

Tid: kl. 13:00

Plats: Tingshuset

Ordförande

Lars-Erik Olsson (S)

Ledamöter

Patrik Karlsson (KD), vice ordförande

Monika Hansson (M)

Tomas Bedö (M)

Hilja Lust (S)

Ewa-Maria Andorff-Ripa (SD)

Anneli Lindström (FR)

Ersättare

Christina Hein (S)

Birgitta Rasmussen (SD)

Johanna Gunnarsson (SD)

Sverre Fredriksson (M)

Mattias Ekenberg (MP)

Tomas Ridell (V)

Stefan Larsson (FR)

Övriga

Rickard Olsson, Socialchef

Karolin Lindh, Utvecklingsledare/nämndsekreterare

Anna Lindeblom, Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Malin Hummel, Utvecklingsledare

Kristina Augustsson, T.f Utvecklingschef

Susanne Härstedt, Ekonom

Joel Smedberg, Verksamhetschef IFO/FS

Annette Henriksson, Verksamhetschef ÄO/KPV

Maria Lunneryd, Valfärdssamordnare

Lotta Westberg, Verksamhetschef kvinno- och ungdomsjouren i Borås





1. Upprop

2. Val av protokollsjusterare

Ärendet i korthet

Förslag på justering: digital justering måndag den 2 mars 2026 kl. 09:00. Föreslås att justera: Patrik Karlsson (KD).

3. Besök från kvinno- och ungdomsjouren i Borås

Lotta Westberg,
Verksamhetschef kvinno-
och ungdomsjouren i
Borås

Ärendet i korthet

Informationspunkt - inga handlingar.

4. Information om nya socialtjänstlagen (SoL)

Malin Hummel,
Utvecklingsledare;
Kristina Augustsson, T.f
Utvecklingschef

Ärendet i korthet

Informationspunkt - inga handlingar.

5. Årsrapport socialnämnden 2025 (SN2026/23)

Rickard Olsson,
Förvaltningschef;
Susanne Härstedt,
Ekonom

6. Sammanställning av klagomål, kvartal 4 2025 (SN2024/5)

Joel Smedberg,
Verksamhetschef
IFO/FS; Annette
Henriksson,
Verksamhetschef
ÄO/KPV

7. Redovisning av ej verkställda beslut, kvartal 4 2025 (SN2025/41)

Joel Smedberg,
Verksamhetschef
IFO/FS; Annette
Henriksson,
Verksamhetschef
ÄO/KPV

8. Patientsäkerhetsberättelse 2025 (SN2026/22)

Annette Henriksson,
Verksamhetschef



ÄO/KPV; Anna
Lindeblom, MAS

9. Information om brukarundersökning inom äldreomsorgen

Annette Henriksson,
Verksamhetschef
ÄO/KPV

Ärendet i korthet

Informationspunkt - inga handlingar.

10. Hemtjänstindex

Annette Henriksson,
Verksamhetschef
ÄO/KPV; Maria
Lunneryd,
Välfärdssamordnare

Ärendet i korthet

Informationspunkt - inga handlingar.

11. Riktlinje för ersättning till familjehem (SN2025/97)

Karolin Lindh,
Utvecklingsledare/nämnd
sekreterare

12. Förvaltningen informerar

13. Ledamöter informerar

14. Meddelanden till socialnämnden

Anmälningar

- SN2026/10-2 Protokoll FSG Socialförvaltningen 2026-01-21 signed
- SN2026/10-1 Protokoll FSG Socialförvaltningen 2026-01-14
- SN2026/7-3 Årsredovisning 2025 Patientnämnderna
- SN2026/7-4 Styrelsemöte Mediapoolen 2025-12-19
- SN2026/7-5 Verksamhetsrapport 2025 Delregional nämnd Södra Älvsborg

15. Redovisning av delegeringsbeslut till socialnämnden 2026
(SN2026/1)

5. Årsrapport socialnämnden 2025

SN2026/23

**Tjänsteskrivelse**

2026-02-03

Kristina Augustsson | T.f
utvecklingschef

Dnr: SN2026/23

0734-647418 |

kristina.augustsson@bollebygd.se

Årsrapport socialnämnden 2025**Förslag till beslut**

Socialnämnden godkänner årsrapport 2025 och överlämnar rapporten till kommunstyrelsen och kommunfullmäktige.

Ärendet

Socialnämnden har att ta ställning till årsrapport för verksamhetsåret 2025. Årsrapporten beskriver uppföljning av ekonomi, personal och verksamhet inom nämndens ansvarsområde samt förvaltningens arbete med politiska mål och uppdrag. I rapporten ingår uppföljningen av det systematiska kvalitetsarbetet och den interna kontrollplanen.

Socialnämndens resultat för 2025 är 8,9 mnkr över budget vilket förklaras främst av ökade intäkter genom statsbidrag.

Av nämndens totalt fem mål har tre uppnåtts och två uppnåtts delvis utifrån de aktiviteter som förvaltningen arbetat med under 2025. Ett av de mål som bedöms delvis uppnått är målet att samtliga nämnder ska arbeta med insatser som bidrar till att kommunens energianvändning minskar. Det beror på att målvärdet om antal körda mil med fossila drivmedel inom hemtjänsten och den kommunala primärvården inte uppnåddes. Ökningen av antalet mil härrör till ökade volymer som verksamheten

inte råder över. Verksamheten har arbetat med flera aktiviteter som kompenserar för delar av volymökningarna.

Det andra målet som bedöms delvis uppnått är nämndens egna mål: Vi ger stöd, vård och omsorg som utgår från den enskildes individuella situation, behov och förmågor utifrån gällande lagstiftning. Målet bedöms inte uppnått då målvärdet om 95 % genomförandeplaner inte uppfyllts. Andelen genomförandeplaner har dock ökat under året.

Barnkonsekvensanalys

Barn som potentiellt kan påverkas av verksamhetsplanen och dess resultat, som presenteras i föreliggande ärende, har inte fått uttrycka sina åsikter om årsrapporten eftersom beslut fattas på en strukturell nivå. Hänsyn är tagen till barns bästa i de enskilda ärenden som hanteras av socialnämnden.

Beslutsunderlag

- Årsrapport socialnämnden 2026-02-04

Skickas till

Kommunstyrelsen

Kommunfullmäktige

BOLLEBYGDS KOMMUN

Socialförvaltningen

**Tjänsteskrivelse**

2026-02-03

Rickard Olsson

Kristina Augustsson

Förvaltningschef

T.f utvecklingschef



Årsrapport 2025 socialnämnden

Innehållsförteckning

1 Sammanfattning.....	4
2 Uppföljning av nämndens mål och nyckeltal.....	5
2.1 Företagande.....	5
<i>Företag i Bollebygd ska ha goda möjligheter att etableras, verka och utvecklas i kommunen.</i>	<i>5</i>
2.2 Personalförsörjning – attraktiv arbetsgivare.....	6
<i>Bollebygds attraktivitet som arbetsgivare ska förbättras.....</i>	<i>6</i>
2.3 Hållbarhet, samhällsutveckling och miljö.....	7
<i>Samtliga nämnder ska arbeta med insatser som bidrar till att kommunens energianvändning minskar.</i>	<i>7</i>
2.4 Nämndens egna mål	8
<i>Vi ger stöd, vård och omsorg som utgår från den enskildes individuella situation, behov och förmågor utifrån gällande lagstiftning.</i>	<i>8</i>
<i>Vi ger den enskilde möjligheten att bibehålla sin självständighet genom förebyggande, hälsofrämjande och trygghetsskapande åtgärder.....</i>	<i>9</i>
2.5 Uppföljning av nämndens mål och nyckeltal	12
3 Utredningsuppdrag	14
4 Prestationer och nyckeltal	15
5 Ekonomi.....	18
5.1 Budget och budgetändringar	18
5.2 Resultat och prognos, övergripande.....	18
5.3 Resultat och prognos, per verksamhet.....	21
5.4 Prognoserna under året, samt eventuella åtgärder	23
5.5 Investeringar.....	24
6 Medarbetare	25

6.1 Personalstatistik.....	25
7 Årets verksamhet i övrigt.....	29
8 Internkontroll.....	34
8.1 Nämndens internkontrollplan	34
8.2 Övriga delar i internkontrollen	37
8.3 Genomgång av inköp.....	39
9 Systematiskt kvalitetsarbete	41
9.1 Klagomål och synpunkter	41
9.2 Lex Sarah och sociala avvikelser	42
9.3 Ej verkställda beslut.....	43
9.4 Bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.....	44
9.5 Lex Maria.....	44
9.6 Anmälningar, överklaganden och tillsyn.....	44
9.7 Egenkontroll	46
10 Barnkonsekvensanalys.....	48

1 Sammanfattning

Socialnämndens resultat för 2025 är ett överskott om 8,9 mnkr. Överskottet förklaras främst av mottagna och aktiverade statsbidrag om 10,2 mnkr. Intäkter för statsbidrag är inte budgeterade då de är osäkra och ofta beviljas efter budgetbeslutet. Under året har det tillkommit fler statsbidrag som förvaltningen sökt och beviljats vilket är förklaring till avvikelsen.

Av nämndens totalt fem mål har tre uppnåtts och två uppnåtts delvis utifrån de aktiviteter som förvaltningen har arbetat med under 2025.

Socialförvaltningen har vidare arbetat med det utredningsuppdrag som kommunfullmäktige tilldelat socialnämnden:


- Samtliga verksamheter har under året analysera kostnadsnivån i sina verksamheter utifrån nettokostnadsavvikelsen.

Utifrån analyserna har åtgärder tagits fram som arbetats utifrån där syftet varit att verksamheter med högre kostnader närmar sig genomsnittet i riket.

2 Uppföljning av nämndens mål och nyckeltal

2.1 Företagande

Företag i Bollebygd ska ha goda möjligheter att etableras, verka och utvecklas i kommunen.

Verksamhetsmål	Indikatorer				
Socialförvaltningen ska samverka med näringslivet för att öka tillit och förtroende hos företagarna	 Samverkan med näringslivet	Utfall	Mål	Måluppfyllnad	Period
		2	2	100 %	2025
		1	-	-	2024

Socialförvaltningen ska samverka med näringslivet för att öka tillit och förtroende hos företagarna


Socialförvaltningen har under året haft två representanter som deltagit vid näringslivsfrukostar. Socialförvaltningen har även deltagit i andra former av samverkansforum tillsammans med näringslivet och kommunens näringslivschef.

Vidare har socialförvaltningen påbörjat ett mer långsiktigt arbete för att utöka kontakten med företagen i kommunen för att i högre grad kunna erbjuda meningsfull sysselsättning och individuell utveckling till förvaltningens olika målgrupper. Arbetet har under 2025 bestått av planering vilket under 2026 övergår till konkreta aktiviteter som verksamheten kommer arbeta med. Att utöka antal sysselsättningsplatser har även utsetts till ett centralt mål i socialnämndens verksamhetsplan 2026.

Målet bedöms vara uppnått.

2.2 Personalförsörjning – attraktiv arbetsgivare

Bollebygds attraktivitet som arbetsgivare ska förbättras.

Verksamhetsmål	Indikatorer				
Samtliga enheter ska arbeta med aktiviteter som bidrar till att Bollebygds attraktivitet som arbetsgivare förbättras	 Hållbart Medarbetar Engagemang (HME)	Utfall	Mål	Måluppfyllnad	Period
		80	80	100 %	2025
		77	80	96,25 %	2024
		79	80	98,75 %	2023

Samtliga enheter ska arbeta med aktiviteter som bidrar till att Bollebygds attraktivitet som arbetsgivare förbättras

Socialförvaltningen har utifrån 2025 års medarbetarenkät nått målvärdet om 80 i HME. Samtliga enheter har fått i uppdrag att ta fram enhetsspecifika aktiviteter som bidrar till att Bollebygds attraktivitet som arbetsgivare förbättras.

Inom individ- och familjeomsorgen har flera aktiviteter genomförts. Bland annat har tjänster som 1:e socialsekreterare och metodhandledare införts, vilket kommer att öka attraktiviteten som arbetsgivare bland arbetssökande, då tjänsterna innebär både ökad tillgänglighet till arbetsledare men även ökad kvalitet och rättssäkerhet. Vidare har området arbetat med införande av arbetstygndsmätning, förbättrade rutiner för introduktion samt stärkt samverkan.

Inom funktionsstödsområdet beskrivs att flera enheter arbetat med aktiviteter som rör tydliggörande av ansvarsuppgifter mellan olika roller, kompetensutveckling rörande LSS-lagstiftningen och tillhörande författningar samt utveckling av ledarskapet. Ett administrativt chefsstöd har även tillsatts för att ge cheferna bättre förutsättningar och mer utrymme för medarbetarna.


Äldreomsorgen har på olika sätt arbetat med aktiviteter som rör kompetensutveckling, dels genom kollegialt lärande i workshopformat men även genom föreläsningar i bland annat social dokumentation och genomförandeplan. Det kliniska träningscentret (KTC) beskrivs också som en framgångsfaktor för att

öka attraktiviteten som arbetsgivare, vilken förvaltningen behöver fortsätta utveckla i takt med den allt mer avancerade vård som verksamheterna möter.

Utifrån medarbetarenkätens resultat för HME samt de aktiviteter som är genomförda bedöms målet vara uppnått.

2.3 Hållbarhet, samhällsutveckling och miljö

Samtliga nämnder ska arbeta med insatser som bidrar till att kommunens energianvändning minskar.

Verksamhetsmål	Indikatorer			
Antal körda mil med fossila drivmedel ska minska	 Antal mil per år (hemtjänst och hemsjukvårdens fossildrivna bilar).	Utfall	Mål	Period
		61 275	Antal ska minska jämfört med 2024 års resultat	2025
		52 450	54 720	2024
		57 600	-	2023

Utfallet har ändrats för helåret 2024, varpå både bensindrivna och dieseldrivna bilar samt hybridbilar ingår i samtliga värden.

Antal körda mil med fossila drivmedel ska minska

Inom socialförvaltningen utgör hemtjänsten och hemsjukvården de verksamheter som främst transporterar sig med bil. Under 2025 har hemsjukvården minskat sina antal körda mil, däremot har antal körda mil ökat inom hemtjänsten vilket medför att verksamheterna totalt kört 61 275 mil med fossildrivna bilar (inklusive hybridbilar). Detta värde är högre än föregående år vilket dels beror på att volymerna minskade under 2024. Under 2025 har volymerna ökat, både i antal brukare, men även i hjälpbehovens omfattning hos enskilda brukare. Denna ökning ses framför allt i kommunens ytterområden dit bil krävs. Det har medfört ett utökat personalbehov och i sin tur ett utökat transportbehov om två bilar.


Verksamheterna har under året arbetat aktivt med diverse aktiviteter för att minska antal körda mil med fossila drivmedel. Föregående års införanden av fjärrtillsyn och läkemedelsautomater har fortsatt att implementeras och utökas.

Verksamheten har även arbetat med två nya projekt. Ett projekt avser införande av digitala träningsscheman för rehabverksamhetens målgrupp, vilken minskar behov av körning samt ökar patienternas självständighet. I det andra projektet, digitala inköp inom hemtjänsten, har all planering genomförts under 2025 för att pilot ska kunna påbörjas i början av 2026. Genom digitala inköp ses stora vinster för hemtjänsten rörande körning då de inte längre behöver hämta och leverera matvaror. Vidare har verksamheten under året köpt in elcyklar för att motivera till och göra det enklare att välja ett klimatsmart alternativ.

Målet kan inte anses uppnått då målvärdet ej är uppfyllt. Ökningen av antal mil kan dock härröras till ökade volymer vilket verksamheten ej råder över. Verksamheten har arbetat med flertalet aktiviteter som kompenserat för del av volymökningarna. Bedömning görs således att målet är delvis uppnått.

2.4 Nämndens egna mål

Vi ger stöd, vård och omsorg som utgår från den enskildes individuella situation, behov och förmågor utifrån gällande lagstiftning.

Verksamhetsmål	Indikatorer				
Brukare och klienter ska ha uppdaterade och aktuella genomförandeplaner.	 Andel insatser där brukaren har en upprättad genomförandeplan inom två veckor från det att beslutet som ligger till grund för insatsen verkställts	Utfall	Mål	Måluppfyllnad	Period
		92 %	95 %	96,84 %	2025
		91 %	90 %	101,11 %	2024
		52 %	-	-	2023






Brukare och klienter ska ha uppdaterade och aktuella genomförandeplaner.

Socialförvaltningen inrättade 2024 ett samverkansforum för dokumentation, där dokumentationsombud från samtliga utförarverksamheter finns representerade. Syftet med forumet är att med kunskapshöjande insatser, så som föreläsningar, workshops och kunskapsutbyte säkerställa att verksamheterna uppfyller kraven på dokumentation enligt gällande föreskrifter, SOSFS 2014:5. Samverkansforumet gav positiv effekt varpå förvaltningen beslutade att fortsätta med forumet under 2025, och då med större fokus på genomförandeplaner. Utifrån årets aktiviteter beskriver enheterna att de ser en kvalitetshöjning i arbetet med genomförandeplaner. Kvalitetshöjningen beskrivs till stor del ha skett genom dokumentationsombudens viktiga roller där de förmedlar kunskap från samverkansforumen till sina kollegor och handleder dem löpande.

Kvantitativt har arbetet resulterat i 92% genomförandeplaner vid tiden för årets slut. Det är en ökning jämfört med 2024 års resultat, dock uppnås inte målvärdet om 95%. Vid månadsavstämningarna har förvaltningen under 2025 haft mellan 92-94% upprättade genomförandeplan. Sett till verksamhetsområde har äldreomsorgen vid månadsavstämningarna haft 96-99% genomförandeplaner och individ- och familjeomsorg/funktionsstöd 74-80%. Under hösten 2025 har utvecklingsenheten tillsammans med funktionsstödsområdet påbörjat planering för att under 2026 göra riktade insatser i syfte att kompetenshöja och skapa ett enhetligt arbetssätt rörande genomförandeplaner inom området. Syftet med insatsen är att öka både kvalitet och kvantitet av genomförandeplaner inom området.

Målet kan inte anses uppnått då målvärdet ej är uppfyllt. En ökning mot föregående års resultat har dock skett rent kvantitativt, men framför allt redovisas en tydlig förbättring rent kvalitativt i de genomförandeplaner som är framtagna. Bedömning görs således att målet är delvis uppnått.

Vi ger den enskilde möjligheten att bibehålla sin självständighet genom förebyggande, hälsofrämjande och trygghetsskapande åtgärder

Verksamhetsmål	Indikatorer			
Vi ger god och nära vård, så långt som möjligt i den enskildes hem	 Antal SIP	Utfall	Mål	Period
		53	Antal ska öka jämfört med 2024 års resultat	2025
		23	-	2024
		14	-	2023
	 Antal personer med hemtjänst i ordinärt boende, 70-79 år.	Utfall	Mål	Period
		60	Att följa utveckling	2025
		53	-	2024
		39	-	2023
	 Antal personer med hemtjänst i ordinärt boende, 80-89 år.	Utfall	Mål	Period
		73	Att följa utveckling	2025
		65	-	2024
		57	-	2023
	 Antal personer med hemtjänst i ordinärt boende, 90-99 år.	Utfall	Mål	Period
		35	Att följa utveckling	2025
		22	-	2024
		17	-	2023
Vi arbetar uppsökande och förebyggande innan problemen har hunnit växa sig stora	 Antal servicesamtal	Utfall	Mål	
		301	Antal ska öka jämfört med 2024 års resultat	
		140		
	 Antal deltagare vid utbildningsinsatser anordnade av socialförvaltningen via familjecentralen	Utfall	Mål	Period
		26	Antal ska öka jämfört med 2024 års resultat	2025
		13		2024

Vi ger god och nära vård, så långt som möjligt i den enskildes hem

Omställningen till Nära vård sker på nationell, regional och kommunal nivå. För

kommunerna innebär Nära vård att arbeta mer personcentrerat, sammanhållet, proaktivt och hälsofrämjande. Målet med Nära vård är att individer så långt som möjligt ska kunna få god vård i ordinärt boende för att minska behov av behandling i slutenvård eller flytt till särskilt boende. Således är det av intresse att följa antal individer med hemtjänst i ordinärt boende. Utifrån årets statistik ses en betydande ökning av antal personer med hemtjänst inom samtliga åldersspann, vilket står i linje med demografin.

Att antal individer med insatser på hemmaplan ökar ses dels som ett resultat av arbetet med Nära vård och de demografiska förändringar kommunerna står inför. Det är även ett direkt resultat av förändrat arbetssätt inom individ- och familjeomsorgen som arbetar aktivt med att minska behov av slutenvård, att förebygga placeringar, men även med hemtagning av redan externplacerade i de fall det är möjligt. Detta arbete bidrar till att individer och familjer får det stöd som de behöver i sin hemmiljö istället för på annan plats.

För att kunna planera för de insatser som den enskilde har behov av samt förebygga risken för försämrat sjukdomstillstånd och behov av fler insatser krävs tvärprofessionell planering tillsammans med den enskilde, där Samordnad individuell plan (SIP) är ett nationellt arbetssätt fastställt av Socialstyrelsen. Som ett led i att öka både kvantitet och kvalitet i arbetet med SIP i Bollebygds kommun har förvaltningen under året anordnat workshops med fokus på arbetsflödet och processen i SIP-arbetet. Deltagarna i workshoparna har utgjorts av de medarbetare, enhetschefer och rektorer inom socialförvaltningen och utbildningsförvaltningen som tillämpar arbetssättet med SIP utifrån sina respektive uppdrag. Arbetet har bidragit till en större förståelse för arbetet och syftet med SIP, men även att över dubbelt så många SIPar genomförts 2025 jämfört med 2024.

Målet bedöms vara uppnått.

Vi arbetar uppsökande och förebyggande innan problemen har hunnit växa sig stora

Inom individ- och familjeomsorgen har Resursenheten ett särskilt ansvar för det uppsökande och förebyggande arbetet. Resursenheten har samverkat med myndighetsenheterna för att sprida information om möjligheten för kommunens invånare att få servicesamtal utan föregående behovsprövning. Detta har lett till att 301 servicesamtal genomförts under 2025 där individer kunnat få stöd utan att behöva söka insatser, vilket är en markant ökning jämfört med 2024 då 140 servicesamtal genomfördes. Förutom servicesamtal har flera gruppverksamheter anordnats under våren, så som gruppverksamhet för individer med missbruksproblematik, för socialpsykiatri, tjejgrupper, diverse aktiviteter för målgruppen barn och unga samt uppsökande arbete på grundskolorna. Resursenheten övertog under hösten familjerådgivning som tidigare köpts externt, vilket är ett led i att arbeta förebyggande innan problem hinner växa sig stora. Vuxenenheten har genomfört riktade utbildningsinsatser om skadligt bruk och beroende för kommunens personal samt kommer under 2026 ta över Budget- och skuldrådgivningen i egen regi för att öka tillgängligheten och kunna arbeta mer förebyggande. Vidare har Barn- och unga stärkt sitt uppsökande arbete genom deltagande i skolaktiviteter, föräldramöten och samverkansinsatser.

Via familjecentralen har socialförvaltningen anordnat trygghetscirkel vid två tillfällen, där 20 deltagare anmälde sig och 18 deltog. Vidare har en föräldragrupp för jämställt föräldraskap anordnades där 8 föräldrar deltog. Även utbildning i ledarskap för tonårsföräldrar har erbjudits som utbildningsinsats men för få anmälda medförde att kursen ej startade.

Målet bedöms vara uppnått.

2.5 Uppföljning av nämndens mål och nyckeltal

Mål	Målet är		
	uppnått	delvis uppnått	ej uppnått

Mål	Målet är	
Företag i Bollebygd ska ha goda möjligheter att etableras, verka och utvecklas i kommunen.	x	
Bollebygds attraktivitet som arbetsgivare ska förbättras.	x	
Samtliga nämnder ska arbeta med insatser som bidrar till att kommunens energianvändning minskar.		x
Vi ger stöd, vård och omsorg som utgår från den enskildes individuella situation, behov och förmågor utifrån gällande lagstiftning.		x
Vi ger den enskilde möjligheten att bibehålla sin självständighet genom förebyggande, hälsofrämjande och trygghetsskapande åtgärder	x	
Summa	3	2

Av nämndens totalt fem mål har tre uppnåtts och två delvis uppnåtts utifrån de aktiviteter som förvaltningen har arbetat med under 2025.

Målet att samtliga nämnder ska arbeta med insatser som bidrar till att kommunens energianvändning minskar bedöms vara delvis uppnått. Detta beror på att målvärdet om antal körda mil med fossila drivmedel inom hemtjänsten och den kommunala primärvården ej uppnåddes. Ökningen av antal mil kan dock härröras till ökade volymer vilket verksamheten ej råder över. Verksamheten har arbetat med flertalet aktiviteter som kompenserat för del av volymökningarna, varpå målet bedöms vara delvis uppnått.

Det andra målet som bedöms vara delvis uppnått är nämndens egna mål: Vi ger stöd, vård och omsorg som utgår från den enskildes individuella situation, behov och förmågor utifrån gällande lagstiftning. Målet kan inte anses uppnått då målvärdet om 95% genomförandeplaner ej är uppfyllt. En ökning mot föregående års resultat har dock skett rent kvantitativt, men framför allt redovisas en tydlig förbättring rent kvalitativt i de genomförandeplaner som är framtagna. Därav bedöms målet vara delvis uppnått.

3 Utredningsuppdrag

Samtliga nämnder ges i uppdrag att analysera kostnadsnivån i sina verksamheter utifrån nettokostnadsavvikelsen och ta fram och genomföra åtgärder så att verksamheter med högre kostnader närmar sig genomsnittet i riket.

Under året har samtliga verksamheter inom socialnämnden analyserat kostnadsnivån i sina verksamheter utifrån nettokostnadsavvikelsen. Analyserna har genomförts på enhetsnivå för att senare lyftas till övergripande analys på verksamhetsnivå och förvaltningsnivå. Förvaltningen har även anlitat externt stöd i form av utbildning för chefer i analys av data från Kolada och specifikt av nettokostnadsavvikelse. Utifrån analyserna har åtgärder tagits fram och arbete påbörjats eller genomförts i syfte att verksamheter med högre kostnader närmar sig genomsnittet i riket. Resultatet av det arbete som genomförts under 2025 kommer synas först hösten 2026 när Kolada publicerar ny data.

Uppdraget bedöms vara omhändertaget. Att arbeta med nettokostnadsanalyser behöver inkluderas i det löpande arbetet för att nämnden och kommunen ska kunna arbeta strategiskt och långsiktigt med att skapa bästa förutsättningar utifrån befintliga resurser.

4 Prestationer och nyckeltal

Äldreomsorgen

Insatser, Äldreomsorg	2025	2024	2023
Procentuell beläggning demens, snitt	96 %	94 %	99 %
Procentuell beläggning somatik, snitt	89 %	97 %	103 %
Procentuell beläggning korttid, snitt	81 %	96 %	97 %
Antal vårdtagare med beslut om hemtjänst, snitt	135	127	130

Flera beslut om särskilt boende har avslutats under året, vilket gjort att verksamheten redovisar lägre beläggningssiffror än föregående år. Nya beslut om särskilt boende och därmed efterfrågan har varit något lägre under första halvåret 2025. Efterfrågan har dock ökat under samt efter sommaren och sedan september är verksamheten fullbelagd.

Efterfrågan på korttid har varit fluktuerande under första delen av 2025 där verksamheten varierat mellan att ha tre till elva brukare samtidigt. Under första delen av sommaren var efterfrågan lägre än förväntat, men ökade sedan i mitten av juli och från september är korttiden fullbelagd. Tidigare år har flera korttidsplatser varit belagda av personer som väntat på plats till särskilt boende, men då boendet haft lediga platser tidigare under året, har det även medfört mindre efterfrågan på korttiden vilket förklarar de låga siffrorna jämfört med föregående år. I slutet av året upptas dock vissa platser av personer som väntar på boendep plats.

Under hösten har antal brukare med hemtjänstinsatser i samtliga åldrar ökat. Den största ökningen återfinns bland målgruppen över 90 år, vilket överensstämmer med de demografiska beräkningarna. Demografin är en förklaring till ökningen, men även det nationella arbetet för Nära vård där brukare skrivs ut tidigare från slutenvård med större vårdbehov och behov av hemtjänstinsatser.

Individ- och familjeomsorgen

Insatser, Individ- och familjeomsorg	2025	2024	2023
Ekonomiskt bistånd, antal hushåll snitt/mån	39	31	34
Placeringar vuxna missbruk (HVB+LVM) antal dagar	178	186	350
Placeringar BoU, HVB antal dagar	0	409	490
Aktualiseringar BoU och vuxen*	1 779	1 819	-

Siffror saknas för 2023 år till följd av ny mätmetod där nämnden följer aktualiseringar hos både Barn och unga och Vuxen. Statistik från 2023 är ej jämförbar.

Under 2025 har antal hushåll med ekonomiskt bistånd i snitt per månad ökat jämfört med föregående år. Ökningen beror framför allt på förändringar i folkbokföringslagen där personer som tidigare omfattats av massflyktsdirektivet nu kan folkbokföra sig och därmed har rätt att ta del av socialförsäkringssystemet. Utöver detta sker en viss ökning också utifrån ökad arbetslöshet i kommunen vilket avspeglar sig mot läget i riket.

Båda myndighetsenheterna har minskat antalet placeringsdygn under 2025, vilket beror på en medveten strävan att i högre grad prioritera hemmaplanslösningar framför institutionsplaceringar. Samtidigt är det viktigt att uppmärksamma att även placeringen av en enskild individ kan medföra stora utslag i statistiken, särskilt vid mer långvariga placeringar.

Inom området Barn och Unga har en stor ökning av ärenden skett, särskilt i april och maj, med en efterföljande minskning under hösten till ett normalläge i november och december. Trots det stora inflödet, har antalet öppnade utredningar varit lägre än föregående år, vilket kommer att hanteras fortlöpande. En liknande trend har setts på Vuxenenheten, där inflödet av ärenden var högre under första halvåret innan det planade ut.

Funktionsstöd

Insatser, Funktionsstöd	2025	2024	2023
Boende unga/vuxna LSS	27	27	24
Daglig verksamhet LSS	32	34	34

Under hösten 2025 öppnades en ny gruppbostad vilket medfört att förvaltningen kunnat erbjuda plats för externt placerade i den egna kommunen. Gruppboستaden är i nuläget inte fullbelagd då nyöppningen medfört vissa omflyttar. Dock ses en god totalbeläggning på området varpå det i nuläget finns enstaka plats ledig på gruppbostad medan servicebostad är fullbelagd.

Antal brukare med daglig verksamhet har varit stadig under de senaste åren. Vissa av insatserna verkställs i dagsläget genom extern regi. I samband med att brukare flyttar tillbaka till kommunen från externa placeringar kommer de att erbjudas daglig verksamhet i Bollebygd, vilket kommer öka antalet platser på hemmaplan.

5 Ekonomi

5.1 Budget och budgetändringar

Verksamhet	Beslut KF 2024	Lönerörelse 2024	Teknisk justering	Justering PO	Lönerörelse 2025	Aktuell budget
Socialnämnden	-229,2	-2,2	-1,8	+5,4	-3,8	-231,6

Belopp i mnkr.

Den ursprungliga, beslutade budgetramen för Socialnämnden för år 2025 var - 229,2 mnkr. Förvaltningen har därefter blivit kompenserad med -6,0 mnkr för ökade lönekostnader i samband med lönerevision för 2024 och 2025, tekniska justeringar om -1,8 mnkr och justering av personalomkostnader med +5,4 mnkr. Den aktuella budgeten för 2025 landade på -231,6 mnkr.

5.2 Resultat och prognos, övergripande

	Helår 2025			Helår 2024
	Utfall	Budget	Avvikelse	Utfall
Försäljning varor mm	5,5	6,2	-0,7	6,1
Avgiftsintäkter	5,1	5,7	-0,6	5,0
Hysesintäkter	8,3	8,0	0,3	7,9
Bidragsintäkter	27,2	16,0	11,2	22,1
Försäljning av verksamhet	0,1	0,0	0,0	1,0
Summa intäkter	46,2	36,0	10,2	42,0
Bidrag	-12,1	-12,3	0,2	-10,5
Köpt huvudverksamhet	-31,2	-34,1	2,9	-34,1
Personalkostnader	-174,5	-174,3	-0,2	-176,2
Hyror	-21,4	-20,7	-0,7	-18,9
Fastighetskostnad	-1,8	-1,3	-0,5	-1,3
Bränsle, energi, vatten	-0,1	-0,2	0,1	-0,1
Material och tjänster	-21,3	-20,6	-0,7	-20,7
Övriga kostnader	-5,2	-3,0	-2,2	-4,9
Kapitalkostnader	-1,3	-1,2	-0,1	-1,3
Generella statsbidrag	0,0	0,0	0,0	0,0
Summa kostnader	-268,9	-267,6	-1,3	-268,2

Nettokostnad	-222,7	-231,6	8,9	-226,2
---------------------	---------------	---------------	------------	---------------

Belopp i mnkr. Avrundningar förekommer i tabellen.

Resultatet för 2025 är 8,9 mnkr över budget.

Nettokostnaden är 8,9 mnkr (3,8 %) lägre än budgeterat. Den lägre nettokostnaden beror främst på ökad aktivering av statsbidrag, ökade intäkter från Migrationsverket, betydande bidrag för återsökning gällande placering samt lägre kostnader för köpt verksamhet inom individ- och familjeomsorg.

Intäkterna överstiger budget med 10,2 mnkr vilket motsvarar mottagna och aktiverade statsbidrag som förvaltningen erhållit under året. Intäkter för statsbidrag är inte budgeterade då de är osäkra och ofta beslutas sent. Under året har det tillkommit fler statsbidrag som förvaltningen sökt och beviljats vilket är förklaring till avvikelsen.

Bruttokostnaden är 1,3 mnkr högre än budget vilket förklaras av att del av statsbidrag har använts för inköp av material och tjänster.

Nettokostnaden för året är 3,5 mnkr (1,5 %) lägre än föregående år. Nettokostnadsminskningen beror främst på ökad aktivering av statsbidrag samt ökade intäkter från Migrationsverket. Lägre kostnader för köpt verksamhet inom individ- och familjeomsorg samt något lägre personalkostnader jämfört med föregående år.

Intäkterna är 4,2 mnkr (9,9 %) högre än föregående år. Av denna ökning står bidrag från Migrationsverket för 2,7 mnkr.

Gällande kostnader för bidrag har ekonomiskt bistånd ökat med 0,9 mnkr jämfört mot 2024. Ökningen beror till stor del på förändringar i folkbokföringslagen där personer som tidigare omfattats av massflyktsdirektivet nu kan folkbokföra sig och därmed ha rätt att få del av socialförsäkringssystemet. En viss ökning kommer av ökad arbetslöshet i kommunen vilket avspeglar sig mot läget i riket.

Ersättning till Försäkringskassan har ökat med 0,6 mnkr, jämfört med 2024, vilket avser kostnad för de 20 första timmarna inom personlig assistans där fler beslutade ärenden bekostas av kommunen.

Personalkostnaderna för 2025 är lägre jämfört med 2024 vilket förklaras av att rekryteringsprocesser tagit längre tid än väntat vilket medfört perioder utan tillsatt personal och därmed lägre kostnader inom äldreomsorgen. Det förklaras även av en lägre personalomkostnad som sänkts från 45,75% år 2024 till 40,24% år 2025.

Hyreskostnaderna är högre då förvaltningen under 2025 står för en del av kostanden för kommunhuset, vilket inte var fallet år 2024.

Nämnden har mottagit fler statsbidrag än föregående år. En del av dessa bidrag har använts för inköp av material och tjänster, vilket förklarar de högre kostnaderna jämfört med 2024.

5.3 Resultat och prognos, per verksamhet

	Helår 2025			Helår 2024
	Utfall	Budget	Avvikelse	Utfall
Socialnämnd	-0,9	-0,9	0,0	-0,9
Stab	-16,3	-18,0	1,7	-15,6
Äldreomsorg	-107,8	-111,4	3,5	-112,4
Funktionsstöd	-54,5	-50,3	-4,1	-44,4
Individ- och familjeomsorg	-43,2	-50,4	6,8	-52,8
Flykting	0,4	-0,7	1,1	-0,1
Totalt	-222,7	-231,6	8,9	-226,2

Belopp i mnkr. Avrundningar förekommer i tabellen.

Äldreomsorg

Under äldreomsorgen budgeteras särskilt boende, korttidsenhet, hemtjänst och kommunal primärvård. Resultatet för äldreomsorgen är ett överskott på 3,5 mnkr mot budget.

Budgetöverskottet härrör sig främst till statsbidrag som verksamheten mottagit under året samt vakanser bland enhetschefer. Anpassningar i schema inom somatik och korttid med minskade personalresurser och högre nyttjande av resursspass har medfört att beläggning under våren varit låg. Demensenheten har under året haft full beläggning men samplanerat personal i högre utsträckning.

Äldreomsorgen har haft kostnader som täckts med statsbidrag om 6,4 mnkr vilket innebär en motsvarande intäkt. Statsbidrag som använts under året är bland annat god och nära vård, vars syfte är att säkerhetsställa en god vård och omsorg av äldre personer och äldreomsorgslyftet som ger ny och befintlig personal möjlighet att utbilda sig på arbetstid. Även inom Kommunal Primärvård har statsbidraget god och nära vård nyttjats, med syfte att bl a arbeta förebyggande och hälsofrämjande samt få kontinuitet i primärvården.

Funktionsstöd

Under funktionsstöd budgeteras bostad med särskild service i form av

gruppboende och serviceboende, personlig assistans, daglig verksamhet, ledsagarservice, avlösarservice, kontaktperson, korttidsvistelse och korttidsstillsyn. Verksamheten redovisar 2025 ett underskott om 4,1 mnkr. Verksamhetens underskott kommer främst från ett nytt gruppboende vilket inte låg med i budgeten för 2025, personlig assistans samt daglig verksamhet.

Under hösten öppnades en ny gruppboende vilket gav en kostnad som inte var budgeterad för 2025. I samband med öppnandet har tidigare externt placerade brukare flyttat in. På sikt kommer kostnaderna för placeringar att minska till följd av gruppboendet. Ökade kostnader ses även för köpt korttidsverksamhet under 2025.

Inom personlig assistans påvisas ett underskott på grund av fler beslutade ärenden där kommunen bekostar de första 20 timmarna. Utöver detta har pågående ärenden fått en utökning i bemanning. Under första kvartalet fanns en överbemanning på grund av att en assistansgrupp avslutades och befintlig personal omflyttades. Här tillkommer också sjukkostnader för externa utförare. När socialnämnden använder externa utförare får utföraren ersättning från kommunen och Försäkringskassan men kommunen står för samtliga sjuklöner. Under året har kommunen betalat 0,8 mnkr i sjuklöner för externa utförare. Brukare kan även beviljas personlig assistans enligt LSS från kommunen. I dessa fall betalar kommunen för samtliga beviljade assistanstimmar, således inte endast för de första 20 timmarna.

Individ- och familjeomsorg

Under individ- och familjeomsorgen (nedan IFO) budgeteras myndighet vuxna, myndighet barn och unga, resursenheten, arbetsmarknadsenheten och flykting. Verksamheten redovisar 2025 ett överskott mot budget om 7,9 mnkr. Budgetöverskottet beror huvudsakligen på minskade kostnader för köpta placeringar för vuxna samt för barn och unga på institution och i familjehem.

Verksamheten har under året arbetat aktivt med att minska på konsulentstödda familjehem som är mycket kostsamma. Genom året har flera konsulentstödda

placeringar genomgått vårdnadsöverflyttar. Vidare erbjuds i större utsträckning hemmaplanslösningar eller annan öppenvård som ett fullgott alternativ till placeringar. Arbetet har fallit väl ut och verksamheten kan konstatera en betydande minskning av kostnaderna.

IFO: s verkställighet har under året haft sjukskrivningar som inte kunnat täckas. Verksamheten har också rekryterat och haft svårt att tillsätta tjänster vilket gjort att det funnits vakanta tjänster som skapat ett överskott.

Inom Integration och flykting påvisas ett överskott som beror större intäkter från Migrationsverket än vad som budgeterats.

Vuxenenheten har under året haft ett antal tomma lägenheter vilket lett till minskade intäkter. Enheten visar även underskott från vissa hyror som inte betalats in av klienter.

Vuxen, barn och unga och resursenheten har under året haft möjlighet att täcka vissa löner på statsbidrag. Verksamheten har under året mottagit ett betydande bidrag för återsökningar av tidigare placeringskostnader.

Stab

Under denna enhet budgeteras verksamhetschefer, utvecklingschef med medarbetare samt bemanningschef med medarbetare. Enheten redovisar ett överskott om 1,7 mnkr för helåret.

Överskottet beror bland annat på lägre personalkostnader vid föräldraledighet, tjänstledighet och på grund av rekrytering. Vissa statsbidrag har även nyttjats på befintliga tjänster som har genererat ett överskott. Under övriga kostnader finns 0,5 mnkr för tidigare prestationsbaserat statsbidrag som inte har behövt nyttjas för eventuella volymökningar inom äldreomsorg.

5.4 Prognoserna under året, samt eventuella åtgärder

februari	april	augusti	oktober
----------	-------	---------	---------

Prognos för helårsresultatet	-0,9	1,1	4,0	5,7
---------------------------------	------	-----	-----	-----

Belopp i mnkr.

Avvikelse från tidigare prognoser beror på flera olika faktorer. Vid årets början tas ingen hänsyn till förväntade statsbidrag. Uppbokning av förväntade intäkter genom statsbidrag görs först i prognosen när förvaltningen beviljats bidraget. Under året har det tillkommit fler statsbidrag som kommunen sökt och beviljats. Resultatet har också förbättrats genom bland annat ett aktivt arbete med schemaläggning inom äldreomsorgen samt lägre personalkostnader vid luckor som uppstått vid rekrytering av vakanser under året. Även hemtagning av köpta platser till egen regi samt ett betydande belopp vid beviljad återsökning gällande placering har bidragit till avvikelsen från tidigare prognoser.

5.5 Investeringar

Område	Budget 2025	Utfall 2025	Avvikelse
Reinvesteringar	-1,6	-0,4	1,2
Investeringsprojekt	-0,5	-0,5	0,0
Summa	-2,1	-0,9	1,2

Belopp i mnkr.

För 2025 fick Socialnämnden tilldelat -2,1 mnkr till investeringar. Av detta avsåg 0,5 mnkr inredning till nya gruppboenden på Sockelvägen som blev inflyttningsklar under hösten 2025. Av ramen för reinvestering om 1,6 mnkr har 0,4 mnkr nyttjats under året. Avvikelsen beror delvis på inköp som har möjliggjorts av statsbidrag. Exempel på inköp som har bekostats av statsbidrag är digitaliseringsprojekt och våldsängar.

6 Medarbetare

6.1 Personalstatistik

	Perioden innevarande år			Perioden föregående år		
	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt
Antal tillsvidareanställda	215	45	260	215	47	262
Andel tillsvidareanställda (%)	82,69 %	17,31 %	100,00 %	82,06 %	17,94 %	100,00 %
Antal visstidsanställda	12	5	17	20	9	29
Andel visstidsanställda (%)	70,59 %	29,41 %	100,00 %	68,97 %	31,03 %	100,00 %
Antal timavlönade (timmar)	33 650,34	24 980,44	58 630,78	35 883,51	19 564,34	55 447,85
Övertid/fyllnad/mertid (tim)	1 170,37	497,08	1 667,45	1 053,75	416,92	1 470,67
Andel tillsvidare m. heltid (%)	92,09 %	97,78 %	93,08 %	87,44 %	91,49 %	88,17 %
Sjukfrånvaro (%)	9,18 %	5,24 %	8,47 %	9,27 %	4,45 %	8,36 %
Sjukfrånvaro mer än 60 dagar (%)	40,53 %	11,92 %	37,35 %	36,62 %	2,21 %	33,17 %
Sjukfrånvaro under 29 år (%)	7,10 %	3,69 %	6,07 %	5,72 %	3,77 %	5,11 %
Sjukfrånvaro 30-49 år (%)	7,35 %	3,47 %	6,58 %	8,61 %	2,62 %	7,38 %
Sjukfrånvaro över 50 år (%)	12,17 %	11,48 %	12,10 %	11,21 %	9,73 %	11,04 %

Antal tillsvidareanställda är jämförbart med föregående år. En ökning ses avseende andel tillsvidareanställda med heltid vilket är ett resultat av förvaltningens arbete med heltid som norm. En betydande minskning ses bland visstidsanställda vilket framför allt beror på införandet av resurspass. Övertid halverades under 2024 på grund av omställningen till 11 timmars dygnsvila samt nya arbetssätt i verksamheterna. Övertid/fyllnadstid/mertid har ökat något, vilket troligt kan vara en justering till nivåer som kan ses över tid.

Den totala sjukfrånvaron är jämförbar med tidigare år. Sjukfrånvaro i alla åldersspann förutom 30-49 år har ökat något. Vid ytterligare översyn

uppmärksammas att sjukfrånvaron varit lägre under kvartal 1-3, men ökat under sista kvartalet till följd av influensa och andra säsongssjukdomar. Sjukfrånvaro över 60 dagar har ökat märkbart sedan föregående år, något förvaltningen behöver arbeta mer aktivt tillsammans med HR för att omhänderta.

Kompetensförsörjning

Inom individ- och familjeomsorgen har utbildningsbehov lyfts inom området hot och våld, vilket medförde att förvaltningen under året anordnade en särskild utbildningsinsats med extern föreläsare för samtliga medarbetare inom området. Funktionsstödsområdet har lyft behov av utbildning i lågaffektivt bemötande, vilket delvis kommer att tillgodoses genom projektet Hållbar kunskapsorganisation under 2026 då temat kommer vara bemötande.

Projektet En hållbar kunskapsorganisation startade i början av året. Målet med projektet är att skapa en förvaltningstäckande kunskapsorganisation med fokus på lärande och utveckling av medarbetare. En kartläggande förstudie genomfördes där medarbetare intervjuades för att identifiera behov av kompetensutveckling. Utifrån resultaten från förstudien beslutade förvaltningsledningen att under 2025 kompetenshöja medarbetare inom äldreomsorgen. 20 medarbetare inom förvaltningen har därför under hösten fått utbildning inom ämnet äldre med skadligt bruk och beroende samt psykisk ohälsa. Projektet kommer pågå under tre års tid där varje år kommer fokusera på olika teman.

Vidare har medarbetare inom äldreomsorgen fått möjlighet att gå utbildning i hot och våld samt demens. Förvaltningen har fortsatt arbeta med att utbilda ej utbildad personal till undersköterskor via äldreomsorgslyftet, ett arbete som lett till att äldreomsorgen har en mycket hög andel utbildad personal. Övergripande beskrivs att förvaltningen har haft goda möjligheter att erbjuda kompetensutveckling under året. Detta beror dels på den avsatta utbildningsbudgeten men även förvaltningens arbete med statsbidrag.

Heltid som norm

Vid kommunstyrelsens sammanträde den 13 december 2022 beslutades att Bollebygds kommun skulle införa en heltidsorganisation i alla kommunens verksamheter. Införandet innebär att samtliga tillsvidareanställningar omregleras till heltid från och med den 1 april 2026. Kommunstyrelsen beslutade också att

alla nya tjänster från och med den 1 januari 2025 ska annonseras som heltidstjänster, där finansiering sker inom befintlig ram.

Socialnämnden har under de senaste åren arbetat för att öka andelen heltidsanställda, och har därav en hög andel jämfört med andra kommuner. Utifrån statistik för helåret 2024 förekom totalt 262 tillsvidareanställningar inom socialnämndens område. Av dessa var 231 anställda på heltid, vilket motsvarar 88%. Socialförvaltningen har under året undersökt orsak till deltidsanställningarna och om medarbetarna har en önskan att gå upp till heltidsanställning. Undersökningen visade på att de deltidsanställningar som fortfarande förekommer inom förvaltningen beror på eget önskemål från medarbetaren eller på hälsoskäl som medför en oförmåga att arbeta i högre utsträckning. Arbete har påbörjats för att genomföra övergången till heltidsanställning i de fall där det är tillämpligt.

Arbetsmiljö och hälsa

Efter att medarbetarenkätens resultat presenterades har enhetscheferna arbetat tillsammans med medarbetarna för att ta fram aktiviteter som ökar frisknärvaron och förbättrar arbetsmiljön. Det konstateras att den psykosociala arbetsmiljön lyfts som en viktig friskfaktor på många enheter. Bland annat lyfts kulpengen som en viktig aktivitet för att skapa ett gott klimat i arbetsgrupperna. Genom kontinuiteten i Den röda tråden finns en struktur för att möjliggöra regelbundna samtal mellan chef och medarbetare.

Den fysiska arbetsmiljön behöver inom vissa verksamheter förbättras då lokalerna är bristfälliga utifrån verksamheternas behov. Medarbetarna beskriver problematik utifrån trångboddhet, dålig ventilation, för hög eller låg temperatur. Förutom kontorsytor lyfts ett stort behov av mötes- och samlingsrum som i dagsläget är en bristvara. Verksamheten har genomfört de förändringar som är möjliga utifrån förvaltningens förutsättningar. Behovet är lyft till kommunens lokalresursplan.

7 Årets verksamhet i övrigt

Millennium

Under 2025 har Västra Götalandsregionens arbete med Millennium övergått från införande till analys och strategiska vägval efter att systemet pausades i november 2024. De externa granskningarna från KPMG och Sweco visade att införandet präglades av brister i styrning, utbildning, testning, förändringsledning och ansvarsfördelning, vilket gjorde att systemet inte kunde tas i bruk på ett patientsäkert sätt. Mot denna bakgrund har regionen genom den så kallade *samordningsgruppen för vårdinformationsmiljö* arbetat för att ta ställning till den framtida inriktningen.

I november 2025 rekommenderade samordningsgruppen att Millennium inte bör återupptas. I stället föreslogs en modulbaserad vårdinformationsmiljö med tydligare krav på kvalitet, säkerhet och samverkan mellan region och kommun. Ett slutligt politiskt ställningstagande förväntas i regionfullmäktige under 2026. För Bollebygds kommun innebär detta att det lokala införandeprojektet av Millennium avslutats. Kommunens arbete under 2025 har huvudsakligen bestått av att följa den regionala processen, delta i samverkan via Västkom samt sammanställa erfarenheter och riskbedömningar. De regionala analyserna bekräftar kommunens tidigare bedömning att ett införande av Millennium inte var genomförbart utan betydande risker för patientsäkerhet, arbetsmiljö och informationssäkerhet.

Sammanfattningsvis innebär den regionala inriktningen att Bollebygds kommun i framtiden kan ställas inför ett nytt gemensamt vårdinformationsinitiativ, där tydligare krav på styrning, stöd och verksamhetsanpassning behöver ställas.

Nytt intranät för socialförvaltningen

I april publicerade socialförvaltningen ett eget intranät på kommunens insida. Syftet med intranätet var att skapa en gemensam plattform där förvaltningen kan samla processer, styrdokument och rutiner, utbildningar, information, nyheter och annat som enbart berör medarbetarna inom socialförvaltningen. Samtliga rutiner

och stöddokument har organiserats utifrån förvaltningens huvudprocesser och delprocesser, vilket är ett krav utifrån SOSFS 2011:9. Det nya intranätet innebär en kvalitetshöjning kopplat till processarbetet, men har även skapat större tydlighet för medarbetarna gällande information och nyheter. Plattformen kommer att utvärderas 2026.

Boråsregionens gemensamma avfallsplan

Socialnämnden är huvudansvariga för följande delmål i avfallsplanen:

- *Andel möbel- och textilinköp i kommunens verksamheter som återbrukat ska öka jämfört med år 2022.*
- *Invånarna ska ha möjlighet till enkel och tillgänglig återanvändning av produkter.*

Återbruksverksamheten vid Råssa återvinningscentral är i drift och verksamheten drivs i samarbete med daglig verksamhet där syftet är att bidra till miljönytta och meningsfull sysselsättning.

Under 2025 har flera nya insatser börjat planeras. Under 2026 ska socialförvaltningen starta ett centrallager för att samordna förvaltningens inköp samt utleverans av dessa. Inom ramen för denna verksamhet ses möjlighet att i förlängningen även omhänderta återbruk av bland annat kontorsmöbler. Samtidigt innebär det en ny möjlighet för verksamheterna att erbjuda meningsfull sysselsättning till nämndens målgrupp.

Socialnämnden är delaktiga i följande delmål i avfallsplanen:

- *Matsvinnet ska minska till 35g/portion i kommunens verksamheter*
- *Konsumtionen av engångsartiklar i kommunens verksamheter ska minska jämfört med år 2022*
- *Livslängden på arbetskläder i kommunens verksamheter ska öka jämfört med år 2022*
- *Invånarnas förståelse om kopplingen mellan konsumtionsbeteende, avfallsmängder och miljöpåverkan ska öka jämfört med år 2023*
- *Alla kommunala verksamheter ska ha möjlighet att enkelt och nära sortera ut*

sitt avfall

- *Nedskräpning ska minska med 50% jämfört med år 2022.*

Arbetet med avfallsplanens delmål fortlöper inom socialförvaltningen. Frågan om arbetskläder har lyfts till kommunens ledningsgrupp, med förslag om att använda lokal kompetens för enklare lagningar, exempelvis på Bollegården.

Medvetenhet kring sortering har stärkts. Sorteringskärl med tydligare skyltning har satts upp på Bollegården, och liknande lösningar planeras inom funktionsstödsområdet.

Ny Socialtjänstlag

Den nya socialtjänstlagen trädde i kraft den 1 juli 2025. Syftet med den nya lagen är att socialtjänsten ska bli mer förebyggande, jämställd och lättillgänglig än idag: att sänka trösklarna och nå invånare tidigt, innan problemen växt sig stora. Socialtjänsten ska också bli mer kunskapsbaserad och vila på forskning och beprövad erfarenhet. Under de kommande åren behöver socialnämnden, och kommunen i stort, aktivt arbeta med omställningen till ny socialtjänstlag. Arbetet leds av projektledare inom socialförvaltningen.

Projektledare har genomfört en läges- och behovsanalys, utifrån vilken en rapport upprättats som visat på de förändringsbehov kommunen har i omställningsarbetet. Socialförvaltningen har under våren prioriterat att arbeta med administrativa åtgärder som varit kravställda att färdigställas till den 1 juli 2025 då socialtjänstlagen trädde i kraft. Under sensommaren genomfördes en workshop med förvaltningens medarbetare i syfte att låta verksamheten lämna förslag på fortsatta aktiviteter i omställningsarbetet, vilket summerades i en handlingsplan. Arbetsgrupper har startats för arbetet med att omvandla vissa behovsprövade insatser till insatser utan behovsprövning (IUB). Detta arbete är långsiktigt och kommer pågå under hela 2026. Under perioden kommer också arbete krävas för att återigen se över befintliga insatser utan behovsprövning och kravet om dokumentation på individnivå för samtliga insatser kommer att utredas.

Parallellt har kunskapsspridning om den nya socialtjänstlagen genomförts löpande i förvaltningen men också kommunövergripande. Planering och förarbete inför deltagande i lärprocessen är påbörjat inför start 2026.

Ny gruppboende enligt LSS

Under 2024 påbörjades byggnation av en ny gruppboende enligt LSS.

Gruppboendestaden Sockelvägen 1 invigdes efter sommaren och öppnades den 1 oktober 2025. Inflyttning har skett successivt under hösten och fortgår under våren 2026. Genom byggnation av ny gruppboende och därmed utökning av antal boendeplatser i egen regi kan nämnden minska behovet av externplaceringar. Att arbeta med hemtagning skapar både ökad kvalitet för brukarna och minskade kostnader för kommunen.

Systematiskt kvalitetsarbete

I socialförvaltningen pågår ett arbete att digitalisera ledningssystemet för kvalitet. Detta sker i ett datasystem som är uppbyggt och anpassat för att möta kraven i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9.

Under 2025 har en stor del av uppbyggnaden genomförts vilket innebär att det i förvaltningens digitala ledningssystem nu finns kvalitetsårshjul, kvalitetsindikatorer, egenkontroller och avvikelsestatistik. Specifika kvalitetsindikatorer är framtagna för att ge enheterna förutsättningar att få data kring väsentliga delar av verksamheten. Digitaliseringen av förvaltningens egenkontroller medför att arbetet blir mer systematiskt samtidigt som det blir enklare för verksamheterna att följa upp och tydligare se behov av eventuella förbättringsåtgärder.

Under nästkommande år är fokus att fortsatt utveckla analyser av data i kvalitetsindikatorer och egenkontroller för konkret förbättringsarbete och kvalitetssäkring ute i verksamheterna. Enhetschefer får stöd i det systematiska

kvalitetsarbetet genom regelbundna workshops och kunskapsutbyte för att gemensamt utveckla arbetet i förvaltningens ledningssystem.

8 Internkontroll

8.1 Nämndens internkontrollplan

Utifrån risk- och väsentlighetsanalys har socialnämnden beslutat att nedan internkontrollplan ska gälla för 2025.

Nr	Process	Kontrollmoment	Kontrollansvar	Metod
1	Dokumentation: Risk att rättssäkerhet brister till följd av att dokumentationskrav inte efterlevs, vilket kan leda till att den enskilde inte får den omsorg den har behov av.	Stickprovsgranskning av dokumentation inom myndighet	Enhetschef myndighet	Utvecklingsledare utbildar enhetscheferna inom myndighet i granskning av dokumentation. Enhetschef genomför stickprovsgranskning av dokumentation.
2	Hot och våld: Risk för hot och våld inom det sociala arbetet vilket kan leda till skada för medarbetare samt svårigheter att rekrytera.	Kontroll av tillbud och handlingsplaner	Verksamhetschef	Enhetschef säkerställer att handlingsplaner för hot och våld upprättas på enheten, samt att medarbetarna får årlig information om tillbudsrapportering. Verksamhetschefer kontrollerar antal rapporterade tillbud rörande hot och våld. Verksamhetschefer kontrollerar att handlingsplaner för hot och våld har upprättats inom varje verksamhet.
3	Rekrytering: Risk för svårigheter att rekrytera medarbetare på grund av nationell brist och hög konkurrens, vilket kan leda till personalbrist.	Statistik över avslutade rekryteringar	Förvaltningschef	Förvaltningschef granskar antal rekryteringar som avslutats på grund av att det saknats rätt kompetens bland de sökande.

Nr	Process	Kontrollmoment	Kontrollansvar	Metod
4	Kompetensutveckling: Risk att medarbetare inte får den kompetensutveckling som behövs på grund av att tillräcklig behovsinventering inte utförs, vilket kan leda till fler avvikelser, vårdskador och oattraktiv arbetsplats.	Behovsinventering och kontrollering av genomförd utbildning via KTC	Enhetschef utförarverksamhet	Enhetschef inventerar behov av kompetensutveckling hos medarbetarna. Vid identifierat behov av utbildningsinsatser via KTC kontrollerar enhetschef att medarbetarna deltagit i utbildning.

1. Dokumentation

I oktober 2025 genomförde enhetschef för Myndighet Vuxen granskning av dokumentation utifrån kontrollfrågor som utgår från Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation (SOSFS 2014:5).

Granskningen omfattade 15 slumpmässigt utvalda beslutsunderlag med tillhörande journalanteckningar. Dokumentationen innehöll händelser av vikt. Den enskildes egen upplevelse av sin situation framgick i hög grad. För att uppfylla Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation och framtagna rutiner i myndighetsprocessen behöver enheten bland annat utveckla dokumentation av samtycke och klagande motiveringar i beslutsunderlagen. Enheten behöver säkerställa att det av beslutsunderlaget framgår på vilket sätt beslutet ska följas upp. Granskning visade att journalen innehåller händelser av vikt och uppfyller i stor grad kraven på dokumentation när det gäller exempelvis uppföljning av beslut och vilka kontakter som är tagna med den enskilde och ställföreträdare.

Enheten har under hösten 2025 utökats med en tjänst som 1:e socialsekreterare vars uppdrag inkluderar att stödja och vägleda handläggarna i att dokumentera enligt gällande föreskrifter. 1:e socialsekreterare har i uppdrag att under våren

2026 och tillsammans med berörd personal upprätta frastexter för att underlätta en rättssäker och enhetlig dokumentation i beslutsunderlagen. Enhetschef planerar också för kompetenshöjande åtgärder, bland annat workshops med fokus på dokumentation.

2. Hot och våld

Under perioden 1 januari till 31 december 2025 har det inom socialförvaltningen upprättats 96 tillbud. Av dessa 96 tillbud utgör 25 stycken händelser som berör hot och våld. Samtliga 25 händelser har inträffat på Bollegårdens äldreboende, både på demens- och somatisk avdelning, och rör situationer mellan personal och brukare i omvårdnadssituationer. Samtliga enheter har under 2025 haft som uppdrag att upprätta eller uppdatera sina handlingsplaner för hot och våld. Vid kontroll framgår att alla verksamheter/enheter numera har upprättade handlingsplaner för hot och våld.

3. Rekrytering

Under perioden 1 januari till 31 december 2025 har socialförvaltningen publicerat totalt 26 arbetsannonser. Av dessa 26 annonser har 3 stycken avslutats på grund av att lämplig kandidat saknats. Dessa annonser har avsett tjänst som stödpedagog, sjuksköterska och enhetschef. Föregående år publicerades 35 annonser, där totalt 9 stycken avslutades på grund av att lämplig kandidat saknades. Antalet var således fler under 2024, däremot ses en större spridning i typ av tjänster innevarande år jämfört med föregående år då det näst intill uteslutande var vård- och omsorgspersonal som utpekades som svårtilsatta tjänster. Förvaltningen behöver fortsätta arbeta brett vad gäller marknadsföring och samverkan för att säkerställa att olika typer av tjänster inom det sociala klustret kan tillsättas över tid.

4. Kompetensutveckling

Enhetschefer inom utförarverksamheterna har under året löpande inventerat behov av kompetensutveckling hos medarbetarna och vid behov anmält till utbildning, bland annat via Bollebygds kliniska träningscenter, KTC. Under 2025

har KTC använts vid 35 tillfällen. Vid tre av dessa tillfällen har workshop i palliativ vård och basala hygienrutiner anordnats. Vid ett tillfälle har personal fått utbildning i förflyttning. Vid sex tillfällen har personal övat olika vårdmoment, så som venprovstagning. Fyra tillfällen har KTC använts för introduktion av sommarvikarier, och ytterligare fyra för utbildning av elever. Därutöver har KTC nyttjats i samband med utbildning i bland annat munhälsa och demensvård.

Under 2026 kommer förvaltningens huvudhandledare samt specialistsjuksköterska för utbildning och utveckling att arbeta mer aktivt med att utveckla KTC. Uppdragets syfte är att säkerställa att de utbildningar som medarbetarna har behov av finns till förfogande på KTC, att utbildningarna är av god kvalitet samt att de erbjuds med den regelbundenhet som efterfrågas.

8.2 Övriga delar i internkontrollen

Kontrollpunkter för dataskyddsarbetet

Kontrollpunkt 1: Personuppgiftsincidenter

Kontrollpunkten gäller verksamhetens förutsättningar att identifiera och hantera personuppgiftsincidenter. För att uppfylla ansvarsskyldigheten ska kommunens rutin för hanteringen vara känd av medarbetarna. I kontrollpunkten ingår även att det finns ett integrerat säkerhetsarbete i de dagliga rutinerna och som regelbunden punkt på dagordningar.

Under året har tre kända personuppgiftsincidenter inträffat inom socialförvaltningen. Den första incidenten inträffade i augusti inom den kommunala primärvården, där tomma läkemedelsflaskor med apoteketiketter, med namn och personnummer, lämnades synligt i en trappuppgång i ett flerfamiljshus. Uppgifterna var därmed tillgängliga för obehöriga. Den andra incidenten rörde en kvarglömd dospåse som försvann under ett arbetspass. Även här har det funnits risk för att känsliga personuppgifter kommit i orätta händer. Den tredje incidenten avser digital tillsyn vid ett särskilt boende, där kameror installerades och användes utan tydlig styrning, dokumenterade rutiner eller

klarhet kring samtycke från den enskilde eller anhöriga.

Gemensamt för incidenterna är att de rör känsliga personuppgifter samt att de till stor del har sin grund i bristande följsamhet till rutiner, otydliga arbetssätt och bristande styrning på grund av chefsbyten. Incidenterna visar tillsammans på behov av ett mer strukturerat och konsekvent dataskyddsarbete i det dagliga arbetet. Förvaltningen behöver säkra att befintliga rutiner är kända, begripliga och att de efterlevs, samt att nya arbetssätt, särskilt digitala lösningar, föregås av riskbedömning och tydlig dokumentation. Vidare behöver riktade utbildningsinsatser genomföras för medarbetare, med fokus på praktiskt dataskydd i vardagen.

Kontrollpunkt 2: Registerförteckning

Kontrollpunkten gäller verksamhetens efterlevnad av skyldigheten att systematiskt dokumentera samtliga personuppgiftsbehandlingar. I detta ingår även att säkerställa att registret är uppdaterat, korrekt och heltäckande.

Inom förvaltningen pågår ett arbete för att uppfylla dessa krav. Arbetet omfattar bland annat en översyn och inventering av de system som används i verksamheten. Syftet med inventeringen är att skapa en samlad bild av vilka personuppgiftsbehandlingar som förekommer. I och med detta arbete har det identifierats att även ansvarsförhållanden behöver utvecklas. Fokus ligger på att tydliggöra vem som är systemägare och vem som är systemförvaltare för respektive system.

I nuläget saknas en fastställd systematik för hur arbetet med personuppgiftsregistret ska bedrivas över tid. Arbetet genomförs inom ramen för den dagliga verksamheten. Detta påverkar möjligheten att arbeta kontinuerligt och strukturerat med uppdatering av registret. De inledande insatserna utgör ett första steg mot en mer sammanhållen dokumentation. Förvaltningen har därigenom påbörjat ett arbete för att skapa bättre förutsättningar för ansvar och överblick. Nästa steg är att omsätta inventeringen i en mer formaliserad struktur.

Detta omfattar både ansvarsfördelning och löpande uppdatering av uppgifter. Arbetet fortsätter i syfte att säkerställa ett fullständigt personuppgiftsregister.

Verksamhetens systematiska brandskyddsarbete

Utifrån Bollebygds kommuns handbok i systematiskt brandskyddsarbete ska alla förvaltningar och bolag en gång per år kontrollera, följa upp och göra en sammanställning över statusen på sina verksamheters systematiska brandskyddsarbete så att det kan redovisas till respektive nämnd årligen.

Genom att kontrollera dokumentationen säkerställs en god nivå på kommunens systematiska brandskyddsarbete. Det ger möjlighet att följa upp ansvarsområden, utbildningar och kontroller för att kunna åtgärda brister och lägga resurserna på rätt saker.

Inom socialförvaltningen ses rutinerna för systematiskt brandskyddsarbete över årligen inom samtliga verksamheter. Varje verksamhet har en uppdaterat SBA-pärm, samt utsedda brandskyddsombud med skriftlig uppdragsbeskrivning. Verksamheterna är uppmanade att säkerställa att samtliga medarbetare genomgår brandskyddsutbildning enligt kommunens riktlinjer.

8.3 Genomgång av inköp

Den 22 april beslutade kommunstyrelsen att samtliga nämnder i samband med delårsrapporten 2025 skulle göra en genomgång av respektive nämnds inköp för att identifiera bristande avtalsföljsamhet.

Kontroll har under våren genomförts av socialförvaltningens inköp 2024. Syftet har varit att säkerställa att inköp sker i enlighet med gällande avtal. Kontrollen har inneburit en genomgång av samtliga inköp gjorda under året. En särskild granskning har gjorts av leverantörer med ett inköpsvärde överstigande 100 tkr. Avstämning har därefter skett mot upphandlade avtal tillsammans med upphandlingsenheten.

Kontrollen visade att socialnämnden generellt har en god avtalsföljsamhet.

Kontrollen visade dock att socialnämnden saknade giltiga avtal med tre leverantörer, där inköpsvärdet överstigit 100 tkr under 2024. Vid närmare granskning uppmärksammades dock att det fanns ett förlängningsavtal med en av leverantörerna men att denna ej var registrerad i avtalsdatabasen, vilket gett upphov till att förvaltningen sett över sina rutiner. Gällande övriga två leverantörer har socialförvaltningen anmält behov av upphandling till upphandlingsenheten.

Vidare gjordes tre övriga upptäckter i kontrollen där det framkommit att förvaltningen gjort inköp hos fel leverantörer. I samtliga fall har värdet understigit 100 tkr. Analys visar att tjänstepersoner i dessa fall inte har utgått från avtalen i avtalsdatabasen, vilket medfört att inköp gjorts av andra leverantörer än dem som kommunen har ramavtal med.

Sammanfattningsvis behöver socialförvaltningen fortsätta utbilda och sprida kunskap om inköp, upphandling och avtalsföljsamhet. Vidare behöver förvaltningen fortsätta utveckla samverkan med upphandlingsenheten.

9 Systematiskt kvalitetsarbete

9.1 Klagomål och synpunkter

Under verksamhetsåret har socialnämnden tagit emot totalt åtta enskilda klagomål och synpunkter, vilket innebär en minskning jämfört med föregående år, då 14 enskilda klagomål och synpunkter inkom. Av de åtta inkomna ärendena bedömdes tre avse brister i verksamheten. Klagomålen och synpunkterna har rört både verksamhetens utförande och bemötande. Inga allvarliga eller systematiska brister har dock identifierats.

Samtliga klagomål och synpunkter har registrerats och utretts enligt gällande rutin. Förvaltningen har även återkopplat till de individer som lämnat synpunkter. I tre ärenden har dock svarstiden överstigit tre veckor. Förvaltningen behöver därför fortsätta arbetet med att säkerställa att återkoppling sker inom fastställd svarstid.

Klagomål och synpunkter utgör ett viktigt underlag i det systematiska kvalitetsarbetet och används aktivt för att utveckla och förbättra verksamheten.

Verksamhet	Brist	Ej brist	Oklart om brist	Svar inom 3 veckor	Antal
Kvartal 1					
Individ- och familjeomsorgen		1		1	1
Äldreomsorgen	2			2	2
Funktionsstöd					
Socialförvaltningen					
Kvartal 2					
Individ- och familjeomsorgen					
Äldreomsorgen	1				1
Funktionsstöd					
Socialförvaltningen					
Kvartal 3					
Individ- och familjeomsorgen					

Verksamhet	Brist	Ej brist	Oklart om brist	Svar inom 3 veckor	Antal
Äldreomsorgen					
Funktionsstöd		1			1
Socialförvaltningen					
Kvartal 4					
Individ- och familjeomsorgen		2		2	2
Äldreomsorgen		1			1
Funktionsstöd					
Socialförvaltningen					
Totalt 2025	3	5		5	8

9.2 Lex Sarah och sociala avvikelser

Lex Sarah

Under 2025 upprättades 7 lex Sarah-rapporter samt ytterligare 5 avvikelser som under utredning graderades upp till lex Sarah. Detta kan jämföras med föregående år då totalt 9 rapporter upprättades.

Flera utredningar enligt lex Sarah visar på att brister förekommit under lång tid utan att åtgärder vidtagits, vilket visar på brister i avvikelshanteringen. Två händelser anmäldes till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) på grund av allvarliga missförhållanden. Den ena handlade om ekonomiskt övergrepp i hemtjänsten då en medarbetare lånat drygt 50 000 kronor, utan att betala tillbaka. Den andra händelsen rörde brister i utförandet av omvårdnadsinsatser på en demensavdelning där åtgärder inte vidtagits trots kännedom om problemen.

Under de senaste åren har socialförvaltningen arbetat aktivt för att stärka kunskap och rutiner kring rapportering. En ny process för avvikelshantering fastställdes våren 2025. Ökningen av rapporter bedöms vara ett positivt resultat av dessa insatser.

Avvikelser SoL och LSS

Cirka 150 SoL- och LSS-avvikelser upprättades 2025, något fler jämfört med 2024. Av dem fattades beslut om att inleda utredning i 124 stycken, varav 5 senare graderades upp till lex Sarah. Av 150 avvikelser avser 124 stycken utförare inom äldreomsorg, främst särskilt boende, och rör brister i omvårdnad, felplacerade larm och bemötande. Inom hemtjänsten rör avvikelser ofta uteblivna insatser på grund av prioritering av larm eller svåra vägförhållanden. Endast 8 avvikelser är upprättade hos utförare inom funktionsstöd, främst servicebostad och gruppboende, och handlar främst om bristande kvalitet och omsorg. 12 avvikelser avser individ- och familjeomsorg, främst myndighet Vuxen, och handlar om brist i kommunikation, rättssäkerhet och brist i kvalitet.

Nästan alla avvikelser är rapporterade inom den egna verksamheten. Likt tidigare år är det även inför 2026 ett fortsatt viktigt utvecklingsområde att öka kunskap om avvikelser, att utreda och följa upp åtgärder i syfte att förebygga att liknande händelser inträffar igen.

9.3 Ej verkställda beslut

Under verksamhetsåret har socialnämnden haft fem nya ej verkställda beslut. Totalt har förvaltningen rapporterat sex enskilda individärenden till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Av dessa avser två kvarvarande ej verkställda beslut, varav ett härrör från föregående år och ett från kvartal tre.

Årets resultat visar på en tydlig minskning av ej verkställda beslut jämfört med föregående år, då 18 enskilda individrapporter rapporterades till IVO. Minskningen är särskilt tydlig inom äldreomsorgen och insatsen särskilt boende, vilket beror på att det under året har funnits lediga platser.

Förvaltningen arbetar kontinuerligt för att samtliga gynnande beslut ska verkställas så skyndsamt som möjligt.

Typ av insats	Skäl för dröjsmål	Nytt ej verkställt beslut	Kvarvarande ej verkställt beslut	Lagrum
Kvartal 1				
Korttidsvistelse i form av korttidshem	Specifika önskemål om boende/områden		X	9 § 6 p LSS
Kvartal 2				
Särskilt boende	Saknar plats	X		SoL
Kvartal 3				
Korttidsvistelse i form av korttidshem	Hos kommunen. Det finns inga platser att köpa på korttidsboendet i den kommun där brukaren bor	X		9 § 6 p LSS
Kvartal 4				
Särskilt boende (demensboende)	Hos kommunen, saknar plats	X		SoL
Kontaktperson	Hos kommunen	X		9 § 4 LSS
Korttidsvistelse i form av stödfamilj	Hos kommunen. Det finns inga platser att köpa på korttidsboendet i den kommun där brukaren bor		X	9 § 6 LSS

9.4 Bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete

Rapporteras i patienssäkerhetsberättelsen för året.

9.5 Lex Maria

Inga anmälningar enligt lex Maria har upprättats under året.

9.6 Anmälningar, överklaganden och tillsyn

Anmälningar

Under 2025 har socialnämndens verksamheter anmälts till JO vid 2 tillfällen. JO

avslutade båda ärenden utan åtgärd.

Domstolsavgöranden

Under 2025 har 14 ärenden avgjorts i förvaltningsdomstol, varav domstolen fastställt nämndens beslut i 12 av dessa ärenden, medan domstolen dömde emot nämndens beslut i ett ärende och delvis i ett. När det gäller fastställande av omedelbara beslut (LVU samt LBSB) har förvaltningsrätten bifallit två ärenden och avslagit ett.

Socialnämnden har haft ett ärende i tingsrätt rörande vårdnadsöverflytt där rätten beviljade socialnämndens ansökan. Vidare har totalt sju ärenden avgjorts hos hyresnämnden, som dömde enligt socialnämndens beslut i samtliga fall.

Tillsyn

Under våren inspekterade Arbetsmiljöverket servicebostaden och särskilt boende i Bollebygds kommun utifrån ett hot- och våldsperspektiv. Stora delar av verksamheten fungerade väl, dock uppmärksammades vissa förbättringsområden kopplat främst till brukarspecifika riskanalyser och handlingsplaner vid ensamarbete vilket föranledde återbesök under hösten. Tillsynen avslutades efter vidtagna åtgärder.

I december utförde Arbetsmiljöverket inspektion av hemtjänsten i Bollebygds kommun. Tre brister uppmärksammades som rörde hot och våld, riskbedömning och belastningsergonomi. Återbesök kommer därför att ske i maj 2026.

Under 2024 genomförde Inspektionen för vård och omsorg (IVO) tillsyn av Barn och unga. IVO konstaterade i beslut daterat 2025-08-28 två brister i kommunens verksamhet för barn och unga:

1. brister i kontroller inför placeringar av barn och unga,
2. brister i den systematiska egenkontrollen av myndighetsutövningen.

Socialförvaltningen har vidtagit flera åtgärder, bland annat strukturerade kontroller inför placeringar, årliga registerkontroller, införande av årshjul för

egenkontroll samt förstärkning av Barn- och ungeenheten med en 1:e socialsekreterare. Ytterligare rutiner och utvecklingsarbeten planeras under 2026. Åtgärderna syftar till att stärka rättssäkerheten, förbättra uppföljningen och säkerställa vård av god kvalitet. IVO avslutade ärendet 2025-12-18 med bedömningen att kommunen redovisat tillräckliga åtgärder.

9.7 Egenkontroll

Egenkontroll innebär en systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem.

Under 2025 har ett antal egenkontroller, som berör en eller flera enheter, med olika fokus genomförts. I november genomfördes egenkontroll för dokumentation inom verkställigheten. Enhetschefer och/eller dokumentationsombud har granskat 90 slumpvis utvalda ärenden inom äldreomsorgen, individ- och familjeomsorg samt funktionsstöd utifrån olika kriterier. Resultatet av egenkontrollen visar att dokumentationen överlag bedöms vara skriven med respekt för den enskilde, att den enskilde är delaktig i sin egen planering och att det är information av särskild vikt som dokumenteras i journalerna. Resultatet visar också att de behov och mål som finns beskrivna i beställningen från handläggare/socialsekreterare i hög utsträckning finns med i genomförandeplanen som anger hur målen ska tillgodoses. I genomförandeplanerna framgår, enligt egenkontrollen, vilka behov den enskilde har och hur insatsen genomförs, men det kan vara mindre tydligt när insatsen ges.

Egenkontrollen har även visat på förbättringsområden. Ett sådant är att uppföljningen av genomförandeplanerna behöver vara tätare för vissa individer för att följa lagkraven. Ett annat förbättringsområde är att egenkontrollen visar att målen i genomförandeplanen inte alltid är mätbara, specifika och möjliga att följa upp. Varje enhet gör sin analys av resultaten och tar fram eventuella förbättringsåtgärder. Det har under ett par års tid varit ett särskilt fokus på

genomförandeplaner och dokumentation och det kan också bidra till högre förväntningar och krav för vad som anses vara god dokumentation.

Övriga egenkontroller som genomförts 2025 rör bland annat kontroll varje månad att alla myndighetsbeslut på individ- och familjeomsorgen följer gällande delegeringsordning, egenkontroll av läkemedelshantering och egenkontroll av vårdhygien i äldreomsorgen.

10 Barnkonsekvensanalys

Barn som potentiellt kan påverkas av verksamhetsplanen och dess resultat har inte fått uttrycka sina åsikter eftersom beslut fattas på strukturell nivå. Hänsyn är tagen till barns bästa i de enskilda ärenden som hanterats av socialnämnden och inga åtgärder som har vidtagits med anledning av verksamhetsplanen och årsrapporten bedöms strida mot barns bästa.

6. Sammanställning av klagomål, kvartal 4 2025 SN2024/5

**Tjänsteskrivelse**

2026-01-02

Karolin Lindh |
Utvecklingsledare/nämndsekreterare

Dnr 187277

0734-64 75 45 |
karolin.lindh@bollebygd.se

Sammanställning av klagomål/synpunkter kvartal 4, 2025**Förslag till beslut**

Socialnämnden noterar informationen till protokollet.

Ärendet

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiska kvalitetsarbete SOSFS 2011:9 5 kap ska den som bedriver socialtjänst, hälso- och sjukvård eller verksamhet enligt LSS ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet. Dessa ska utredas och analyseras i syfte att se trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet. Socialförvaltningen gör en sammanställning varje kvartal. Verksamhetschefer bedömer huruvida synpunkten innebär en brist utifrån relevant lagstiftning för verksamhetsområdet.

Under kvartal 4, 2025 har 3 synpunkter inkommit.

Beslutsunderlag

- Sammanställning av klagomål/synpunkter kvartal 4, 2025, SN2024/5

Skickas till

Kommunens revisorer

**Tjänsteskrivelse**

2026-01-02

BOLLEBYGDS KOMMUN

Socialförvaltningen

Rickard Olsson

Förvaltningschef

Karolin Lindh

Utvecklingsledare/nämndsekreterare

Handläggare
Karolin Lindh | Utvecklingsledare/nämndsekreterare
0734-64 75 45 | karolin.lindh@bollebygd.se

Dnr :
187278

Sammanställning av klagomål kvartal 4, 2025

SN dnr	Klagomålsställare/ synpunktslämnare	Område	Klagomål/ synpunkt/beröm	Brist?	Åtgärd	In datum	Svars- datum
2025_SN_863	Anhöriga	Äldreomsorgen	Anhöriga har inkommit med flera synpunkter och frågeställningar som sammanfattas enligt följande: Boendemiljö och trygghet Miljön upplevs som otrygg på grund av en utåtagerande brukare på	Nej	Enhetschef har bjudit in till anhörigträff 2025-12-01, där även verksamhetschef deltog. Under träffen gavs anhöriga möjlighet till dialog och att framföra synpunkter. Vid mötet fattades följande beslut: • Informationsbrev ska	2025-11-02	2026-12-01

		<p>demensboendet. Det saknas tillräcklig stimulans och anpassning för brukarna.</p> <p>Information, kommunikation och delaktighet</p> <p>Anhöriga upplever att informationen om verksamheten är otillräcklig och att delaktigheten i vård och omsorg är begränsad. De efterfrågar bland annat:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presentation av ny enhetschef. • Fortsättning av anhörigträffar. • Återupptagande av 		<p>skickas ut regelbundet till anhöriga.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Den vänstra sidan på avdelningen ska öppnas upp. • Anhörigträffar ska planeras och genomföras vid flera tillfällen under året. • Planerade aktiviteter informeras via informationsbrev eller anslag på boendet. • Brukarundersökning 2026 med fokus på att öka antalet svarande för bättre underlag. (Lågt antal svarande under 		
--	--	--	--	---	--	--

			nyhetsbrev. Kvalitetsuppföljning och verksamhetsutveckling Anhöriga ställer frågor kring uppföljningen av förbättringsområden utifrån Socialstyrelsens enkät <i>"Vad tycker de äldre om äldreomsorgen"</i> , särskilt hur förvaltningen avser att omhänderta de utvalda områdena. Vidare efterfrågas information om planerade aktiviteter samt hur samverkan sker mellan avdelningarna.		2024/2025).		
2025_SN_770	Anhörig	Individ- och	Synpunkter gällande	Nej	Socialtjänsten har tagit	2025-	2025-

		familjeomsorgen	handläggningens genomförande.		kontakt med klagomålställaren och fört en dialog om handläggningsprocessen på en övergripande nivå, utifrån allmänna principer, då samtycke saknas för att diskutera det enskilda ärendet. Inga ytterligare åtgärder vidtas.	10-16	11-03
2025_SN_769	Anhörig	Individ- och familjeomsorgen	Synpunkter gällande handläggningens laglighet och förfarande.	Nej	Socialtjänsten har tagit kontakt med klagomålställaren och informerat om socialtjänstens uppdrag, ansvar samt de tillämpliga juridiska processerna.	2025-10-06	2025-10-27

					<p>Klagomålställaren har även informerats om hur man kan överklaga beslut. Därutöver har socialtjänsten erbjudit samtal för att ge möjligheten till dialog och ytterligare förklaring.</p> <p>Inga ytterligare åtgärder vidtas.</p>		
--	--	--	--	--	---	--	--

* klagomålet är formulerat på ett sådant sätt att det inte går att ta ställning till om brist förekommit eller ej. Ex. ett klagomål som består av frågor eller önskemål.

7. Redovisning av ej verkställda beslut, kvartal 4 2025 SN2025/41

**Tjänsteskrivelse**

2026-01-23

Socialförvaltningen

Dnr 187540

Karolin Lindh |

Utvecklingsledare/nämndsekreterare

0734-64 75 45 | karolin.lindh@bollebygd.se

Redovisning av ej verkställda beslut kvartal 4, 2025**Förslag till beslut**

Socialnämnden beslutar att godkänna redovisningen av ej verkställda beslut om bistånd enligt socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade under perioden 2025-10-01 – 2025-12-31.

Ärendet

Socialnämnden ska rapportera alla gynnande beslut som ej verkställts inom tre månader dagen för beslut till Inspektion för vård och omsorg (IVO) och kommunens revisorer enligt 34 kap. 1 § socialtjänstlagen (SoL). Beslut som inte har verkställts på nytt efter att verkställigheten av någon anledning har avbrutits ska också rapporteras. Rapporteringen omfattar alla former av bistånd.

För varje beslut ska socialnämnden ange tidpunkten för beslutet, vilken typ av insats beslutet gäller samt kortfattat uppge skälen för fördröjningen.

Vidare ska socialnämnden lämna en statistikrapport till kommunfullmäktige enligt 34 kap. 3 § SoL.

Rapporteringen ska ske en gång per kvartal.

Barnkonsekvensanalys

Barnperspektivet beaktas i varje enskilt ärende som rör barn. Då ett beslut om insats inte kan verkställas inom rimlig tid övervägs andra insatser eller alternativa lösningar



för att tillgodose den enskildes behov oavsett om insatsen gäller barn, familj, ungdom eller vuxen. Detta för att minimera eventuella negativa konsekvenser för den enskilde.

Beslutsunderlag

- Statistikrapport över ej verkställda beslut – kvartal 4 2025, skapad 2026-01-19, SN2025/41

Skickas till

Kommunfullmäktige (meddelande)

Kommunens revisorer

BOLLEBYGDS KOMMUN

Socialförvaltningen

Rickard Olsson

Förvaltningschef

Karolin Lindh

Utvecklingsledare/nämndsekreterare

Dnr : **187445****Statistikrapport - Redovisning av ej verkställda beslut, kvartal 4 2025**

Typ av insats	Beslutsdatum	Datum för när verkställigheten avbröts	Skäl för dröjsmål	Lagrum
Särskilt boende (demensboende)	2025-09-23		Hos kommunen, saknar plats	SoL
Kontaktperson	2025-08-22		Hos kommunen, svårigheter att hitta lämpliga kontaktpersoner trots annonsering	9 § 4 LSS
Korttidsvistelse i form av stödfamilj	2025-06-12		Hos kommunen, saknar plats	9 § 6 LSS

Fetstil = nya beslut som ej rapporterats om tidigare

BOLLEBYGDS KOMMUN

8. Patientsäkerhetsberättelse 2025 SN2026/22



Anna Lindeblom | Medicinskt ansvarig
sjuksköterska (MAS) 0734-64 74 02 |
anna.lindeblom@bollebygd.se

Patientsäkerhetsberättelse 2025

Förslag till beslut

Socialnämnden godkänner patientsäkerhetsberättelsen 2025 och tillstyrker att övergripande fokusområden för kommande år är tydliga och genomförbara.

Ärendet

Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse varje år. Berättelsen ska öppet och tydligt för alla redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Bedömning

Följande patientsäkerhetsområden behöver prioriteras 2026:

- **Dokumentation**, fortsatt arbete med att utveckla arbetet med dokumentation i Lifecare.
-Egenkontroll journalgranskning, legitimerad personal.
- **Avvikelseprocessen**, fortsätta att kvalitetssäkra och få följsamhet till processen.
- **Säkrare läkemedelshantering**, delegerad personal ska ta ansvar för att ge läkemedel på ett säkert sätt enligt utbildning och rutin. Sjuksköterskor ska vara extra noga vid hantering av läkemedel så det sker på ett patientsäkert sätt.



-Ledningssystem för avvikelser Lifecare HSL/Vårdskada

-Egenkontroll läkemedelshantering

- **Omställningsarbetet Nära vård**, fortsätta med proaktivt arbete som Förebyggande team, digital teknik och kompetensförsörjning.
- **Öka antalet riskbedömningar med Senior Alert** på alla enheter.
 - Senior Alert kvalitetsregister

Beslutsunderlag

- Patientsäkerhetsberättelse 2025, SN2026/22

Skickas till

Förvaltningschef

Medicinsk ansvarig sjuksköterska

Verksamhetschefer

Enhetschefer inom Socialförvaltningens hälso- och sjukvård, äldreomsorg och LSS

BOLLEBYGDS KOMMUN

Socialförvaltningen

Rickard Olsson

Förvaltningschef

Anna Lindeblom

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)



Patientsäkerhetsberättelse

Bollebygds kommun

2025



Anna Lindeblom
Medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig för
rehabilitering

Annette Henriksson
Verksamhetschef Hälso-och sjukvård

Bollebygds kommun 2026-02-02

Innehåll

1	Inledning	3
2	Sammanfattning	4
3	Grundläggande förutsättningar för säker vård.....	5
3.1	Engagerad ledning och tydlig styrning	5
3.2	En god säkerhetskultur	7
3.3	Adekvat kunskap och kompetens	9
3.4	Patienten som medskapare	10
4	Agera för säker vård.....	11
4.1	Egenkontroll.....	12
4.2	Öka kunskap om inträffade vårdskador	24
4.3	Tillförlitliga och säkra system och processer	26
4.4	Säker vård här och nu fortsatt här!	27
4.5	Stärka analys, lärande och utveckling	27
4.6	Öka riskmedvetenhet och beredskap	28
5	Mål, strategier och utmaningar för kommande år	29
6	Fokusområden 2026	30

1 Inledning

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

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



Källa:

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

2 Sammanfattning

Nämndens mål 2025

- **Utveckling och implementering av digital teknik**

För att underlätta och stödja den enskilde i sitt dagliga liv, förbättra patientsäkerheten, självständigheten och effektivisera arbetet för vårdpersonalen. Under året har kommunal primärvård implementerat läkemedelsautomater och digital träning på surfplatta.

- **Dokumentation**

Fortsatt att utveckla arbetet med dokumentation i Lifecare genom kollegial journalgranskning.

- **Säkrare läkemedelshantering**

Delegerad personal ska ta ansvar för att ge läkemedel på ett säkert sätt enligt utbildning och rutin. Sjuksköterskor ska ha en säker hantering av läkemedel.

- **Ledningssystem för avvikelser Lifecare HSL/Vårdskada**

Fortsatt arbete med att kvalitetssäkra och få följsamhet till avvikelseprocessen. Upprepad dialog med enhetschefer och legitimerad personal.

- **Utveckla SIP-arbetet i Bollebygd**

Arbeta mer personcentrerat och öka antalet dokumenterade och uppföljda SIP har gjorts genom riktade utbildningar till olika enheter som använder SIP.

- **Omställningsarbetet Nära vård**

Det proaktiva arbetet med Förebyggande team, digital teknik och kompetensförsörjning har fortsatt.

- **Öka antalet riskbedömningar med Senior Alert**

Kommunal primärvård ska arbeta mer proaktivt med riskbedömningar innan det sker en vårdskada.

3 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.

3.1 Engagerad ledning och tydlig styrning

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



Övergripande mål och strategier

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

Varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med vården. Likaså ska varje medarbetare kunna utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en säker vård kan ges. Det systematiska kvalitetsledningssystemet, ska synliggöra verksamhetens kvalitet och dess resultat för personal, patienter och övriga medborgare. Tydligheten bidrar till en säker grund och är förutsättning för att identifiera förbättringsmöjligheter. I det systematiska kvalitetsledningssystemet finns rutin för avvikelshantering, egenkontroller, riskbedömning, att orsaks- och händelseanalyser ska genomföras samt handlingsplaner för detta.

Organisation och ansvar

Regionens ansvar

Hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland definierar ansvaret för samtliga vårdgivare. Avtalet ska stärka och främja samverkan och samarbete med syfte att möjliggöra ett tryggt och självständigt liv för individen. Under 2025 har det arbetats med att få till ett nytt omarbetat avtal som alla 49 kommuner kan godkänna. Avtal och överenskommelser är ute på beslut i kommuner och region. Målet är att ha ett nytt Hälso-och sjukvårdsavtal 2027.

Kommunens ansvar

Nämndens ansvar

Nämnden ska planera, leda, och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet för god hälso- och sjukvård upprätthålls. Nämnden ska fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.

Verksamhetschefens (Hälso- och sjukvård) ansvar

Verksamhetschefen ska enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017: 30) svara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främja kostnadseffektivitet. Inom ramen för ledningssystemet ska verksamhetschefen ansvara för att ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten gällande medicintekniska produkter, IT och teknik samt att personalen inom den kommunala hälso- och sjukvården har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten.

Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) ansvar

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (2017: 30) ska det i den kommunala hälso- och sjukvården finnas en sjuksköterska som har det övergripande medicinska ansvaret. Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan har tillsammans med verksamhetschefen att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet som finns för den kommunala hälso- och sjukvården. Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan utövar sitt ansvar genom att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet.

Enhetschefers ansvar

Samtliga enhetschefer ansvarar för att de rutiner och riktlinjer som verksamhetschef för Hälso- och sjukvård och MAS fastställt är väl kända i verksamheten samt att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att utföra uppgifterna. Att det finns delegerad omvårdnadspersonal som kan ta emot delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter och att tid ges till utbildning och uppföljning av uppgifterna. Enhetschef analyserar, bedömer och åtgärdar avvikelser inom sin enhet vilket ska ligga till grund för det förbättringsarbete som ska öka patientsäkerheten.

Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar

Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet inom sitt yrke och ska inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. Hälso- och sjukvårdspersonalen är ansvarig för att delegeringsprocessen är säker och att systematisk utbildning och uppföljning sker. Aktivt arbeta med att samverka med andra, både internt och externt.

Omvårdnadspersonalens ansvar

All personal som mottagit en delegering att utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter är skyldiga att rapportera negativa händelser (avvikelser) samt kontinuerligt hålla sig uppdaterad på de uppgifter som delegerats. Aktivt arbeta med det systematiska kvalitetsledningssystemet samt att samverka med andra, både internt och externt.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Närvårdssamverkan Södra Älvsborg

Närvårdssamverkan i Södra Älvsborg arbetar över huvudmannagränserna med att gemensamt ansvara för att säkerställa befolkningens behov av samordnade insatser. Samverkan ska ske kring patienter och grupper i befolkningen som har behov av vård- och omsorgsinsatser från både kommun och region genom att möjliggöra utveckling av gemensamma handlingsplaner. Närvårdssamverkan i Södra Älvsborg leds av en styrgrupp med mål att omhänderta nationella överenskommelser och genomförande av utbildning kring de mest sjuka äldre, palliativ vård, personer med funktionsnedsättning, psykisk hälsa samt barn och unga vuxna i utsatt situation. Från styrgruppen finns uppdragsgrupper från samtliga tre vårdgivare med specifika uppdrag för samverkan och utveckling. En gemensam målbild ger oss goda förutsättningar att skapa samsyn kring gemensamma uppdrag.

Närhälsan

Det finns ett bra samarbete med Närhälsan i Bollebygd. Varje år revideras Närområdesplanen som underlättar och förtydligar samverkan mellan regional och kommunal primärvård. Det finns regelbundna samverkansmöten mellan kommunal primärvård och Närhälsan Bollebygd där läkare, sjuksköterskor, chefer och MAS träffas, vilket leder till ett ständigt utvecklande samarbete.

Vårdhygien SÄS

Regelbundna avstämningar med MAS i Sjuhärads kommuner angående smittläge och information om smittskydd. De har även utbildningar för sjuksköterskor med särskilt hygienansvar och hygienombud i kommunerna.

Övrig samverkan

MAS-nätverket i Sjuhärad träffas regelbundet och samverkar kring delregionala frågor och gemensamma rutiner. Nätverket tar ofta gemensamma och viktiga inriktningsbeslut för Boråsregionens del som sedan underlättar arbetet i den enskilda kommunen.

Den lokala samverkansgruppen Bollen träffas årligen, där finns representanter från Bollebygds kommun, Närhälsan, Rehab, SÄS, Folktandvården. Här samverkas frågor som är kopplade till Bollebygds kommun. Arbetsgrupper kan bildas som arbetar med olika utvecklingsfrågor exempelvis förebyggande team, familjecentral mm.

Mätbara gemensamma indikatorer för utskrivning från sluten hälso- och sjukvård i Västra Götaland

Målet för vår gemensamma överenskommelse inom Västra Götaland är att samverkan vid in- och utskrivning ska stärka den enskildes rätt till en trygg och effektiv utskrivning, stärka samordningen mellan huvudmän och verksamheter, minska antalet utskrivningsklara dagar men också att arbetet ska vara tillitsskapande och utgå ifrån den enskildes behov.

Indikatorer för uppföljning är framtagna av processledare inom VGR och Västkom med statistik som tas fram regelbundet, är ett stöd för utvärdering och fortsatt utveckling. Målet är att ta hem patienterna inom tre kalenderdagar från utskrivningsklar på sjukhus. För patienter från Bollebygd, som vårdats på sjukhus och skrivits ut, var antal dagar i medeltal 0,4 kalenderdagar som de varit kvar på sjukhuset efter att de blivit utskrivningsklara under 2024.

Millennium – framtidens vårdinformationsmiljö

Det nya IT-stödet som var tänkt att underlätta samverkan mellan vårdens olika aktörer och förenkla invånarens resa genom vården. Vid införandet i november 2024 drabbades VGR och då främst SÄS som var först ut av diverse problem, vilket i sin tur resulterade i att hela projektet fick avbrytas och under november 2025 togs det beslut på att avsluta projektet helt.

3.2 En god säkerhetskultur

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



En god säkerhetskultur kännetecknas av:

- ett aktivt arbete med att identifiera och minimera risker och skador
- ett öppet arbetsklimat där personalen tryggt kan rapportera, diskutera och ställa frågor om säkerhet
- ett förhållningssätt där man inte skuldbelägger varandra
- medarbetare med goda kunskaper i säkerhet och förbättringsarbete, på alla nivåer
- en organisation där medarbetarna är medvetna om risken för negativa händelser
- en organisation som lär av både negativa händelser och det som går bra.

En god säkerhetskultur innebär att alla i hälso- och sjukvården är medvetna om och vaksamma på de risker som kan uppstå. Chefer och ledare har ett avgörande ansvar för att skapa förutsättningar för en god säkerhetskultur. Men var och en i organisationen har en viktig roll, oavsett yrke.

Rätt bemanning utifrån brukarnas behov stärker patientsäkerheten men även arbetsmiljön.

Den nya avvikelsemodulen i Lifecare implementerades i mars 2024 och arbete har genomförts för att förtydliga avvikelseprocessen i rutiner och roller i handläggningen av avvikelser i det digitala systemet. All personal har fått kunskap om vad lex Sarah och lex Maria är och om målet med avvikelseprocessen där fokus ska ligga på att öka patientsäkerheten. Fortsatt arbete har gjorts under 2025 med att följa avvikelseprocessen.

Riskbedömningar i Senior Alert har fortsatt att utvecklas under 2025. På SÄBO har det sedan tidigare varit en hög andel som riskbedömts, under året har arbetet ökat även i ordinärt boende men mer behöver göras. Målet var att alla patienter i kommunal primärvård skulle riskbedömas vid inskrivning, vid årsbesök hos läkare och vid större förändringar. Det finns fortfarande ett antal patienter som inte är riskbedömda under året.

Att hitta arbetsformer i Team har fortsatt för att förbättra kommunikation och samverkan kring vårdtagare framför allt där olika risker har identifierats utifrån riskbedömningar i Senior Alert. Exempelvis ska det finnas rätt hjälpmedel och som används på rätt sätt, som tryggar både patient och arbetsmiljö. Baspersonal arbetar tillsammans med legitimerad personal utifrån den enskildes behov och i den lilla kommunen så har yrkesgrupperna har lätt att nå varandra. Fokus ligger på att patientsäkerheten ska öka och vara hög runt patienter och brukare.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Datainspektionen ställer alltmer högre krav på informationssäkerhet.

Dataskyddsförordningen (GDPR) gäller som lag i alla EU:s medlemsländer och efterföljs. Kommunen har dataskyddsombud som arbetar med att skydda enskildas grundläggande rättigheter och friheter, särskilt deras rätt till skydd av personuppgifter.

I verksamhetssystem Lifecare är det tvåfaktorsinloggning som säkerställer innehållet i journalerna. Det krävs alltid samtycke vid utlämning eller inhämtning av uppgifter från annan vårdgivare och från anhörig eller företrädare för patienten/ brukaren.

En utmaning är att säkerställa information vid krissituationer som till exempel när verksamhetens digitala verksamhetssystem går ner. Ju mer omfattande digitalisering och effektivisering desto sårbarare blir vi om dessa lösningar slås ut. Verksamheterna har arbetat fram manuella rutiner för att säkra tillgången till nödvändig information om systemen går ner. Exempelvis finns signeringslista i pappersform vid läkemedelsgivning att lämna ut när digital signering inte fungerar som ökar patientsäkerheten.

3.3 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. Mål i verksamhetsplanen är att alla medarbetarna ska ha rätt kompetens för att utföra sitt uppdrag, samtliga enheter ska säkra en god introduktion och arbeta aktivt för att öka frisknärvaron.



Enhetscheferna har ansvar att se över kompetensen i gruppen så rätt kompetens finns inför varje schemaperiod och varje dygn.

I äldreomsorgen finns en hög andel utbildad personal. Implementerat arbetssätt med resursspass fortsätter. I internkontrollplanen har fokus legat på att alla patienter/ brukare ska ha en aktuell genomförandeplan och all personal ska ha kunskap om social dokumentation.

Legitimerad personal

(Sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut)

Under 2025 har legitimerad personal fått bra förutsättningar till kompetensökning via kurser, konferenser och högskolestudier. 7 av 18 sjuksköterskor har en specialistutbildning.

Omvårdnadspersonal:

(sjuksköterskor, fysioterapeut och arbetsterapeut håller i utbildningen)

Under 2025 har KTC använts vid 35 tillfällen. KTC är vårt kliniskt träningscentrum/ metodrum, där personalen kan öva och ha utbildningar för att kompetenshöja personalen.

Vid tre av dessa tillfällen under våren har workshop i palliativ vård och basala hygienrutiner anordnats, 3 timmarsutbildning

Vid ett tillfälle har personal fått utbildning i förflyttning.

Vid sex tillfällen har personal övat olika vårdmoment på KTC, så som venprovstagning.

Fyra tillfällen har KTC använts för introduktion av sommarvikarier, och ytterligare fyra för utbildning av elever.

Hemtjänsten har haft utbildning i munhälsa vid två tillfällen. (Tandsköterska Folk tandvården)

Tre tillfällen på hösten har det varit demensutbildning med det svåra samtalet, 3 timmarsutbildning.

Analys kunskap och kompetens

Det ger kvalitet att legitimerad personal håller i de flesta utbildningar och workshops för baspersonalen under året. Det är viktigt att all personal får förutsättningar från sin enhetschef att både hålla i utbildningen och medverka på dessa utbildningstillfällen.

Kompetensutveckling är en del i omställningen till Nära vård där enhetscheferna måste vara med och ta ansvar för att nå det gemensamma målet. Planeringen med att frigöra personal för utbildning har blivit bättre under 2025 men några enheter behöver bli ännu bättre så personal i alla led kan öka sin kompetens och säkra upp vård och omsorg. Nära vård är ett gemensamt mål och följsamheten måste öka på enheterna.

3.4 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.



SIP-processen

En Samordnad Individuell Plan, ofta förkortad SIP, är ett viktigt verktyg inom vård och omsorgssektorn. SIP är en plan som utformas för att samordna och optimera omvårdnad och stöd för personer som behöver insatser från både hälso- och sjukvården samt socialtjänsten. Det är också lagkrav enligt både Hälso- och sjukvårdslagen samt Socialtjänstlagen.

SIP är:

- Den enskildes plan och den gäller alla, oavsett ålder, diagnos, funktionsförmåga eller behov.
- Den enskildes samtycke, delaktighet och inflytande är förutsättningar i arbetet.
- Den enskildes situation, erfarenhet och upplevda behov utgör utgångspunkten för SIP, i kombination med professionens bedömning och bästa tillgängliga kunskap.
- Målsättningen ska vara tydlig ur den enskildes perspektiv. ”Vad är viktigt för dig?”.
- Den enskilde ska få sina behov av trygghet, kontinuitet, säkerhet och samordning tillgodosedda.

Under året har SIP-arbetet fördjupats på enheterna och arbete har skett vad just den enskilda enheten behöver för att fortsätta att öka antal SIP.

Bollebygds vård och omsorg, antal SIP 2025:

12 startade, 10 upprättade, 5 uppföljda, 13 avslutade, 9 aktiva

(Bollebygds Vård och omsorg, 2024, 16 startade, 2 upprättade, ingen är uppföljd och 7 är avslutade)

Analys SIP

Målet med utbildningen var att öka antalet SIP som är startade, upprättade, uppföljda och avslutade vilket har lyckats. När SIP är upprättad har den ägt rum och uppföljning är inbokad. Det kan vara svårt att räkna antal då några SIP finns kvar vid årsskiftet och inte gått alla steg i processen. Det går åt rätt håll med användandet av SIP men arbetet behöver fortsätta för att få en förebyggande, personcentrerad och optimerad vård och omsorg runt brukare/ patient. Kvaliteten i SIP behöver öka och att alla delar fullföljs i SIP-processen.

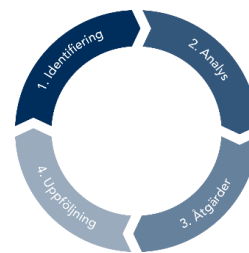
Avvikelser, klagomål och synpunkter

Vid hälso-och sjukvårdsavvikelser informeras patienten och dess närstående och medverkar även i intervjuer när allvarigare händelser utreds. MAS ansvarar för att informera, samtala och återrapportera till patient och dess närstående vid allvarigare händelser. Vid avvikelser av lindrigare grad så tas sällan patient och närstående med i utredningen.

Klagomål och synpunkter, kan komma direkt till verksamheterna, från närstående och eller patient, via patientnämnden eller IVO som har betydelse för patientsäkerheten. Lag om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården innebär att fler klagomål går till patientnämnden. Klagomål utreds och besvaras av vårdgivaren, det vill säga, den juridiska person som bedriver vården. För att stärka patientsäkerheten tas synpunkter och klagomål från patient och närstående tillvara och finns med vid utveckling av rutiner och arbetssätt.

4 Agera för säker vård

Ett fortlöpande förbättringsarbete, som bygger på lärande och utveckling, till exempel en förbättringsmodell, är en viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete.



Följande egenkontroller har genomförts under året:

Nationella kvalitetsregister	Metod: Senior alert Palliativregistret BPSD HALT	Åtgärd: Riskbedöma i registret, åtgärd vid risk Inrapportering i registret Genomförd Genomförd	Antal/ år: Vid inskrivning, årskontroll och förändring i hälsa Löpande Löpande 1 ggr/ år
Vårdhygienisk egenkontroll Självskattning	Egenkontroll, vårdhygienisk Självskattning	Handlingsplan Reflektion, diskussion APT	1 ggr/år 2 ggr/ år
Munhälsa Tandvårdsintyg	Utbildning för personal Tandvårdintygsbeställningen	Planering i årshjul Erbjud intyg	1 ggr/ år vid inskrivning och behov
Läkemedels- hantering	Egenkontroll och extern granskning	Handlingsplan	1 ggr/ år
Kontroll -Medicintekniska produkter -Grundutrustning	Egenkontroll	Genomförd	2 ggr/ år
Journalgranskning Närhälsan Journalgranskning kollegial	Egenkontroll Egenkontroll	Genomförd med NH Bollebygd Handlingsplan	1 ggr/ år 1 ggr/ år
Avvikelsehantering HSL/ Vårdskada	Modul Lifecare	Följsamhet Statistik	12 ggr/år

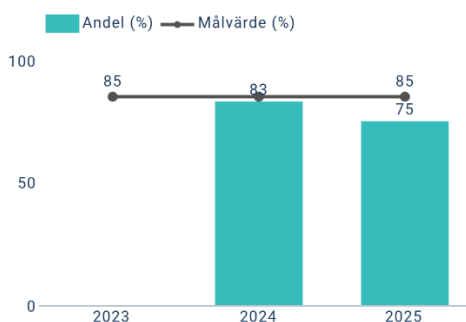
4.1 Egenkontroll

Under 2025 har patientsäkerhetsarbetet bedrivits genom åtgärder kopplat till mål och strategier genom arbete med uppdatering av och följsamhet till rutiner dels genom egenkontroll, granskning, avvikeleregistrering och kvalitetsregister, till stor del sker arbete med orsaks- och händelseanalyser som ett led i det systematiska kvalitetsledningssystemet.

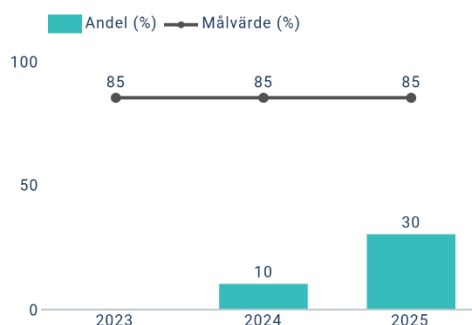
Senior Alert

Senior Alert är ett nationellt kvalitetsregister för förebyggande vård och omsorg där riskbedömningar genomförs av fall, undernäring, trycksår, munhälsa och blåsdysfunktion. När risk konstaterats måste åtgärder skapas och uppföljning av åtgärder ske. Syftet är att arbeta personcentrerat och förebyggande i team genom riskbedömningar.

Andel brukare på särskilt boende som riskbedömts i Senior Alert under kalenderåret.



Andel brukare i ordinärt boende som riskbedömts i Senior Alert under kalenderåret.



Analys Senior Alert:

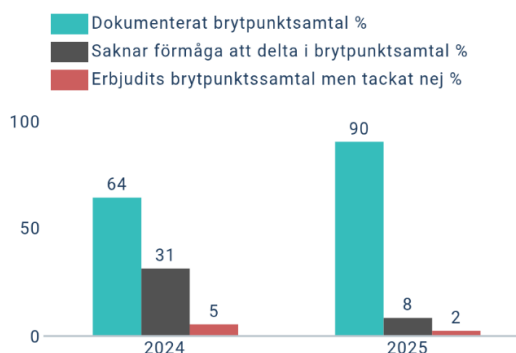
På SÄBO har 75% fått en riskbedömning, det var högre 2024 med 83%. Under 2025 har det skett ett byte av ansvariga sjuksköterskor på 3 av 4 enheter och det syns i resultatet då de tappat lite fart med bedömningarna i Senior Alert. Riskbedömningarna bör öka för alla på SÄBO och målet är att alla patienter ska få en riskbedömning vid inskrivning och vid årskontroll.

I ordinärt boende är det fler som fått riskbedömning under 2025 än året innan men här behöver alla sjuksköterskor arbeta för att patienterna på ansvarsområdet blir riskbedömda. Under 2025 har riskbedömning i Senior Alert varit ett fokusområde och i ordinärt boende har det startats med de mest sköra. Det finns fungerande team på enheterna där det finns en god möjlighet att få in Senior Alert som redskap på teamträffarna. Målet för Kommunal primärvård är att riskbedöma patienten både på SÄBO, korttid och i ordinärt boende i Senior Alert vid inskrivning, årskontroll och vid förändringar i hälsa. Hela verksamheten behöver öka riskbedömningar och nå målet 85% och sjuksköterskor i ordinärt boende behöver öka antalet riskbedömningar betydligt under 2026 då några områden inte riskbedömer alls.

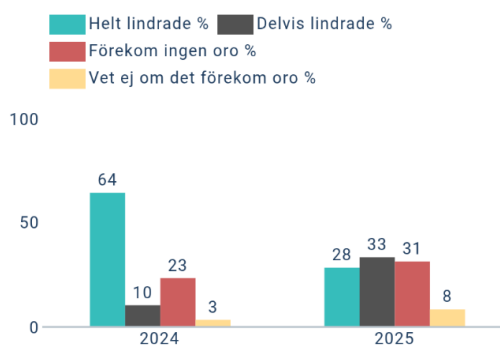
Palliativregistret

Svenska Palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister som syftar till att förbättra vården i livets slutskede. Huvudsyftet är att på patientnivå mäta hur enheten lever upp till definierade kriterier för god vård i livets slutskede och därigenom stödja kontinuerligt förbättringsarbete som syftar till optimal vård för dessa patienter oavsett diagnos.

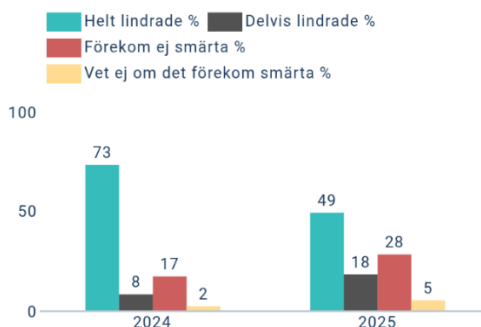
Andel patienter i Palliativregistret som under året fått registrerat brytpunktssamtal



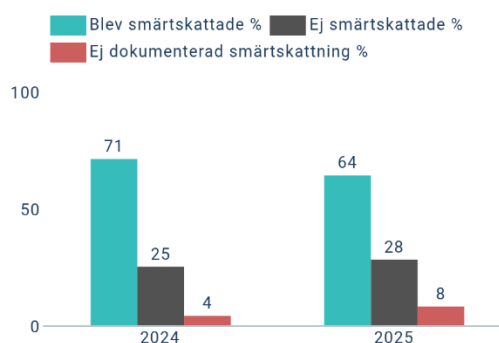
Andel patienter i Palliativregistret som under året fått registrerat lindring av oro/ångest



Andel patienter i Palliativregistret som under året fått registrerat förekomst av smärta



Andel patienter i Palliativregistret som under året fått registrerat smärtskattning sista levnadsveckan



Analys Palliativregistret:

Palliativa patienter är högt prioriterade i kommunal primärvård och alla dödsfall i kommunal primärvård är registrerade i registret. Det är fler som har ett dokumenterat brytpunktsamtal 2025. Närhälsans läkare och sjuksköterskor i kommunal primärvård har arbetat med mer förebyggande samtal vid årskontroller, där patienten får vara med och bestämma om hjärt- och lungräddning ska ske, om brytpunktsamtal närmar sig och frågor runt palliativ vård. Det är viktigt att försöka att lindra smärta, oro och ångest hos patienten men ibland kan det vara svårt att uppnå total lindring. Det är viktigt att sjuksköterskorna fortsätter att symtomskatta alla patienter i livets slutskede för att kvalitetssäkra vården i livets slut.

BPSD (Beteendemässiga Psykiska Symtom vid Demenssjukdom)

BPSD är ett kvalitetsregister för personer med demenssjukdom där enheterna registrerar personbundna uppgifter och problem, diagnos, behandling och resultat. Det gör att varje enhet kan följa sin verksamhet där registreringen leder till lärande och förbättringsarbete. För BPSD finns ingen generell behandlingsmetod. Som vid all annan behandling måste symtomen identifieras, tolkas och ses i sitt sammanhang innan olika åtgärder sätts in. Behandlingen kan omfatta bemötande och omvårdnadsstrategier och i vissa fall även läkemedel. Arbetssättet leder till en individuell bemötandeplan för varje patient, med relevanta vårdåtgärder. Bemötandeplanen ska in i personens genomförandeplan. Antal registreringar som utfördes 2025 var 18, vilket har minskat med hälften föregående år.

Analys BPSD:

Det är viktigt att det finns personal med uppdrag att samordna, samla in data och vara ”expertstöd” inom demensområdet. Registret används framför allt av enheterna med demenssjukdom men skulle även kunna användas i högre utsträckning i somatisk boende som ordinärt boende för brukare med demensdiagnos. Under 2025 har sjuksköterskorna inte varit fullbemannade på demensenheten och det syns i kvalitetsarbetet med exempelvis BPSD som fått stå tillbaka. Kommande år behöver verksamheten utbilda de sjuksköterskor som arbetar på demensenheterna inom BPSD då några erfarna har slutat för att kunna fortsätta arbetet att kvalitetssäkra och patientsäkra demensvården.

HALT

(Healthcare Associates infections and antimikrobiell use in Long-Term care facilities)

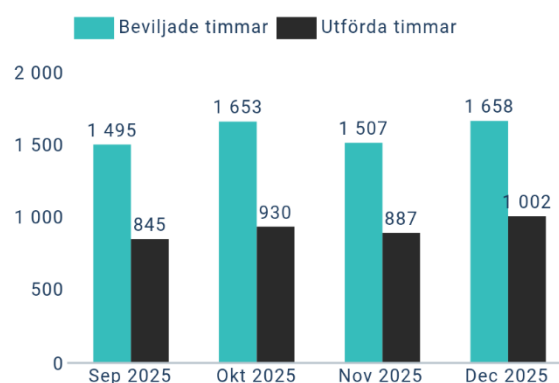
HALT är ett verktyg för att samla data gällande vårdrelaterade infektioner, förekomst av riskfaktorer hos vårdtagare och antibiotikaanvändning. Metoden bygger på den europeiska smittskyddsmyndighetens protokoll och är evidensbaserad, metoden används för mätningar i hela Europa. Mätningen är en stickprovsundersökning där aktuell situation mäts en förutbestämd dag på vård- och omsorgsboendet. Det är totalt 71 boende på SÄBO som är med i HALT-registreringen 2025. Enheten för demens hade en brukare med pågående infektion =1% samt en med förebyggande antibiotikabehandling.

Analys HALT:

Antalet antibiotikabehandlingar i Bollebygd (1%) ligger på en lägre nivå än riket (riket=3%). Det syns ingen överanvändning av antibiotika utan den patient som har antibiotika hade även en pågående infektion förvärvat på enheten. Sjuksköterskan har en viktig uppgift att samverka med läkaren och ge tillräckligt med information om patientens

tillstånd så rätt beslut om ordination av antibiotika kan tas och att inte överanvändning av antibiotika sker på enheterna.

Beviljade och utförda HSL-timmar i ordinärt boende



Analys enhetschef hemtjänsten beviljade och utförda HSL- timmar:

All tid som beställs för HSL insatser planeras ut. Personalen har tillräcklig med tid utplanterad för att utföra insatser på ett patientsäkert sätt, vi ser ingen samband med ökade avvikelser och detta resultat. Det som kan orsaka differensen är när brukarna befinner sig på sjukhuset och insatser inte planeras ut. Det har hänt vid enstaka fall även för brukarna som befunnit sig på korttiden har HSL uppdrag inte avslutats. Anledningen är att även att avslutade HSL insatser inte tas bort samma dag som uppdrag avslutas. Det händer även att man lägger fel startdatum för HSL insatser vilket gör att tiden verkställs men ej utförs.

Vi arbetar med besöksuppföljningsmodulen och snitttider, regelbundet justeras tider utifrån det faktiska behovet.

Hygienkörkort

Det är obligatoriskt att genomföra webbutbildning i basala hygienrutiner och införskaffa hygienkörtet för all ny personal vid anställning i Bollebygds kommun.

Vårdhygienisk egenkontroll

Egenkontrollen har utförts under april av sex enheter i äldreomsorgen. Enheter i funktionsstöd har inte utfört egenkontrollen. Efter egenkontrollen skrivs en handlingsplan på alla nej-svar och enheten arbetar under året med att förbättra punkterna i handlingsplanen.

Två gånger per år ska all personal utföra självskattning i basala hygienrutiner. Syftet är att få personal att reflektera över krav och ta lärdom av sitt handlande samt att chefer får underlag för vidare diskussion i personalgruppen. Enhetens hygienombud lämnar ut självskattningen till medarbetare under en specifik dag. Alla enheter har genomfört skattningen under året, och det är enstaka misstag som görs.

Analys hygien:

Tillsammans med hygienkörtkort, vårdhygienisk egenkontroll och självskattning av basala hygienrutiner ses en bra nivå på följsamhet till basala hygienrutiner i Bollebygds verksamheter. Smitta på enheterna har kunnat hållas låg och i korta perioder med ökad source control. Alla mätningar och egenkontroller öppnar upp för dialog och reflektion ute på enheterna vilket håller basala hygienfrågor ständigt levande. Under 2026 behöver alla enheter utföra vårdhygienisk egenkontroll, under 2025 utfördes inte egenkontrollen på funktionsstöds enheter. Det är viktigt att vi håller en hög standard i hygienfrågor och fortsätter att följa kvalitetshjulet under året på enheterna.

Smittförebyggande åtgärder

Arbetet fortsätter med att förhindra smitta, arbeta preventivt för att minska smittspridning vid exempelvis Covid-19, säsongsinfluensa, RS-virus och vinterkräksjuka.

Arbetet har främst varit att informera om de rutiner som redan finns genom information och utbildning som fortsatt för all personal. Det har gett positivt resultat i det smittförebyggande arbetet, med tydlighet och trygghet för personal och patienter.

Under 2025 har två påfyllnadsdoser vaccin erbjudits mot covid-19 och en dos mot säsongsinfluensa till patienter inskrivna i kommunal hemsjukvård. Arbetet med att vaccinera fortsätter för de mest sköra enligt Folkhälsomyndighetens rekommendationer. De flesta brukare/ patienter som erbjuds vaccin, vaccinerar sig.

Smitta på SÄBO har varit låg och har inte spridits runt på avdelningarna. Enheterna arbetar med ökad source control vilket innebär att personalen använder skyddsutrustning som munskydd och visir vid misstänkt och konstaterad smitta. När smittan avtagit på avdelningen har munskydd och visir tagits bort igen. Information om förvaltningsövergripande rutin och riktlinje från smittskydd Västra Götaland har kontinuerligt genomförts under året.

Analys smittförebyggande åtgärder:

Smitta har funnits bland personal men smittspridning till boende på SÄBO har kunnat hållas låg vilket visar att personalen har varit följsam till rutinerna under året. Det finns bra information och arbetssätt i den förvaltningsövergripande rutinen samt rekommendation från smittskydd Västra Götaland. Det är viktigt att enheterna fortsätter att ha följsamhet till rutiner för att hålla smittspridningen låg på enheterna samt ha uppdaterade och påfyllda hygienlådor inför smittutbrott, ha reflektion och diskussion på verksamhetsmötena i basala hygienrutiner för att tillsammans hålla en hög kvalitet i smittförebyggande åtgärder.

Munhälsa

Det är sjuksköterskor och biståndshandläggare som är intygsutfärdare av tandvårdsintyg. Med vissa diagnoser kan en person vara berättigad till ett intyg med en årlig gratis munhälsobedömning av en tandsköterska. Intyget kan även innebära lägre kostnader vid vissa tandläkarbesök, avtal via Tandvårdsenheten gör detta möjligt. Under 2025 har 175 personer (2024, 138) tandvårdsintyg och 71 (2024, 98) munhälsobedömningar utförts. Den som får ett intyg tackar ja eller nej till årlig munhälsobedömning. Tandsköterska från Folk tandvården har haft bildning i munhälsa vid introduktion för sommarvikarier och för hemtjänstens enheter haft utbildning i munhälsa vid två tillfällen under hösten.

Analys:

Vi har gott samarbete med tandsköterska på Folktandvården Bollebygd som håller i utbildningar till personal och utför munhälsobedömningar för intygshavare i kommunen. Vi ska fortsätta med att erbjuda tandvårdsintyg till personer med behov av intyg samt samverka för att utbildningsinsatser fortlöper för personalen. Alla nyanställda biståndshandläggare och sjuksköterskor har fått möjlighet att gå intygutbildning på Tandvårdsportalen för att kunna ge råd och bevilja intyg till patienter och brukare som är berättigade till detta i kommunen. Vi har arbetat bra med information, utbildning och intygsutfärdande tillsammans med Folktandvården under 2025.

Egenkontroll läkemedelshantering

Enligt HSLF- FS 2017:37 finns krav om extern granskning av läkemedelshantering. Kontrollen sker i samverkan mellan enhetschef, sjuksköterska och delegerad personal enligt gemensam rutin för hela Södra Älvsborg. Därefter granskar MAS i nätverket Sjuhärad varandras resultat och upprättade handlingsplaner, enligt mall. Resultatet kommuniceras vidare i respektive organisation. Enheterna arbetar med handlingsplanen och det som inte fungerar bra, enhetscheferna behöver arbeta tillsammans med personalen så läkemedelsrutiner följs. Det leder till säkrare läkemedelshantering och ökad kunskap för samtliga involverade. Under 2025 har 7 enheter genomfört egenkontrollen för läkemedelshantering i äldreomsorgen samt enheten för kommunal primärvård. Ingen enhet i funktionsstöd har utfört egenkontrollen under 2025.

Analys egenkontroll läkemedelshantering:

Det viktigaste är att upprätta en handlingsplan efter egenkontrollen för att säkra upp det som inte fungerar i hanteringen av läkemedel på enheten. Fortsätt med egenkontrollerna, lägg relevanta åtgärder, koppla till avvikelserna på enheten och följ upp handlingsplanen under året. Under 2026 ska alla enheter som hanterar läkemedel delta i egenkontrollen, dvs även enheterna inom funktionsstöd som hanterar läkemedel. Egenkontrollerna kommer hanteras i Stratsys och analyseras där.

Kontroller av medicintekniska produkter (MTP)

Egenkontroll för god patientsäkerhet vid användning av medicintekniska produkter ska ske enligt rutin och är en viktig del i kvalitetsledningssystemet. Kontroller genomförs för produkter som är grundutrustning, såsom tex. sängar, lyftselar, lyftar och duschpallar. Kontroller har genomförts på enheterna av rehab ombuden enligt plan.

Granskning av patientjournaler

Patientdatalagen (SFS 2008:355) reglerar en vårdgivares behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården samt bestämmelser om skyldighet att föra patientjournal. Granskning av patientjournaler ska utföras enligt Socialstyrelsen i samverkan mellan vårdcentral och kommunal primärvård.

Granskningen utfördes tillsammans med Närhälsan Bollebygd i augusti och 20 journaler granskades gemensamt i respektive verksamhetssystem. Resultatet visar på fler differenser 2025 än tidigare. I 19 av 20 fall finns en medicinsk vårdplan upprättad efter årskontroll, läkemedelsordinationerna är korrekt ifyllda med läkemedelsnamn, form, styrka, och

administrationssätt, men det saknas i flera fall tidpunkt för administrering, det står morgon och kväll men inte klockslag som önskas. Det är läkarens ansvar att tydligt ordinera läkemedel. Vårdbegränsningar finns dokumenterade på samma patient i båda verksamhetssystemen. Det behöver fortfarande dokumenteras bättre när närstående är involverade i behandlingen, vid kognitiv svikt ses att närstående i större utsträckning är involverade. Användning av KVÅ-kod när närstående finns med bör öka. Det var bra och tydligt dokumenterat med brytpunktssamtal och vid vårdbegränsning. Vid två tillfällen saknades uppföljning som var beslutat, sjuksköterska återkom inte med information till Närhälsan. Resultatet förs tillbaka till verksamheterna för förbättring.

Analys granskning av patientjournaler

Journalgranskning är viktigt för att upptäcka brister och förbättra dokumentationen. Det ses i granskningen att dokumentationen är likvärdig på gemensamma patienter på Närhälsan Bollebygd och kommunal primärvård. Båda behöver arbeta med att tydligare dokumentera närståendes medverkan i vården med rätt KVÅ-kod. Kommunal primärvård måste arbeta efter samverkansrutiner och den Närområdesplan som finns upprättad i Bollebygd. Det är av vikt att allt som tas upp och beslutas vid läkarkontakt dokumenteras. Det är även viktigt att uppföljningar slutförs och återkopplas till läkaren. Det är bra med regelbundna samverkansmöten med Närhälsan i Bollebygd och kommunal primärvård där samarbetet kan fortsätta att utvecklas.

Kollegial journalgranskning

Kollegial granskning utförs en gång per år och i smågrupper har legitimerad personal granskat varandras journaler utifrån en mall. Ett antal journaler tas ut slumpmässigt från varje område. Dokumentationen ska utgå från Socialstyrelsens riktlinjer för journalföring. Det blir tydligt vilken dokumentation som finns med och vad som kan bli bättre i journalerna. Efter granskningen görs en handlingsplan med fyra områden som behöver förbättras. Under sex månader arbetar legitimerad personal med att förbättra dokumentationen och därefter görs journalgranskning med stickprov som en utvärdering. Det är en lärandeprocess under hela året för legitimerad personal som arbetar mot samma mål i dokumentationsprocessen.

Analys kollegial granskning:

Regelbunden kollegial granskning av dokumentationen i kommunal primärvård lyfter upp de områden som behöver förbättras. MAS har flera gånger lyft upp de områden som beslutats i handlingsplanen med legitimerad personal. Under 2025 gjordes ingen uppföljning med stickprov pga. flera faktorer i arbetsgruppen. Fortsatt arbete under 2026 med ny handlingsplan bör arbetas med av legitimerad personal och följas av enhetschef och MAS. All legitimerad personal behöver ta ansvar och utveckla dokumentationen i Lifecare HSL.

Kvalitetskontroll av Kommunala akutläkemedelsförrådet (KAF)

Kontroll av det kommunala akutläkemedelsförrådet gällande följsamhet till rutin för kassation av läkemedel med tillhörande förbrukningsjournal. Det förekommer näst intill inget svinn från KAF. Nedräkningslistor stämmer bra. Det är ett mycket välskött

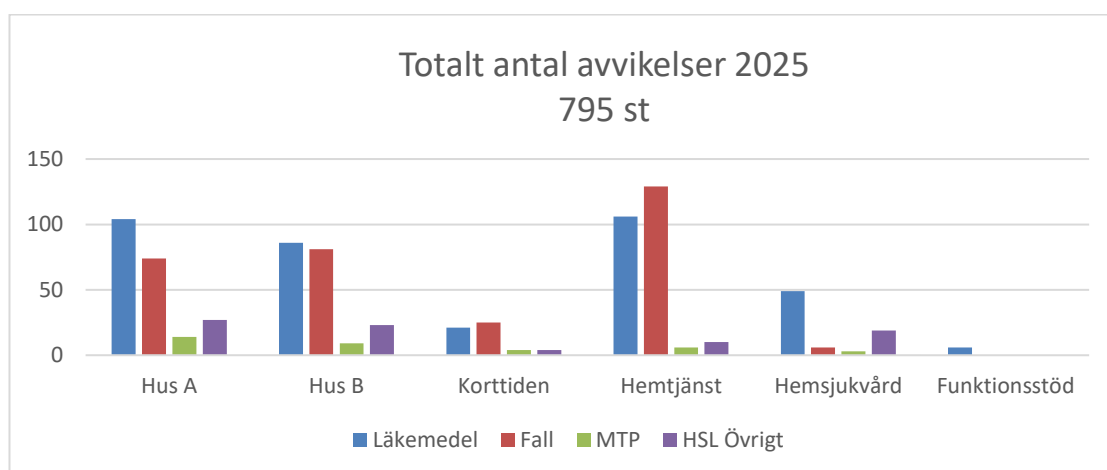
läkemedelsförråd. Det är viktigt att fortsätta med den upparbetade rutin som finns runt KAF för att ha en hög säkerhet.

Avvikelser

De viktigaste åtgärderna som vidtas för att öka patientsäkerheten är att hälso- och sjukvårdspersonal och delegerad omvårdnadspersonal rapporterar risker, tillbud och negativa händelser samt identifierar patientskador. En avvikelse är en händelse som medfört eller skulle kunna medföra någon typ av skada som inte är förväntad utifrån personens tillstånd eller vårdens karaktär. Avvikelsehantering omfattar rutiner för att identifiera och rapportera negativa händelser, analysera och åtgärda orsaker samt utvärdera åtgärdernas effekt.

Målet med avvikelsehanteringen, som ett ständigt pågående förbättringsarbete, är en god och säker vård dvs. att vården i kommunens hälso- och sjukvård, äldreomsorg och funktionsstöd är av god kvalitet med hög patientsäkerhet. Alla avvikelser ska utredas, sammanställas och analyseras från respektive enhet.

Under 2025 rapporterades totalt 795 hälso- och sjukvårdsavvikelser, vilket är mindre än föregående år (876 =2024). Mörkertal för icke inrapporterade händelser är svårt att uppskatta, tonvikt har lagts på att informera all personal om att det är händelsen och inte personen som ska uppmärksammas vid rapportering.



Läkemedel

Totalt har 372 läkemedelsavvikelser rapporterats, det är ca 30 färre än föregående år.

Osignerade läkemedel, 25 har minskat betydligt (160=2024). Det ses en tydlig minskning efter att enheterna har arbetat med rutiner på enheterna att alla ska dubbelkontrollera enhetens HSL-uppdrag så allt är utfört under arbetspasset. Sjuksköterskorna behöver en gång per månad kontrollera om läkemedel signeras på HSL-uppdragen på området.

Avglömd dos, 79 ligger på samma nivå (81, 2024). Efter övergång till digital signering har siffran sjunkit. Det tas alltid kontakt med sjuksköterska för individuell bedömning om den avglömda dosen kan ges eller inte. Orsaker till avglömd dos förklaras med att annan aktivitet störde och det glömdes bort, det händer något akut och mycket att göra.

Fel dos eller dos på fel tid har getts vid 133 tillfällen (80, 2024). I denna grupp har avvikelserna ökat. Personalen följer inte tiden för åtgärden, öppnar inte uppdraget helt eller kontrollräknar inte läkemedel och jämför med läkemedelslistan som de ska göra och lär sig i läkemedelsutbildningen. Vid vissa tillfällen har dubbel dos getts då personalen inte kontrollerar datum och tid på dospåsen innan läkemedel ges. Det tas alltid kontakt med sjuksköterska för individuell bedömning om patienten fått dubbel dos. Några gånger har även läkarkontakt tagits. Ingen patient har fått allvarliga symtom eller blivit skadad vid fel dos och ingen har behövt åka till sjukhus. I vissa få fall har sjuksköterskan besökt patienten extra för att ta kontroller och ha uppsikt över patientens tillstånd dygnet efter avvikelserna. Dos på fel tid sker när personalen inte ger läkemedel inom rätt tidsfönster. Det finns alltid en tydlig ordination från läkaren när patienten ska ta sitt läkemedel. Det är viktigt att patienterna får sina läkemedel inom tidsfönstret för att det exempelvis inte ska bli för tätt till nästa läkemedelsgivning. Om inte läkemedel ges inom rätt tidsfönster ska förklaring ges av personalen vid signering vilket inte alltid görs.

Narkotika saknas eller signeringslista och antal tabletter stämmer inte överens har skett vid 44 tillfällen, (39, 2024). De flesta av dessa tillfällen är att personalen glömmer skriva upp och räkna ner på listan när de givit extra vid behovsläkemedel. Avvikelserna handlar om enstaka dos som inte stämmer med nedräkningslistan. Det kan även röra sig om svinn och när det misstänkts att det förekommer svinn sätts insatser in av både sjuksköterska och omvårdnadspersonal med extra räkning av narkotika, i vissa fall flera gånger om dagen. Loggar kontrolleras vem som varit i läkemedelsskåpet för att ringa in när läkemedlet försvann. Vid ökad kontroll brukar svinn upphöra. MAS är alltid inkopplad i dessa ärenden.

Sjuksköterskan har gjort fel vid 55 tillfällen, (40, 2024). Denna grupp har ökat de två senaste åren. Det kan bero på att fler misstag görs men även att sjuksköterskorna skriver fler avvikelser när det har begåtts fel. Exempelvis stämmer inte signeringslistan och läkemedelslista överens. Det är sjuksköterskans ansvar att se till att listorna stämmer överens, är lätta och tydliga att följa för omvårdnadspersonalen. Dosett har delats fel, vid dosettindelning ska alltid en sjuksköterska dela dosetten och en kollega kontrollera. På jourtid får sjuksköterska som arbetar ensam både dela och kontrollera dosetten själv.

Analys läkemedel:

Det är 30 läkemedelsavvikelser färre än föregående år, vilket är positivt om alla avvikelser rapporteras runt felaktig läkemedelshantering. Det finns nu tydliga rutiner ute på enheterna att Lifecare utförare under arbetspasset kontrollerar vad som signerats och vad som är kvar att utföras. Det har inneburit att osignerat läkemedel har minskat och håller sig på en rimlig låg nivå.

Repetitionsutbildning med läkemedelshantering för redan delegerad personal fortsätter och det bör ge ökad kunskap hur personalen ska hantera läkemedelsgivning i enlighet med delegeringen de har och i längden minska antalet avvikelser med läkemedel.

I gruppen fel dos eller fel tid har avvikelserna ökat betydligt. Läkemedel ska ges i det tidsfönster som läkaren ordinerat, vilket är mycket viktigt i de flesta fall. Speciellt när

läkemedel ges upprepade gånger om dygnet och tiden mellan inte får bli för tätt eller för långt mellan. Flera i personalen har fått indragen delegering under året och vissa har fått gå utbildningen på nytt när det inte har agerat patientsäkert.

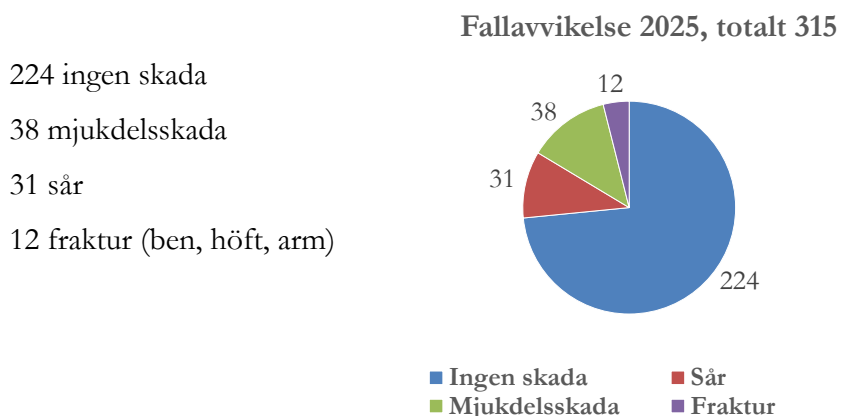
Sjuksköterskorna har gjort ett omtag under året att säkra upp grundutbildningen i läkemedelshantering och även samtalet med personalen vid omdelegering så delegeringsprocessen blir mer patientsäker. Men det är viktigt att alla som ger läkemedel måste öppna HSL-uppdraget, läsa instruktionen, kontrollera namn och personnummer, datum och tid på dospåsen, räkna tabletter och jämföra mot läkemedelslistan samt signera i Lifecare. Även räkna ner narkotiskt läkemedel vid behovsläkemedel och signera i Lifecare. Detta görs inte varje gång och då uppstår att fel dos ges, läkemedel ges på fel tid, dubbel dos ges. Delegerad personal måste vid varje tillfälle utföra kontroller som ingår i rutiner och utbildning, så att patientsäkerheten ökar vid läkemedelsgivning.

I sjuksköterskegruppen har det ökat ytterligare i antal avvikelser vilket kan bero på att fler avvikelser skrivs när fel läkemedelshantering sker men även att avvikelser sker mer frekvent. Det är inte någon särskild arbetsuppgift som sticker ut utan några avvikelser i olika moment. Gruppen behöver tänka till i alla moment att följa rutiner, kontrollera moment och vara extra noga vid all läkemedelshantering för att få en ökad patientsäkerhet. Det är sjuksköterskans uppgift att se till att läkemedelslistor och instruktioner är tydliga för personalen så inget missförstås även om läkaren ansvarar för ordinationen.

Ett mycket gott arbete har gjorts av de enheter som rapporterar avvikelser. Det skrivs fortfarande ett fåtal avvikelser på Funktionsstöd gruppbostad, servicebostad och assistentgrupp som hanterar läkemedel dagligen. Det är viktigt att rapportera det som händer runt läkemedelshantering så vi säkrar upp all verksamhet.

Fall

Totalt har 315 fallavvikelser rapporterats (305, 2024). Det ligger på samma nivå som föregående år och konstant under årets månader.



Det är många falltillbud utan skada även 2025. Vid fallavvikelse och upprepade fall görs alltid en fallprevention med analys och åtgärder för att minska risken för skada vid ytterligare fall. Enhetschef och legitimerad personal arbetar tillsammans med utredningen i

respektive professions område. Många falltillbud finns ute i ordinärt boende där vi även har många kognitivt sviktande och multisjuka patienter. Teamet runt patienten träffas en gång i månaden och arbetar tvärprofessionellt med lösningar och åtgärder. Vid framför allt kognitiv svikt och rörliga patienter ökar falltillbuden men personalen har ej rätt att hindra patienterna från att röra sig. Fallpreventionen som teamet arbetar med syftar till att minska risken för framför allt allvarliga skador.

Analys:

Fallavvikelserna har legat på en konstant nivå de senaste två senaste åren. I de utredningar som gjorts under året ses att det finns ett bra fallpreventionsarbete med patienterna/brukarna från både legitimerad personal och på enheterna. Det är fortfarande en hög siffra med fall utan några skador vilket också indikerar på ett bra fallpreventivt arbete. Enstaka gånger har fall skett med fraktur som följd, i dessa utredningar har det framkommit att det finns ett gott fallpreventivt arbete runt patienten. Åtgärder är insatta av teamet, det saknas inga åtgärder för en säker miljö, verksamheten har inte har brustit i vården.

Fortsatt arbete med fallprevention i team ute på enheterna är nödvändigt för att bibehålla och öka patientsäkerheten inom området. Riskbedömningar med kvalitetsregistret Senior Alert säkrar upp patientsäkerheten ytterligare och förebygger fall innan de sker. Ökad riskbedömning i ordinärt boende har varit ett mål under 2025 där fortsatt arbete krävs av legitimerad personal under 2026.

Övriga avvikelser

84 övriga avvikelser har rapporterats in, (148, 2024). Av dessa är 48 (60, 2024) öppna läkemedelsskåp. Denna grupp har minskat under året och det är på SÄBO som avvikelserna sker. Dessa läkemedelsskåp öppnas med saltokort och måste även stängas med saltokortet. Personalen glömmer att låsa efter att de varit inne och hämtat ut patientens läkemedel, det är rent slarv. Sjuksköterskorna har under året tagit beslut att första gången någon glömmer att låsa blir ett medvetandegörande samtal av sjuksköterska och nästa gång dras delegering av läkemedel in en månad och personalen får gå läkemedelsutbildning igen. Avvikelserna har minskat något under året men det behövs ständigt arbete för att förbättra säkerheten.

Övriga avvikelser kan även vara osignerade och ej utförda uppdrag så som blodtrycksmätning, vikt, kateterskötsel, rikning, ta på stödstrumpor, linda ben, sårvård, hudvård mm. Då dessa uppdrag ej är signerade så går det inte att se om de är helt avglömda eller bara ej signerade? Flera av dessa uppdrag är av stor vikt för patienten att det utförs och registreras på rätt sätt. Sjuksköterskan utgår från mätvärden och justerar läkemedel utifrån ex. vikt och blodtryck. Det blir merarbete för sjuksköterskan som själv får åka ut och ta mätvärden i kommunen där det redan finns personal på plats.

I maj 2024 startade modulen signeringslista i Lifecare, där kan legitimerad personal lättare filtrera och söka på utförda, signerade och osignerade HSL-uppdrag. Efter detta införande rapporterades många avvikelser av legitimerad personal på osignerade och ej utförda uppdrag. Antalet har under 2025 sjunkit igen då bättre rutiner har införts på enheterna att

kontrollera signerade uppdrag under arbetspasset. Varje personal och varje enhet måste ta sitt ansvar och fortsätta med att signera de HSL-uppdrag som de bekräftat och utfört.

Medicinsk teknik

Totalt har 36 (20, 2024) avvikelser rapporterats gällande medicinsk teknik. Det är några fler än föregående år. Det är bland annat felbäddade glidlakan, felanvända hjälpmedel, felplacerade lyftselar, TENS-elektroder som inte hanteras på rätt sätt. Det är av stor vikt att medicinsk teknik handhas på rätt sätt och att rutiner följs för att patientsäkerheten ska vara fortsatt hög vid hantering av medicinsktekniska produkter.

Analys avvikelseprocessen generellt

Arbetet med att rapportera avvikelser är en viktig del av det systematiska förbättringsarbetet. De enheter som inte rapporterar händelser men ex. hanterar läkemedel behöver få till rutiner på sin enhet att rapportera det som faktiskt händer. Alla måste vara med i förbättringsarbetet runt patientsäkerheten. Det fortsatta arbetet med att analysera och skapa åtgärder i verksamheten för att inte händelsen ska återupprepa sig är en viktig del som enhetscheferna (huvudutredare) och legitimerad personal (medutredare) ansvarar för.

Under första halvåret av 2025 fick vi en bättre följsamhet med snabbare mottagande, start av utredning och medutredare lades till. Målet är att ta emot en rapport inom en vecka. Senare delen av 2025 har det varit byte av flera enhetschefer och avvikelseprocessen har inte gått lika snabbt. Arbetet måste återupptas under 2026 med snabbare hantering, kommunikation mellan professioner, teamarbete, analys, åtgärder och uppföljning. Det är även viktigt med återkoppling efter utredning av händelse för att skapa ett lärande och delaktighet och hela personalgruppen ska få samma bild av händelser som skett.

Avvikelser i vårdsamverkan

MedControl är det gemensamma IT- systemet inom Västra Götaland för hantering av avvikelser i vårdsamverkan. Effektiv avvikelsehantering syftar till att öka patientsäkerheten speciellt vid vårdövergångar genom att identifiera och förbättra eventuella brister i följsamheten till ingångna avtal och överenskommelser där Västra Götalands kommuner och Västra Götalandsregionen samverkar.

33 avvikelser (57, 2024) har totalt upprättats i vårdsamverkan mellan region och socialförvaltningen under 2025.

1 avvikelser (2, 2024) har inkommit till kommunal primärvård, från SÄS.

32 avvikelser (55, 2024) har upprättats av förvaltningen varav 2 riktar sig till Vårdcentral och 30 riktar sig till SÄS. Kommunal primärvård har upprättat 31 av dessa och biståndshandläggare har upprättat en.

18 av avvikelserna handlar om läkemedel vid vårdövergång, där patienterna vid hemgång inte får nya läkemedel med sig hem för tre dagar, inga recept är skrivna på nya läkemedel, inga uppdaterade läkemedelslistor, oklara läkemedelsordinationer.

I april bjöd Förvaltningschef Rickard Olsson och MAS Anna Lindeblom in SÄS för dialog med chefssjuksköterskan och vårdutvecklare kring avvikelser som bara ökar vid vårdövergång till hemmet. MAS hade gjort en sammanställning av Bollebygds avvikelser

skrivna till SÄS för 2024. Det fanns inga skrivna från SÄS till Bollebygd. På grund av dessa brister från slutenvården sida får sjuksköterskan i kommunal primärvård en ökad belastning när patienter kommer hem. Det blir dessutom patientsäkert vid vårdövergångarna då rutiner inte följs, läkemedel saknas och läkemedelsordinationer inte stämmer. Kommunal primärvård har själva gjort ett rapporteringsstöd att använda vid mottagande av rapporter från annan instans. Detta för säkra upp överrapporteringen och motfrågor kan ställas till rapportören.

Det beslutades att alla avvikelser från Bollebygd till SÄS med läkemedel involverade skulle lyftas upp till enhetsnivå på SÄS och de har arbetat med sjuksköterskor, farmaceuter och läkare som hanterar med läkemedel. Det har varit direkta avstämningar via mejl då någon avvikelse kommit tillbaka ofullständigt utredd. Mellan maj och december 2025 har SÄS arbetat med läkemedelsavvikelserna från Bollebygd, 18 st. Vi hade en uppföljning i december tillsammans där vi såg att läkemedelsavvikelserna har minskat under året, vilket är positivt. SÄS har även arbetat med korttidsenheten, Borås stad, i ett liknande arbete vilket tillsammans har lett till att avvikelserna minskat för SÄS. Arbetet fortsätter mellan SÄS och Bollebygd och nästa uppföljning kommer ske i maj.

Analys, avvikelser i vårdssamverkan

Totala antalet avvikelser halveras nästan under 2025. Avvikelser med läkemedel involverade minskar något under 2025 (21 till 18). De sista tre månaderna är avvikelserna med läkemedel involverat lägst. SÄS har samtidigt arbetat med avvikelsehantering läkemedel, Korttidsenheten i Borås stad vilket säkerligen gett effekt. SÄS har lyft upp arbetet på en högre nivå, gjort en kartläggning vad som behöver göras. Tre interna arbeten har startats, det har tryckts extra på läkemedelsprocessen där Pascal ofta är inblandat. Det måste ske en förbättring av följsamhet till rutiner vid vårdövergångar för patienten. Det är framför allt slutenvården som brister i följsamhet och avvikelserna har ökat varje år i antal.

Vi behöver fortsätta arbetet tillsammans med SÄS så brister i läkemedelshantering vid vårdövergångar minskar. Det ses tydligt att Bollebygd endast får enstaka avvikelser från andra vårdgivare. Men fortsatt arbete med dokumentation i SAMSA samt vara följsam till gemensamma rutiner i vårdssamverkan är av vikt för att patienterna fortsatt ska få en säker vårdövergång.

4.2 Öka kunskap om inträffade vårdskador

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.



Har vården varit säker

Ingen lex Mariautredning har anmälts till IVO under året 2025. Det har funnits några avvikelser med vårdskada men som inte är bedömda i utökad utredning som brister i vårdutförandet. Åtgärder har funnits som säkrat upp miljön runt patienten men skada har ändå uppkommit vid ex. fall.

I avvikelseprocessen mottar enhetschef avvikelserapport och startar utredning inom en vecka på de flesta enheter. Ansvarig legitimerad personal läggs som medutredare och ska bedöma händelsen, lägga in åtgärder och följa upp så patientsäkerheten blir bättre. Om händelsen är allvarlig kontaktas omedelbart MAS och läggs med som utredare för att starta en utvidgad utredning. Teamet runt patienten har möte varje månad, där tas komplexa och riskbedömda ärenden upp, för att tillsammans diskutera säkerheten runt vårdtagaren. Enhetschefen som huvudutredare återkopplar till personalen på enheten för att sprida kunskap av avvikelserna. Alla professioner har ett ansvar att arbeta för att avvikelser inte ska återupprepas och patientsäkerheten ska öka.

Beskriv identifierade riskområden

Läkemedelshantering av delegerad personal är fortsatt ett riskmoment.

Personalen följer inte utbildning och rutiner kring säker läkemedelshantering. Ett stort antal avvikelser med osignerat läkemedel, HSL-uppdraget öppnas inte och hela texten kan då inte läsas för uppdraget, läkemedelslista och antal läkemedel kontrollräknas inte, läkemedel signeras inte, narkotiskt preparat räknas inte ner på lista vid given dos. Det är ett ökat antal avvikelser med läkemedel som inte ges på rätt sätt eller ges på fel tid. (Fel dos/ fel tid)

Läkemedelshantering/ läkemedelslista

I sjuksköterskegruppen har det ökat i antal avvikelser runt läkemedelshantering och listor. Det är inte någon särskild arbetsuppgift som sticker ut utan några få avvikelser i olika moment. Gruppen behöver tänka till i alla moment att följa rutiner och kontrollera moment och lämna ut tydliga HSL-uppdrag, listor (läkemedelslistor, nedräkningslistor) för att få en ökad patientsäkerhet. Läkemedelslistor är läkarens ansvar, så de är tydliga och riktiga men sjuksköterskan har ett ansvar att påtala för läkaren att läkemedelslistan exempelvis är otydlig.

Fallavvikelser

Fortsatt arbete med fallprevention i team på enheterna är nödvändigt för att bibehålla och öka patientsäkerheten inom området. Riskbedömningar med kvalitetsregistret Senior Alert säkrar upp patientsäkerheten ytterligare och förebygger fall innan de sker. Hela teamet måste hjälpas åt att arbeta med riskbedömningar i Senior Alert.

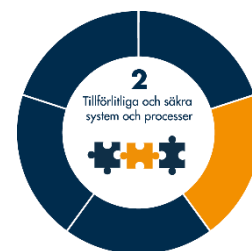
Avvikelseprocessen

Arbetet måste fortsätta med snabb hantering med avvikelserna av enhetscheferna, kommunikation mellan professioner, teamarbete, analys, åtgärder och uppföljning. Det är även viktigt med återkoppling efter utredning av händelse för att skapa ett lärande och delaktighet och hela personalgruppen ska få samma bild av händelser som skett.

4.3 Tillförlitliga och säkra system och processer

Avvikelseprocessen

Hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldiga att rapportera händelser som har eller kunnat medföra en vårdskada. MAS sammanställer och analyserar samtliga rapporterade händelser månadsvis och informerar all legitimerad personal, chefer samt socialnämnd i halvårsrapport och patientsäkerhetsberättelsen.



Under 2025 har implementeringsarbetet fortsatt med nya avvikelsemodulen i Lifecare HSL/ vårdskada. Upprepad information om avvikelseprocessens steg har skett under året till både legitimerad personal och enhetschefer. Det har bytts flera enhetschefer under 2025 och stor vikt har lagts på avvikelseprocessen och deras ansvar vid introduktion och på chefsforum för att snabbt få i gång de nya enhetscheferna. Omvårdnadspersonal har fått information på APT om deras ansvar med rapportering i avvikelssystemet.

Stratsys kvalitetsmodul

Kvalitetsmodulen för hälso- och sjukvård i Stratsys har förberetts under 2025 för att starta 2026. Det finns ett kvalitetsårshjul för egenkontroller, kvalitetsindikatorer, analys av avvikelser och skattningar i kvalitetssystemet som ska analyseras och följas upp per enhet under året. Det blir även mer överskådligt när alla arbetar i samma ledningssystem. Fortsatt arbete under 2026 med Stratsys workshopar för att få kunskap och hjälp att hantera systemet som chef på olika nivåer. Under 2026 kommer kvalitetsdialogerna i gång där avvikelser, egenkontroller och kvalitetsindikatorer diskuteras utifrån enheternas analyser tertialvis.

Delegeringsprocessen

Det finns möjlighet för legitimerad personal att delegera arbetsuppgifter till reellt kompetent personal. Den är skriftlig, personlig och tidsbegränsad och får inte förekomma för att lösa personalbristsituationer. Läkemedelsutbildning genomförs tillsammans med kunskapstest. Delegeringarna följs upp årligen av legitimerad personal och delegerad personal gör en uppföljande test och samtal med sjuksköterskan innan delegeringen förnyas. Timanställda sommarvikarier får delegering under tre månader, därefter följs delegeringen upp om anställning fortsätter. Vid avvikelser och större eller upprepade misstag kan delegering dras in av sjuksköterskan.

Under 2025 har uppföljningen av delegeringen inom några månader och förnyande av delegering setts över och säkrats upp. Sjuksköterskorna som ansvarar för delegering av läkemedel har arbetat med att säkra upp processen ytterligare med ny läkemedelsutbildning, grundutbildning i kateterskötsel, puls och blodtryck vid samma tillfälle. Det finns flera avvikelser under året där inte delegerad personal hanterar narkotiskt läkemedel vid behov på rätt sätt. Information har gått ut till all personal, både fast anställda och timanställda, att alla måste ringa till sjuksköterskan, räkna ner tabletter på nedräkningslistan samt signera digitalt i Lifecare för att säkra upp processen runt narkotiska läkemedel. Vid förnyande av delegering tas även narkotisk läkemedelshantering upp av delegerande sjuksköterska vid delegeringssamtal.

Analys tillförlitliga och säkra system och processer

Under 2026 kommer kvalitetsledningssystemet Stratsys kvalitetsmodul att starta för hälso- och sjukvården. Då kommer vi se hur arbetet som lagts ner under 2025 med förberedelser fungerar. Att allt är samlat i samma ledningssystem kommer underlätta och att den statistik som läggs in alltid leder till en handlingsplan, åtgärder och analys kommer att ständigt utveckla och förbättra kvaliteten i arbetet.

Det har gjorts ett mycket viktigt arbete att säkra upp processen med delegering under 2025. Läkemedelshantering runt narkotiskt läkemedel har på ett bra sätt säkrats upp, information har gått till alla delegerade för att täta till kunskapsluckor och få bättre följsamhet till rutiner.

4.4 Säker vård här och nu

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



Riskhantering

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

Inför förändringar i verksamheten genomförs en riskanalys eller då det föreligger en risk vid nya arbetssätt. Det innebär att en riskinventering sker och bedömning av sannolikhet och allvarlighetsgrad av dess konsekvenser. Därefter sker en riskhantering av befintliga och föreslagna åtgärder. Arbetet med PDSA-hjulet *Planera Genomföra Utvärdera och Förbättra* är ett begripligt systematiskt arbetssätt för att tydliggöra vad och hur saker ska göras och följas upp som en åtgärdsplan.

Under senare delen av 2024 har exempelvis riskbedömning av implementering läkemedelsautomater gjorts. Arbetsgruppen med legitimerad personal, enhetschefer, verksamhetschef och MAS var med i arbetet. Riskerna värderades, arbetet planerades väl, bedömningsunderlag, rutiner och stöddokument upprättades. Implementeringen startade i ett hemtjänstområde med några få patienter, arbetet utvärderades i början av 2025, förbättrades och kunde utvidgas till fler i andra områden. Det blev en säker implementering med PDSA som grund. Läkemedelsautomaterna säkrar upp att patienten får sina läkemedel på rätt tidpunkt. En ljus och ljudsignal indikerar att det är dags att ta sitt läkemedel. Om inte läkemedlet tas inom tidsfönster så går ett larm till personalen som kommer och hjälper till. Ett säkert system att med digital hjälp kunna ta sina läkemedel självständigt. Arbetet fortsatte under 2025 med utvärdering av arbetet.

4.5 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.



Patientsäkerhetsarbetet har bedrivits genom åtgärder kopplat till mål och strategier genom uppdatering och följsamhet till rutiner och ledningssystem. Dels genom egenkontroll, granskning, avvikelserregistrering och kvalitetsregister, dels genom arbete med orsaks- och händelseanalyser.

Avvikelser

Målet med avvikelshantering, som ett ständigt pågående förbättringsarbete, är en god och säker vård dvs. att vården i kommunens hälso- och sjukvård, äldreomsorg och funktionsstöd är av god kvalitet med hög patientsäkerhet. Under 2026 kommer avvikelsestatistik läggas in i Stratsys kvalitetsmodul på enhetsnivå. Enhetscheferna kommer analysera sina avvikelser tertiärvis på enheten och där efter tas med till en kvalitetsdialog med medicinsk ansvarig sjuksköterska.

Klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter, kan komma direkt till verksamheterna, från närstående och eller patient, via patientnämnden eller IVO som har betydelse för patientsäkerheten. Lag om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården (2017:372) innebär att fler klagomål går till patientnämnden.

Under året har det kommit in ett klagomål/ synpunkt på kommunal primärvård. Varje synpunkt besvaras oftast i direktkontakt med personen men synpunkterna tas även med i utvecklingsarbetet som sker löpande med förtydliganden eller justeringar i rutiner och arbetssätt. Det är oftast patient eller närstående som lämnar in klagomål eller synpunkter på verksamheten.

4.6 Öka riskmedvetenhet och beredskap

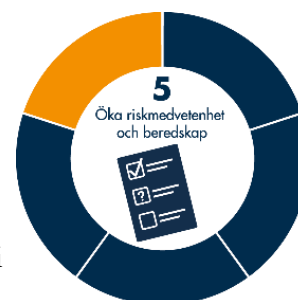
Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden.

Patientsäkert arbete i framtiden

Kompetensutveckling för alla professioner måste fortsätta och enhetschefer måste skapa förutsättningar för personalen att gå på de utbildningstillfällen som ges av kommunal primärvård, Folk tandvården mm. Alla behöver vara med och arbeta mot målet i Nära Vård, kompetensökning för alla personalkategorier.

Förskjutningen av vården fortsätter ut i Primärvården de närmsta åren där kommunen kommer ha ett stort ansvar.

KTC, klinisk träningscentrum har startat upp 2024, där personal kan träna på olika moment med handledare eller kollega. Legitimerad personal har under året utbildat och instruerat baspersonal inför olika delegeringsmoment samt introduktion för timanställda. Studenter har tränat på olika moment innan de utfört åtgärden på patient. Under 2026 finns det ännu mer förutsättningar för KTC då en kvalitetssjuksköterska har anställts och kan utveckla träningscentret tillsammans med utbildningssamordnare för baspersonalen. Målet är att använda KTC ännu mer till utbildning, träning av olika moment, praktisk övning inför delegering, för elever och studenter och introduktion av nyanställda.



Läkemedelshanteringen måste bli mer patientsäker och det har arbetats fram en reviderad utbildning under året. Under 2026 startar en basutbildning med grundläggande läkemedelshantering, kateterskötsel, puls och blodtryck, vilket har efterfrågats av enheterna då personalen behöver en grund när de startar sin anställning. Det finns därefter olika utbildningar att gå för att bygga på sin kompetens och delegeringar vid fortsatt arbete. Vid förlängning av läkemedelsdelegeringar ska samtal ske mellan den delegerande sjuksköterskan och den delegerade baspersonalen vilket ger ett utbildningstillfälle även för erfaren personal. Sjuksköterskan behöver säkerställa att läkemedelsdelegering kan förlängas även med erfaren personal.

Enheter som inte har utfört egenkontroll på hygien och läkemedel ska utföra det enligt årshjulet.

5 Mål, strategier och utmaningar för kommande år

- **Omställningsarbetet Nära vård**

Det proaktiva arbetet med, kompetensförsörjning, digital teknik och Förebyggande team behöver fortsätta att utvecklas. Andelen som har behov av hemsjukvård kommer fortsätta att öka till följd av att medellivslängden ökar och överlevnaden vid sjukdom/skada blir högre tack vare en alltmer avancerad hälso- och sjukvård. Rusta personal och ge förutsättningar att patientsäkra vården i hemmet.

- Kompetensförsörjning av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, omvårdnadspersonal och habiliteringspersonal. Både vad gäller möjligheten att rekrytera nya medarbetare med kunskaper inom vård och omsorg och möjligheten att kunna utbilda och delegera arbetsuppgifter.
- Utveckling och implementering av digital teknik för att underlätta och stödja den enskilde i sitt dagliga liv, förbättra patientsäkerheten, självständigheten och effektivisera arbetet för vårdpersonalen.
- Förebyggande Team behöver fortsätta att utvecklas i samverkan med Närhälsan och Vårdval Rehab. Teamet erbjuder SIP i hemmet för att möta de sköra äldre och kunna sätta in förebyggande insatser i ett tidigt stadiet.

- **Utveckla SIP-arbetet**

Arbeta mer personcentrerat och öka antalet upprättade och uppföljda SIP behöver öka och utvecklas på alla enheter. Ta ansvar att kalla till SIP när behov ses, vara med på SIP-möte när kallelse kommer, vara följsam till rutiner och ansvara för dokumentation efter möte samt uppföljningar.

6 Fokusområden 2026

Ur patientsäkerhetssynpunkt görs bedömningen att följande patientsäkerhetsområden behöver prioriteras 2026:

- **Dokumentation**, fortsatt arbete med att utveckla arbetet med dokumentation i Lifecare.

-Egenkontroll journalgranskning, legitimerad personal.
- **Avvikelseprocessen**, fortsätta att kvalitetssäkra och få följsamhet till processen.
- **Säkrare läkemedelshantering**, delegerad personal ska ta ansvar för att ge läkemedel på ett säkert sätt enligt utbildning och rutin. Sjuksköterskor ska vara extra noga vid hantering av läkemedel så det sker på ett patientsäkert sätt.

-Ledningssystem för avvikelser Lifecare HSL/Vårdskada

-Egenkontroll läkemedelshantering
- **Omställningsarbetet Nära vård**, fortsätta med proaktivt arbete som Förebyggande team, digital teknik och kompetensförsörjning.
- **Öka antalet riskbedömningar med Senior Alert** på alla enheter.

-Senior Alert kvalitetsregister, alla ska få en riskbedömning vid inskrivning i kommunal primärvård, en gång per år vid läkarbesök eller vid större hälsoförändringar.

11. Riktlinje för ersättning till familjehem

SN2025/97

**Tjänsteskrivelse**

2026-01-23

Karolin Lindh |
Utvecklingsledare/nämndsekreterare

Dnr 187547

0734-64 75 45 |
karolin.lindh@bollebygd.se

Riktlinje för ersättning till familjehem**Förslag till beslut**

Socialnämnden beslutar att godkänna förslagen revidering av riktlinjen för ersättning till familjehem, daterad 2025-11-24.

Ärendet

Riktlinjen för ersättning till familjehem antogs av socialnämnden den 18 november (§ 111). Efter antagandet har ett sakfel uppmärksammats, vilket har föranlett en revidering av riktlinjen. Sakfelet avser en felaktig hänvisning till Bollebyds kommuns delegeringsordning i stället för socialnämndens delegeringsordning.

Utöver detta har även följande ändringar gjorts:

Rubrik 4. Avtal

Ett förtydligande har införts om att avtal även ska tecknas med konsulentstödda familjehem. Placeringar i familjehem som rekryteras genom konsulentstödda verksamheter omfattas av samma regelverk och krav som övriga familjehemsplaceringar.

Rubrik 4.1 Uppsägningstider

Uppsägningstiden för avtal avseende jourhemsplaceringar ändras till en månad, i likhet med vad som gäller för övriga familjehemsplaceringar. Jourhemmet ska ha



tillgång till vuxen och kunna tillgodose barnets behov av omsorg, trygghet och tillsyn under hela dygnet. Mot bakgrund av detta har skrivningen avseende tjänsteledighet tagits bort.

Rubrik 5 Arvode

Stycket avseende A-skattsedel har förtydligats. Socialnämnden ska både informera och uppmana familjehemmet att lämna in A-skattsedel.

Rubrik 7 Räkneexempel

Räkneexempel tas bort ur riktlinjen eftersom de bedöms vara överflödiga. Individuella bedömningar görs utifrån behov.

Rubrik 8 Former för utbetalning

Tillagt att socialnämnden ska uppmana familjehemmet att underrätta sitt hemförsäkringsbolag om att det kommer finnas en placering i hemmet. Då försäkringsvillkoren kan variera mellan olika försäkringsbolag ska familjehemmet även uppmanas att säkerställa huruvida försäkringen omfattar det placerade barnet.

Utöver ovanstående har även några redaktionella ändringar gjorts.

Barnkonsekvensanalys

Riktlinjen syftar till att skapa trygghet och förutsägbara villkor för familjehemmen, vilket gynnar barnets stabilitet och vårdkvalitet. Genom att socialnämnden automatiskt tillämpar SKR:s uppdateringar säkerställs att ersättningarna alltid är aktuella och rimliga, vilket bidrar till barnets bästa.

Beslutsunderlag

- Riktlinje för ersättning till familjehem, daterad 2025-11-24

**Tjänsteskrivelse**

2026-01-23

Skickas till

Verksamhetschef IFO

Enhetschef IFO

Familjehemssekreterare

Utvecklingsledare

BOLLEBYGDS KOMMUN

Socialförvaltningen

Rickard Olsson

Förvaltningschef

Karolin Lindh

Utvecklingsledare/nämndsekreterare

Fastställt: Socialnämnden 2025-11-
18 § 111

Reviderad: 2026-02-24 § X

Gäller för: Socialnämnden

Dokumentansvarig:

Utvecklingsledare

Dnr : **187543**

Riktlinje för ersättning till familjehem

Innehållsförteckning

1. Avgränsning och syfte	3
2. Delegation	3
3. Definitioner	3
4. Avtal	3
4.1 Uppsägningstider	4
4.2 Hävning av avtal	4
5. Arvodet	4
5.1 Förhöjt arvode	5
6. Omkostnadsersättning	5
7. Räkneexempel	6
8. Former för utbetalning	6
9. Barnkonsekvensanalys	7

1. Avgränsning och syfte

Denna riktlinje beskriver hur ~~Bollebygds kommun socialnämnden~~ hanterar ersättningar till familjehem. ~~Kommunen-Socialnämnden~~ följer Sveriges Kommuner och Regioners (SKR) cirkulär *Ersättningar och villkor vid familjehemsvård av barn, unga och vuxna, vårdnadsöverflyttningar med mera* i dess gällande version. Anpassningar sker därav automatiskt genom att ~~kommunen-socialnämnden~~ tillämpar SKR:s uppdaterade rekommendationer och indexeringar. Dokumentet tydliggör ~~kommunens-socialnämndens~~ egna beslut och tillägg som kompletterar SKR:s cirkulär, exempelvis gällande delegation, uppsägningstider och anhörigplacering i nätverkshem.

Syftet är att skapa en enhetlig, rättssäker och hållbar hantering av ersättningar till familjehem. Riktlinjen omfattar placeringar enligt Socialtjänstlagen (SoL), Lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) samt Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

2. Delegation

För att säkerställa en effektiv och rättssäker hantering gäller följande:

Beslut om arvode och ersättning inom SKR:s rekommenderade nivåer fattas enlighet med ~~Bollebygds kommuns-socialnämndens~~ delegeringsordning.

Beslut om arvode utöver SKR:s nivåer eller andra avvikelser från riktlinjerna fattas i enlighet med delegeringsordningen, ~~vilket i praktiken innebär beslut på nämndnivå.~~ Denna delegering gör det möjligt att kombinera nationella rekommendationer med lokal anpassning.

3. Definitioner

Familjehem är ett enskilt hem som på uppdrag av socialnämnden tar emot barn för stadigvarande vård, omsorg och fostran eller vuxna för vård och omvårdnad. Verksamheten får inte bedrivas yrkesmässigt.

Jourhem är ett hem som vid upprepade tillfällen tar emot barn för tillfällig vård, omsorg och fostran. Kraven på jourhem motsvarar dem för familjehem.

4. Avtal

Socialnämnden är enligt 22 kap. 3 § SoL skyldig att ingå avtal med dem som

nämnden avser att anlita som familjehem. Avtalet ska reglera ersättningar, ansvar, försäkringar och uppsägning. ~~Avtal ska även tecknas med konsulentstödda familjehem.~~

4.1 Uppsägningstider

För familjehemsavtal med ~~Bollebygds-kommun socialnämnden~~ gäller uppsägningstid om en månad. Om placeringen krävt att en person är tjänstledig under en bestämd period ska avtalet istället ha en uppsägningstid om tre månader under tiden tjänstledigheten pågår. Då familjehemsföräldern har återgått till förvärvsarbete i samma omfattning som tidigare ska uppsägningstiden åter vara en månad. Uppsägningen ska ske skriftligen och ska göras i så god tid att sista dagen för placeringen sammanfaller med uppsägningstidens sista dag.

~~För avtal avseende jourhemsplaceringar med socialnämnden gäller en uppsägningstid om en månad. För jourhemsplaceringar gäller att uppsägningstiden är tre dagar under förutsättning att det inte krävts att familjehemsförälder nödgats begära tjänstledig från förvärvsarbete med anledning av placeringen, i sådant fall ska uppsägningstiden vara två veckor.~~

4.2 Hävning av avtal

I samtliga familjehemsavtal ska det finnas en klausul om hävning av avtalet om det framkommer skälig misstanke om att ett placerat barn far illa i familjehemmet på sådant sätt att en omplacering måste ske omedelbart. Grund för hävning finns då genom att familjehemmet väsentligt bryter mot avtalet genom att inte ge barnet tillräcklig omvårdnad.

5. Arvodet

Grunderna för arvodet följer SKR:s cirkulär om rekommendationer för ersättningar till familjehem, kontaktfamiljer och kontaktpersoner. Nedan anges ~~Bollebygds-kommuns socialnämndens~~ tillämpning och lokala beslutspunkter.

Arvodet är en skattepliktig inkomst av tjänst enligt SKR:s rekommendationer.

~~Bollebygds-kommun Socialnämnden~~ gör avdrag för preliminärskatt, betalar sociala avgifter och lämnar kontrolluppgift till Skatteverket. ~~Familjehemmet ska lämna A-~~

~~skattsedel~~ och. Familjehemmet ansvarar själva för att kontakta Skatteverket men socialnämnden ska informera och uppmana familjehemmet att lämna in A-skattsedel.

Arvodet kan fördelas mellan familjehemsföräldrarna enligt deras önskemål.

Uppdraget ger inte en anställning och ger därför inte rätt till semester, sjuklön eller tjänstepension. Arvodet är pensions- och sjukpenningsgrundande samt räknas som överhoppningsbar tid i arbetslöshetsförsäkringen.

Arvodet följer SKR:s rekommenderade nivåer och den årliga löneutvecklingen i vårdyrken enligt SKR:s lönestatistik. Arvodet omräknas den 1 januari varje år utifrån den senast kända löneutvecklingen i vårdyrken enligt SKR:s statistik. Vid nyplacering kan arvode sättas preliminärt under tre månader och omprövas därefter.

Arvodet kan reduceras vid barns regelbundna frånvaro, minskat behov, syskonplacering eller om ~~kommunen~~ socialnämnden kompletterar familjehemmets insatser med andra stödåtgärder.

5.1 Förhöjt arvode

Beslut om arvode utöver SKR:s rekommenderade nivåer samt beslut om längre ersättningsperioder fattas i enlighet med ~~Bollebygds kommun~~ socialnämndens delegeringsordning. Förhöjt arvode kan beviljas när barnets behov kräver att familjehemsförälder är helt eller delvis hemma, exempelvis vid spädbarn, sjukdom eller omfattande funktionsnedsättning. Perioden ska vara tidsbegränsad och omprövas vid behov. Heltidsengagerade familjehem kan få individuellt arvode. Det förhöjda arvodet är pensions- och sjukpenningsgrundande men inte tjänstepension.

Placering påverkar inte barnets rätt till personlig assistans enligt LSS. I Bollebygds kommun kan assistansen ges av familjehemsförälder eller extern assistent, vilket kan påverka arvodesnivån och möjligheten till förhöjt arvode.

Vid barns sjukdom ersätts inkomstbortfall genom tillfällig föräldrapenning från Försäkringskassan. ~~Bollebygds kommun~~ Socialnämnden lämnar ingen ytterligare kompensation.

6. Omkostnadsersättning

Omkostnadsersättningen täcker barnets vardagliga behov (mat, kläder, hygien, fritid

och transporter). Den är åldersdifferentierad och följer SKR:s tabeller. Omkostnadsersättningen är skattepliktig men inte pensions- eller sjukpenningsgrundande. Den indexeras årligen utifrån prisbasbeloppet och följer SKR:s tabeller.

Utöver grundnivån kan ersättning ges för:

- specialkost, glasögon, sjukvårdsutgifter
- umgänges- och semesterresor
- merkostnader vid funktionsnedsättning

~~Alla tillägg ska beslutas och dokumenteras enligt delegation.~~ Alla tillägg ska beslutas enligt socialnämndens delegationsordning och dokumenteras enligt socialnämndens informationshanteringsplan. Vid beslut om högre omkostnadsersättning än SKR:s rekommendation ska ~~kommunen~~ socialnämnden kunna redovisa skälen och beräkningen i familjehemsakten.

~~7. Räkneexempel~~

~~Exempel 1: Barn 10 år~~

~~Omkostnadsersättning enligt gällande SKR-nivå.~~

~~Extra kostnad för glasögon beviljas som tillägg.~~

~~Exempel 2: Spädbarn med förhöjt behov~~

~~Förhöjt arvode motsvarande heltid beviljas under begränsad period enligt delegation.~~

~~Exempel 3: Syskonplacering~~

~~Arvodet kan reduceras eftersom vissa uppgifter utförs gemensamt.~~

~~Exempel 4: Barn med funktionsnedsättning~~

~~Arvodet sätts i övre spannet och omkostnadsersättningen höjs för merkostnader~~

8. Former för utbetalning

Arvodet ska beskattas som inkomst av tjänst. Det är pensions- och sjukpenningsgrundande men ger inte rätt till tjänstepension eller semesterersättning.

Uppdraget ger inte rätt till A-kassa, men tiden räknas som "överhoppningsbar".

~~Kommunen~~ Socialnämnden ansvarar för olycksfallsförsäkring för placerade barn. Familjehemmet ska ha egen hemförsäkring. Familjehemmet ska underrätta sitt hemförsäkringsbolag att de har ett placerat barn.

9. Barnkonsekvensanalys

Riktlinjen syftar till att skapa trygghet och förutsägbara villkor för familjehemmen, vilket gynnar barnets stabilitet och vårdkvalitet. Genom att ~~kommunen~~ socialnämnden automatiskt tillämpar SKR:s uppdateringar säkerställs att ersättningarna alltid är aktuella och rimliga, vilket bidrar till barnets bästa.

15. Redovisning av delegeringsbeslut till socialnämnden 2026 SN2026/1

**Tjänsteskrivelse**

2026-02-13

Karolin Lindh |
Utvecklingsledare/nämndsekreterare

Dnr SN2026/1-10

0734-64 75 45 |
karolin.lindh@bollebygd.se

Redovisning av delegeringsbeslut, januari 2026**Förslag till beslut**

Socialnämnden godkänner redovisningen av delegeringsbeslut.

Ärendet

Socialnämnden har överlämnat sin beslutanderätt till utskott, förtroendevalda och tjänstepersoner i kommunen enligt socialnämndens antagna delegeringsordning 21 oktober 2025, § 96.

Dessa beslut ska redovisas till socialnämnden. Redovisningen innebär inte att socialnämnden ska ompröva eller fastställa delegeringsbesluten. Däremot kan socialnämnden återkalla lämnad delegering.

En lista över beslut som fattats med stöd av delegeringsordningen under perioden 2026-01-01 – 2026-01-31 lämnas som beslutsunderlag. En sammanställning över beslut från sociala utskottets sammanträde från föregående månad lämnas också.

Nedan presenteras en sammanfattning av antal beslut/ärenden i följande områden/ärendegrupper;

Januari 2026



	Bifall	Avslag*	Övrigt*	Totalt
IFO Barn och unga	8	-	34	42
IFO Vuxen (missbruk, sociala kontrakt, boendestöd)	3	1	17	21
Ekonomiskt bistånd	53	33	12	98
Ordförandebeslut	1	-	-	1
Socialt utskott	1	-	5	6
Äldreomsorg	67	1	-	68
Funktionsnedsättning	2	-	-	2

*Avslag innefattar även delavslag, vilket innebär att den enskilde får en del av insatsen som hen har ansökt om. Avslag/delavslag kan bland annat bero på att den enskilde kan tillgodose sina behov eller få dem tillgodosedda på annat sätt, t.ex. av annan huvudman eller insats.

*Övrigt innefattar bland annat beslut om; att avsluta/inleda utredning/insats, överväganden om fortsatt vård/insats, m.m. För fullständig redovisning se bifogad sammanställning.

Beslutsunderlag

- Redovisning av delegeringsbeslut, januari 2026, SN2026/1-9
- Sammanställning beslut socialt utskott, SN2026/1-7
- Beslutsattesteranter socialnämnden 2026, SN2026/1-6
- Beslutsattesteranter socialnämnden 2026, SN2026/1-8

Skickas till

Socialförvaltningen

BOLLEBYGDS KOMMUN

Socialförvaltningen

Postadress 517 83 Bollebygd	Besöksadress Ballebovägen 2	Telefon 033-231300	Telefax 033-231428	Webbplats www.bollebygd.se	E-post kommunen@bollebygd.se
--------------------------------	--------------------------------	-----------------------	-----------------------	-------------------------------	---------------------------------

**Tjänsteskrivelse**

2026-02-13

Rickard Olsson

Karolin Lindh

Förvaltningschef

Utvecklingsledare/nämndsekreterare

Handläggare
Karolin Lindh | Utvecklingsledare/nämndsekreterare
0734-64 75 45 | karolin.lindh@bollebygd.se

Dnr : **SN2026/1-9**

Redovisning av delegeringsbeslut, januari 2026

Socialnämnden har överlämnat sin beslutanderätt till utskott, förtroendevalda och tjänstepersoner i kommunen enligt socialnämndens antagna delegeringsordning 21 oktober 2025, § 96.

Dessa beslut ska redovisas till socialnämnden. Redovisningen innebär inte att socialnämnden ska ompröva eller fastställa delegeringsbesluten. Däremot kan socialnämnden återkalla lämnad delegering. Delegeringslistor och beslut finns tillgängliga hos socialförvaltningen.

Följande delegationsbeslut redovisas för nämnden:

Delegeringsbeslut Individ- och familjeomsorg – 2026-01-01 – 2026-01-31

Besluts id	Datum	Beslut	Beslutsfattare
39329	2026-01-01	LVU Vård enligt 2 § LVU avslutas	SU
39330	2026-01-02	BoU Vård utanför eget hem enligt 11 kap 1 § SoL efter 18 år, beviljas	SU

39331	2026-01-02	Vux Beslut förfrågan besvarad	Ssek
39332	2026-01-02	BoU Beslut att inte inleda utredning enligt 14 kap 2 § SoL	1:e Ssek
39333	2026-01-05	E Bistånd enligt 12 kap 1 § SoL, bifall	Ssek
39334	2026-01-05	E Bistånd enligt 12 kap 1 § SoL, avslag	Ssek
39335	2026-01-05	BoU Beslut att inte inleda utredning enligt 14 kap 2 § SoL	1:e Ssek
39336	2026-01-05	E Bistånd enligt 12 kap 1 § SoL, bifall	Ssek
39337	2026-01-05	E Bistånd enligt 12 kap 1 § SoL, bifall	Ssek
39338	2026-01-05	Vux Utredning enligt 14 kap 2 § SoL, inleds ej	EC
39339	2026-01-05	E Utredning ekonomiskt bistånd 14 kap 2 § , inleds	Ssek
39340	2026-01-02	BoU Utredning avslutas med åtgärd	1:e Ssek
39341	2026-01-05	Bou Beslut om uppföljning efter utredning enligt 23 kap. 1 § SoL	1:e Ssek
39342	2026-01-02	BoU Förlängning av pågående insats	Ssek
39343	2026-01-03	BoU Förlängning av pågående insats	Ssek
39344	2026-01-07	E Utredning enligt 14 kap 2 § SoL, inleds ej	1:e Ssek
39345	2026-01-07	E Utredning ekonomiskt bistånd 14 kap 2 § , inleds	Ssek
39346	2026-01-07	E Ekonomiskt bistånd SoL beviljas under nuvarande förhållande	Ssek
39347	2026-01-07	E Bistånd enligt 12 kap 1 § SoL, bifall	Ssek

39348	2026-01-07	E ÖKL Överklagandet kommit in i rätt tid	Ssek
39349	2026-01-07	E Bistånd enligt 12 kap 1 § SoL, bifall	Ssek
39350	2026-01-02	BoU Utredning avslutas med åtgärd	Ssek
39351	2026-01-08	E Bistånd enligt 12 kap 1 § SoL, bifall	Ssek
39352	2026-01-08	BoU Öppenvård 11 kap 1 § SoL, beviljas	1:e Ssek
39353	2026-01-08	BoU Öppenvård 11 kap 1 § SoL, beviljas	1:e Ssek
39354	2026-01-09	E Bistånd enligt 12 kap 1 § SoL, avslag	Ssek
39355	2026-01-12	E Bistånd enligt 12 kap 1 § SoL, bifall	EC
39356	2026-01-12	E Bistånd enligt 12 kap 1 § SoL, avslag	EC
39357	2026-01-15	Vux Beslut om socialt bostadskontrakt enligt 11 kap 1 § SoL, avslag	EC
39358	2026-01-13	Vux Fortsatt insats efter omprövning bifall	Ordf.
39359	2026-01-13	BoU Förlängning av pågående insats	Ssek
39360	2026-01-13	E Utredning ekonomiskt bistånd 14 kap 2 § , inleds	Ssek
39361	2026-01-14	BoU Öppenvård 11 kap 1 § SoL, avslutas	Ssek
39362	2026-01-14	Vux Utredning enligt 14 kap 2 § SoL, inleds	Ssek
39363	2026-01-14	Vux Beslut förfrågan besvarad	Ssek
39364	2026-01-14	E Bistånd enligt 12 kap 2 § SoL, bifall	Ssek

39365	2026-01-14	E Bistånd enligt 12 kap 1 § SoL, avslag	Ssek
39366	2026-01-15	BoU Öppenvård 11 kap 1 § SoL, beviljas	Ssek
39367	2026-01-14	Bou Utredning avslutas utan åtgärd	1:e Ssek
39368	2026-01-14	Bou Utredning avslutas utan åtgärd	1:e Ssek
39369	2026-01-14	Bou Utredning avslutas utan åtgärd	1:e Ssek
39370	2026-01-15	Bou Utredning avslutas utan åtgärd	1:e Ssek
39371	2026-01-15	Bou Utredning avslutas utan åtgärd	1:e Ssek
39372	2026-01-15	Vux Beslut om insats enligt 11 kap 1 § SoL, beviljas	Ssek
39373	2026-01-16	E Bistånd enligt 12 kap 1 § SoL, bifall	Ssek
39374	2026-01-16	E Bistånd enligt 12 kap 1 § SoL, bifall	Ssek
39375	2026-01-16	E Bistånd enligt 12 kap 1 § SoL, bifall	Ssek
39376	2026-01-16	E Bistånd enligt 12 kap 1 § SoL, bifall	Ssek
39377	2026-01-16	Vux Utredning enligt 14 kap 2 § SoL, inleds ej	EC
39378	2026-01-16	Vux Utredning enligt 14 kap 2 § SoL, inleds ej	EC
39379	2026-01-16	Vux Utredning enligt 14 kap 2 § SoL, inleds ej	EC
39380	2026-01-16	Vux Utredning enligt 14 kap 2 § SoL, inleds ej	EC
39381	2026-01-16	Vux Utredning enligt 14 kap 2 § SoL, inleds ej	EC

39382	2026-01-16	Vux Utredning enligt 14 kap 2 § SoL, inleds ej	EC
39383	2026-01-13	E Utredning ekonomiskt bistånd 14 kap 2 § , inleds	Ssek
39384	2026-01-16	BoU Avsluta utredning efter återtagen ansökan	1:e Ssek
39385	2026-01-16	E Bistånd enligt 12 kap 1 § SoL, bifall	Ssek
39386	2026-01-16	E Bistånd enligt 12 kap 1 § SoL, avslag	Ssek
39387	2026-01-16	E Ekonomiskt bistånd SoL beviljas under nuvarande förhållande	Ssek
39388	2026-01-16	E Bistånd enligt 12 kap 1 § SoL, bifall	Ssek
39389	2026-01-16	E Bistånd enligt 12 kap 1 § SoL, avslag	Ssek
39390	2026-01-19	LVM Utredning enligt 7 § LVM inleds ej	EC
39391	2026-01-19	Vux Fortsatt insats efter omprövning bifall	Ssek
39392	2026-01-19	E Utredning ekonomiskt bistånd 14 kap 2 § , inleds	Ssek
39393	2026-01-20	LVU Övervägande av umgängesbegränsning enligt 14 § 1 pt LVU	SU
39394	2026-01-20	LVU Övervägande av umgängesbegränsning enligt 14 § 1 pt LVU	SU
39395	2026-01-20	E Bistånd enligt 12 kap 1 § SoL, bifall	Ssek
39396	2026-01-20	E Bistånd enligt 12 kap 1 § SoL, bifall	Ssek
39397	2026-01-20	E Bistånd enligt 12 kap 1 § SoL, bifall	Ssek
39398	2026-01-21	BoU Utredning inleds	Ssek

39399	2026-01-21	E Bistånd enligt 12 kap 1 § SoL, bifall	Ssek
39400	2026-01-20	BoU Beslut att inte inleda utredning enligt 14 kap 2 § SoL	1:e Ssek
39401	2026-01-21	BoU Utredning avslutas med åtgärd	1:e Ssek
39402	2026-01-20	U Justering av arvode till familjehem utöver SKR:s rekommendationer	SU
39403	2026-01-20	U Justering av arvode till familjehem utöver SKR:s rekommendationer	SU
39404	2026-01-21	E Utredning ekonomiskt bistånd 14 kap 2 § , inleds	Ssek
39405	2026-01-21	BoU Utredning inleds	Ssek
39406	2026-01-21	BoU Beslut att inte inleda utredning enligt 14 kap 2 § SoL	1:e Ssek
39407	2026-01-21	Vux Beslut förfrågan besvarad	Ssek
39408	2026-01-21	Vux Beslut förfrågan besvarad	Ssek
39409	2026-01-22	Ekonomiskt bistånd mot återbetalning enligt 33 kap 2 § , beviljas	EC
39410	2026-01-22	E Avstå från krav på ersättning enligt 33 kap 6 § SoL, avslag	EC
39411	2026-01-22	E Bistånd enligt 12 kap 1 § SoL, bifall	Ssek
39412	2026-01-22	E Bistånd enligt 12 kap 1 § SoL, bifall	Ssek
39413	2026-01-22	E Bistånd enligt 12 kap 1 § SoL, avslag	Ssek
39414	2026-01-22	BoU Utredning inleds	Ssek
39415	2026-01-22	E Bistånd enligt 12 kap 1 § SoL, bifall	Ssek

39416	2026-01-22	E Bistånd enligt 12 kap 1 § SoL, avslag	Ssek
39417	2026-01-22	E Bistånd enligt 12 kap 1 § SoL, bifall	Ssek
39418	2026-01-22	E Bistånd enligt 12 kap 1 § SoL, avslag	Ssek
39419	2026-01-22	E Bistånd enligt 12 kap 1 § SoL, bifall	Ssek
39420	2026-01-22	E Bistånd enligt 12 kap 1 § SoL, avslag	Ssek
39421	2026-01-22	E Bistånd enligt 12 kap 1 § SoL, bifall	Ssek
39422	2026-01-22	E Bistånd enligt 12 kap 1 § SoL, bifall	Ssek
39423	2026-01-22	E Bistånd enligt 12 kap 1 § SoL, avslag	Ssek
39424	2026-01-23	BoU Öppenvård 11 kap 1 § SoL, beviljas	1:e Ssek
39425	2026-01-23	BoU Öppenvård 11 kap 1 § SoL, beviljas	1:e Ssek
39426	2026-01-15	E Utredning ekonomiskt bistånd 14 kap 2 § , inleds	Ssek
39427	2026-01-23	E Bistånd enligt 12 kap 1 § SoL, bifall	Ssek
39428	2026-01-23	E Bistånd enligt 12 kap 1 § SoL, avslag	Ssek
39429	2026-01-23	E Bistånd enligt 12 kap 1 § SoL, bifall	Ssek
39430	2026-01-23	E Bistånd enligt 12 kap 1 § SoL, avslag	Ssek
39431	2026-01-23	E Bistånd enligt 12 kap 1 § SoL, bifall	Ssek
39432	2026-01-23	E Bistånd enligt 12 kap 1 § SoL, avslag	Ssek

39433	2026-01-23	E Bistånd enligt 12 kap 1 § SoL, avslag	Ssek
39434	2026-01-23	E Bistånd enligt 12 kap 1 § SoL, bifall	Ssek
39435	2026-01-23	E Bistånd enligt 12 kap 1 § SoL, avslag	Ssek
39436	2026-01-23	BoU Utredning inleds	Ssek
39437	2026-01-23	E Bistånd enligt 12 kap 1 § SoL, bifall	Ssek
39438	2026-01-23	E Bistånd enligt 12 kap 1 § SoL, avslag	Ssek
39439	2026-01-23	E Bistånd enligt 12 kap 1 § SoL, avslag	Ssek
39440	2026-01-23	E Bistånd enligt 12 kap 1 § SoL, avslag	Ssek
39441	2026-01-23	E Bistånd enligt 12 kap 1 § SoL, bifall	Ssek
39442	2026-01-23	E Bistånd enligt 12 kap 1 § SoL, bifall	Ssek
39443	2026-01-23	E Bistånd enligt 12 kap 1 § SoL, avslag	Ssek
39444	2026-01-24	BoU Förlängning av pågående insats	Ssek
39445	2026-01-26	E Bistånd enligt 12 kap 1 § SoL, bifall	Ssek
39446	2026-01-26	E Bistånd enligt 12 kap 1 § SoL, bifall	Ssek
39447	2026-01-26	E Bistånd enligt 12 kap 1 § SoL, bifall	Ssek
39448	2026-01-26	E Bistånd enligt 12 kap 1 § SoL, bifall	Ssek
39449	2026-01-26	E Bistånd enligt 12 kap 1 § SoL, avslag	Ssek

39450	2026-01-26	E Bistånd enligt 12 kap 1 § SoL, bifall	Ssek
39451	2026-01-26	BoU Utredning inleds	Ssek
39452	2026-01-20	LVM Utredning enligt 7 § LVM inleds ej	EC
39454	2026-01-26	Vux Beslut om insats enligt 11 kap 1 § SoL, beviljas	Ssek
39455	2026-01-26	E Bistånd enligt 12 kap 1 § SoL, bifall	Ssek
39456	2026-01-26	BoU Öppenvård 11 kap 1 § SoL, beviljas	Ssek
39457	2026-01-26	E Bistånd enligt 12 kap 1 § SoL, bifall	Ssek
39458	2026-01-26	E Bistånd enligt 12 kap 1 § SoL, avslag	Ssek
39459	2026-01-26	E Bistånd enligt 12 kap 1 § SoL, bifall	Ssek
39460	2026-01-26	E Bistånd enligt 12 kap 1 § SoL, avslag	Ssek
39461	2026-01-26	BoU Beslut att inte inleda utredning enligt 14 kap 2 § SoL	1:e Ssek
39462	2026-01-27	E Bistånd enligt 12 kap 1 § SoL, bifall	EC
39463	2026-01-27	E Bistånd enligt 12 kap 1 § SoL, avslag	EC
39464	2026-01-27	E Bistånd enligt 12 kap 1 § SoL, bifall	Ssek
39465	2026-01-27	E Bistånd enligt 12 kap 1 § SoL, avslag	Ssek
39466	2026-01-27	E Bistånd enligt 12 kap 1 § SoL, avslag	Ssek
39467	2026-01-26	E Utredning ekonomiskt bistånd 14 kap 2 § , inleds	Ssek

39468	2026-01-27	E Bistånd enligt 12 kap 1 § SoL, bifall	EC
39469	2026-01-27	E Bistånd enligt 12 kap 1 § SoL, avslag	EC
39470	2026-01-27	E Bistånd enligt 12 kap 1 § SoL, bifall	Ssek
39471	2026-01-27	E Bistånd enligt 12 kap 1 § SoL, avslag	Ssek
39472	2026-01-27	E Bistånd enligt 12 kap 1 § SoL, avslag	Ssek
39473	2026-01-27	E Bistånd enligt 12 kap 1 § SoL, bifall	Ssek
39474	2026-01-27	E Bistånd enligt 12 kap 1 § SoL, bifall	Ssek
39475	2026-01-27	E Bistånd enligt 12 kap 1 § SoL, bifall	Ssek
39476	2026-01-27	E Bistånd enligt 12 kap 1 § SoL, bifall	Ssek
39477	2026-01-27	E Bistånd enligt 12 kap 1 § SoL, bifall	Ssek
39478	2026-01-27	E Bistånd enligt 12 kap 1 § SoL, avslag	Ssek
39479	2026-01-27	BoU Förlängning av pågående insats	Ssek
39480	2026-01-26	Vux Beslut förfrågan besvarad	Ssek
39481	2026-01-27	E Bistånd enligt 12 kap 1 § SoL, avslag	Ssek
39482	2026-01-27	Bou Utredning avslutas utan åtgärd	1:e Ssek
39483	2026-01-27	BoU Utredning avslutas med åtgärd	1:e Ssek
39484	2026-01-27	BoU Utredning avslutas med åtgärd	1:e Ssek

39485	2026-01-27	BoU Beslut att inte inleda utredning enligt 14 kap 2 § SoL	1:e Ssek
39486	2026-01-27	Bou Utredning avslutas utan åtgärd	1:e Ssek
39487	2026-01-26	BoU Öppenvård 11 kap 1 § SoL, beviljas	Ssek
39488	2026-01-28	E Utredning ekonomiskt bistånd 14 kap 2 § , inleds	Ssek
39489	2026-01-28	Vux Beslut förfrågan besvarad	Ssek
39490	2026-01-28	Vux Beslut förfrågan besvarad	Ssek
39491	2026-01-19	E Utredning ekonomiskt bistånd 14 kap 2 § , inleds	Ssek
39492	2026-01-27	BoU Beslut att inte inleda utredning enligt 14 kap 2 § SoL	1:e Ssek
39493	2026-01-30	E Bistånd enligt 12 kap 1 § SoL, bifall	Ssek
39494	2026-01-30	E Bistånd enligt 12 kap 1 § SoL, avslag	Ssek
39495	2026-01-30	BoU Öppenvård 11 kap 1 § SoL, beviljas	Ssek
39496	2026-01-30	Bou Utredning avslutas utan åtgärd	1:e Ssek
39497	2026-01-30	Bou Utredning avslutas utan åtgärd	1:e Ssek

Delegeringsbeslut Äldreomsorg/Funktionsstöd – 2026-01-01 – 2026-01-31

Besluts id	Datum	Beslut	Beslutsfattare
17823	20260102	Korttidsplats bifall	Ssek

17824	20260105	Hemtjänst bifall	Ssek
17825	20260105	Hemtjänst bifall	Ssek
17826	20260105	Trygghetslarm bifall	Ssek
17827	20260105	Korttidsplats bifall	EC
17828	20260107	Hemtjänst bifall	Ssek
17829	20260107	Korttidsplats bifall	EC
17830	20260107	Hemtjänst bifall	Ssek
17831	20260108	Hemtjänst bifall	Ssek
17832	20260108	Hemtjänst bifall	Ssek
17833	20260108	Korttidsplats bifall	EC
17834	20260108	Hemtjänst bifall	Ssek
17835	20260109	Korttidsplats bifall	EC
17836	20260109	Anhörigbidrag bifall	Ssek
17837	20260109	Hemtjänst bifall	Ssek
17838	20260109	Korttidsplats bifall	EC
17839	20260112	Boendestöd bifall	Ssek
17841	20260112	Hemtjänst bifall	Ssek
17842	20260112	Trygghetslarm bifall	Ssek
17843	20260113	Hemtjänst bifall	Ssek
17844	20260113	Hemtjänst bifall	Ssek
17845	20260113	Hemtjänst bifall	Ssek
17846	20260113	Särskilt boende bifall	EC
17847	20260114	Korttidsplats bifall	EC
17848	20260114	Korttidsplats bifall	Ssek
17849	20260114	Hemtjänst bifall	Ssek
17850	20260114	Hemtjänst bifall	Ssek
17852	20260114	Hemtjänst bifall	Ssek
17853	20260115	Korttidsplats bifall	EC
17854	20260115	Hemtjänst bifall	Ssek
17855	20260115	Hemtjänst bifall	Ssek
17856	20260115	Hemtjänst bifall	Ssek
17857	20260115	Trygghetslarm bifall	Ssek
17858	20260115	Hemtjänst bifall	Ssek
17859	20260115	Korttidsplats bifall	Ssek

17860	20260115	Korttidsplats bifall	Ssek
17861	20260116	Korttidsplats bifall	EC
17862	20260116	Hemtjänst bifall	Ssek
17863	20260119	Hemtjänst bifall	Ssek
17864	20260119	Trygghetslarm bifall	Ssek
17865	20260119	Hemtjänst bifall	Ssek
17866	20260119	Hemtjänst bifall	Ssek
17867	20260119	Hemtjänst bifall	Ssek
17868	20260119	Hemtjänst bifall	Ssek
17869	20260120	Korttidsplats bifall	Ssek
17870	20260120	Trygghetslarm bifall	Ssek
17871	20260120	Hemtjänst bifall	Ssek
17872	20260120	Hemtjänst bifall	Ssek
17873	20260120	Hemtjänst bifall	Ssek
17874	20260120	Hemtjänst bifall	Ssek
17875	20260126	Korttidsplats bifall	Ssek
17876	20260126	Hemtjänst bifall	Ssek
17878	20260126	Boendestöd bifall	Ssek
17879	20260126	Korttidsplats bifall	EC
17880	20260126	Hemtjänst bifall	Ssek
17881	20260127	Hemtjänst bifall	Ssek
17882	20260127	Korttidsplats bifall	EC
17883	20260127	Trygghetslarm bifall	Ssek
17884	20260127	Trygghetslarm bifall	Ssek
17885	20260127	Hemtjänst bifall	Ssek
17886	20260127	Korttidsplats bifall	Ssek
17887	20260127	Trygghetslarm bifall	Ssek
17888	20260128	Hemtjänst bifall	Ssek
17889	20260128	Hemtjänst bifall	Ssek
17890	20260128	SOL avslag annat bistånd	EC
17891	20260129	Korttidsplats bifall	EC
17893	20260130	Hemtjänst bifall	Ssek
17894	20260130	Hemtjänst bifall	Ssek
17896	20260130	Hemtjänst bifall	Ssek

17897	20260130	Trygghetslarm bifall	Ssek
-------	----------	----------------------	------

Delegeringsbeslut övriga – 2026-01-01 – 2026-02-13

Besluts id	Datum	Beslut	Beslutsfattare
SN2026/1-6	2026-01-26	4.4.3 Utse beslutsattestanter	FC
SN2025/6-5	2026-01-08	4.4.7 Ansöka om samt återrapportera statsbidrag	EC
SN2026/12-1	2026-01-09	4.4.7 Ansöka om samt återrapportera statsbidrag	EC
SN2025/14-2	2026-01-12	4.4.7 Ansöka om samt återrapportera statsbidrag	EC
SN2025/20-3	2026-01-13	4.4.7 Ansöka om samt återrapportera statsbidrag	EC
SN2026/1-8	2026-02-11	4.4.3 Utse beslutsattestanter	FC
SN2025/117	2026-02-05	11.1 Avsluta utredning med beslut om ej missförhållande, risk för missförhållande, missförhållande, påtaglig risk för allvarligt missförhållande eller allvarligt missförhållande enligt lex Sarah	FC

Förkortningar

Ordf.	Ordförande i socialnämnden
SU	Socialt utskott
FC	Förvaltningschef
VC	Verksamhetschef

EC	Enhetschef
1:e Ssek	1:e Socialsekreterare
Ssek	Socialsekreterare

Handläggare
Karolin Lindh | Utvecklingsledare/nämndsekreterare
0734-64 75 45 | karolin.lindh@bollebygd.se

Dnr : **SN2026/1-7**

Sammanställning beslut, socialt utskott 2026-01-20

Instans	Socialnämndens sociala utskott
Tid och plats	Tisdag den 20 januari 2026, kl. 09.00-09.40 kommunhuset, Molnet
Beslutande	Lars-Erik Olsson (S) Ewa-Maria Andorff-Ripa (SD)
Tjänstepersoner	Daniella Lindén, Enhetschef IFO, Barn och unga Sibell Törnblom, 1:e Socialsekreterare IFO, Barn och unga Visar Papraniku, Enhetschef IFO, Vuxen § 5 Karolin Lindh, sekreterare
Justering	Tisdag den 20 januari 2026, omedelbart efter att sammanträdet avslutats
Justerare	Ewa-Maria Andorff-Ripa (SD)

Ärendenummer	Ärende	Beslut
§ 1	Övervägande om umgängesbegränsning enligt 14 § 1 p LVU	Noterar

§ 2	Övervägande om umgängesbegränsning enligt 14 § 1 p LVU	Noterar
§ 3	Justering av arvode familjehem	Justerar
§ 4	Justering av arvode familjehem	Justerar
§ 5	Anmälningssärenden	Noterar

Lars-Erik Olsson (S)
Ordförande

Karolin Lindh
Sekreterare

Beslutsattestanter socialnämnden 2026

Förteckningen nedan är beslutad av chefen för socialförvaltningen. Notera att ersättare alltid har samma attestnøjilighet som ordinarie attestant på respektive ansvar. Nummeringen för ersättarna ska ses som en intern arbetsfördelning. Även om förvaltningschef alltid har attestansvar för samtliga ansvar nedan, så kan namnet ändra förekomma på olika ställen för att visa på en viss arbetsfördelning.

Ansvar	Benämning	Ordinarie	Belopps- gräns	Ev. förändring fr.o.m. (ordinarie)		Ersättare	Belopps- gräns	Ev. förändring fr.o.m. (ersättare)	
				datum	kommentar			datum	kommentar
5000	Socialnämnden	Rickard Olsson	2 100 000			1. Joel Smedberg 2. Annette Henriksson	2 100 000 2 100 000		
5100	Förvaltningschef	Rickard Olsson	2 100 000			1. Joel Smedberg 2. Annette Henriksson	2 100 000 2 100 000		
5000-5550	Förvaltningschef har attestbehøjilighet på hela intervallet.	Rickard Olsson	2 100 000			1. Joel Smedberg 2. Annette Henriksson	2 100 000 2 100 000		
5311-5340	Äldreomsorg	Annette Henriksson	700 000			1. Joel Smedberg 2. Christina Hjalmarsson	700 000		
5311	Bollegårdens demensboende vån 1	Angelica Rosengren	350 000			1. Daniella Rahman 2.	350 000		
5312	Bollegårdens demensboende vån 2	Daniella Rahman	350 000			1. Angelica Rosengren 2.	350 000		
5321	Bollegårdens äldreboende vån 1	Angelica Estola	350 000			1. Pia Schultz-Hedlund 2. Daniella Rahman	350 000		
5322	Bollegårdens äldreboende vån 2 och korttiden	Pia Schultz-Hedlund	350 000	From. 23/3-26		1. Angelica Estola 2. Daniella Rahman	350 000		
5330	Hemtjänst Väst	Nina Persson	350 000			1. Magdalena Czaplá	350 000		
5331	Hemtjänst Öst	Magdalena Czaplá	350 000			1. Nina Persson	350 000		
5340	Hemsjukvård	Britt-Marie Börjesson	350 000			1. Christina Hjalmarsson	350 000		

Beslutsattestanter, socialnämnden, 2026, forts.

5110	Bemanningsenhet	Christina Hjalmarsson	350 000			1. Kristina Augustsson	350 000		
5120	Uvecklingschef	Kristina Augustsson (vik)	350 000	From 1/2-26		1. Christina Hjalmarsson	350 000		
5300	Äldreomsorg	Annette Henrikszon	700 000			1. Joel Smedberg	700 000		
5409	Gruppboende Sockervägen	Pia Brown-Stjärnå	350 000			1. Maria Kattis	350 000		
5410	Gruppboende Hembygdsvägen	Pia Brown-Stjärnå	350 000			1. Maria Kattis	350 000		
5411	Serviceboende	Maria Kattis	350 000			1. Pia Brown-Stjärnå	350 000		
5420	Personlig assistans	Pia Brown-Stjärnå	350 000			1. Maria Kattis	350 000		
5430	Daglig verksamhet	Maria Kattis	350 000			1. Pia Brown-Stjärnå	350 000		
5440	Ledsagarstjänst	Pia Brown-Stjärnå	350 000			1. Maria Kattis	350 000		
5441	Kontaktperson	Pia Brown-Stjärnå	350 000			1. Maria Kattis	350 000		
5442	Kontaktfamilj	Pia Brown-Stjärnå	350 000			1. Maria Kattis	350 000		
5443	Äldreomsorgstjänst	Pia Brown-Stjärnå	350 000			1. Maria Kattis	350 000		
5400	Funktionsstöd Korttidsvistelse	Joel Smedberg	700 000			1. Annette Henrikszon	700 000		
5500	Individ- och familjeomsorg	Joel Smedberg	700 000			1. Annette Henrikszon	700 000		
5410-5440	Funktionsstöd	Joel Smedberg	700 000			1. Annette Henrikszon	700 000		

Beslutsattestanter, socialnämnden, 2026, forts.

5510-5550	Individ- och familjeomsorg	Joel Smedberg	700 000			1. Annette Henriksson	700 000		
5510	Myndighetssteam Vuxen	Visar Papraniku	350 000			1. Daniella Bouyer Lindén 2. Shaho Ghabari	350 000 350 000		
5520-5521	Myndighetssteam Barn och unga	Daniella Bouyer Lindén	350 000			1. Visar Papraniku 1. Shaho Ghabari	350 000 350 000		
5530	Resursteam	Shaho Ghabari	350 000			1. Daniella Bouyer Lindén 1. Visar Papraniku	350 000 350 000		
5540	Integration	Shaho Ghabari	350 000	From 1/1-26		1. Visar Papraniku 1. Daniella Bouyer Lindén	350 000 350 000		
5550	AMÉ	Shaho Ghabari	350 000	From 1/1-26		1. Visar Papraniku 2. Daniella Bouyer Lindén	350 000 350 000		

Beslut: enligt punkt 4:3 i delegationsordningDatum: 2026-01-26 Rickard Olsson

Rickard Olsson, förvaltningschef

Listan skrivs ut, underrechnas och lämnas till ekonomivdelningen. Socialförvaltningen ansvarar för att delge nämnden, enligt den delegationsordning som finns.

Beslutsattestanter socialnämnden 2026

Förteckningen nedan är beslutad av chefen för socialförvaltningen. Notera att ersättare alltid har samma attestmöjlighet som ordinarie attestant på respektive ansvar. Numreringen för ersättarna ska ses som en intern arbetsfördelning. Även om förvaltningschef alltid har attestansvar för samtliga ansvar nedan, så kan namnet ändå förekomma på olika ställen för att visa på en viss arbetsfördelning.

Ansvar	Benämning	Ordinarie	Belopps- gräns	Ev. förändring fr.o.m. (ordinarie)		Ersättare	Belopps- gräns	Ev. förändring fr.o.m. (ersättare)	
				datum	kommentar			datum	kommentar
5000	Socialnämnden	Rickard Olsson	2 100 000			1. Joel Smedberg 2. Annette Henriksson	2 100 000 2 100 000		
5100	Förvaltningschef	Rickard Olsson	2 100 000			1. Joel Smedberg 2. Annette Henriksson	2 100 000 2 100 000		
5000-5550	Förvaltningschef har attestbehörighet på hela intervallet.	Rickard Olsson	2 100 000			1. Joel Smedberg 2. Annette Henriksson	2 100 000 2 100 000		
5311-5340	Äldreomsorg	Annette Henriksson	700 000			1. Joel Smedberg 2. Christina Hjalmarsson	700 000		
5311	Bollegårdens demensboende vån 1	Angelica Rosengren	350 000			1. Daniella Rahman 2.	350 000		
5312	Bollegårdens demensboende vån 2	Daniella Rahman	350 000			1. Angelica Rosengren 2.	350 000		
5321	Bollegårdens äldreboende vån 1	Angelica Estola	350 000			1. Pia Schultz-Hedlund 2. Daniella Rahman	350 000		
5322	Bollegårdens äldreboende vån 2 och korttiden	Pia Schultz-Hedlund	350 000	From. 23/3-26		1. Angelica Estola 2. Daniella Rahman	350 000		
5330	Hemjänst Väst	Nina Persson	350 000			1. Magdalena Czaplá	350 000		
5331	Hemjänst Öst	Magdalena Czaplá	350 000			1. Nina Persson	350 000		
5340	Hemsjukvård	Britt-Mare Börjesson	350 000			1.	350 000		

Beslutsattesteranter, socialnämnden, 2026, forts.

5110	Bemanningsenhet	Jennie Parder	350 000	From 20/3		1. Kristina Augustsson	350 000		
5120	Uvecklingschef	Kristina Augustsson	350 000			1. Jennie Parder	350 000		
5300	Äldreomsorg	Annette Henriksson	700 000			1. Joel Smedberg	700 000		
5409	Gruppboende Sockelvägen	Pia Brown-Stjärnå	350 000			1. Maria Katris	350 000		
5410	Gruppboende Hembygdsvägen	Pia Brown-Stjärnå	350 000			1. Maria Katris	350 000		
5411	Serviceboende	Maria Katris	350 000			1. Pia Brown-Stjärnå	350 000		
5420	Personlig assistans	Pia Brown-Stjärnå	350 000			1. Maria Katris	350 000		
5430	Daglig verksamhet	Maria Katris	350 000			1. Pia Brown-Stjärnå	350 000		
5440	Ledsagarsservice	Pia Brown-Stjärnå	350 000			1. Maria Katris	350 000		
5441	Kontaktperson	Pia Brown-Stjärnå	350 000			1. Maria Katris	350 000		
5442	Kontaktfamilj	Pia Brown-Stjärnå	350 000			1. Maria Katris	350 000		
5443	Ävlösarservice	Pia Brown-Stjärnå	350 000			1. Maria Katris	350 000		
5400	Funktionsstöd Korttidsvistelse	Joel Smedberg	700 000			1. Annette Henriksson	700 000		
5500	Individ- och familjeomsorg	Joel Smedberg	700 000			1. Annette Henriksson	700 000		
5410-5440	Funktionsstöd	Joel Smedberg	700 000			1. Annette Henriksson	700 000		

Beslutsattestanter, socialnämnden, 2026, forts.

5510-5550	Individ- och familjeomsorg	Joel Smedberg	700 000				1. Annette Henrikszon	700 000		
5510	Myndighetsteam Vuxen	Visar Papraniku	350 000				1. Daniella Bouyer Lindén 2. Shaho Ghabari	350 000 350 000		
5520-5521	Myndighetsteam Barn och unga	Daniella Bouyer Lindén	350 000				1. Visar Papraniku 1. Shaho Ghabari	350 000 350 000		
5530	Resursteam	Shaho Ghabari	350 000				1. Daniella Bouyer Lindén 1. Visar Papraniku	350 000 350 000		
5540	Integration	Shaho Ghabari	350 000				1. Visar Papraniku 1. Daniella Bouyer Lindén	350 000 350 000		
5550	AMF	Shaho Ghabari	350 000				1. Visar Papraniku 2. Daniella Bouyer Lindén	350 000 350 000		

Beslut: enligt punkt 4:3 i delegationsordning

Datum: 2026-0211


Rickard Olsson, förvaltningschef

Listan skrivs ut, undertecknas och lämnas till ekonomivardningen. Socialförvaltningen ansvarar för att delge nämnden, enligt den delegationsordning som finns.