterskan bistår så att förutsättningarna finns för hen att utfärda ny delegering om handlingsplanen genomförts på ett tillfredsställande sätt.

Vid återkallelse dokumenteras detta i LifeCares delegeringsmodul.

Akut situation

I en akut nödsituation kan det bli aktuellt att beordra utförandet av en viss arbetsuppgift. Detta är inte att betrakta som delegering. Sjuksköterskan begär då hjälp av annan personal som utför arbetsuppgiften under sjuksköterskans ansvar. Den som utför uppgiften då som omvårdnadspersonal ansvarar för att det sker efter bästa förmåga. Sjuksköterskan är ansvarig för uppgiftens utförande.

Ansvarsfördelning

MAS ansvar

Det ska finnas rutiner upprättade i verksamheten om att delegera ansvaret för vårduppgifter. Dessa ska vara förenliga med säkerheten för den enskilde.

MAS ska vara uppmärksamma på om tagna delegeringsbeslut är förenliga med en god och säker vård.

Vid behov ska MAS ta initiativ till att ompröva eller återkalla delegeringsbeslut.

Vårdgivarens och verksamhetschefens ansvar

Vårdgivaren är skyldig att anpassa bemanningen så att kraven på en god och säker vård kan uppfyllas. Det innebär att det måste finnas personal med såväl formell som reell kompetens i tillräcklig omfattning. Det är varje verksamhetschefs ansvar att inom ramen för personella och övriga resurser som vårdgivaren ställer till förfogande, leda arbetet. Verksamhetschefen ska också fördela arbetsuppgifterna allt efter art och svårighetsgrad med hänsyn tagen till både kompetens och yrkeserfarenhet. Verksamhetschefen ansvarar för att hälso- och sjukvårdspersonalen som ska utföra vissa arbetsuppgifter har tillräcklig kompetens för detta.

Enhetschef ansvar

Den personal som behövs för att kunna ge en god och säker vård ska finnas till hands. Vid bemanningsplanering ska hänsyn tas till behov av delegerad personal. Kontinuitet i bemanningen runt en patient där delegering krävs ska eftersträvas. All ny personal utan formell kompetens, även vikarier ska informeras om att medicinska arbetsuppgifter kräver delegering eller instruktion. Vid personalplanering ska tid avsättas för introduktion och delegering eller instruktion i samråd med sjuksköterska/arbetsterapeut/fysioterapeut. Tillsammans med legitimerad personal se över lämpligt antal delegeringar inom en enhet. Legitimerad personal ska meddelas om delegerad personal får förlängning av vikariat/anställning eller slutar sin tjänst. En förutsättning för att enhetschefen ska kunna ta sitt ansvar och bemanna är att han/hon kontinuerligt tar del av delegeringar inom sitt ansvarsområde.

Delegerande – legitimerad personals ansvar

Bevakning av att delegerade arbetsuppgifter utförs på ett sätt som är förenligt med god och säker vård genom att regelbundet utföra praktisk genomgång av arbetsuppgiften. Att vid behov förnya delegeringen. Bevaka och vidta åtgärder om ett delegeringsbeslut behöver omprövas eller återkallas. Den personal som delegerar skall försäkra sig om att den som ska motta arbetsuppgiften verkligen har förutsättningar att utföra den.

Personal som åtar sig en delegerad arbetsuppgifts ansvar

Att meddela i god tid när delegeringen går ut eller när det är tid för att uppföljning skall göras
Tala om när man inte anser sig ha tillräckliga kunskaper för att utföra arbetsuppgiften
Ta emot information och undervisning om arbetsuppgiften.
Att vara införstådd med att när man utför medicinska arbetsuppgifter tillhör hälso- och sjukvårdspersonal och därmed lyder under de bestämmelser som gäller för dessa.
Att man själv bär det fulla ansvaret för sitt sätt att utföra den delegerade arbetsuppgiften och att utföra den efter bästa förmåga.

Delegation över huvudmannagränser/ vårdgivargräns

Förutsättningen för att det ska vara möjligt att delegera över huvudmannagränserna är att mottagaren av uppgiften har sin arbetslednings tillåtelse att utföra arbetsuppgiften. Det innebär att den som har för avsikt att delegera över vårdgivargräns först måste samråda med mottagarens arbetsledning. Verksamhetschefen för den som meddelat delegeringen, har ansvar för att delegeringen genomförts på ett korrekt sätt.

DELEGATIONSORDNING

FÖR

VÅRD- OCH OMSORGSNÄMNDEN

Gäller från 1 mars 2026

Delegationsordning för vård- och omsorgsnämndens verksamhetsområden.

Gällande lagstiftning

I 6 kapitlet 33-38 §§ kommunallagen finns bestämmelser som gör det möjligt att med vissa inskränkningar delegera en kommunal nämnds beslutanderätt.

Således får en nämnd uppdra åt ett utskott, åt en ledamot eller ersättare eller åt en anställd hos kommunen att besluta på nämndens vägnar i ett visst ärende eller en viss grupp av ärenden.

I följande slag av ärenden inom vård- och omsorgsnämndens verksamhetsområde får beslutanderätten dock inte delegeras:

1. Ärenden som avser verksamhetens mål, inriktning, omfattning och kvalitet.
2. Framställningar eller yttranden till kommunfullmäktige liksom yttranden med anledning av att beslut av nämnden i dess helhet eller av kommunfullmäktige har överklagats.
3. Ärenden som rör myndighetsutövning mot enskilda, om de är av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt.
4. Ärenden som väckts genom medborgarförslag och som överlåtits till nämnden.

Nämnden uppdrar åt ordföranden och i dennes frånvaro vice ordförande att besluta på nämndens vägnar i ärenden som är så brådskande, att nämndens beslut inte kan avvaktas.

Enligt kommunallagen ska beslut som fattats med stöd av delegation anmälas till nämnden i den ordning som nämnden bestämmer. Besluten tillhandahålls vid nämndens nästa sammanträde och i övrigt på omsorgskontoret via nämndsekreterare. Delegationsbesluten anmäls under särskild punkt på dagordningen.

En delegation lämnas till en yrkeskategori. För att det inte ska uppstå en situation där det saknas delegat får nämnden utfärda temporära delegationer, t ex vid semester, sjukdom etc.

I förteckningen anges lägsta nivån till vilken delegation kan ifrågakomma. Frågor av principiell natur ska i individärenden hänskjutas till arbetsutskottet.

Delegation avseende upphandling och beslut angående personal och ekonomiska åtaganden följer kommunstyrelsens delegationsordning.

NR	Ärende	Lagrum	Delegat	Anmälan	Anmärkning
Socialtjänstlagen, SoL					
1.1	Beslut om att inleda utredning	14 kap 2 § SoL	Biståndshandläggare	Besluts-förteckning	
1.2	Beslut om att utredning inte ska inledas eller att inledd utredning ska läggas ner	14 kap 2 § SoL	Biståndshandläggare	Besluts-förteckning	
1.3	Beslut om att avsluta utredning	14 kap 2 § SoL	Biståndshandläggare	Besluts-förteckning	
1.4	Beslut om att ändra ett beslut till den enskildes nackdel om förhållandena för den enskilde har förändrats väsentligt	14 kap 9 § SoL	Biståndshandläggare	Besluts-förteckning	
1.5	Insatser för personliga behov med behovsprövning	11 kap 1 § SoL	Biståndshandläggare	Besluts-förteckning	
1.6	Insatser för personliga behov utan behovsprövning	11 kap 5 § SoL	Enhetschef	Besluts-förteckning	Enligt riktlinjer
1.7	Insatser för personliga behov utöver vad som följer av 11 kap 1 § SoL	11 kap 4 § SoL	Biståndshandläggare	Besluts-förteckning	6 kap 37 § KL
1.8	Beslut med anledning av ansökan enligt 29 kap 7 § SoL om insatser enligt 11 kap 1 § SoL	29 kap 7 § SoL 1 st 11 kap 1 § SoL	Biståndshandläggare	Besluts-förteckning	Avser ansökan från boende i annan kommun som önskar flytta hit och har ett varaktigt behov av omfattande vård- eller omsorgsinsatser

NR	Ärende	Lagrum	Delegat	Anmälan	Anmärkning
Socialtjänstlagen, SoL					
1.9	Beslut om köp av plats i annan kommun eller hos annan vårdgivare	11 kap 1 § SoL	Arbetsutskottet	Besluts-förteckning	
1.10	Beslut om framställning om överflyttning av ärende till nämnd i annan kommun	29 kap 10 § SoL	Arbetsutskottet	Besluts-förteckning	
1.11	Beslut om mottagande av ärende från annan kommun	29 kap 10 § SoL	Arbetsutskottet	Besluts-förteckning	
1.12	Teckna avtal med vårdgivare		Verksamhetschef Myndighetsenheten		Information till nämnden
1.13	Beslut om avgift	32 kap 1 § SoL	Avgiftshandläggare		
1.14	Beslut om ändring av avgift	32 kap 10 § SoL	Enhetschef Myndighetsenheten	Besluts-förteckning	
Överförmyndare, god man					
		Socialtjänst-förordningen			
1.15	Beslut om anmälan till överförmyndaren om behov av god man, förvaltare	5 kap 3 § SOF	Biståndshandläggare/ enhetschef		
1.16	Beslut om anmälan till överförmyndaren om att behov av förvaltare inte längre föreligger	5 kap 5 § SOF	Biståndshandläggare/ enhetschef		

NR	Ärende	Lagrum	Delegat	Anmälan	Anmärkning
Överklaganden, yttranden, underrättelser och anmälningar mm till domstol, åklagarmyndighet och andra myndigheter					
1.17	Beslut om att föra talan i ärenden eller mål vid allmän domstol eller förvaltningsdomstol	30 kap 2 § SoL	Ordförande	Besluts-förteckning	
1.18	Utseende av ombud att föra nämndens talan samt utfärda fullmakt	30 kap 2 § SoL	Ordförande	Besluts-förteckning	
1.19	Beslut om omprövning ska ske	27 § FL	Delegat i ursprungsärendet	Besluts-förteckning	
1.20	Omprövning av beslut och yttrande i ärenden där ursprungsbeslutet fattats av delegat	27 § FL	Delegat i ursprungsärendet	Besluts-förteckning	
1.21	Prövning av att överklagande skett i rätt tid och avvisning av överklagande som kommit in för sent	27 § 1 st FL	Delegat i ursprungsärendet	Besluts-förteckning	
1.22	Överklagande och yrkande om inhibition när förvaltningsrätt eller kammarrätt ändrat nämndens beslut och detta beslut ursprungligen fattats av delegaten samt avgivande av yttrande i SoL-ärenden där ursprungsbeslutet fattats av delegat	30 kap 1-2 § SoL 3 kap 10 §, 6 kap 33 § och 34 § 3 p KL	Delegat i ursprungsärendet	Besluts-förteckning	

NR	Ärende	Lagrum	Delegat	Anmälan	Anmärkning
Överklaganden, yttranden, underrättelser och anmälningar mm till domstol, åklagarmyndighet och andra myndigheter					
1.23	Överklagande, yrkande om inhibition samt yttrande till förvaltningsrätt och kammarrätt i SoL-ärenden när ursprungsbeslutet fattats av nämnd	30 kap 1-2 § SoL 6 kap 36 § KL	Ordförande	Besluts-förteckning	
1.24	Avvisande av ombud	9 § FL	Arbetsutskottet	Besluts-förteckning	
1.25	Underrättelse till tillsynsmyndighet om missförhållanden i enskild verksamhet	28 kap 5 § SoL	Arbetsutskott	Besluts-förteckning	Vid brådskande ärenden förvaltningschef.
1.26	Underrättelse till tillsynsmyndighet om allvarliga missförhållanden i omsorger för äldre i kommunens egen verksamhet	27 kap 6 § SoL	Förvaltningschef	Besluts-förteckning	
1.27	Upprätta polisanmälan gällande brott inom verksamheten	15 kap 7 § SoL och 13 kap 5 § OSL	Enhetschef		Brott som begåtts av anställd anmäls till förvaltningschef och till HR-chef för eventuella arbetsrättsliga åtgärder.
1.28	Behörighet att motta delgivning av domstolsbeslut	SFS 2010:1932 13 §	Verksamhetschef		
1.29	Beslut om avskrivning av fordran upp till ett halvt basbelopp	SFS 1965:921 9 §	Förvaltningschef	Besluts-förteckning	

NR	Ärende	Lagrum	Delegat	Anmälan	Anmärkning
Övrigt					
1.30	Beslut om bifall eller avslag på begäran om utlämnande av handling ur verksamhetssystem till enskild eller annan myndighet samt uppställande av förbehåll i samband med utlämnande till enskild	2 kap 14 § TF, 6 kap 2-3 §§ OSL, 12 kap OSL, 25 och 26 kap 1 § OSL	MAS/Enhetschef på berörd enhet		Avslag och delavslag lämnas med besvärshänvisning. Överklagas till kammarrätten
1.31	Beslut att lämna ut uppgifter ur personregister till statliga myndigheter i forskningssyfte	15 kap 3 § SoL	Enhetschef på berörd enhet		Uppgiftsskyldighet. Ska lämnas ut om det kan ske utan risk för att den enskilde eller dennes närstående lider men.
1.32	Beslut om utlämnande av diarietärd handling på begäran	6 kap 3 § OSL	Nämndsekreterare		Avser utlämnande av hela eller delar av diarietärd handling.
1.33	Beslut om helt avslag på begäran om utlämnande av diarietärd allmän handling till enskild eller annan myndighet	2 kap 14 § TF, 6 kap 2-3 §§ OSL och 12 kap OSL	Berörd verksamhetschef		Lämnas med besvärshänvisning. Överklagas till kammarrätten
1.34	Beslut om att ersätta enskild person för egendomsskada vid myndighetsutövning som förorsakats av personal upp till ett belopp av 5 000 kr	3 kap 2 § skadeståndslagen	Förvaltningschef		
1.35	Beslut om ersättning till kontaktperson (arvode, omkostnadsersättning) enligt SKR:s rekommendationer		Enhetschef		
1.36	Beslut om förordnande och entledigande av kontaktperson		Enhetschef		

NR	Ärende	Lagrum	Delegat	Anmälan	Anmärkning
Övrigt					
1.37	Beslut om inköp - Upp till 1 basbelopp - Mellan 1-5 basbelopp - Över 5 basbelopp		Enhetschef Verksamhetschef Förvaltningschef		
1.38	Underteckna avtal Beslut i ärende om upphandling av vara eller tjänst när upphandlingens totala värde är mellan 5 och 50 prisbasbelopp Upphandlingsärende understigande 5 prisbasbelopp		Förvaltningschef (med rätt till vidaredelegation enligt 7 kap 6 § KL) Förvaltningschef		Anmäls till Ks Au
Hälso- och sjukvårdslagen					
1.39	Beslut om anmälan till Inspektionen för vård och omsorg om händelser som har medfört eller hade kunnat medföra allvarlig vårdskada (lex Maria)	3 kap 5-6 §§ PL, SFS 2010:659 5 §, SOSFS 2005:28 5 kap	Medicinskt ansvariga	Besluts-förteckning	
1.40	Svara för att anhörig underrättas när en patient avlider eller en patients tillstånd försämras allvarligt	HSL	Tjänstgörande sjuksköterska		
1.41	Svara för att anhörig eller lämplig myndighet underrättas om en patient som lämnar vårdinrättningen är farlig för någon annan eller sig själv	HSL	Tjänstgörande sjuksköterska		

NR	Ärende	Lagrum	Delegat	Anmälan	Anmärkning
Hälso- och sjukvårdslagen					
1.42	Beslut som rör ansvaret för medicinsktekniska produkter i kommunens hälso- och sjukvård	SOSFS 2008:1	Medicinskt ansvariga		
1.43	Uppgiftslämnande enligt smittskyddslag till smittskyddsläkare	6 kap 10 § smittskyddslagen SFS 2019:362	Medicinskt ansvarig sjuksköterska		
1.44	Riktlinjer och delegationsordning för hälso- och sjukvårds icke läkemedelsrelaterade arbetsuppgifter	HSLF-FS 2017:37	Medicinskt ansvariga		
Lagen om valfrihet, LOV					
1.45	Rätt att godkänna utförare samt teckna avtal med utförare för LOV	8 kap 1-3 §§ LOV 4 kap 3 § SoL	Arbetsutskottet	Besluts-förteckning	
1.46	Rätt att avslå ansökan	8 kap 1 § LOV	Arbetsutskottet	Besluts-förteckning	
1.47	Beslut att godkänna eller avslå underleverantörer till godkänd leverantör	8 kap 1 § LOV	Arbetsutskottet	Besluts-förteckning	
1.48	Besluta om ersättning utöver beställd tid	LOV	Verksamhetschef Myndighetsenheten	Besluts-förteckning	
1.49	Rätt att begära åtgärdsplan vid bristande kvalitet	LOV	LOV-handläggare	Besluts-förteckning	
1.50	Rätt att godkänna åtgärdsplan	LOV	LOV-handläggare	Besluts-förteckning	
1.51	Rätt att besluta om vitesförläggande vid bristande kvalitet	LOV	Verksamhetschef Myndighetsenheten	Besluts-förteckning	

1.52	Rätt att häva kontrakt med godkänd utförare	7 kap 1 § LOV	Arbetsutskottet	Besluts-förteckning	
1.53	Rätt att godkänna ny verksamhetsansvarig för godkänd leverantör	LOV	Enhetschef Myndighetsenheten	Besluts-förteckning	

NR	Ärende	Lagrum	Delegat	Anmälan	Anmärkning
GDPR					
1.54	Beslut att ta ut en avgift eller vägra att tillmötesgå begäran om begäranden är uppenbart ogrundade eller orimliga	Art. 12.5 GDPR	Berörd verksamhetschef		Överklagas till allmän förvaltningsdomstol enligt 7 kap 2 § lag 2018:218
1.55	Beslut om tillgång – utlämnande av registerutdrag	Art. 15 GDPR	Berörd enhetschef		Överklagas till allmän förvaltningsdomstol enligt 7 kap 2 § lag 2018:218
1.56	Beslut om den registrerades rätt till rättelse	Art. 16 GDPR	Berörd enhetschef		Överklagas till allmän förvaltningsdomstol enligt 7 kap 2 § lag 2018:218
1.57	Beslut om den registrerades rätt till radering	Art. 17 GDPR	Berörd verksamhetschef		Överklagas till allmän förvaltningsdomstol enligt 7 kap 2 § lag 2018:218
1.58	Beslut om den registrerades rätt till begränsning av behandling	Art. 18 GDPR	Berörd enhetschef		Överklagas till allmän förvaltningsdomstol enligt 7 kap 2 § lag 2018:218
1.59	Beslut om underrättelse till tredje man om rättelse eller radering av personuppgifter eller begränsning av behandling	Art. 19 GDPR	Berörd enhetschef		Överklagas till allmän förvaltningsdomstol enligt 7 kap 2 § lag 2018:218
1.60	Beslut om den registrerades rätt till dataportabilitet	Art. 20 GDPR	Berörd enhetschef		Överföring av personuppgift från en personuppgiftsansvarig till en annan. Överklagas till allmän förvaltningsdomstol enligt 7 kap 2 § lag 2018:218

1.61	Beslut med anledning av den registrerades rätt att göra invändningar	Art. 21 GDPR	Berörd verksamhetschef		Överklagas till allmän förvaltningsdomstol enligt 7 kap 2 § lag 2018:218
1.62	Ingå datadelningsavtal eller liknande inbördes arrangemang mellan två eller flera gemensamt personuppgiftsansvariga	Art. 26 GDPR	Förvaltningschef		Överklagandeförbud enligt 7 kap 5 § lag 2018:218

NR	Ärende	Lagrum	Delegat	Anmälan	Anmärkning
GDPR					
1.63	Ingå personuppgiftsbiträdesavtal inklusive instruktioner	Art. 28 GDPR	Förvaltningschef		Överklagandeförbud enligt 7 kap 5 § lag 2018:218
1.64	Beslut om anmälan av en personuppgiftsincident	Art. 33 GDPR	Förvaltningschef		Anmälan ska göras till datainspektionen senast 72 timmar efter kännedom om incident. Görs i samråd med dataskyddsombud. Överklagandeförbud enligt 7 kap 5 § lag 2018:218
1.65	Ta ställning till om information ska lämnas om en personuppgiftsincident	Art. 34 GDPR	Förvaltningschef		Överklagandeförbud enligt 7 kap 5 § lag 2018:218
1.66	Fastställa konsekvensbedömning avseende dataskydd	Art. 35 GDPR	Förvaltningschef		Görs samråd med dataskyddsombud. Överklagandeförbud enligt 7 kap 5 § lag 2018:218
1.67	Utse dataskyddsombud för nämnden	Art. 37 GDPR	Förvaltningschef		Överklagandeförbud enligt 7 kap 5 § lag 2018:218
1.68	Fastställa ändamål med behandling av personuppgifter	Art. 5b GDPR	Dataskyddsredogörare		Dokumenteras i registerförteckning
1.69	Fastställa laglig grund för behandling av personuppgifter	Art. 6 GDPR	Dataskyddsredogörare		Dokumenteras i registerförteckning

1.70	Fastställa att behandling av särskilda kategorier av personuppgifter (känsliga) är tillåten enligt något av de undantag som finns i art. 9 GDPR	Art. 9 GDPR	Dataskyddsredogörare		Dokumenteras i registerförteckning
1.71	Begära att ytterligare information tillhandahålls som är nödvändig för att bekräfta den registrerades identitet	Art. 12.6 GDPR	Berörd enhetschef		

NR	Ärende	Lagrum	Delegat	Anmälan	Anmärkning
GDPR					
1.72	Föra register över personuppgiftsbehandlingar	Art. 30 GDPR	Dataskyddsredogörare		Nämnden informeras om aktuell förteckning
1.73	Säkerställa en lämplig säkerhetsnivå i samband med personuppgiftsbehandling	Art. 32 GDPR	Dataskyddsredogörare		
1.74	Upprätta anmälan om personuppgiftsincident	Art. 33.3-4 GDPR	Förvaltningschef		Nämnden informeras om personuppgiftsincidenter
1.75	Dokumentera personuppgiftsincidenter	Art. 33.5 GDPR	Dataskyddsredogörare		Nämnden informeras om personuppgiftsincidenter
1.76	Delta i arbetsgrupp för att göra risk- och konsekvensbedömning	Art. 35 GDPR	Dataskyddsredogörare		



Vård- och omsorgsnämnden

VON § Dnr 2026/17

Kö- och beläggningsstatistik 2026

FÖRSLAG TILL BESLUT

Informationen läggs till handlingarna.

Ärendet i korthet

Information av nämndsekreterare Camilla Eriksson angående disponibla platser/lägenheter i särskilda boende, beläggningen, antal sökande samt kostnader för institutionsplacerade och utskrivningsklara under januari 2026.

Beslutsunderlag

Köstatistik januari 2026

Beläggningsstatistik januari 2026

Köstatistik och kostnader januari 2026

Köstatistik till säbo somatisk och demensboende den 27 januari

Antal lediga platser till säbo somatisk:	6	
Antal lediga platser till demensboende:	3	
Antal lediga platser privat boende:	4	(2 somatik o 2 demens)
Nyansökningar denna mån:	8	(Kommunalt: 2 till somatisk, 1 till demens Privat: 2 till somatisk, 3 till demens)
Antal avlidna denna mån:	7	(Kommunalt: 5 på somatisk, 0 på demens Privat: 1 på somatisk, 1 på demens)
Antal sökande till säbo somatisk:	1	
Antal sökande till säbo somatisk mer än 3 mån:	0	
Antal sökande till demensboende:	0	
Antal sökande till demensboende mer än 3 mån:	1	
Antal sökande till Timansstenar:	0	
Antal sökande till Timansstenar mer än 3 mån:	0	
Antal sökande totalt:	1	
Antal sökande mer än 3 mån totalt:	0	
Lediga platser på Utsikten:	4	
Kö till Utsikten:	0	

Kostnader

För institutionsplacerade denna mån:	0
För institutionsplacerade hittills i år:	0
För medicinskt färdigbehandlade denna mån:	0
För medicinskt färdigbehandlade hittills i år:	0

Beläggingsstatistik

Januari 2026

Boende (kapacitet)	Antal platser i bruk	Tom plats/medel	Beläggning
Gerbogården demens (40)	30	0,9	97 %
Gerbogården somatik (12)	12	1,4	89 %
Solgården demens (26)	26	2,6	90 %
Solgården somatik (14)	14	3,0	79 %
Slottsgården demens (11)	11	0,0	100 %
Slottsgården somatik (33)	22	0,9	96 %
Beläggningsgrad:	115	8,8	92 %
Timansstenar demens (30)	30	1,2	96 %
Timansstenar somatik (30)	30	2,6	91 %
Totalt:	175	12,6	93 %



Vård- och omsorgsnämnden

VON § Dnr 2026/4

Anmälan av delegationsbeslut

FÖRSLAG TILL BESLUT

Anmälningarna läggs till handlingarna.

-
1. 183 meddelade delegationsbeslut rörande hemtjänst och särskilda boenden under januari 2026.

- Biståndshandläggare – 183 bifall

2. Av André Jönsson, förvaltningschef meddelat delegationsbeslut gällande 2 st lex Sarah-utredningar enligt 27 kap 5 § SoL om missförhållande eller en påtaglig risk för missförhållande.

Nr 4898, se bilaga.

Nr 4980 och 4981, se bilaga.

3. Av Lina Jörnkrans, ordförande, meddelat delegationsbeslut gällande vakansprövning av biståndshandläggare, se bilaga.
-



Händelsedatum
2026-02-17

Utredningsinformation

Benämning Utredning av lex Sarah rapport 4898 avseende ekonomiska övergrepp	
Dokument upprättat 2026-02-17 Svenja Andersén	Rapportnummer 4898
Diarienummer 2026_Vård- och omsorgsnämnden_3	
Utredning 2026-01-07 utredning SoL/LSS Lex Sarah	Lagrum SoL
Utredare Svenja Andersén	Titel/befattning Kvalitetsutvecklare
Organisation VON Gerbogården särskilt boende	

Utredning

Utredning enligt 27 kap 5 § Socialtjänstlagen

Ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande, ska dokumenteras, utredas, avhjälpas och undanröjas utan dröjsmål.

När togs den muntliga eller skriftliga rapporten emot?

2026-01-07

Vad har skett som bedöms vara ett missförhållande/risk för missförhållande?

Ekonomiska övergrepp

Brukaren är avliden. Vid iordningställande av kroppen upptäcker personalen att brukarens guldhalsband saknades.

I vilken verksamhet skedde missförhållandet/risken för missförhållande?

Särskilt boende.

Vilken/vilka brukare är berörda av händelsen?

Brukaren i händelsen.

När inträffade missförhållandet/risken för missförhållandet och hur/när upptäcktes det?

Den exakta tidpunkten går inte att fastställa. Ordinarie personal vet med säkerhet att brukaren hade halsbandet på sig den 22/12. Därefter har sammantaget 34 olika personal varit i tjänst fram tills brukaren avled 2026-01-06. Dagen efter upptäcktes att halsbandet bar borta när kroppen skulle göras iordning.

Vilka konsekvenser har det fått eller kunde ha fått för den enskilde?

Går ej att utreda.

Utredningens genomförande:

Enhetschef har haft samtal med en del av berörd personal. Undertecknad har haft samtal med ordinarie enhetschef samt vikarierande enhetschef.

Vilka orsaker till missförhållandet har identifierats?

Händelserna har utretts i den mån verksamheten har möjlighet att göra det. Det har under utredningen inte

framkommit något som tyder på organisatoriska bakomliggande orsaker. Denna utredning utreder inte brott. Händelsen är polisanmäld.

Har något liknande inträffat i verksamheten tidigare och i så fall hur kommer det sig att det har inträffat igen?
Ja.

Finns det risk för att något liknande kan inträffa igen?
Bedömningen är att det inte går att helt säkerställa att något liknande inte händer igen, men med rapporteringen och utredning som utgångspunkt samt genomförandet av de föreslagna åtgärderna minskar risken.

Vad har verksamheten och organisationen redan gjort för att undanröja eller avhjälpa missförhållandet eller risken för missförhållandet (SOSFS 5 kap 3 §)?
Enhetschef har haft samtal med personalen och informerat på APT.

Vad har verksamheten eller organisationen redan gjort eller planerar att göra för att förhindra att liknande missförhållanden eller påtagliga risker för missförhållanden framåt (SOSFS 5 kap 5 §)?
Förvaltningen har under hösten förra året inlett ett större övergripande brottsförebyggande samarbete med polisen och kommunens brottsförebyggande organisation som kommer att fortsätta arbetet även framåt.

Är den enskilde som berörs underrättad om det missförhållande som har inträffat?
Nej, brukaren är avliden.

Sammanfattande bedömning:
Att en brukare utsätts för ekonomiska övergrepp är att anses som ett missförhållande. Stöld är en kriminell handling och utreds inte i en lex Sarah utredning. Händelsen är polisanmäld.

Förslag till beslut
Utredningen visar att ett missförhållande eller påtaglig risk för missförhållande föreligger. Anmälan till Inspektionen för vård och omsorg görs inte då det inte föreligger något allvarligt missförhållande eller påtaglig risk för allvarligt missförhållande.

Datum	Ort	Utredare
2026-02-17	Sölvesborg	Svenja Andersén, kvalitetsutvecklare
		 Underskrift
Datum	Ort	Beslutsfattare
2026-02-17	Sölvesborg	André Jönsson, förvaltningschef
		 Underskrift

Signering

Följande parter har signerat detta dokument

Namn: Svenja Andersén

Datum: 2026-02-19 14:41

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

86E0A00E17554801FD5E9ECC2F04898BA80B5214998AA2405C6A1E16580DC66C

Namn: André Jönsson

Datum: 2026-02-19 15:08

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

86E0A00E17554801FD5E9ECC2F04898BA80B5214998AA2405C6A1E16580DC66C



Händelsedatum
2026-01-26

Utredningsinformation

Benämning Utredning av lex Sarah rapport nr 4980 och 4981 avseende misskötsel av allmän omvårdnad	
Dokument upprättat 2026-02-17 Svenja Andersén	Rapportnummer 4980, 4981
Diarienummer 2026_Vård- och omsorgsnämnden_9, 2026_Vård- och omsorgsnämnden_10	
Utredning 2026-01-30 utredning SoL/LSS Lex Sarah	Lagrum SoL
Utredare Svenja Andersén	Titel/befattning Kvalitetsutvecklare
Organisation VON Gerbogården särskilt boende	

Utredning

Utredning enligt 27 kap 5 § Socialtjänstlagen

Ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande, ska dokumenteras, utredas, avhjälpas och undanröjas utan dröjsmål.

När togs den muntliga eller skriftliga rapporten emot?

2026-01-28

Vad har skett som bedöms vara ett missförhållande/risk för missförhållande?

Brister i utförande av insatser (insatser som utförts felaktigt eller inte alls).

Händelserna som beskrivs i rapporterna grundar sig i bristande omvårdnad och försummelse och medförde utebliven medicinering och oro bland flera brukare.

I vilken verksamhet skedde missförhållandet/risken för missförhållande?

Särskilt boende

Vilken/vilka brukare är berörda av händelsen?

Tre brukare är berörda av händelserna.

När inträffade missförhållandet/risken för missförhållandet och hur/när upptäcktes det?

2026-01-26

Vilka konsekvenser har det fått eller kunde ha fått för den enskilde?

Utebliven medicinering och oro.

Utredningens genomförande:

Enhetschef och HR har haft samtal med personalen.

Vilka orsaker till missförhållandet har identifierats?

Händelserna har utretts och det har under utredningen inte framkommit något som tyder på organisatoriska bakomliggande orsaker.

Händelserna som beskrivs i rapporterna och utreds i denna utredning grundar sig i en och samma medarbetares bristande omvårdnad och har hanterats arbetsrättsligt.

Har något liknande inträffat i verksamheten tidigare och i så fall hur kommer det sig att det har inträffat igen?

Ja, tidigare händelser har hanterats arbetsrättsligt.

Finns det risk för att något liknande kan inträffa igen?

Bedömningen är att det inte går att helt säkerställa att något liknande inte händer igen, men med rapporteringen och utredning som utgångspunkt samt genomförandet av de föreslagna åtgärderna minskar risken.

Vad har verksamheten och organisationen redan gjort för att undanröja eller avhjälpa missförhållandet eller risken för missförhållandet (SOSFS 5 kap 3 §)?

Övriga medarbetare som var i tjänst samtidigt har agerat enligt rutin och tillkallat hjälp från en annan enhet för att säkerställa att brukarna får den omvårdnad och trygghet som behövs.

Vad har verksamheten eller organisationen redan gjort eller planerar att göra för att förhindra att liknande missförhållanden eller påtagliga risker för missförhållanden framåt (SOSFS 5 kap 5 §)?

Arbetsrättsliga åtgärder samt information till övriga i arbetsgruppen.

Är den enskilde som berörs underrättad om det missförhållande som har inträffat?

Nej, pga kognitiv svikt.

Sammanfattande bedömning:

Att en medarbetare underlåta att utföra handlingar och insatser för att säkerställa brukarna hälsa och säkerhet att anses som ett missförhållande.

Förslag till beslut

Utredningen visar att ett missförhållande eller påtaglig risk för missförhållande föreligger.

Anmälan till Inspektionen för vård och omsorg görs inte då det inte föreligger något allvarligt missförhållande eller påtaglig risk för allvarligt missförhållande.

Datum 2026-02-20	Ort Sölvesborg	Utredare Svenja Andersén, kvalitetsutvecklare Underskrift
Datum 2026-02-20	Ort Sölvesborg	Beslutsfattare André Jönsson, förvaltningschef Underskrift

Signering

Följande parter har signerat detta dokument

Namn: Svenja Andersén

Datum: 2026-02-20 13:09

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

F89803C92580615CA0BAB179ECAAB935587ADD04AA82215C39DDCFC93775FB95

Namn: André Jönsson

Datum: 2026-02-20 14:53

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

F89803C92580615CA0BAB179ECAAB935587ADD04AA82215C39DDCFC93775FB95



Vakansprövning - delegationsbeslut

Förvaltning:	Vård- och omsorgsförvaltningen
Befattning:	Biståndshandläggare
Anställningsform:	Tills vidare
Sysselsättningsgrad:	100 %
Från och med datum:	250323
Anledning tillsättning av tjänst:	Ordinarie biståndshandläggare har sagt upp sig.

Återbesättande	☒ Medges ☐ Medges inte
Motivering vid avslag:	

Vakansprövningen ska signeras av samtliga nedan angivna:

Närmsta chef:  Datum: 251230

Namnförtydligande: FRIDA EINARSSON SUNDIN

Förvaltningschef: André Jönsson Datum: 260206

Namnförtydligande: André Jönsson

Nämndsordförande:  Datum: 260206

Namnförtydligande: Dina Jönsson

Ifylld blankett ska lämnas till nämndsekreterare som delger ovan nämnda beslutsfattare att beslut är taget. Blanketten diarieförs och arkiveras i respektive förvaltning.

Kopia på beslutet skickas till kommunstyrelsens arbetsutskott.



Vård- och omsorgsnämnden

VON § Dnr 2026/5

Meddelanden

FÖRSLAG TILL BESLUT

Meddelandena läggs till handlingarna.

-
1. Dom 2026-02-03 från Förvaltningsrätten i Växjö gällande överklagat beslut om särskilt boende. Förvaltningsrätten avslår överklagandet, se bilaga. Dnr 2025/53.
 2. Protokoll från sammanträde 2026-02-06 med Politisk samverkan vård och omsorg (PSVO), se bilaga.
-


KLAGANDE

██████████, 19391018-8303

MOTPART

Vård- och omsorgsnämnden i Sölvesborgs kommun

ÖVERKLAGAT BESLUT

Vård- och omsorgsnämndens beslut den 6 oktober 2025

SAKEN

Särskilt boende enligt socialtjänstlagen (2025:400), SoL

FÖRVALTNINGSRÄTTENS AVGÖRANDE

Förvaltningsrätten avslår överklagandet.

YRKANDEN M.M.

Genom det överklagade beslutet har Vård- och omsorgsnämnden i Sölvesborgs kommun (nämnden) avslagit ██████████ ansökan om särskilt boende enligt 11 kap. 1§ SoL. Som skäl för beslutet angavs att ██████████ behov kan tillgodoses på annat sätt.

██████████ överklagar och anför i huvudsak följande. Under den dåvarande situationen bedömdes hon kunna klara sig med hjälp av hemtjänst och ökade insatser. Hon själv visste inte heller riktigt vad hon ville och hon ansåg att hon nog skulle klara sig med hjälp från hemtjänsten. Nu har situationen förändrats på så sätt att hon numera själv vill till äldreboendet. Hennes fysiska tillstånd har också försämrats. Hon ramlar numera oftare och blev nyligen inlagd på sjukhus efter att hon föll på natten under toalettbesök. Hemtjänsten kom då till henne först på morgonen och hjälpte henne till sjukhuset. Fallet ledde till

Avgörandet är elektroniskt undertecknat

betydande skador. Hennes nuvarande situation är en oro för henne och anhöriga. Hon bor ensam i eget hus. Insatsen särskilt boende skulle medföra att hon får personal nära sig, mat och medicin på regelbundna tider, ett lugn för henne och anhöriga samt en social samvaro.

Nämnden vidhåller tidigare fattat beslut och tillägger följande. [REDACTED] bedöms även med de uppgifter som uppges i överklagandet inte ha ett omfattande omvårdnadsbehov. Omvårdnadsbehovet bedöms kunna tillgodoses genom beviljade hemtjänstinsatser. Det finns även utrymme för hemtjänsten att utöka sina insatser.

SKÄLEN FÖR AVGÖRANDET

Enligt 11 kap. 1 § SoL har en enskild som inte själv kan tillgodose sina personliga behov och inte heller kan få dem tillgodosedda på annat sätt rätt att få insatser av socialnämnden för dessa behov. Den enskilde ska tillförsäkras skäliga levnadsförhållanden genom insatserna. Enligt 8 kap 2–3 §§ SoL ska socialnämnden arbeta för att äldre personer får möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra. Socialnämnden ska arbeta för att äldre personer får goda bostäder. Nämnden ska därutöver ge äldre som behöver det insatser i hemmet och tillgång till andra lättåtkomliga tjänster.

Huvudinriktningen när det gäller omsorgen om äldre och personer med olika slags funktionshinder är att förstärka möjligheterna till eget boende. Det bör vara utgångspunkten även i de fall den enskilde har omfattande behov av tillsyn, omvårdnad och vård. Först när behovet av tillsyn eller kraven på trygghet och säkerhet inte längre kan tillgodoses i det egna hemmet bör det finnas möjligheter att flytta till en särskild boendeform (prop. 1996/97:124 s. 89).

Vid bedömningen av möjligheterna att flytta till en särskild boendeform bör, förutom en persons fysiska omvårdnadsbehov, även sociala och psykologiska faktorer kunna beaktas. En persons sviktande hälsotillstånd samt förändrade yttre förhållanden kan föranleda att personen inte önskar bo kvar i sin bostad, även om hemtjänstinsatser erbjuds. Tilltagande fysisk svaghet kan för en äldre person leda till en känsla av otrygghet och social isolering. Även sådana aspekter bör beaktas vid en helhetsbedömning av frågan om den enskilde alltfjämt är tillförsäkrad en skälig levnadsnivå vid kvarboende i den egna bostaden. Detsamma gäller hänsynen till den enskildes egen uppfattning, oavsett att den enskilde inte har någon obegränsad frihet att välja sociala tjänster (RÅ 2007 ref. 86).

Förvaltningsrättens bedömning

Av utredningen i målet framgår att [REDACTED] har värk och hälsobesvär av olika slag som sammantagna gör att hon har ett behov av hjälp i vardagen. Hon har dessutom upplevt en otrygghet och vantrivsel i den egna bostaden, delvis beroende på dess storlek och invändiga trappor. Det har hänt att hon har fallit inomhus. Hon har sedan tidigare trygghetslarm, dagliga insatser samt återkommande hjälp med tvätt, inköp och liknande. Även med hänsyn till vad hon numera anför anser förvaltningsrätten att hennes hjälp- och stödbehov måste anses vara begränsat. Det bör i första hand kunna tillgodoses genom hemtjänstinsatser. [REDACTED] har inte visat att behoven är så omfattande att de inte kan antas kunna tillgodoses genom hemtjänstinsatser. Hon har inte heller visat att hon lider av en sådan allvarlig otrygghet eller social isolering som i sig kan medföra rätt till plats i särskilt boende. [REDACTED] vårdbehov bedöms därför kunna tillgodoses genom redan beviljade insatser. Nämnden har även anført att det står fritt för [REDACTED] att ansöka om ytterligare hemtjänstinsatser. Överklagandet ska därmed avslås.

HUR MAN ÖVERKLAGAR, se bilaga 1 (FR-03)

I avgörandet har deltagit rådmannen Magnus Hansson (ordförande) samt nämndemännen Carina Adolfsson Älgstam, Tommy Svensson och Stefan Wiberg.

Förvaltningsrättsnotarien Viktor Lundkvist har föredragit målet.



Hur man överklagar

FR-03

Vill du att beslutet ska ändras i någon del kan du överklaga. Här får du veta hur det går till.

Överklaga skriftligt inom 3 veckor

Tiden räknas oftast från den dag som du fick del av det skriftliga beslutet. I vissa fall räknas tiden i stället från beslutets datum. Det gäller om beslutet avkunnades vid en muntlig förhandling, eller om rätten vid förhandlingen gav besked om datum för beslutet.

För en part som företräder det allmänna (till exempel myndigheter) räknas tiden alltid från den dag domstolen meddelade beslutet.

Observera att överklagandet måste ha kommit in till domstolen när tiden går ut.

Vilken dag går tiden ut?

Sista dagen för överklagande är samma veckodag som tiden börjar räknas. Om du exempelvis fick del av beslutet måndagen den 2 mars går tiden ut måndagen den 23 mars.

Om sista dagen infaller på en lördag, söndag eller helgdag, midsommarafton, julafton eller nyårs-afton, räcker det att överklagandet kommer in nästa vardag.

Så här gör du

1. Skriv förvaltningsrättens namn och målnummer.
2. Förklara varför du tycker att beslutet ska ändras. Tala om vilken ändring du vill ha och varför du tycker att kammarrätten ska

ta upp ditt överklagande (läs mer om prövningstillstånd längre ner).

3. Tala om vilka bevis du vill hänvisa till. Förklara vad du vill visa med varje bevis. Skicka med skriftliga bevis som inte redan finns i målet.
4. Lämna namn och personnummer eller organisationsnummer.

Lämna aktuella och fullständiga uppgifter om var domstolen kan nå dig: postadresser, e-postadresser och telefonnummer.

Om du har ett ombud, lämna också ombudets kontaktuppgifter.
5. Skicka eller lämna in överklagandet till förvaltningsrätten. Du hittar adressen i beslutet.

Vad händer sedan?

Förvaltningsrätten kontrollerar att överklagandet kommit in i rätt tid. Har det kommit in för sent avvisar domstolen överklagandet. Det innebär att beslutet gäller.

Om överklagandet kommit in i tid, skickar förvaltningsrätten överklagandet och alla handlingar i målet vidare till kammarrätten.

Har du tidigare fått brev genom förenklad delgivning kan även kammarrätten skicka brev på detta sätt.

Prövningstillstånd i kammarrätten

När överklagandet kommer in till kammarrätten tar domstolen först ställning till om målet ska tas upp till prövning.

Kammarrätten ger prövningstillstånd i fyra olika fall.

- Domstolen bedömer att det finns anledning att tvivla på att förvaltningsrätten dömt rätt.
- Domstolen anser att det inte går att bedöma om förvaltningsrätten dömt rätt utan att ta upp målet.
- Domstolen behöver ta upp målet för att ge andra domstolar vägledning i rättstillämpningen.
- Domstolen bedömer att det finns synnerliga skäl att ta upp målet av någon annan anledning.

Om du *inte* får prövningstillstånd gäller det överklagade beslutet. Därför är det viktigt att i överklagandet ta med allt du vill föra fram.

Vill du veta mer?

Ta kontakt med förvaltningsrätten om du har frågor. Adress och telefonnummer hittar du på första sidan i beslutet.

Mer information finns på www.domstol.se.

Politisk samverkan vård och omsorg (PSVO)

Protokoll
Sammanträdesdatum
2026-02-06

- Plats och tid: Konferensrum Servitören Karlshamns sjukhus och digitalt på Teams, den 6 februari 2026, klockan 13:00-16:00
- Närvarande ledamöter: Niklas Joelsson (M), vice ordförande
Åsa Larsson (SD)
Hanna Ekblad (M)
Jimmie Andersson (M) §§1–8
Louise Håkansson (SD)
Marie Rosén (S)
Lena Karstensson (M)
Malin Månsson (S)
- Förhinder: Anders Lund (M), ordförande
Bengt Jönsson (KD)
Tamam Abou Hamidan (S)
Angelina Olin (M)
Lina Jörnkrans (S)
Jörgen Englin (S)
- Ersättare: Robert Lindén (SD)
- Tjänstepersoner: André Jönsson, förvaltningschef Vård- och omsorgsförvaltningen, Sölvesborgs kommun
Emma Stahre, förvaltningschef Arbete- och välfärdsförvaltningen, Ronneby kommun
Per Theorin, förvaltningschef Barn- och utbildningsförvaltningen, Sölvesborgs kommun §§1–8
Anna Svensson, processledare Vård- och omsorgscollege §7
Anna Karlsdotter, verksamhetschef, Barn- och utbildningsförvaltningen Sölvesborgs kommun §8
Christina Wieslander, projektledare Mission Äldres Psykiska hälsa §9
Rebecca Welander, programledare Nära vård och Främja jämlik hälsa §10
Bodil Sundlöf, hälso- och sjukvårdsstrateg, sekreterare
- Förhinder: Caroline Nilsson, hälso- och sjukvårdsdirektör, Region Blekinge
- Plats och tid för justering: Digital justering senast den 20 februari.

Innehållsförteckning

Val av justerare samt tid för justering	§ 1/26
Godkännande av föredragningslista	§ 2/26
PSVOs sammanträdesprotokoll	§ 3/26
LSVOs sammanträdesprotokoll	§ 4/26
Beslut om uppdrag att initiera process för fortsatt etablering av familjecentraler i Blekinge	§ 5/26
Beslut om att initiera revidering av PSVOs arbetsordning	§ 6/26
Beslut om om-certifiering Vård- och omsorgscollege	§ 7/26
Information om propositionen En förbättrad elevhälsa SOU 2025:113	§ 8/26
Information om projektet Mission Äldres psykiska hälsa	§ 9/26
Statusrapportering samverkansprogram Nära vård och Främja jämlik hälsa	§ 10/26
Övriga ärenden	§ 11/26

§ 1/26

Val av justerare samt tid för justering

Politisk Samverkan Vård och Omsorg i Blekinge - PSVO beslutar

1. Att utse Niklas Joelsson (M), vice ordförande och Malin Månsson (S), Ronneby kommun att justera dagens protokoll.
2. Justeringen sker digitalt senast den 20 februari.

Justerandes signatur

Utdragsbestyrkande

§ 2/26

Godkännande av föredragningslista

Politisk Samverkan Vård och Omsorg i Blekinge – PSVO beslutar

1. Att godkänna föredragningslistan för PSVO 2026-02-06

Inga frågor anmälades under Övriga ärenden.

§ 3/26

PSVOs sammanträdesprotokoll

Politisk Samverkan Vård och Omsorg i Blekinge – PSVO beslutar

1. Att godkänna protokollet för PSVO 2025-12-05

Justerandes signatur

Utdragsbestyrkande

§ 4/26

LSVOs sammanträdesprotokoll

Bodil Sundlöf, ordförande LSVO informerar om LSVO:s protokoll från 2025-12-12 och 2026-01-16.

Informationen tas till protokollet.

§ 5/26

Beslut om uppdrag att initiera process för fortsatt etablering av familjecentraler i Blekinge

PSVO ser behov av att arbete påbörjas för att stödja och skynda på fortsatt etablering av familjecentraler i länet.

En första familjecentral, en pilot, etablerades i Karlskrona kommun i oktober 2023. Samtliga kommuner i länet är angelägna om att starta familjecentraler i samverkan med Region Blekinge. Innehållet i en familjecentralsverksamhet ligger väl i linje med den nya socialtjänstlagens inriktning på förebyggande insatser och lätt tillgänglig socialtjänst som ska vara införd till 2028.

PSVO beslutade den 29 november 2024 att ge LSVO i uppdrag att ta fram ett förslag till plan utifrån behov och förutsättningar för etablering av fler familjecentraler i Blekinge.

Den 27 juni 2025 beslutade PSVO att ställa sig bakom framarbetat förslag på plan för fortsatt etablering av familjecentraler i Blekinge och att Ronneby kommun blev först på tur att etablera familjecentral. PSVO ställde sig också bakom att ny analys genomförs när Ronneby kommun har en plan för uppstart av familjecentralen.

Enligt plan har Ronneby påbörjat etableringsprocessen. En styrgrupp och arbetsgrupp har inlett arbetet. Inventering av respektive aktörs behov i framtida lokal är färdigställd och överlämnad till fastighetsavdelning för matchning i första hand mot befintliga lokaler och en projektledare är rekryterad.

Då Ronneby kommun nu har en plan för uppstart av familjecentralen, är det läge att initiera en process med syfte att stödja och skynda på fortsatt etablering av familjecentraler i Blekinge.

Politisk Samverkan Vård och Omsorg i Blekinge – PSVO beslutar

1. Att ge LSVO i uppdrag att initiera en process med syfte att stödja och skynda på fortsatt etablering av familjecentraler i Blekinge.
2. Att en första återkoppling av uppdraget redovisas på PSVOs möte den 22 maj 2026.

Beslutsunderlag skickas ut.

Justerandes signatur

Utdragsbestyrkande

§ 6/26

Beslut om att initiera revidering av PSVOs arbetsordning

Vid PSVOs möte 2025-12-05 förde ledamöterna dialog om PSVOs roll och mandat (§ 49/25). Ledamöterna gick igenom ”Arbetsordning för PSVO” och ”Överenskommelse mellan kommunerna i Blekinge län och Region Blekinge om regional samverkan” och förde dialog om PSVOs, regionchefsgruppens och regionala samverkansrådets roller och mandat.

Vid mötet lyftes behovet av en översyn av regelverket för PSVO fram. Ledamöterna önskar tydliggöra PSVO:s roll och mandat och enades om att ta upp frågan vid PSVOs kommande beredningsmöte.

Beredningsmötet föreslog att gällande arbetsordningen för PSVO skickas på remiss till Region Blekinges hälso- och sjukvårdsnämnd, vård- och omsorgsnämnder, socialnämnder och utbildningsnämnder i Blekinges kommuner för synpunkter. Därefter sammanställs remissvaren och redovisas för PSVO samt kan vid behov ligga till grund för ett förslag till revidering av arbetsordningen för PSVO.

Politisk Samverkan Vård och Omsorg i Blekinge – PSVO beslutar

1. att undersöka behovet av revidering av ”Arbetsordning för politisk samverkan vård och omsorg i Blekinge – PSVO” genom att skicka arbetsordningen på remiss till Region Blekinges hälso- och sjukvårdsnämnd, vård- och omsorgsnämnder, socialnämnder och utbildningsnämnder i Blekinges kommuner för synpunkter
2. att remissen ska besvaras senast 2026-08-30 och att svaren redovisas på PSVOs möte 2026-10-02
3. att vid behov ta fram förslag till reviderad arbetsordning till PSVOs möte 2026-11-20 med remissvaren som grund

Beslutsunderlag skickas ut.

§ 7/26

Beslut om om-certifiering Vård- och omsorgscollege

Anna Svensson, processledare för Vård- och omsorgscollege Blekinge, informerade om om-certifiering av Vård- och omsorgscollege Blekinge.

Vård- och omsorgscollege är ett certifierat samarbete mellan arbetsgivare, fackförbund och utbildare för att utveckla och höja kvaliteten på utbildningarna inom vård och omsorg och göra branschen attraktiv att jobba i. I arbetet ingår att öka intresset för utbildningar och yrken inom vård och omsorg. Certifieringen fungerar som en kvalitetsstämpel på utbildningen och ska bidra till att öka anställningsbarheten hos dem som gått utbildningarna.

Vård- och omsorgscollege Blekinge bildades våren 2024 som ett regionalt samarbete mellan Blekinges fem kommuner, Region Blekinge, fackliga organisationer och utbildningsanordnare. Syftet är att långsiktigt trygga kompetensförsörjningen inom vård och omsorg genom kvalitetssäkrade utbildningar, strukturerad samverkan och ökad attraktivitet för branschen.

Den nuvarande certifieringen gäller till och med 2027. För att Vård- och omsorgscollege Blekinge ska kunna fortsätta sitt arbete krävs att parterna tar ställning till fortsatt deltagande samt genomför en om-certifiering för perioden 2028–2032. Om-certifieringen innebär att samverkan, mål och arbetssätt vidareutvecklas utifrån nationella kvalitetskriterier och regionala behov.

Förslaget innebär att Blekinges kommuner och Region Blekinge gemensamt fortsätter finansieringen av Vård- och omsorgscollege Blekinge samt står bakom om-certifieringen. Detta bedöms ge betydande nyttor i form av stärkt kompetensförsörjning, högre kvalitet i utbildning och praktik samt ökad attraktivitet för vård- och omsorgsyrken i Blekinge.

Efter förankring och beslut i LSVO, PSVO och Regionala samverkansrådet går förslaget till om-certifiering av Vård- och omsorgscollege Blekinge vidare till beslut i huvudmännens nämnder.

Politisk Samverkan Vård och Omsorg i Blekinge – PSVO beslutar

1. Att ställa sig bakom framarbetat förslag för om-certifiering av Vård- och omsorgscollege Blekinge inför nästa steg i beslutsprocessen som är regionala samverkansrådet.
2. Att föreslå Regionala samverkansrådet besluta att en om-certifiering av Vård- och omsorgscollege Blekinge ska genomföras

Beslutsunderlag och bildpresentation skickas ut.

§ 8/26

Information om propositionen En förbättrad elevhälsa SOU 2025:113

Anna Karlsdotter, verksamhetschef Sölvesborgs kommun, informerade om propositionen En förbättrad elevhälsa SOU 2025:113.

En statlig utredning har gjorts om behovet av en förbättrad elevhälsa. Detta på grund av ökad psykisk och fysisk ohälsa bland elever, stora skillnader i tillgång till elevhälsa, otydligt uppdrag och bristande samverkan samt behov av mer förebyggande och tidiga insatser.

Det övergripande målet med elevhälsan ska vara att stödja lärande, hälsa och utveckling, arbeta mer hälsofrämjande och förebyggande, upptäcka ohälsa tidigare och främja likvärdighet. Elevhälsans syfte skrivs tydligare in i skollagen vad gäller fysisk, psykisk och social hälsa där hälsa inte enbart är kopplat till skolresultat.

Elevhälsan ska kunna ge enkla vårdinsatser, stöd vid stress, oro, lättare psykisk ohälsa och tidsgränser för bedömning föreslås. Hälsobesök delas in i litet hälsobesök och stort hälsobesök och ska innehålla hälsosamtal, förebyggande insatser och tidig upptäckt av ohälsa.

Rector ska utse en samordnande funktion, som ansvarar för samverkan inom elevhälsan, kontakt med vård och socialtjänst samt har ett helhetsperspektiv kring eleven. Samverkan ska förbättras genom ett tydligare samarbete mellan lärare och elevhälsa, skola och hälso- och sjukvård samt skola och socialtjänst. Utredningen lämnar även förslag som medför en skyldighet för skolhuvudmän att ingå samverkansöverenskommelser med regionens hälso- och sjukvård.

Dialog fördes om Blekinges behov av att se över och förtydliga samarbetet genom överenskommelser mellan socialtjänst, barn- och utbildning samt hälso- och sjukvård. Förslag lämnades att LSVO skulle kunna ta initiativ till ett sådant arbete.

Informationen tas till protokollet.

Bildpresentation skickas ut.

§ 9/26

Information om projektet Mission Äldres psykiska hälsa

Christina Wieslander, projektledare, informerade om projekt Mission Äldres psykiska hälsa.

För att möta utmaningarna inom psykisk hälsa krävs att man arbetar tillsammans på ett nytt sätt. Man behöver bredda perspektivet och våga tänka stort, involvera alla sektorer samtidigt och vara långsiktig och uthållig.

Mission Äldres psykiska hälsa var ett samverkansprojekt mellan Region Blekinge och Blekinges fem kommuner. Projektets syfte var att med en systemförändrande ansats utgå från målgruppens behov och skapa de bästa förutsättningarna för att hållbart främja psykisk hälsa för äldre i Blekinge.

Genomförandet har skett i samarbete med Sölvesborg som pilotkommun i länet. Sölvesborgs kommun har en hög andel äldre, ett tydligt förebyggande arbete med innovativa metoder som ”armkroksmodellen” och ett påbörjat nätverk med civilsamhället.

Projektet har haft resurser i form av processledare, extern följeforskning samt en processarbetsgrupp. Ett stort antal aktiviteter har genomförts såsom workshops, nätverksträffar och frukostseminarier.

Projektet har utvärderats av RICE, ett statligt oberoende forskningsinstitut. RICE ger sex förslag till det fortsatta arbetet med äldres psykiska hälsa i Blekinge. Bland dessa kan nämnas att formalisera hälsoprevention för äldre som ett regionalt utvecklingsområde och att utveckla en regional handlingsplan med målhorisont 2035. Blekinge skulle kunna bli ett nationellt föredöme inom hälsoprevention och äldres psykiska hälsa.

Informationen tas till protokollet.

Bildpresentation skickas ut.

§ 10/26

Statusrapportering samverkansprogram Nära vård och Främja jämlik hälsa

Rebecca Welanders, programledare Nära vård och Främja jämlik hälsa, informerade om hur statusrapporter tas fram för LSVO:s samverkansprogram Nära vård och Främja jämlik hälsa.

Blekinges gemensamma målbild för jämlik hälsa, nära vård, stöd och omsorg är: ”Tillsammans med dig arbetar vi för din goda hälsa och utveckling genom livet”. Målbilden är beslutad hos samtliga huvudmän.

LSVO har konkretiserat målbilden genom två effektmål för Främja jämlik hälsa och Nära vård, skapat två samverkansprogram med samma namn och tillsatt två programledare.

Inom de två samverkansprogrammen finns ett antal beslutade satsningar, utvecklingsprojekt och processer som regelbundet ska följas upp med hjälp av statusrapporter.

Den 15 varje månad lämnar de olika projekten och processerna in en statusuppdatering till programledarna för de två programmen. Inför statusuppdateringen ska varje projekt/process se över vilka frågeställningar de själva kan lösa ut, innan frågor lyfts vidare. För statusrapporterna finns en mall där delar av projektet markeras med färgkodning (grönt – enligt plan, gult - något har hänt men är åtgärdat, rött – behöver åtgärdas).

Statusuppdateringarna från de olika projekten och processerna sammanställs i en gemensam statusrapport som delges programstyrgruppen. Programstyrgruppen går igenom listan och fattar beslut om hur frågor som behöver åtgärdas, ska hanteras. Vid behov lyfts frågor till beredningsgrupp för länssamverkansgrupp eller LSVO.

Informationen tas till protokollet.

Bildpresentation skickas ut.

§ 11/26

Övriga ärenden

Inga övriga ärenden anmälades.

Det här dokumentet är elektroniskt underskrivet.
Var vänlig verifiera dokumentet på <https://sign.regionblekinge.se/validate>



Signerat av: NICKLAS JOELSSON (SÖLVESBORG, Nr1sillastrybarn@hotmail.com), 2026-02-20 13:32:00

Signerat av: Bodil Sundlöf (Utvecklingsavdelning), 2026-02-20 13:39:06

Signerat av: Malin Inga-Maj Månsson (RONNEBY, malin.mansson@ronneby.se), 2026-02-20 14:20:46



Vård- och omsorgsnämnden

VON § Dnr 2026/6

Övriga frågor

FÖRSLAG TILL BESLUT

Klicka här för att ange text.

Klicka här för att ange text.
