

Äldre- och
omsorgsnämnden

KALLELSE

Kallelse till sammanträde

Organ Äldre- och omsorgsnämnden

Plats Gustav Adolfsalen, Rådhuset

Tid Torsdagen den 19 mars 2026 kl. 13.00

Nr	Ärende	Dnr	Sida
1	Val av protokolljusterare		
2	Godkännande av föredragningslista		
3	Information från verksamheten		
4	Föredragning av ärenden		
5	Patientssäkerhetsberättelse 2025 <i>Föredragning av medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) Susanne Arvenius</i>	2026/28	2 - 55
6	Kvalitetsberättelse 2025 <i>Föredragning av kvalitetsutvecklare Tina Hultman</i>	2026/30	56 - 111
7	Redovisning av brukarrevisioner - Socialpsykiatri, Gnistan och Freden <i>Föredragning av enhetschef Ida Rubinsson</i>	2026/31	112 - 136
8	Prioriteringsförslag 2027 - 2030 Äldre- och omsorgsnämnden (omedelbart justerad) <i>Föredragning av T.F vård- och omsorgschef Anneli. L. Sundin & verksamhetscontroller Johanna Johansson</i>	2026/19	137 - 151
9	Nämndinitiativ 2026-02-19 - Redogörelse för möjligheten att öppna <i>Föredragning av Ordförande Camilla Runerås (S)</i>	2026/10	152
10	Särskilt beslut om övrig ersättningsberättigad tid <i>Föredragning av nämndsekreterare Edvin Jernstedt</i>	2026/32	153 - 155
11	Byte av sammanträdesdatum i oktober <i>Föredragning av T.F vård- och omsorgschef Anneli. L. Sundin</i>		
12	Anmälningssärenden		
13	Rapporter		
14	Ärenden avgjorda med stöd av delegation		
15	Övriga frågor		

Vård och omsorgkontoret
Anneli. L. Sundin
T.F Vård- och omsorgschef

Äldre- och omsorgsnämnden

MISSIV

Patientsäkerhetsberättelse 2025

SAMMANFATTNING AV ÄRENDET

Patientsäkerhetslagen ger vårdgivaren ett tydligt ansvar att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att arbeta förebyggande för att förhindra att vårdskador uppstår. Enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) ska varje vårdgivare årligen före den 1 mars upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Patientsäkerhetsberättelsen beskriver verksamhetens patientsäkerhetsarbete under föregående kalenderår och ska finnas tillgänglig för den som önskar ta del av den. I berättelsen ska det framgå hur arbetet har bedrivits. Vilka åtgärder som vidtagits för att minimera risker och negativa händelser. Det ska också framgå vilka resultat som uppnåtts.

FÖRSLAG TILL BESLUT

Äldre- och omsorgsnämnden föreslås besluta

att Patientsäkerhetsberättelsen för år 2025 läggs till handlingarna.

Bilagor:

- 1 Patientsäkerhetsberättelse 2025

Vård och omsorg

CHECKLISTA

**Checklista avseende Barnperspektivet, Landsbygdsperspektivet
och de Horisontella principerna**

Förklaring om de olika begreppen finns nedan.

Barnperspektivet

Innebär insatsen att barn och ungdomars hälsa sätts i främsta rummet?	JA ☒	NEJ ☐
Påverkar denna insats barn och ungdomars sociala, ekonomiska och kulturella rättigheter och situation till det bättre?	JA ☒	NEJ ☐
Innebär insatsen att barn och ungdomars rätt till en god hälsa beaktas?	JA ☒	NEJ ☐
Har barn och ungdomar fått möjlighet att uttrycka sin mening om insatsen?	JA ☐	NEJ ☒
Har särskild hänsyn tagits till barn och ungdomar med funktionsvariation - fysiskt och/eller psykiskt?	JA ☒	NEJ ☐
Tar insatsen hänsyn till barnkonventionens text om "till det yttersta av sin förmåga"?	JA ☒	NEJ ☐

Landsbygdsperspektivet

Bedömer ni att beslutet kommer att innebära särskilda konsekvenser för landsbygden – nu eller i framtiden?	JA ☐	NEJ ☒
Vid JA hur bedömer ni att beslutet påverkar:		
Att det blir svårare att bo på landsbygden?	JA ☐	NEJ ☐
Att det blir fler jobb på landsbygden?	JA ☐	NEJ ☐
Att det minskar tillgången till god service på landsbygden?	JA ☐	NEJ ☐

**Horisontella principerna
(tillgänglighet, icke-diskriminering samt jämställdhet)**

Innebär insatsen risk för begränsad tillgänglighet?	JA ☐	NEJ ☒
Har icke-diskrimineringsperspektivet beaktats?	JA ☒	NEJ ☐
Kan beslutet utesluta någon från samhället?	JA ☐	NEJ ☒
Har man beaktat FN:s konvention angående rättigheter för personer med funktionsvariation när beslutet togs?	JA ☒	NEJ ☐
Om NEJ – varför inte?		

Vård och omsorg

Begreppsförklaring

Barnkonventionen/barnperspektivet

Barnkonventionen tar upp barnets situation ur många synvinklar och skall naturligtvis främja helhetssynen på barnen. Enligt FN är alla under 18 år barn.

Barnens bästa i främsta rummet

- Beaktas barnets rättigheter, främst rätten till trygghet och rätten till liv och utveckling i beslutsfattandet?
- Har en sammanvägning av olika intressen gjorts?

FN:s barnkommitté har uttalat principen om att barnets bästa alltid ska beaktas och väga mycket tungt. Det kan dock finnas situationer då andra intressen kan väga tyngre, till exempel samhällsekonomiska eller säkerhetspolitiska. Principen om barnets bästa ska ges absolut prioritet när det gäller adoption och rätt till skydd mot missförhållanden och övergrepp. Till prioriterade rättigheter hör utveckling/utbildning.

Landsbygdsperspektivet

Kan de som bor och verkar på landsbygden bli diskriminerade eller åsidosatta?

Horisontella principer

Diskriminering sker när någon missgynnas eller kränks och missgynnandet eller kränkningen har samband med någon av de sju diskrimineringsgrunderna (kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning, ålder). Detta gäller även barn till personer med något av ovanstående diskrimineringsgrund.

Funktionshinderspolitiken innebär att alla människor, oavsett funktionsförmåga, ska ha samma möjligheter att vara delaktiga i samhället och ta del av mänskliga rättigheter.

Det nationella målet för funktionshinderspolitiken är att, med FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning som utgångspunkt, uppnå jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet för personer med funktionsnedsättning i ett samhälle med mångfald som grund. Målet ska bidra till ökad jämställdhet och till att barnrättsperspektivet ska beaktas.

Patientsäkerhetsberättelse
för Sala Kommun, Vård- och omsorgskontoret
2025



2026-02-24
Susanne Arvenius, Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Diarienummer

Inledning

Mallen för Patientsäkerhetsberättelsen utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella Handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. I de fall lagkrav finns görs hänvisningar under respektive rubrik. Fullständiga lagtextbeskrivningar finns i dokumentet Korsreferenslista för lagkrav kopplat till mallen för Patientsäkerhetsberättelse.

Mallen utgår även från metodiken för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

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

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

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



Källa:

Socialstyrelsen "Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024"

1 INNEHÅLL

1	INNEHÅLL	3
2	SAMMANFATTNING	4
3	GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	5
3.1	Engagerad ledning och tydlig styrning	5
3.1.1	Övergripande mål och strategier	5
3.1.2	Delmål och strategier för 2025 års Patientsäkerhetsarbete	7
3.1.3	Organisation och ansvar	9
3.1.4	Samverkan för att förebygga vårdskador	10
3.1.5	Informationssäkerhet	11
3.2	En god säkerhetskultur	15
3.3	Adekvat kunskap och kompetens	16
3.4	Patienten som medskapare	18
4	AGERA FÖR SÄKER VÅRD	21
4.1	Öka kunskap om inträffade vårdskador	21
4.2	Tillförlitliga och säkra system och processer	24
4.2.1	Rutiner	24
4.2.2	Vårdhygien och smittförebyggande arbete	25
4.2.3	Läkemedelshantering	30
4.2.4	Hjälpmedel	32
4.2.5	Läkarmedverkan	34
4.2.6	Utskrivningsprocessen	35
4.3	Säker vård här och nu	35
4.3.1	Riskhantering	35
4.3.2	Bemannings	37
4.3.3	Leveranser	39
4.4	Stärka analys, lärande och utveckling	40
4.4.1	Avvikelse	40
4.4.2	Kvalitetsregister	40
4.4.3	Klagomål och synpunkter	46
4.5	Öka riskmedvetenhet och beredskap	47
5	MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	50

2 SAMMANFATTNING

Vård och omsorgskontoret har under 2025 haft ett stort fokus på att få en ekonomi i balans. Samtidigt har ett arbete pågått kommunövergripande att arbeta med kontorens grunduppdrag. En ny målstyrningsmodell beslutades vid årsskiftet 2024/2025 och under året har arbete pågått för att skapa förståelse för modellen och arbetet inför 2026 års verksamhetsplanering har utgått från den nya styrmodellen. Under året har tidigare Vård- och omsorgskontoret delats i två delar. Vård- och omsorgskontoret och Social- och arbetsmarknadskontoret. Delningen skedde den 1a september.

Engagerad ledning och tydlig styrning

Genom tydliga mål för stärkt patientsäkerhet och en övergripande verksamhetsplan för hälso- och sjukvården har verksamheten sett en tydlighet i ansvar och en hög måluppfyllelse. En fortsatt god struktur för ledning och styrning av hälso- och sjukvården bidrar till goda resultat. Under året har stort fokus lagts på samverkan mellan legitimerad personal och enhetschefer i syfte att säkerställa en god ledning och styrning av verksamheternas hälso- och sjukvård.

En god säkerhetskultur

Under året har antalet avvikelser minskat, analys av bakomliggande orsaker och åtgärder kopplat till framför allt tidigare läkemedelsavvikelser kan antas ha bidragit till minskningen. Enhetschefer och legitimerad personal arbetar gemensamt med utredningar och under året har ett behov av vidare analys och utbildning i avvikelseutredning identifierats. Noterbart för året är ett ökat antal riskbedömningar, både individuella och på organisatorisk nivå. Riskanalyser är ofta kopplade till verksamhetsförändringar och resursförflyttning eller nerdragningar. Handlingsplaner möjliggör dock ett fortsatt kvalitativt och patientsäkert arbete. Under året har det kontorsövergripande kvalitetsrådet arbetat med att revidera rutiner för dokumenthantering och under 2026 kommer arbetet fortgå med revidering av samtliga rutiner i enlighet med den nya riktlinjen för dokumenthantering. Under hösten genomfördes den andra patientsäkerhetsdialogen i verksamheterna den här gången med tema, Analys och data.

Adekvat kunskap och kompetens

Under 2025 har stort fokus legat på större kompetensstärkande insatser i hela organisationen. Dels yrkesresan för funktionsnedsättningsområdet, dels yrkessvenska och planering för och uppstart av språkbudsutbildning. Stort fokus inom hälso- och sjukvården har under året handlat om rekrytering och bemanning och vid årets slut kan verksamheten nöjda konstatera att behovet av bemanningspersonal i stort sett upphört. Genom differentiering av arbetsuppgifter inom sjuksköterskegruppen har HSL undersköterskor kunnat tillsvidareanställs samt inom rehabgruppen mellan fysio- och arbetsterapeuter och rehabassistenter har en stabilare organisation kunnat växa. Under året har samtliga medarbetare utbildats i aktivt medarbetarskap och alla chefer har gått utbildning i utvecklande ledarskap. En god arbetsmiljö, stabil arbetsgrupp och rätt kompetens på rätt plats bidrar i hög grad till en patientsäker vård.

Patienten som medskapare

Likt föregående år konstateras att patienten tar stor plats i den individuella planeringen. Flera projekt att sätta patienten i centrum har genomförts och planeras breddas i alla verksamheter. Patientens önskemål och delaktighet är en viktig ledstjärna i planeringen av dennes vård- och omsorg.

Under året har en revidering av rutin för Teamträffar genomförts med syfte att lyfta det personcentrerade arbetssättet i verksamheten.

De fyra rubrikerna utgör enligt *Agera för säkervård* grundläggande förutsättningar för *God och säker vård överallt och alltid – Ingen patient ska behöva drabbas av en vårdskada*.

3 GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

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.



3.1.1 Övergripande mål och strategier

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

Sala kommuns värdegrund är Enkelt, Effektivt och Medborgarvänligt.

Enkelt: Vårt arbete kännetecknas av bra samarbeten, öppenhet och välfungerande kommunikation.

Effektivt: Vi arbetar hela tiden för att utvecklas och bli bättre. Vi omvärlds bevakar för att lära av andra. Varje del av Sala kommuns verksamhet jobbar löpande med att utvärdera våra resultat.

Medborgarvänligt: God service - vi är pålitliga, öppna, tydliga och tillgängliga. Vi är nyfikna, positiva och förutseende i samverkan. Vi har hög kompetens, ger rätt svar och tar vårt uppdrag på allvar.

Sala kommuns övergripande mål för 2025 beslutade av Kommunfullmäktige var:

- Ett växande Sala
- Ett hållbart Sala
- Ett tryggt och rättvist Sala

Vård- och omsorgskontoret bryter därefter ner de kommunövergripande målen i de för nämnden viktigaste områdena. Varje verksamhetsområde arbetar därefter med målen och definierar sina egna mål.

Övergripande Mål	Definition	VOO
Ett växande Sala	Sala ska erbjuda attraktiva boenden och verka för fler arbetstillfällen, stärkt näringsliv och bra utbildning	Hög kvalitet på välfärdstjänster
Ett hållbart Sala	Fokus på människors hälsa och välmående genom hela livet	Bryta utanförskap och minska segregation
Ett tryggt och rättvist Sala	Fokus på att skapa insyn och inflytande för våra medborgare, föreningar och näringsliv för att stärka trygghet och demokrati	Ge möjlighet till delaktighet och inflytande via medborgardialoger och medborgarförslag

Hälso- och sjukvårdens mål 2025

Hälso- och sjukvården är organiserad under verksamhetsområde SÄBO och HSL. 2025 skapades för första gången en egen verksamhetsplan för hälso- och sjukvården som då kom att ligga tvärs över alla

verksamhetsområden där den kommunala hälso- och sjukvården verkar. Detta medför en ökad möjlighet till samverkan och måluppfyllelse inom samtliga verksamhetsområden, SÄBO, hemtjänst och funktionsnedsättningsområdet.

Respektive enhet inom hälso- och sjukvården (sjuksköterskor SÄBO, Hemsjukvård, LSS och Socialpsykiatri och Rehabenheten) arbetar med de övergripande målen för sina respektive enheter i enlighet med beslut från hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp avseende prioriterade områden, kontorsövergripande utvecklingsområden och enhetsspecifika utmaningar.

Nedan följer en sammanställning över hälso- och sjukvårdens mål och utvecklingsområden för 2025 oavsett verksamhetsområde.

Mål	Aktiviteter	Måluppfyllelse
Hållbart Sala	Hållbart arbetsliv	Hållbarhetsombud finns i alla HSL enheter Alla chefer inom vård och omsorg har gått UL och alla arbetsgrupper har genomgått utbildning i aktivt medarbetarskap
	Digitala lösningar	Jourdataren har utrustats med trådlöst internet som möjliggör uppkoppling även hemma hos patienter. Arbetssättet testas även inom LSS och Socialpsykiatri. Läkemedelsautomater – uppdrag se över möjligheter till breddinförande finns för 2026 Verksamheten har avvaktat införandet av CMM – bildöverföring pga. andra prioriterade dokumentationsinsatser.
	Hygien och smittförebyggande arbete	Verksamheterna har under året mätt följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler och noterat en ökning från hösten 2024 då följsamheten var 48% till hösten 2025 då motsvarande siffra är 60%. Alltså har målet med en ökning om 10% från föregående år nåtts, dock ser verksamheten att ett fortsatt arbete behöver vidtas för att nå upp i rekommenderad 90% följsamhet. Glädjande kan verksamheten se att följsamhet till handdesinfektion före patientkontakt har ökat signifikant vilket tyder på ett aktivt arbete ute på enheterna. Uppföljning VRI har diskuterats tillsammans med vårdcentralerna och länsövergripande – ett fortsatt arbete planeras under 2026. Hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp har träffat Folkhälsomyndigheten och undersökt möjligheten att certifiera kommunen som Antibiotikasmart, beslut fattas under 2026.
	Nära vård	Primärvårdsplanen är framtagen och fastställd, dokumentet är planerat för årlig revidering. Genomgång av länsgemensamma mål har genomförts och aktiviteter planerats och genomförts utifrån lokala förutsättningar. I samverkan med projektet ”ny Socialtjänstlag” har 2 workshops med syfte att inspirera och inhämta lokala idéer genomförts. Riskanalys för ”avancerad vård i hemmet” har genomförts. Arbete planeras för fortsättning under 2026.
Tryggt och rättvist Sala	Leva och få en god och värdig död	SÄBO och HSL har palliativa ombud men övriga verksamhetsområden har det inte. Rutin för Palliativ vård är under revidering. Palliativa registret fylls i tillsammans i teamet på SÄBO.

		Uppföljning av kvalitetsindikatorer har inte påbörjats i teamsamverkan med läkare och omvårdnadspersonal men följs upp av SSK gruppen på SÄBO.
	Förbättrad samverkan inom och mellan partners	Införandet av SBAR har inte följts upp under året. Upplevelsen är att rapporteringsverktyget används sporadiskt av omvårdnadspersonal men regelbundet av sjuksköterskor som rapporterar till varandra och till omvårdnadspersonalen. Samt vid behov i överrapportering till läkare på vårdcentralen och vid akuta händelser.
	Ta fram HSL riktlinjer	Riktlinjer för kommunal hälso- och sjukvård beräknas klara första kvartalet 2026
	Utskrivningsprocessen	Ny rutin klar i november 2025 och ska utvärderas våren 2026. Samtidigt påbörjas analyser av utskrivningsprocessen med utgångspunkt i utskrivningsklara patienter och återinläggningar. Trygg hemgång är implementerat och används i verksamheterna med god framgång.
Växande Sala	Kompetensutveckling	I samverkan med vårdcentralerna i kommunen genomfördes under våren två utbildningsinsatser för sjuksköterskor. Diskussioner om samfinansierade tjänster har inte gett någon faktisk utveckling än. Under året har diskussioner och workshops med specialistutbildade sjuksköterskor och representanter från rehabteamet genomförts i syfte att undersöka behov av specialisttjänster inom kommunal hälso- och sjukvård. Vidare har tjänsten som demenssamordnare utvecklats till att omfatta även fler verksamhetsområden.
	Preventionsarbete	Rutiner för preventivt arbete beräknas färdiga första kvartalet 2026, förseningen beror på diskussioner om målgrupper och arbetsformer för det preventiva arbetet samt diskussioner om förebyggande socialtjänst.

3.1.2 Delmål och strategier för 2025 års Patientsäkerhetsarbete

Utifrån föregående årsresultat presenterade i Patientsäkerhetsberättelsen för 2024 beslutades om målen för patientsäkerhetsarbetet inför 2025. Nedan följer tabell med de prioriterade områden och den måluppfyllelse som noterats för 2025.

Mål för stärkt patientsäkerhet från föregående års Patientsäkerhetsberättelse

Fokus-område	Aktiviteter	Måluppfyllelse
Öka kunskap om vårdskador	- Analysera resultat av insamlade data - Analysera avvikelser	Under hösten 2025 genomfördes patientsäkerhetsdialoger med enhetschefer och legitimerad personal. Syftet med dialogerna var analys. En presentation av vilken data som finns att tillgå samt stöd i analys och viktiga aspekter vid analys av data diskuterades i dialog. Arbete med analys av avvikelser genomförs inte systematiskt på enhets, eller aggregerad

		nivå. Analyser av avvikelser görs årligen i samband med delårsrapport och patientsäkerhetsberättelse, dock saknas struktur för att aggregera analyser från enhetsnivå upp till kontorsövergripande nivå.
Tillförlitliga och säkra system och processer	- Genomgång av befintliga rutiner inom området. - Rutiner för medicinskteknisk utrustning revideras - Upprätthålla god hygienisk standard - Driftstopprutiner	Arbete med revidering av rutiner i ledningssystemet har påbörjats under året. Ett nytt arbetssätt avseende revidering publicerades i slutet av 2025 och arbetet planeras fortgå under 2026. Rutin för medicinskteknisk utrustning har prioriterats bort under 2025. Samtliga verksamheter har arbetat med vårdhygienisk egenkontroll och vidtagit åtgärder kopplat till hygien. Verksamheterna har genomfört två observationsstudier avseende följsamhet till basala hygienrutiner. Översyn av driftstopprutiner sker i samband med kontorets arbete med civilt försvar och krisberedskap
Säker vård här och nu	- Undersöka HSE – Hållbart säkerhetsengagemang - Hållbart säkerhetsengagemang - Primärvårdskvalitet - Bemanning – HSL USK	Inget beslut om eller mätning av HSE har genomförts under 2025. VOO har deltagit i ett länsövergripande nationellt projekt om Primärvårdskvalitet under hela 2025. Vid rapporteringstillfälle inväntas beslut om fortsatt arbete. VOO ställer sig bakom ett fortsatt arbete. HSL USK blev permanenta tjänster
Stärka analys, lärande och utveckling	- Kvalitetsråd - Analysera insamlade data från kvalitetsregister - Utbildning	Patientsäkerhetsdialoger med syfte att utbilda i data från kvalitetsregister och andra datakällor samt analys av data har genomförts. Ett fortsatt arbete planeras i verksamheten under 2026 under ledning av kommunens kvalitets strateg. Varje verksamhetsområde har kvalitetsmöten månatligen.
Öka riskmedvetenhet och beredskap	- Krisberedskap och Civilt försvar - Driftstopprutiner - Omställningen till Nära Vård	Samtliga chefer har fått utbildning i kontinuitetsplanering under våren 2025 och under hösten 2025 har arbetet med kontinuitetsplanerna tagit fart. Under ledning av VOO arbetsgrupp för Civilt försvar och krisberedskap. I samverkan med att ny socialtjänstlag trädde i kraft under sommaren 2025

		planerades för och genomfördes en gemensam workshop i syfte att få medarbetare inom vård- och omsorg att tänka i nya banor – hur kan verksamheten bäst rusta verksamheterna inför den välfärdsomställning samhället står inför.
--	--	---

Specifika prioriterade områden inför 2025

Vård- och omsorg har genom patientsäkerhetsdialoger arbetat för att öka kompetensen avseende patientsäkerhetsfrågor i organisationen. Under hösten 2025 genomfördes 6 patientsäkerhetsdialoger under ledning av MAS med temat analys. Verksamheterna fick tillsammans presenterat statistik och siffror från verksamhetssystem, journaler och kvalitetsregister. Siffrorna användes till underlag för att resonera kring ursprung och vikten av att förstå siffror för att kunna analysera och veta hur statistiken kan bidra till en ökad patientsäkerhet. Arbetet är pågående och planen är att under 2026 fortsätta arbetet med utdata och analys.

I samverkan med projektledare för ”Ny Socialtjänstlag” har vård- och omsorg genomfört två workshops med syfte att ge medarbetare i organisationen en sammantagen bild av den välfärdsomställning vi står mitt i. Utmaningarna i samband med omställningen Nära vård och utvecklingen kopplat till Nya SoL har många beröringspunkter och syftet med workshopen var att få idéer, hur kan verksamheten arbeta smartare, mer nära patienten och mer förebyggande?

Vård- och omsorgskontoret har under året deltagit aktivt i länsövergripande utveckling för att nå omställningen. Lokalt i Sala har vårdcentralerna och vård- och omsorg tagit fram en lokal primärvårdsplan, i enlighet med målen för omställningen till nära vård.

Samverkan internt inom kontoret mellan olika enheter tex. rehabteamet och biståndsenheten planeras för utökning under 2025 i syfte att identifiera patienters unika behov av insatser i ordinärt boende. Utifrån det pilotprojekt som genomfördes hösten 2024 planeras ett nytt arbetssätt att breddinföras. Det nya arbetssättet innebär bland annat att biståndshandläggare och arbetsterapeut genomför gemensamma hembesök när medborgare söker biståndsinsatser för första gången.

Identifierade mål för kommande år presenteras enligt de fem fokusområdena för patientsäker vård och omsorg. I grova drag handlar utmaningar och strategier inför kommande år om att fortsätta arbeta enligt fastställda handlingsplaner, att följa upp och analysera insamlade data, utbildningar och resultat.

3.1.3 Organisation och ansvar

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

Sala kommun är huvudman och Äldre- och omsorgsnämnden (ÄON) är vårdgivare och har det övergripande ansvaret för att den hälso- och sjukvård som ges inom ansvarsområdet uppfyller hälso- och sjukvårdslagens krav på god vård. Ansvaret omfattar hälso- och sjukvård inom särskilda boenden för äldre, hemsjukvård för personer över 18 år i ordinärt boende inom primärvårdens uppdrag enligt tröskelprincipen, korttidsvistelse enligt Socialtjänstlagen, dagverksamhet, bostäder inom socialpsykiatri, bostäder med särskild service enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, daglig verksamhet (LSS).

Verksamhetschef HSL har det övergripande ansvaret för att hälso- och sjukvård bedrivs utifrån lagar och föreskrifter, riktlinjer och för verksamheten fastställda rutiner. I ansvaret ingår att se till att resursanvändning och bemanning är optimal för att uppnå god och säker vård samt att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att rapportera legitimerad Hälso- och sjukvårdspersonal som utgör en patientsäkerhetsrisk till Inspektionen för vård och omsorg, IVO. Verksamhetschefen ska på delegation från Äldre- och omsorgsnämnden skicka in anmälan enligt Lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg om händelsen har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) finns i organisationen i enlighet med 11kap. § 4 Hälso- och sjukvårdslagen. MAS i Sala kommun har även det övergripande ansvaret för rehabiliteringsmedicinska frågor. MAS ansvarar tillsammans med verksamhetschef HSL för att upprätthålla och utveckla hälso- och sjukvårdens kvalitet och säkerhet inom ramen för ledningssystemet.

MAS ansvar tydliggörs i 4 kap. 6 § första stycket Hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80)

Enhetschef ansvarar för patientsäkerhet, kvalitet och god vård inom sin enhet. Enhetschefen ska också säkerställa att medarbetare på enheten arbetar i enlighet med de rutiner som finns i ledningssystemet.

Alla medarbetare ska aktivt medverka i och bidra till utveckling av det systematiska kvalitetsarbetet. Det är en del i det dagliga arbetet genom att de riktlinjer och rutiner som styr hälso- och sjukvården följs och genom att avvikelser uppmärksammas och rapporteras.

Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att hälso- och sjukvården utförs enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Alla medarbetare som utför hälso- och sjukvård är skyldiga att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Arbetsuppgifter som utförs på delegering av legitimerad personal är att betrakta som hälso- och sjukvård och medför därför särskilt ansvar enligt Patientsäkerhetslagen.

3.1.4 Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Extern samverkan

Representanter från Sala kommuns verksamheter deltar i flera länsövergripande strategiska samverkans forum, tex:

- Chefsforum – gemensamt beslutande organ för länets kommuner och Region, vård- och omsorgschef och motsvarande från Regionens verksamheter.
- Länsövergripande samverkansgrupp för Hälso- och sjukvårdsfrågor – förberedande forum för Chefsforum.
- Samverkansråd avseende olika ämnesområden,
 - Rådet för samverkan vid utskrivning – hanterar frågor som rör utskrivningsprocessen
 - Förvaltningsråd Cosmic – hanterar utvecklingsfrågor rörande sammanhållen journal.
 - Vårdhygien – hanterar frågor rörande vårdhygien, smittförebyggande arbete och vaccinationer.
 - Demenssamverkansrådet – representation från respektive kommun i länet
 - Palliativa rådet – representation från respektive kommun i länet
 - Strategiskt kundråd – hanterar länsövergripande frågor rörande hjälpmedel och hjälpmedelsförskrivning.

- MAS och MAR nätverket – nätverk för länets alla MAS och MAR – nätverket representerar kommunperspektivet i utvecklingsfrågor rörande tex, vårdförlopp, läkemedel och specifika diagnoser.
- Branschråd med samverkan kring sjuksköterskeprogrammet och fysioterapeutprogrammet – hanterar frågor i samråd med Mälardalens universitet (MDU) bland annat angående verksamhetsförlagd utbildning.

Lokala samverkansforum inom det geografiska området Sala kommun.

- Samverkan geografiska Salas vårdgivare – omstart av tidigare forum för samverkan i syfte att motverka ”gnissel och skav”
- Samverkan med Närvården Sala Väsby och Achima Vårdcentral – i frågor avseende utskrivningsprocessen, vaccinationer, läkarmedverkan mm.
- Samverkan med Närvårdsteamet – i syfte att hitta samverkansformer, samarbetsvinster och tydliggöra ansvarsfördelning mellan region och kommun. Samverkan sker i styrgrupp där ledningsfunktioner från både region och kommun representeras samt i det praktiska arbetet mellan sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter i båda organisationerna.
- VUS grupp – samverkansgrupp för Vuxnas psykiska hälsa – Verksamhetschef IFO och FO representerar Vård- och omsorg, deltar gör också representanter från Vuxenpsykiatri, Närvården Sala Väsby, Achima Care Vårdcentral och brukarorganisationen RSMH Sala (Riksförbundet för Social och Mental hälsa) och Norra Västmanlands samordningsförbund.

Intern samverkan

I alla verksamheter inom VOO område pågår samverkan inom och mellan professioner regelbundet i det dagliga arbetet tex.

- Teamträffar – tvärprofessionellt möte med patientperspektiv.
- Kvalitetsträffar – leds av enhetschef, omvårdnadspersonal och legitimerad personal går tillsammans igenom rutiner, avvikelser och identifierade utvecklingsbehov.
- Professionsträffar – Professionsutveckling och erfarenhetsutbyte för fysio- och arbetsterapeuter separat.
- Palliativa ombudsträffar – under ledning av specialistsjuksköterska
- Hjälpmedelsombudsträffar – under ledning av hjälpmedelsansvarig och rehabassistent
- Hygienombudsträffar – under ledning av MAS
- Samverkansmöten på korttidsenheten där biståndshandläggare, boendesamordnare, legitimerad personal och omvårdnadspersonal ingår.
- Samverkansgrupp för Utskrivningsprocessen – under ledning av MAS
- Gemensamma tvärprofessionella utbildningsinsatser
- Samverkansmöten FO, HSL, rehab, biståndshandläggare och IFO vuxenhandläggare.
- Utvecklingsgrupper inom hälso- och sjukvården i syfte att arbeta fram nya rutiner, revidera gamla rutiner och implementera nya vårdförlopp i verksamheterna.
- Digitaliseringsrådet – Gemensamt forum för hela Sala kommun där VOO deltar med en representant. Syftet med rådet är att förbättra medborgarfokus och koordinera digitaliseringsinsatser samt utveckla en digitaliseringsstrategi övergripande i kommunen.

3.1.5 Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Informationssäkerhet

Sala kommun som vårdgivare ska upprätthålla principerna kring tillgänglighet, riktighet, konfidentialitet och spårbarhet i enlighet med 4kap. 4§ HSL-FS 2016:40, för att möjliggöra det samverkar vård- och omsorgskontoret med IT och digitaliseringsenheten. Under 2025 har Vård- och omsorgskontoret arbetat med att införa PM3 modellen för systemförvaltning under ledning av IT- och digitaliseringsenheten i syfte att säkerställa lagkrav på verksamheternas informationshantering och skapa en bättre struktur för utveckling av digitala system.

Loggning

Rutiner för loggning av system som hanterar känsliga personuppgifter är kända och genomförs i enlighet med rutin.

System	Vem	Frekvens	Resultat
Cosmic – journalsystem	Delegerat från verksamhetschef HSL till Systemförvaltare	Månatligen	Utfört enl. rutin, 5 identifierade avvikelser. Samtliga kopplade till närstående relationer men samtliga med relevans för arbete. Således inga åtgärder.
Pulsen Combine – Verksamhetssystem	Systemförvaltare	Årligen	Utfört enl. rutin, inga avvikelser
MCSS Appva Digital signering	Systemförvaltare	Månatligen	Utfört enl. rutin, inga avvikelser
HSA internrevision	HSA ansvarig	Årligen	Utfört enl. rutin, inga avvikelser
Intraphone Planerings- och dokumentationssystem	Systemförvaltare	Årligen	Loggning har skickats till enhetschefer enligt rutin men resultatet är inte klart vid färdigställande av detta dokument
NPÖ – Nationella patientöversikten	Systemförvaltare	Månatligen	Utfört enl. rutin, inga avvikelser

Patientjournal

Revidering av patientjournalen har påbörjats under 2025, men utveckling av journalen och utdatarapporter har prioriterats. Genom utveckling av generella vårdplaner och revidering av arbetssätt i journalen har en ökad förståelse i verksamheterna lett till en bättre journalföring och en öka möjlighet till datauttag och uppföljning. Dokumentationsombuden i verksamheterna har till uppgift att tillsammans med MAS identifiera utvecklingsbehov och vägleda kollegor i utveckling och implementering.

Under året har dokumentationsombuden jobbat med:

- KVÅ kodning
- Tillsammans med länets övriga kommuner revidering av befintliga vårdplaner.
- Rehabgruppen har ändrat arbetssätt med anslutna patienter för att möjliggöra uppföljning.

Sala har genom MAS och dokumentationsombuden deltagit i det länsövergripande arbetet med att ta fram nya generella vårdplaner för Läkemedelshantering, sårvård, BPSD problematik samt skydds- och begränsningsåtgärder.

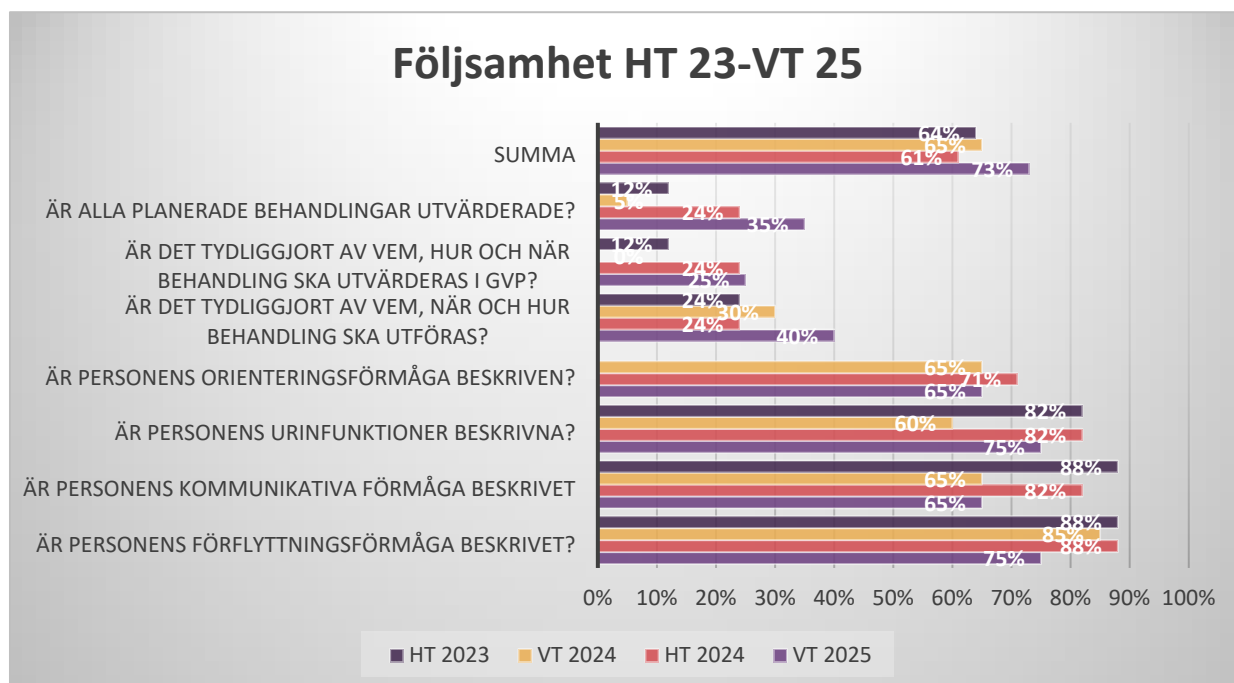
Länets MAS/MAR nätverk har under året deltagit i ett nationellt projekt för att undersöka om Primärvårdskvalitet (kvalitetsregister) går att använda inom kommunal hälso- och sjukvård. Projektet har vid årsskiftet slutförts och beslut väntas från socialchefsnätverket om arbetet ska fortsätta.

Primärvårdskvalitet har möjliggjort utdatarapporter baserade på realtidsinformation, alltså den information som dokumenteras primärt i samband med journalföring. Det möjliggöra att verksamheterna kan identifiera potentiella vårdskador innan de inträffar tillskillnad från avvikelshanteringen där något behöver inträffa för att verksamheten ska observera en vårdskada och alltså har svårare att förebygga dem.

Journalgranskning – kvalitetssäkra innehåll.

Vårens journalgranskning visar på en ökning i följsamhet till rutin från 61% till 73%

Framför allt ses en ökning i följsamhet inom de fokusområden verksamheten haft under våren, att tydliggöra i generella vårdplaner vem som ska utföra åtgärder, hur och när de ska utföras samt hur uppföljning ska gå till men tyvärr ses då ett tapp på föregåendeårs fokus om uppdaterad status.



På grund av prioriteringar har ingen journalgranskning gjorts av MAS hösten 2025. Kollegiala granskningar har genomförts.

Enhet	Kvalitetsutveckling journal och kollegial granskning
SSK SÄBO, Natt och Jour	Under 2025 har gruppen arbetat med olika delmål; - Öka förekomst av åtgärdskodning vid dokumentation. Genom utformning av nya lathundar, rutiner, kontinuerlig diskussion och utmaningar har antalet åtgärds-koder ökat från ca 31000 till ca 47000. - Stärka dokumentation kring sår och sårvård. Respektive SÄBO har genomfört en workshop med gemensam agenda för att stärka dokumentation kring sår och sårvård. Enhetens unika utmaningar har beaktats och diskuterats i samband med workshop.
HSV, LSS och socialpsykiatri	2 kollegiala granskningar under året, vår och höst.

	Resultatet visar att verksamheten har sänkt sig lite gällande inhämtade samtycken. Verksamheten tror att inhämtande av samtycke kommer bli lättare i och med den nya modulen i Cosmic som lanseras under hösten 2025. Verksamheten har jobbat med tidigare resultat och konstaterar att vårdkontakten ska vara tydlig, då det är viktigt i HSV och har alltså förbättrat följsamhet till rutin avseende fast vårdkontakt. Vidare har verksamheten pratat om att patientens status behöver vara väl beskrivet, att det som enligt rutin ska dokumenteras ibland saknas. Arbetsgruppen ser det som ett utvecklingsprojekt. Ett fortsatt arbete kring generella vårdplaner och åtgärds-koder har inletts och behöver fortsätta prioriteras i verksamheten. MAS har under hösten identifierat ett behov av att arbeta vidare med fokus på hemsjukvård och LSS och socialpsykiatri.
Rehab	EC och dokumentationsombud genomfört granskning av dokumentationen i maj och december. Total följsamhet till rutin hade i maj ökat markant jämfört med föregående år (från 66% till 82%), med en särskilt stor ökning inom ordinärt boende (från 60% till 88% följsamhet). Särskilt syns en förbättring gällande signerade anteckningar, att status och GVP stämmer överens samt att ordinationer i GVP är tydligt dokumenterat vad som ska göras, hur, av vem samt planerad uppföljning. Ett tydligt utvecklingsområde är behovet av att arbeta med att förenkla processer och förtydliga arbetssätt gällande vad som ska dokumenteras i status och vad som ska dokumenteras som utförd alt. utredande åtgärd i GVP. I december granskades endast journaler tillhörande patienter på anslutningsöversikten ”rehab hembesök”. Total följsamhet till rutin låg på 77.7%. Värt att notera är att rutin och granskningsmall ej är anpassad för dessa patienter där verksamheten endast svarar för rehabinsatser. Det blir tydligt att en separat granskningsmall behövs för att specifikt granska rehabdokumentation. Under hösten har dokumentationsombud och EC arbetat aktivt i samverkan med MAS för att tydliggöra hur GVP:er ska skrivas och förbättra dokumentationen för rehabinsatser så att det i journalen blir tydligt vilka bedömningar som gjorts, vad som planeras och vad som utförts, även när det inte leder till uppstart av GVP. I slutet av året driftsattes det nya sättet att dokumentera, som även innebär manuell åtgärds-kodning, i liten skala, med planen att breddinföra arbetssättet under våren 2026.

Noterbart är att granskningsmallen för journalgranskning behöver revideras och anpassas utifrån rehabs förutsättningar samt utifrån den struktur som journalen idag bygger på. Förvaltningsrådet i samverkan med DUVA förvaltningen och MAS/MAR nätverket har påbörjat ett arbete med att ta fram en digitaliserad version, utdatarapport för journalgranskning, ett arbete som beräknas fortgå under 2026.

Risikanalyser

För information om vilka riskanalyser som genomförts avseende informationssäkerhet se avsnitt 4.3.1.

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.



Kvalitetsråd

Under 2025 har kvalitetsrådet arbetat med revidering av ledningssystemet och systemet för dokumenthantering. En ny rutin för dokumenthantering har tagits fram och under hösten påbörjade verksamheterna revidering av samtliga dokument, arbetet kommer fortgå under våren 2026.

Kvalitetsrådet har också arbetat fram en modell för verksamhetsutveckling med nyttohemtagning och uppföljning. Förslaget presenterades för ledningsgruppen vid årsskiftet och beslut väntas under första kvartalet 2026.

En webbsida på intranätet har publicerats under året där medarbetare inom vård- och omsorg och social- och arbetsmarknadskontoret kan hämta information om pågående kvalitetsutveckling.

Handlingsplan för stärkt patientsäkerhet

Socialstyrelsen har under våren 2025 uppdaterat den nationella handlingsplanen för stärkt patientsäkerhet. Agera för säker vård 2025–2030. VOO har ännu inte tagit sig an den nya handlingsplanen.

Utifrån den lokala handlingsplanen för stärkt patientsäkerhet konstaterar verksamheten att mycket är genomfört eller i alla fall på gång. En uppföljning och revidering av den lokala handlingsplanen planerades under hösten 2025 men har skjutits på till 2026.

Vid genomgång kan verksamheten konstatera att mer än ½ av aktiviteterna är påbörjade eller klara, patienten som medskapare är svårt att få till i verksamheten men onekligen något verksamheten behöver arbeta mer strukturerat på att få med i våra styrande dokument och rutiner.

Utvecklings- område	Aktiviteter
Fokusområde 2 Tillförlitliga och säkra system och processer	- Kartläggning av befintliga rutiner och beslut om vilka som ska göras övergripande - KLART - Struktur och namngivning av dokument i ledningssystemet behöver ses över - KLART - Intern samverkan avseende utskrivningsprocessen – KLART - Lokal och regelbunden samverkan med vårdcentralerna – KLART - System och rutiner för säker informationshantering – KLART - Utbildning i funktionsbevarande förhållningssätt – KLART - Teamträffar – struktur och genomförande – KLART - Genomlysning av kvalitetsregisteranvändning och analys – KLART - Analys och uppföljning av insamlade data – PÅ GÅNG - Lyftkörkort – KLART - MDR – revidera rutin för medicinteknisk utrustning – INTE PÅBÖRJAT - Patientsäkerhetsperspektivet ska lyftas i alla upphandlingar – INTE PÅBÖRJAT

Fokusområde 3 Säker vård här och nu	- Dialog forum för patientsäkerhet med enhetschefer - KLART - Kvalitetsmöten – strukturer och övergripande agenda – PÅ GÅNG - Informationsöverföring – kvalitetssäkring och uppföljning av infört arbetssätt– KLART - Utbildningsinsatser för omvårdnadspersonal kring HSL och SOL – PÅ GÅNG - Systematiskt arbete med egenkontroller, uppföljning och handlingsplaner kopplat till resultat – PÅ GÅNG
Fokusområde 4 Stärka analys, lärande och utveckling	- Kvalitetsmöten med återkoppling av avvikelser på aggregerad nivå. - KLART - Chefsdialoger tvärprofessionellt, möjliggöra goda exempel och utvecklingsområden utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv - KLART - Patientsäkerhetsdialoger - KLART - Vidareutveckling av kompetenscentrum - KLART - Omställningen till Nära vård – definiera vad det betyder för Vård och Omsorg i Sala kommun. – PÅ GÅNG
Fokusområde 5 Öka riskmedvetenhet och beredskap	- Omställningen till Nära vård – definiera vad det betyder för Vård och Omsorg i Sala kommun. – PÅ GÅNG - Utbildningsinsatser för medarbetare inom Vård och Omsorg i omställningen till Nära vård. – EJ PÅBÖRJAT - HLR och brandutbildning - KLART - Uppdaterade handlingsplaner i händelse av kris – PÅ GÅNG - Uppdatering av RSA och kontinuitetsplanering för alla verksamheter. – PÅ GÅNG
Grundläggande förutsättningar Patient-medverkan	- Formulera mål för patientmedverkan i utvecklingsarbete – EJ PÅBÖRJAT - Forma referensgrupper för patientmedverkan vid förändringsarbete. – EJ PÅBÖRJAT - Brukarråd – PÅ GÅNG - Patientmedverkan i avvikelsearbetet. – EJ PÅBÖRJAT - Patientenens delaktighet skrivs in i rutiner. – PÅ GÅNG - Brandövning tillsammans med brukare. – EJ PÅBÖRJAT - Patientmedverkan i RSA – EJ PÅBÖRJAT

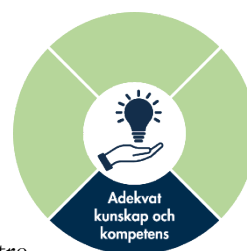
Många av punkterna i handlingsplanen är av sådan karaktär att hälso- och sjukvården inte själva äger resultatet. Det är en kontorsövergripande aktivitet där flera aktörer behöver samverka. Patientsäkerhetsperspektivet genomsyrar hela kvalitetsarbetet på kontoret och en god patientsäkerhet är beroende av arbetet i kvalitetsrådet.

Arbetet i kvalitetsrådet behöver således kopplas samman med arbetet kring handlingsplan för stärkt patientsäkerhet, vilket planeras för under 2026.

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.

Utbildning och kompetensutvecklingsinsatserna för 2025 har till stor del handlat om tre områden, Yrkesresan för funktionsnedsättningsområdets utförare, språkutvecklande arbetsplatser och civilt försvar och krisberedskap.



Yrkesresan funktionshinder för utförare

Under året har medarbetarna på FO genomfört två kurser i Yrkesresans BAS-steg.

- Grundläggande värden och regelverk
- Funktionsnedsättningar och vanliga konsekvenser

För att skapa bästa möjliga förutsättningar för genomförandet av Yrkesresans utbildningar gör kompetenssamordnaren tillsammans med två ansvariga enhetschefer en årsplanering där man fastställer datum för nya kurser samt så kallade uppsamlingsheat för medarbetare som missat tidigare kurser.

Yrkesresan är en långsiktig och ständigt pågående satsning som innebär att medarbetare befinner sig på olika steg i processen. 140 medarbetare är aktiva i Yrkesresan på FO.

Språkutvecklande arbetsplatser

Under 2025 påbörjades processen att jobba med språkutvecklande arbetsplatser.

Genom språkutvecklande arbetssätt stärks medarbetares språkliga kompetens med syfte att förbättra kommunikation, öka tryggheten samt höja kvalitén på vården.

Språkutvecklande arbetssätt och språkutvecklande arbetsplatser handlar om att stärka språket och kommunikationen på arbetsplatsen samtidigt som det vanliga arbetet pågår. Att lyfta frågor om språket och kommunikationen på arbetsplatsen, erbjuda språkstöd och olika verktyg och visa att alla medarbetare tjänar på att svenska språket förbättras.

Under mars-maj utbildades Kompetenssamordnaren till diplomerad språkombudsutbildare via Vård och omsorgscollege.

I oktober påbörjades den första språkombudsutbildningen för 13 medarbetare inom VoO.

Kompetenssamordnaren har utbildat 4 undersköterskor från HTJ, 6 undersköterskor och 1 samordnare från Säbo samt 1 stödassistent och 1 stödpedagog från FO till språkombud.

Efter beslut i ledningsgrupp kommer två utbildningsomgångar genomföras årligen med 20 medarbetare per utbildning. Målsättningen på lång sikt är att alla enheter har språkombud och arbetar utifrån ett språkutvecklande arbetssätt.

I samband med att ovan nämnda medarbetare skulle påbörja språkombudsutbildningen gick ansvariga enhetschefer Vård- och omsorgscolleges chefsutbildning **5 nycklar**. Utbildningen är en heldagsutbildning med fokus på språkutvecklande arbetssätt med tyngdpunkt på chefens viktiga roll i processen.

Civilt försvar och krisberedskap VOO och SAK

Under våren 2025 höll beredskapssamordnare och kompetenssamordnare en workshop i kontinuitetshantering för chefer som förberedelse inför höstens aktiviteter med kontinuitetsutbildning för cheferna och deras medarbetare i två steg.

- Kontinuitetsutbildning för chefer och deras medarbetare i två steg. Genom moduler i kompetenscentrum:
 - Kontinuitetshantering – utbildning i två delar – 671 visningar
 - E-tjänst kontinuitetshantering, 62 visningar

Övriga fysiska utbildningar som genomförts under året:

- AKK Alternativ och kompletterande kommunikation via Socialstyrelsen: Nya medarbetare på FO, LSS sjuksköterskor samt LSS handläggare på Biståndsenheten
- Social dokumentation, utbildning/fortbildning: för all personal på SÄBO Bryggeriet.

- Fördjupningsutbildning Läkemedelshantering i regi av sjuksköterskor i organisationen, 278 medarbetare med delegering.
- Digitala utbildningar under ledning av vårdcentralerna om diabetes och hjärtsvikt för sjuksköterskor och omvårdnadspersonal.

Moduler som publicerats under 2025

- Funktions och aktivitetsbevarande arbetssätt, en utbildningsmodul framtagen i samarbete med rehabenheten, 421 visningar
- Appva för icke delegerad personal – producerad ej släppt till medarbete
- Att hantera kognitiv svikt, en utbildning från Region Västmanland, 33 visningar
- Trycksårsprevention, 81 visningar

Övrigt

- BASBLOCK 1 för timvikarier reviderades och har under året haft 726 visningar
- Alla utbildningsmoduler i utbildningskatalogen har gått igenom och vid behov reviderats utifrån nya Socialtjänstlagen som trädde i kraft 2025.
- BPSD Administratörsutbildning har genomförts på flera SÄBO avdelningar samt på Dagverksamheten.

Kompetenssamordnare deltar som representant från vård- och omsorgskontoret i Sala i ett länsgemensamt forum för stärkt kompetens. Där bland annat KTC – kliniskt träningscentrum har diskuterats, ett projekt som leds länsövergripande.

Inför 2026 är det planerat för uppstart av yrkesresan för äldreomsorgen.

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.

PSL 2010:659 3 kap. 4 §



SIP – Sammanhållen individuell planering

Patienten som vistas inom slutenvården och ska skrivas ut till kommunal verksamhet kan erbjudas möjlighet till SIP (Samordnad individuell planering). Kallande till SIP vid utskrivning är Vårdcentralens utskrivningssamordnare men biståndshandläggare, hemtjänst, hemsjukvård eller rehab kan påtala behov av SIP liksom patienten själv.

Vård och omsorgskontoret och Social- och arbetsmarknadskontorets samtliga verksamheter har under 2025 fått 313¹ kallelser till SIP varav 120 var under pågående vårdtillfälle (2024 var motsvarande siffra 333 varav 196 under pågående vårdtillfälle) kallelser till SIP. Kallelserna kommer till störst del från vårdcentralerna i Sala, både Närvården Sala Väsby och Achima Care vilket överensstämmer med riktlinjen för samverkan vid utskrivning där regionala primärvårdens fasta vårdkontakt är ansvarig för att kalla. Övriga kallelser kommer dels från Närvårdsteamet, slutenvården, psykiatrisk öppen- och slutenvård.

¹ Siffran motsvarar antal kallelser totalt för kontoret. Om fler än en enhet kallas genererar det alltså fler pinnar i statistiken även om SIP kallelsen berör en och samma person

- Hemsjukvården har kallats till 86 varav 42 under pågående vårdtillfälle (2024 114 SIP)
- Biståndsenheten har kallats till 87 varav 40 under pågående vårdtillfälle (2024 totalt 97 SIP)
- Hemtjänsten har kallats till 48 varav 27 under pågående vårdtillfälle
- För korttids är motsvarande siffra 1 SIP under pågående vårdtillfälle.
- LSS och Socialpsykiatrien har kallats till 19 SIP varav 2 under pågående vårdtillfälle (2024 totalt 5 SIP)
- SÄBO har under 2025 inte kallats till någon SIP

Vård- och omsorg har själva kallat till och upprättat 25 SIP för 14 unika personer (även utvärdering/uppföljning av SIP presenteras i resultatet). 17 av dessa är upprättade av Barn och ungdom. Alltså påfallande få upprättade av kommunal hälso- och sjukvård, hemtjänst eller biståndshandläggare.

I samverkan med Region Västmanland och övriga kommuner i länet framgår det att det finns en underanvändning av SIP, där orsaken dels kan vara oklarheter i ansvar för SIP och i vilka situationer det kan och ska användas. I nya länsgemensamma riktlinjen för utskrivning från slutenvården görs ett förtydligande kring SIP.

Generellt är det svårt att analysera om antalet SIP är relevant i förhållande till målgruppen. Att Vård- och omsorgskontorets verksamheter inte upprättat SIP vid pågående vårdtillfälle är i sin ordning eftersom ansvaret då åligger fast vårdkontakt på vårdcentralerna.

Iögonfallande är att patienter på särskilt boende inte har haft någon SIP.

Verksamheterna behöver arbeta vidare med SIP som verktyg det är vid delårsrapporten oklart om orsaken till att få kallelser till SIP skickas beror på kompetensbrist eller att behovet inte finns. Att patienter på Särskilt boende har samma rätt till samordnad individuell planering som övriga individer i samhället är tydligt i regelverket och patienter som kommunal hälso- och sjukvård kommer i kontakt med har alltid fler vårdgivare, region och kommun samt i de allra flesta fallen även socialtjänst vilket torde betyda att fler SIP kan göras.

Patientmedverkan – personcentrerad vård

Inom hälso- och sjukvården ges patienten möjlighet att medverka vid upprättande av vårdplaner. Vid journalgranskning noteras att patienten i hög grad är delaktig i sin vård men verksamheten har sett ett behov av att utveckla teamarbetet på Säbo och korttids samt göra patienten mer delaktig i sin plan om vård och omsorg. Under året har ett tvärprofessionellt arbete genomförts i syfte att revidera rutin för teamträffar på SÄBO samt ta fram en tillhörande checklista. Det nya arbetssättet införs på samtliga SÄBO i januari 2026 och ska utvärderas under våren. På några enheter påbörjades arbetet under 2025 och upplevs som positivt då alla professioner bidrar med sin del och patienter och anhöriga bjuds in till att delta när så anses möjligt.

Sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter deltar tillsammans med patient och personal på uppföljningsträffar inom LSS och Socialpsykiatriens verksamheter. Kontaktperson inom omvårdnaden är sammankallande och övriga professioner bjuds in utifrån patientens önskemål och identifierade behov.

Hemsjukvården träffar alltid patienten vid inskrivning där information om patientens önskemål och behov utreds. Vårdplaner upprättas i samband med inskrivning och uppföljning sker i samband med hembesök och vid teamträffar med hemtjänsten.

Under 2025 har fyra arbetsgrupper arbetat med rutiner för preventivt arbete och utredning om vilka patienter som ska omfattas av de riskanalyser som ligger till grund för fallrisk, risk för undernäring, risk för

trycksår och risk för dålig munhälsa. De fyra vanligaste riskskattningar som görs på individnivå inom äldre- och funktionsnedsättningsområdet.

Klagomål och synpunkter redovisas under avsnitt 4.3.1.

Patientnämnden

Fem ärenden har inkommit till Patientnämnden avseende Sala kommun, två av dessa är vidarebefordrade till funktionshinderverksamheten inom vård- och omsorg för utredning och uttalande. Båda ärendena handlar om bemötande och läkemedel. Ärenden hanteras av enhetschef i samverkan med den arbetsgrupp och den patient som skickat in synpunkten. Återkoppling sker i enlighet med rutin för synpunktshantering.

Patientnämnden i Västmanland och MAS/MAR nätverket i länet har träffats för att se över samverkansformer. Patientnämnden uppmärksammande kommunerna i länet över att informationen om patientnämnden saknas på respektive kommuns hemsida. Hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp tog tag i frågan om information på hemsidan i slutet av 2025 och planerar att revidera hela avsnittet om kommunal hälso- och sjukvård på hemsidan under våren 2026.

4 AGERA FÖR SÄKER VÅRD

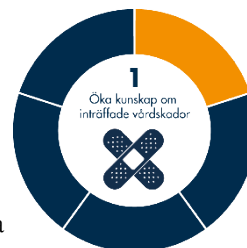
SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

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

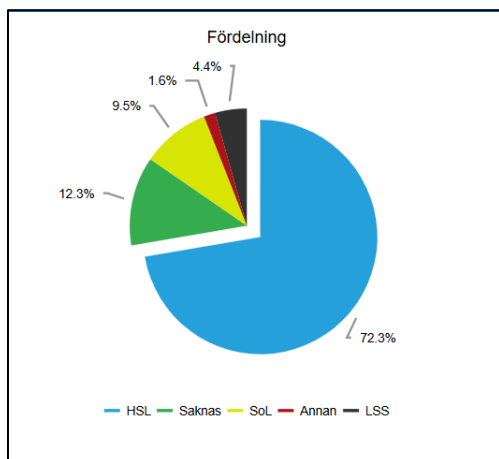
4.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



Avvikelseberapportering



Avvikelseberapportering avseende verksamhetsavvikelser, missförhållande och allvarliga vårdskador sker i DF Respons. Medarbetare kan rapportera avvikelser direkt i sina arbetstelefoner, chefer och legitimerad personal utreder sedan avvikelser direkt i systemet och en automatisk återkoppling går till rapportör när ärendet är utrett och avslutat.

Antalet avvikelser har minskat från 3200 till ca 2800 från föregående år men andelen HSL avvikelser har ökat från 64,4% 2024 till 72,3% år 2025. Det innebär dock att antalet HSL avvikelse är lika många i år som föregående år.

En utredning syftar till att identifiera vad som hänt och vilken konsekvens det har fått för patienten.

Chefen ansvarar också för att göra en riskklassning av avvikelserna. Noterat i statistiken är att endast 2–3% av avvikelserna antas ha en hög allvarlighetsgrad eller en hög sannolikhet att händelsen ska inträffa igen. Dock kan verksamheten samtidigt notera att 47% av avvikelser är upprepning av tidigare händelser.

Majoriteten av avvikelser har inte gett någon konsekvens för individen, men flera avvikelser har gett svullnad, sårskada, smärta eller blåmärke som konsekvens. Vilket är en vanlig konsekvens vid fall. 5% av avvikelser har lett till någon form av kontakt med läkare eller besök hos sjukvården, inom den kategorin finns röntgen utan påvisad skada. 23 avvikelser ha enligt statistiken lett till en fraktur. De fall som lett till frakturer har till majoriteten hänt på SÄBO. Orsaker angivna har varit bristande sjukdomsinsikt. Det framkommer dock inte i utredningar om fallriskbedömning och fallförebyggande åtgärder vidtagits. Ingen bedömning om skadans undvikbarhet har gjorts. Det föreligger finnas ett behov av utbildning i avvikelseutredning med syfte att fokusera på undvikbarhet, bakomliggande orsaker och adekvata åtgärder.

Konsekvens	Antal	Fördelning
Inga konsekvenser	1293	54,3%
Blåmärke/svullnad/sårskada/smärta	335	14,1%
Oro/rädsla/ängest	256	10,8%
Annan	213	8,9%
Sjukhus/vårdcentral/läkarbesök	118	5,0%
Förlängd vårdtid	49	2,1%
Brister i tillit/förtroende	47	2,0%
Fraktur	23	1,0%
Utebliven delaktighet	19	0,8%
Kränt	10	0,4%
Ekonomi	10	0,4%
Dödsfall	4	0,2%
Skada på egendom	2	0,1%
Tandskada	2	0,1%
Totalt	2381	100,0%

För att kunna planera för åtgärder i en avvikelse är det relevant att ta reda på bakomliggande orsaker. I 20% av avvikelser är omgivningsfaktorer noterade som orsak vilket ofta handlar om patientens bristande sjukdomsinsikt. Det är en orsak som är svår vidta åtgärder emot, dock finns det ofta en del omgivningsfaktorer som kan påverkas vilket verksamheten sannolikt glömmer att titta på i de individuella situationerna. Den näst största kategorin är Övrigt – ingen analys av vad som omfattas här har genomförts.

Åtgärd	Antal	Fördelning
Kontakt med sjuksköterska/arbetsterapeut/fysioterapeut	796	22,7%
[Ingen åtgärd vidtagen]	786	22,4%
Gruppsamtal med personal	658	18,7%
Enskilt samtal med personal	497	14,2%
Annan åtgärd	452	12,9%
Ändring i planering	80	2,3%
Informerat anhörig/närstående/vårdnadshavare	73	2,1%
Kontakt med läkare	68	1,9%
Utbildning	38	1,1%
Ny/reviderad rutin	24	0,7%
Upprättat handlingsplan	15	0,4%
Hjälpmedel utbytt	12	0,3%
Avstängning av personal	7	0,2%
Informerat god man/förvaltare	5	0,1%
Delegering återkallad	1	0,0%
Totalt	3512	100,0%

Vid granskning kan vidare ses att kontakt med legitimerad personal eller inga åtgärder är den vanligaste formen av åtgärder dock saknas oftast åtgärder i syfte att minska risken för upprepning, flera åtgärder per avvikelse kan anges – generellt ser verksamheten att om orsaken inte är ordentligt utredd är det svårt att planera för adekvata åtgärder. I 22 % av händelserna har inga åtgärder vidtagits, sannolikt kan

det vara relaterat till att händelsen är en upprepning av tidigare inträffade händelser och att åtgärder redan är vidtagna. Ingen analys på övergripande nivå har gjorts.

I samband med årets patientsäkerhetsdialoger diskuterades bland annat data från avvikelssystemet. Syftet med patientsäkerhetsdialogerna var att belysa vilken data som kan plockas ut och hur den kan tolkas och analyseras i förhållande till arbetsprocesser, den egna verksamhetens utmaningar och hur en avvikelse utreds. Verksamheten diskuterade också behov av uppföljning av insatta åtgärder samt uppföljning av avvikelser i syfte att lära verksamheterna av det inträffade. Vid granskning av årets statistik konstateras att endast 4% av avvikelserna följs upp, den stora majoriteten avslutas utan uppföljning. Ett fortsatt behov av utbildningsinsatser utifrån detta kan noteras.

Nedan följer en redovisning över antalet avvikelser fördelat på typ av avvikelse inrapporterad, enskilda avvikelser kan vara markerade med flera avvikelsetyper tex läkemedel och utförande av insats. Statistik nedan avser SÄBO, FO, Hemtjänsten och Hälso- och sjukvården samt avvikelser riktade till extern enhet oavsett lagrum. IFO verksamheter har exkluderats i underlaget.

Område	Antal 2024	Antal 2025	Sammanställning av resultat	Analys och åtgärder
Fall	1070 33%	932 33%	Antalet fallavvikelser är ungefär lika många som under föregående år.	Avvikelser på fall skrivs för alla fall, även om patienten inte omfattas av den kommunala hälso- och sjukvården. Det är därför svårt att utifrån statistik avgöra om patienten har utsatts för vårdskada. Utredning i varje enskilt fall genomförs i samverkan mellan enhetschefer och legitimerad personal.

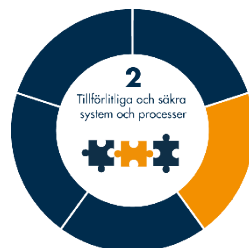
Trycksår	7 0,2%	17 0,6%	Precis som tidigare år är antalet inrapporterade avvikelser på trycksår färre än antalet trycksår i verksamheterna.	Det har under sommarmånaderna rapporterats om uppkomsten av några trycksår på en enhet. I relation till det har en översyn av introutbildning för nyanställda påbörjats då det identifierats saknas information i introblock om basal omvårdnad.
Läkemedel	1140 35%	930 33%	Antalet läkemedelsavvikelser har minskat från föregående år med ca 200 avvikelser. Men i förhållande till antalet rapporterade händelser är minskningen enbart 2%	Uppfattningen i verksamheten är att delegerad personal har en bättre följsamhet till läkemedelshantering till följd av den fördjupningsutbildning i läkemedelshantering som ca 280 medarbetare hittills har gått.
Samverkan	183 5,7%	107 3,8%	Varav 52 är registrerade som avvikelser i samverkan med extern aktör eller vårdgivare.	Externa avvikelser hanteras av MAS och sänds till externa aktörer och vårdgivare. Avvikelser berör i stor utsträckning utskrivningsprocessen och ses under 2025 ha minskat i antalet - ett stort arbete kring utskrivningsprocessen beskrivs under 4.2.6. Vidare ses ett minskat antal avvikelser mot förra året riktade till vårdcentralerna.
Medicinskteknisk produkt	68 2,1%	84 3%	Felaktig användning av förskrivna hjälpmedel, trasiga hjälpmedel personbundna och enhetsägda. Kategorin omfattar även trygghetslarm, rörelselarm och sänggrindar.	Utbildningsinsatser har genomförts under året i syfte att öka kompetensen kring hjälpmedel dels hos enhetschefer och sjuksköterskor, dels hos medarbetare genom de hjälpmedelsombud som finns i verksamheterna. Flertalet verksamheter har vidtagit åtgärder avseende revidering av rutin för kontroll av larm – idag planeras larmkontroller i Intraphone.
TOTALT	3193	2780		Unika avvikelser – en del avvikelser har markerats som två eller fler ”typ av avvikelse”

Allvarliga avvikelser				
Lex Maria	1	1	140 rapporter om risk för vårdskada skickats av medarbetare och 2 av ansvarig chef till MAS för granskning. Av dessa har endast en antagits kunna utgöra risk för allvarlig vårdskada och därmed blivit föremål för utredning av MAS. Utredning av allvarlig vårdskada avser en händelse precis innan årsskiftet 2025/2026 men utredning och rapportering till IVO skedde under 2026. Händelsen avser en patient som påträffas utan puls och ingen hjärt- och lungräddning påbörjas. Under början av 2025 skickades ett ärende till IVO som avser händelse innan årsskiftet 2024/2025.	Händelsen från 2024/2025 berör en palliativ patient och ett förändrat arbetssätt och omtag med palliativa ombud har genomförts i verksamheten. Den palliativa vården omformas och revideras ständigt. Det är viktigt med en anpassning utifrån rådande förutsättningar. Händelsen i december 2025 handlar om en person som påträffas utan puls. Patienten har i den här händelsen inga behandlingsbegränsningar och personalen borde ha påbörjat hjärt- och lungräddning. Föreslagna åtgärder handlar bland annat om utbildning i HLR för timvikarier och övning i akut omhändertagande på SÄBO.
Lex Sarah	1	2	87 rapporter om misstänkta missförhållanden har skrivits av rapportör. Det höga antalet rapporter beror på en okunskap om vad missförhållande är.	2 avvikelser har lett till lex Sarah utredningar inom aktuella områden. Ingen av avvikelserna har bedömts vara ett allvarligt missförhållande och således har inget rapporterats till IVO.

Uppföljningen kring avvikelser hanteras lite olika mellan verksamhetsområden. Vissa enheter har kvalitetsmöten andra tar upp avvikelser på sina APT. Generellt rapporterar enhetscheferna till verksamhetschef i samband med tertialuppföljning. Återföring av resultat från utredningar och åtgärder vid allvarliga vårdskador sker i samråd mellan MAS och verksamhetscheferna.

4.2 Tillförlitliga och säkra system och processer

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



4.2.1 Rutiner

Ett omfattande arbete har under 2025 genomförts under ledning av kvalitetsutvecklare och kvalitetsrådet för att se över alla mallar och rutiner för dokumenthantering. Det har resulterat i nya mallar och ett nytt

arbetssätt med publicering. Behovet av översyn har identifierats dels i utredningar om allvarlig vårdskada, dels i utredningar enligt Lex Sarah och som en aktivitet i handlingsplan för stärkt patientsäkerhet.

De nya mallarna och arbetssättet försenades under året pga. den kontorsdelning som genomfördes under hösten 2025 men alla mallar var klara till årsskiftet och arbetssättet är nu nytt.

Återstår för alla verksamheter att göra en översyn av samtliga styrande dokument i enlighet med det nya arbetssättet.

Under 2025 låg ett stort fokus på revidering av rutiner utifrån nya SoL som trädde i kraft 1 juli. Många revideringar handlar endast om att byta paragrafer och andra rutiner behövde revideras i större omfattning utifrån nyheter i lagen.

Hälso- och sjukvården har fokuserat på rutin för digital signering samt arbete med rutiner för preventivt arbete vilket har dragit ut på tiden men beräknas färdigt under våren 2026.

Årligen revideras rutiner för kontakt med sjuksköterska och rehabteamet och rutin för prioriteringsordning. Nya rutiner för året är rutin för fastställande av människas död vilken har tagits fram i samverkan med vårdcentralerna. Vidare har ett stort arbete genomförts avseende rutin för samverkan vid Utskrivning vilket beskrivs i avsnitt 4.2.6.

4.2.2 Vårdhygien och smittförebyggande arbete

Under 2025 har det inte genomförts några riktade aktiviteter avseende smittförebyggande arbete och vårdhygien. Hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp har under hösten bjudit in representanter från Folkhälsomyndigheten och projektet ”Antibiotikasmart kommun” att berätta om certifiering. Beslut väntas under 2026.

VEK – Vårdhygienisk egenkontroll

Verksamheterna har genomfört vårdhygienisk egenkontroll och enskilt arbetat med resultaten. Ingen systematisk uppföljning har gjorts.

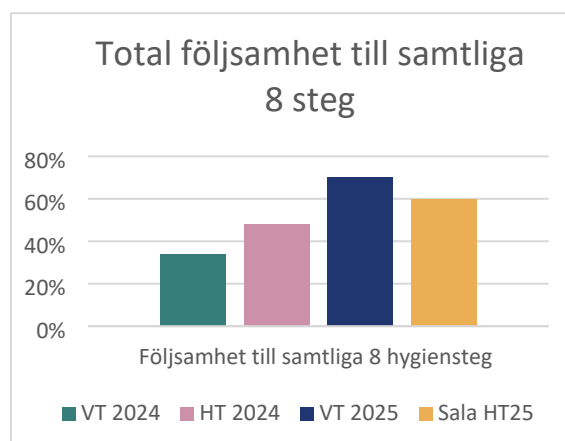
SSK på SÄBO har arbetat aktivt med åtgärder efter VEK, bland annat förvaring och hantering av ytterplagg s.k. värmeplagg samt rengöring av medicinskteknisk utrustning.

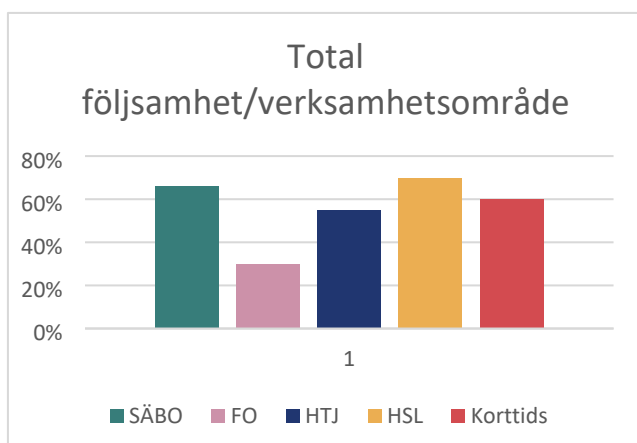
BHK – Basala hygienrutiner och klädregler

Alla verksamheter har genomfört observationsstudier i BHK och utbildning inför mättillfällen har hållits av vårdhygien. I samband med mätningen har vårdhygien även kallat enhetschefer till uppföljningstillfällen där möjligheten att resonera kring resultaten funnits.

Inför 2025 satte vård- och omsorgskontoret målet att öka följsamheten till basala hygienrutiner med 10%, målet uppnåddes våren 2025 där verksamheten kunde se en ökning från våren 2024 med 29%. Tyvärr sjönk följsamheten något till hösten 2025.

Verksamheten ligger för 2025 som topp tredje kommunen i länet. Med i snitt 65% följsamhet i samtliga 8 steg för hela 2025. Nedan presenteras resultat för respektive mätning som gjorts.





Resultatet visar att verksamheten fortsatt ser att det är handdesinfektion före patientkontakt som är den stora utmaningen. Även om det är inom det området som följsamheten har ökat allra mest över tid. Enhetscheferna har tillsammans med sina Hygienombud på enheterna arbetat med resultatet och tillgängliggjort handdesinfektionsmedel mer lättillgängligt där det är möjligt.

I övrigt skiljer det sig lite mellan verksamheterna. Och över tid.

I samband med varje tillfälle för observationsstudier presenteras resultatet i en tabell likt denna, men även fördelad på enhetsnivå. Enhetschefer och Hygienombud arbetar med sina individuella resultat och kan med den gradientfärgskalan från mörkt rött till mörkt grönt visuellt avgöra hur de ligger till i sina verksamheter.

Period	VT 2024	HT 2024	VT 2025	Sala HT25
Antal observationer	98	190	148	132
Hygiensteg				
Handdesinfektion före patientkontakt	49%	61%	78%	73%
Handdesinfektion efter patientkontakt	85%	89%	95%	92%
Korrekt användning av handskar	82%	93%	97%	100%
Korrekt användning av skyddsförkläde	78%	84%	93%	92%
Korrekt klädedräkt	98%	98%	96%	98%
Händer och underarmar fria från ringar, klockor, armband mm	95%	96%	99%	96%
Korta naglar fria från nagellack och konstgjort material	99%	98%	99%	100%
Kort eller uppsatt hår	100%	97%	99%	97%
Följsamhet till samtliga 8 hygiensteg	34%	48%	70%	60%

VRI – Vårdrelaterade infektioner

Varje månad rapporterar sjuksköterskor på särskilt boende till Vårdhygien antal patienter som har kateter, hur många som testat positivt för influensa, magsjuka, har multiresistenta bakterier samt hur många som behandlats med antibiotika mot olika infektioner. Vårdhygien sammanställer resultatet och skickar underlag till kommunerna i länet samt ansvariga vårdcentraler.

MAS/MAR nätverket har tillsammans med Regionens Patientsäkerhetsteam identifierat ett behov av stöd från Vårdhygien att arbeta med resultatet från insamlade data.

SÄBO sjuksköterskorna har svårt att själva arbeta med resultatet eftersom det förutsätter att vårdcentralen är med och analyserar samt att underlaget kan presenteras på ett mer tillgängligt sätt.

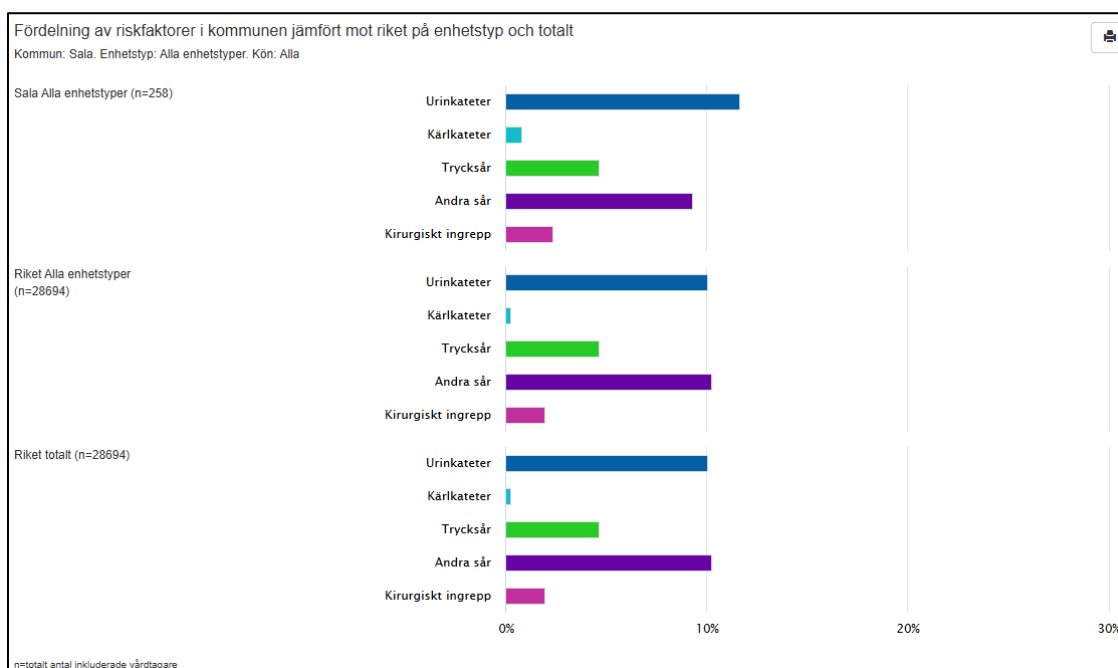
Svenska HALT

Healthcare- associated infections and antimicrobial use in long-term care facilities – Folkhälsomyndighetens mätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning inom Särskilt boende

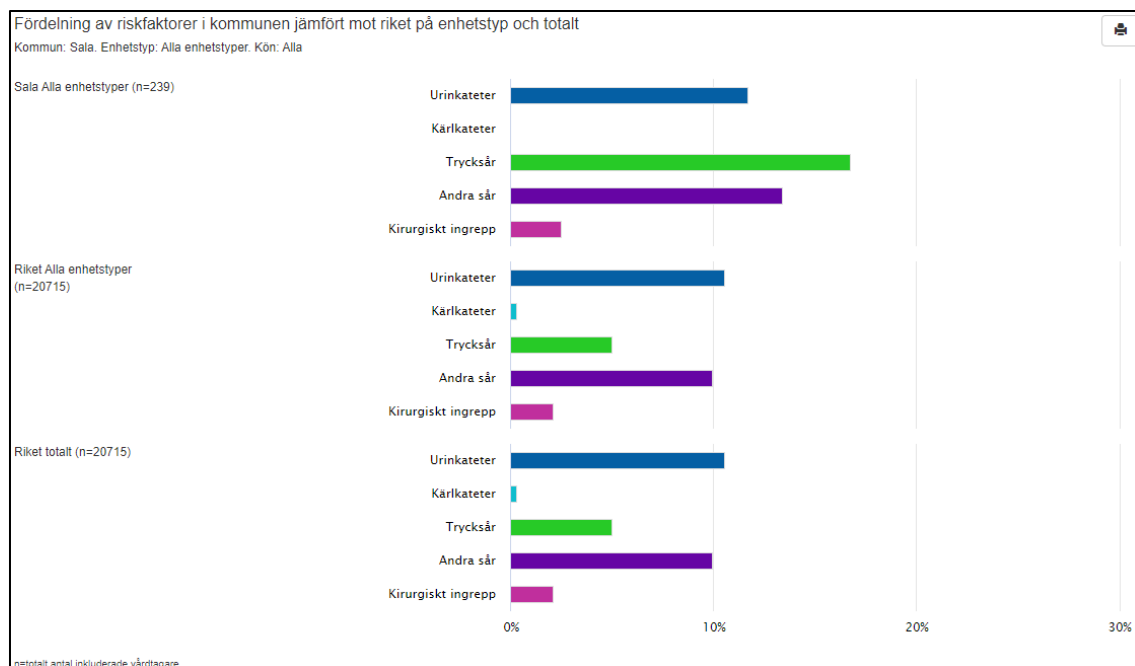
I 2025 års mätning kan verksamheten se en markant minskning i andelen patienter med trycksår och andra sår. 2023 hade låg verksamheten långt över riksgenomsnittet som då var på 5%, 2025 ligger verksamheten i linje med riksgenomsnittet som har ökat något 2023, men för Sala kommuns del kan en minskning från drygt 15% sår till ungefär 4,5% ses. Noterbart är även en minskning av andra sår till under 10%. På SÄBO har sjuksköterskor och rehab gemensamt arbetat med att öka kunskapen om preventivt arbete i syfte att minska trycksår. I början av året lanserades ett utbildningsmaterial i aktivitetsbevarande förhållningssätt framtaget av rehabenheten, vilket kan antas ha bidragit till en bättre mobilitet och således minskade risker för trycksår.

Vidare kan noteras även i HALT-mätningen att andelen patienter med urinkateter är fortsatt hög i jämförelse med riksgenomsnittet. Detta är även noterat högre än andelen urinkatetrar i länet.

Verksamheten har noterat avvikelser och har för 2026 planerat ett arbete med ansvarig vårdcentral för att se över ordinationerna och bakomliggande orsaker till KAD i de verksamheter som sticker ut.



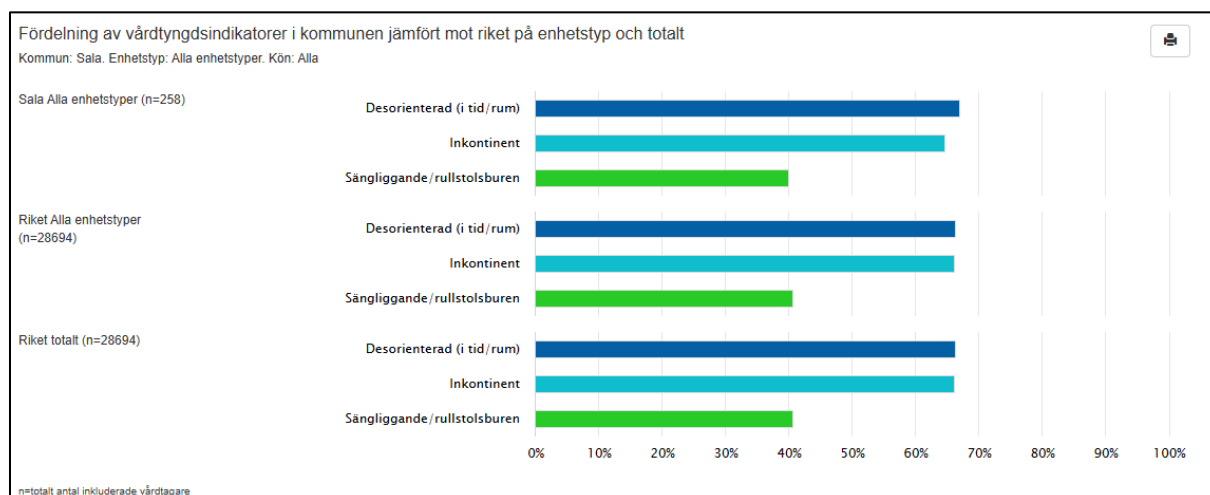
HALT 2025



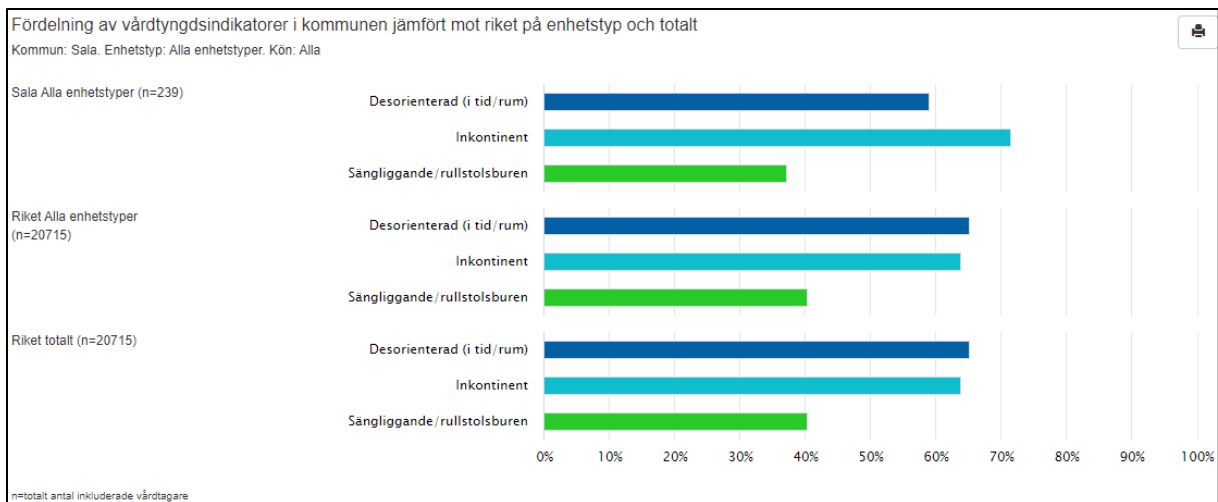
HALT 2023

Haltmätningen ger också verksamheterna ett bra underlag för att se över vårdtyngd. På övergripande nivå kan ses att Salas särskilda boenden inte sticker ut något i förhållande till riket vid 2025 års mätning. Verksamheten kan dock se en minskning av antalet personer med inkontinens från föregående mätning och en ökning av andelen desorienterade.

Ingen analys av data har genomförts på enhetsnivå när patientsäkerhetsberättelsen skrivs. En planering för dataanalys har inletts.



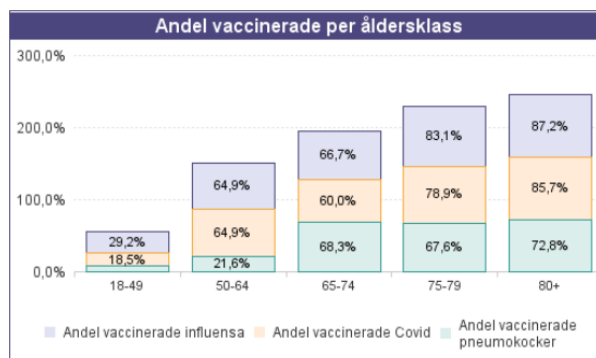
HALT 2025



HALT 2023

Vaccinationer och antiviral behandling mot influensa, covid och pneumokock

Vaccinationer i en väl fungerande verksamhet inom äldreomsorgen. Vaccinationer erbjuds till alla patienter på SÄBO. Inom hemsjukvården och funktionsnedsättningsområdet vaccineras patienter som inte kan ta sig till vårdcentralen i hemmet och i samverkan med vaccinationsenheten får övriga kallelse till vaccination vid vaccinationsenhet eller vårdcentral.



Vårdande enhet	Antal anslutna patienter	Antal vaccinerade influensa	Antal vaccinerade Covid	Antal vaccinerade pneumokock	Andel vaccinerade influensa	Andel vaccinerade Covid	Andel vaccinerade pneumokock
Hemsjukvårdsenhet Sala	206	166	162	110	80,58%	78,64%	53,40%
Hemsjukvård	206	166	162	110	80,58%	78,64%	53,40%
Parklängan 1 korttidsboende Sala	14	12	11	7	85,71%	78,57%	50,00%
Korttidsboende	14	12	11	7	85,71%	78,57%	50,00%
LSS och Socialpsykiatri Sala	97	34	27	7	35,05%	27,84%	7,22%
LSS	97	34	27	7	35,05%	27,84%	7,22%
Bergsmansgatan 30 Sala	35	33	31	31	94,29%	88,57%	88,57%
Björkgården Sala	47	39	39	41	82,98%	82,98%	87,23%
Bryggeriet Sala	33	32	28	31	96,97%	84,85%	93,94%
Ekebygården Sala	33	27	27	31	81,82%	81,82%	93,94%
Jakobsbergsgården Sala	33	29	29	28	87,88%	87,88%	84,85%
Johannesbergsgatan Sala	80	69	67	65	86,25%	83,75%	81,25%
Äldreboende och servicehus	261	229	221	227	87,74%	84,67%	86,97%
	578	441	421	351	76,41%	73,06%	60,92%

Andelen vaccinerade patienter ska läsas i förhållande till folkhälsomyndighetens rekommendationer och den population som verksamheten har i de olika vårdformerna.

Region Västmanland har arbetat fram en strategi för tidig identifiering och insättning av antiviral behandling vid symtom under influensasäsongen. Enligt rapporter från smittskyddsläkare har andelen

smittade och sjuka i influensa över 80 år från kommunala verksamheter varit historiskt låg. Innevarande säsong.

SÄBO hade ett utbrott av Covid och Influensa på i början av 2025 och genom intensivt arbete och följsamhet till rutin vid misstänkt smittutbrott kunde en god effekt och ett snabbt tillfrisknande tillskrivas metoden. En enhet hade svårt att bryta smittkedjor och MAS samt vårdhygien blev inkopplade för att vidta åtgärder. Det blev vid granskning tydligt att några medarbetare hade svårt att följa instruktioner avseende kohortvård och basala hygienrutiner vilket ledde till ökad smittspridning.

Legionella

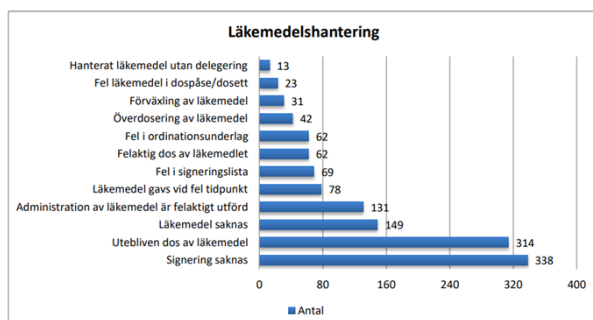
Fastigheten på Bergsmansgatan 30 har 36 platser för särskilt boende har under 2025 fortsatt visat på förekomst av Legionella. Fastighetsförvaltaren ansvarar för utredning och åtgärder. Månatligen under 2025 har representanter från verksamheten och MAS träffat fastighetsförvaltaren för att få rapportering om prognos. Under 2025 kunde konstateras att problemet sitter i det avgränsade ledningssystemet för sprinkler. Och genom vidtagna åtgärder har verksamheten kunnat säkerställa att ingen Legionella riskerar att drabba våra äldre i verksamheten.

Fastighetsförvaltaren planerar för permanenta åtgärder under 2026. Tills vidare har verksamheten insyn i provtagning och kemdosering för att säkerställa liv och hälsa.

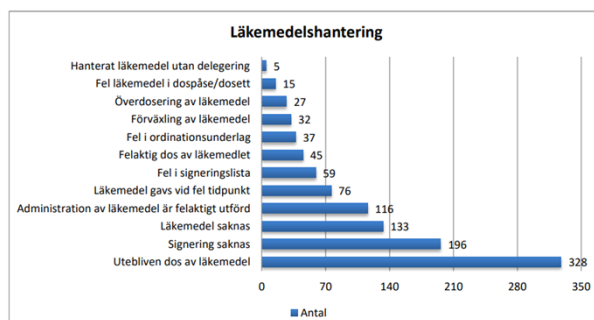
4.2.3 Läkemedelshantering

Delegeringsprocess och avvikelser

I januari 2025 påbörjades en utbildningsinsats kring läkemedelshantering där samtliga medarbetare med delegering vart 3e år ska erbjudas en fördjupningsutbildning. Initialt har utbildningen liknat den grundutbildning som all ny personal går innan delegering. Över tid är planen att anpassa utbildningen utifrån de förutsättningar och utmaningar som ses i verksamheterna.



2024 - vilken del av läkemedelshantering brister



2025 - vilken del av läkemedelshantering brister

Statistiken från föregående år ser dock en förbättring i utebliven signering. Verksamheten kan se samma mönster i MCSS Appva, det digitala signeringssystem som används inom Vård- och omsorg.

Under 2025 har hemsjukvårdens sjuksköterskor haft utbildning i läkemedelsavvikelser via extern aktör från Apoteket AB (samma utbildning som Sjuksköterskor på SÄBO hade i slutet av 2023). Flera verksamheter har tillsammans med ansvariga sjuksköterskor gjort ett arbete kring "tidsspann" i Appva för att synka läkemedelshantering med den planering som fungerar för patienten och hemtjänsten samt inom funktionsnedsättningsområdet. Det finns en del arbete kvar att göra men ett eventuellt breddinförande av läkemedelsautomater under kommande år antas få en positiv effekt på antalet uteblivna

doser och läkemedelsavvikelser. Läkemedelsautomater antas påverka kvalitén på läkemedelshanteringen avsevärt.

Vid årsskiftet 2025/2026 träder reviderade riktlinjer avseende delegering av läkemedelshantering i kraft. Socialstyrelsens kunskapsstöd släpptes i december 2025 och en översyn av hela delegeringsprocessen har inletts under våren 2026.

Rutiner för delegering och rutiner för Appva har reviderats och förberetts under 2025 med syfte att färdigställa efter förändrade föreskrifter under våren 2026.

Nedan listas några av de förändringar som träder i kraft 2026:

- Uppföljning av delegering
- Ansvar för delegeringsprocessen flyttas från verksamhetschef enligt HSL till vårdgivaren
- Delegeringarnas giltighetstid
- Ansvar för att utfärda och följa upp delegeringar
- Delegering av andra arbetsuppgifter än läkemedelshantering regleras inte längre i föreskrifterna.

Under 2024 identifierades brister i uppföljning och fortbildning inom läkemedelshantering för delegerad personal. Under 2024 arbetade en grupp legitimerade tillsammans med MAS fram fördjupningsutbildning som startade i januari 2025 och under året har 287 medarbetare genomgått utbildningen. Planen är att alla delegerade medarbetare ska genomgå fortbildning vart tredje år.

Läkemedelsgenomgång

Läkemedelsgenomgång är läkares ansvar, sjuksköterska inom kommunal vård- och omsorg bistår läkare med insamling av uppgifter inför läkemedelsgenomgång. Läkemedelsgenomgång ska göras årligen för alla patienter >75 år eller patienter som har en läkemedelsbehandlad kronisk sjukdom, en genomgång ska också göras vid inskrivning i hemsjukvården och när en patient flyttar in på särskilt boende eller vid behov och ändrat hälsotillstånd.

Kommunal hälso- och sjukvård saknar adekvat strukturerad dokumentation för att enkelt i befintligt journalsystem kunna hämta relevant data för att granska hur stor andel av patienter inom funktionsnedsättningsområdet och inom hemsjukvården som har fått en läkemedelsgenomgång under 2025. Inom särskilt boende finns både etablerade arbetssätt och strukturerad dokumentation och där noteras att andelen patienter som under 2025 fått en läkemedelsgenomgång är nästan 100%.

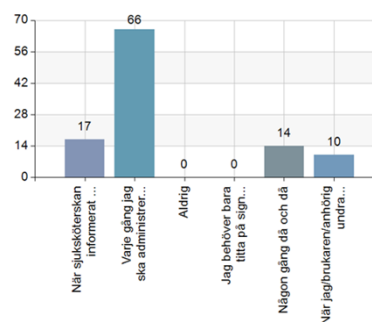
För personer inom funktionsnedsättningsområdet är rutinen i Sala kommun att läkemedelsgenomgång görs årligen på vårdcentral i samband med att patienten kallas för sin årliga hälsoundersökning.

Strukturerad kvalitetsgranskning

Hösten 2025 har Vård- och omsorg genomfört den årliga kvalitetsgranskningen Läkemedelshantering med extern farmaceut. Samtliga åtgärder från tidigare granskning 2024 är genomförda under 2025. December 2025 granskades 3 SÄBO, Hemtjänsten, 3 boenden inom FO och Hemsjukvården.

Vid granskningen användes en enkät där delegerad omvårdnadspersonal i förväg fått besvara frågor om läkemedelshantering. Rapporten visar på en ökning på frågan ”Hur ofta läser du på läkemedelslistan med svaret innan varje

Namn	Antal	%
När sjuksköterskan informerat mig om en ordinationsändring	17	20,5
Varje gång jag ska administrera/överlämna läkemedel	66	79,5
Aldrig	0	0
Jag behöver bara titta på signeringslistan	0	0
Någon gång då och då	14	16,9
När jag/brukaren/anhörig undrar över något.	10	12
Total	107	128,9



administration från 46% till 62% samt en minskning på antalet personer som svarat ”någon gång ibland eller när jag undrar något” från 27% till 22%. Verksamheten ser samtidigt en minskning med läkemedelsavvikelser med ca 200 för 2025 (Se avsnitt 4.1).

I MCSS Appva noteras att totalt har 997 947 stående läkemedelsdoser administrerats under 2025 och 98,2% av dessa är signerade och 91,8% av dem är signerade i tid.

Analys av enkätsvar och läkemedelsavvikelsler ska alltså ses i relation till antalet administrerade doser. Genom detta kan verksamheten konstatera att läkemedelshanteringen är generellt av god kvalitet. De brister som tidigare identifierats har verksamheten arbetat med och fortsätter regelbundet att arbeta med. Inför 2026 behöver verksamheten följa upp delegeringsprocessen, sätta nya arbetssätt i det digitala signeringsystemet samt säkerställa revidering av läkemedelsrutiner i förhållande till årets resultat från granskningen.

- Driftstopprutiner behöver revideras
- Spårbarhet vid utlämning av stående originalförpackningar behöver säkerställas.
- Rutiner för städning av läkemedelsskåp, samt kontroll av innehåll och utgångsdatum.
- Säkerställa att sortimentslistor för akuta läkemedelsförråd finns att tillgå.
- Generella direktiv behöver uppdateras.

4.2.4 Hjälpmedel

Kommunen är i egenskap av huvudman skyldig att i samband med hälso- och sjukvård erbjuda hjälpmedel för personer som har en funktionsnedsättning. Ett hjälpmedel är vanligtvis ett lån och ska därför återlämnas när behovet upphört. Enligt det länsgemensamma avtalet om hemsjukvård bär kommunen ansvar för förskrivning av hjälpmedel till personer boendes i särskilt boende, samt till vuxna personer i ordinärt boende om förskrivningen kräver hembesök. Region Västmanland och länets kommuner har en gemensam överenskommelse och Hjälpmedelspolicy som tagits fram baserat på gällande lagstiftning samt FN:s konventioner om rättigheter för personer med funktionsnedsättning.

Region Västmanland och länets kommuner har en överenskommelse om gemensam Hjälpmedelsnämnd, som styr länets hjälpmedelsförsörjning inom hälso- och sjukvårdsområdet. Hjälpmedelscentrum (HMC) är samägt av Region Västmanland och länets kommuner, och har uppdraget att samordna och utföra uppgifterna som faller under Hjälpmedelsnämndens ansvarsområde, vilket bland annat innefattar utbildning till förskrivare av hjälpmedel, uthyrning och försäljning av hjälpmedel, utprovning och rådgivning av och med hjälpmedelskonsulent, samt hjälpmedelstekniker som utför service, reparation och förebyggande underhåll av hjälpmedel.

Sala kommuns arbetssätt och rutiner gällande hjälpmedel och hjälpmedelsförskrivning utgår från länsgemensamma bestämmelser och HMC:s övergripande riktlinjer för nivåindelning, betalningsansvar och hjälpmedelsförskrivning.

Samverkansträffar med hjälpmedelsombuden inom äldreomsorgen har genomförts två gånger under året, under ledning av Hjälpmedelsansvarig.

Mål	Metod	Resultat, analys och åtgärd
Säker hjälpmedels hantering	Inventering, årliga kontroller, egenkontroller, systematisk uppföljning av förskrivning	- Personförskrivna hjälpmedel följs upp på individnivå i samband med teamträffar och i samband med inflytt på särskilt boende. Hjälpmedel som inte används återsänds till Hjälpmedelscentrum, eller rekonditioneras och återanvänds hos annan patient om hjälpmedlet är inköpt och ägs av kommunen. - Sala kommun har avtal med HMC gällande periodisk inspektion och service av kommunägda vårdsängar och personlyftar. Dessa hjälpmedel inspekteras och funktionskontrolleras av tekniker enligt fastställt schema och intervall. - Inventering och funktionskontroll av kommunägda hjälpmedel inom äldreomsorgen genomförs enligt årsplanering. Hjälpmedel som inte godkänns vid inventering åtgärdas eller byts ut.
Säker hjälpmedels hantering	Utbyte taklyftsmotorer	Under 2024 upptäcktes att flera av de taklyftsmotorer som köptes in och monterades i lägenheter på SÄBO föregående år monterats på ett felaktigt sätt. Dialog med HMC och tillverkaren pågick 2024, och våren 2025 konstaterades att det rörde sig om ett fabrikationsfel. Leverantören åtgärdade samtliga taklyftsmotorer.
Säker hjälpmedels hantering	Ensamarbete med personlyftar	Under hösten genomfördes en omvärldsbevakning och en översyn av arbetssätt vid arbete med personlyft. Nuvarande rutiner anger att förflyttningar med hjälp av personlyft alltid ska ske med hjälp av två personer. Höstens utredning resulterade i ett pilotprojekt som innebär ensamarbete med personlyft, som kommer inledas under våren 2026.

Läkemedelsautomater

Hemtjänsten har sedan 2024 haft 10 läkemedelsautomater i verksamheten. Under 2025 hade två team möjlighet att placera ut automater. En del brukare gillar sina automater och andra har haft svårare att vänja sig vid dem.

En utredning om breddinförande inleddes hösten 2025 och uppdraget att ta fram en projektplan för breddinförande finns för 2026. Projektplanen ska identifiera tillvägagångssätt, budget och utmaningar i verksamheterna för att möjliggöra ett breddinförande på hemtjänsten och därefter undersöka om automaterna kan fungera även inom funktionsnedsättningsområdet och på SÄBO.

För att nå god effektiv resursanvändning behöver en samverkan med vårdcentralerna ingå i projektplanen så att även patienter som inte har kommunal hälso- och sjukvård kan få del av automaterna.

Vid årsskiftet 2025/2026 hade hemtjänsten 6 automater i drift och dessa levererar sammanlagt 18 doser/dag. Totalt under 2025 har automaterna levererat ca 7800 läkemedelsdoser. Följsamheten är på 99,8% alltså i stort sett 0 avvikelser under månaden. Tyvärr har verksamheten inte haft 10 automater ute vid något tillfälle under 2025. Anledningen till det antas vara att införande bara har gjorts på två team och det därmed inte finns flera patienter där nyttan med läkemedelsautomater kan ses.

Nationellt pekas på nyttan med läkemedelsautomater utifrån flera perspektiv

- Nyta för patienten

Ökad självständighet: Patienten kan sköta sin medicinering själv utan att vänta på hemtjänstbesök.

Trygghet och säkerhet: Automaten påminner med ljud, ljus och tal. Om en dos glöms bort låses den in för att förhindra dubbelmedicinering.

Bättre livskvalitet: Skapar en friare vardag där patienten inte behöver anpassa sitt schema efter vårdpersonalens tider.

- Nytt för kommunen

Effektivare resursanvändning: Färre renodlade läkemedelsbesök frigör tid för personalen att fokusera på mer kvalificerad vård och social samvaro. Minskad restid och åtgång av drivmedel.

Minskade antal avvikelser: Risken för mänskliga fel vid medicinutdelning minskar, vilket ökar patientsäkerheten.

Bättre arbetsmiljö: Stressen minskar för personalen när de inte behöver stressa mellan besök som har exakta klockslag för medicinering.

4.2.5 Läkarmedverkan

Egenkontroller avseende läkarmedverkan görs i samverkan med vårdcentralerna. I Sala har egenkontrollen utförts tillsammans med Närvården Sala Väsby och med Achima Care Vårdcentral.

Verksamhet	Egenkontroll	Resultat, analys och åtgärd
Närvården Sala Väsby	Uppföljning enligt mall	God samverkan. Närvården Sala Väsby, Achima Care vårdcentral och Sala kommun har tagit fram ett gemensamt utbildningskoncept. Våren 2025 höll vårdcentralens läkare utbildning för kommunens och vårdcentralens personal. Vårens tema var diabetes och hjärtsvikt. Samverkan ang. utskrivningsprocessen sker 3ggr/vecka. Vårdcentralen har haft ett hyrläkarberoende som påverkar den kommunala verksamheten. Byte av läkare har varit oundvikligt, det har skett i god samverkan och dialog för att möjliggöra god kontinuitet. Behov av samsyn kring palliativ vård och analys av kvalitetsregister har identifierats och planen är att läkare och sjuksköterskor tillsammans följer upp palliativa registret och VRI. Tillsammans med Sala Väsby har verksamheterna noterat ett behov att se över vilka rutiner inom kommunal verksamhet som hänvisar till primärvården och gemensamt arbeta fram arbetssätt och metoder där båda aktörerna är inblandade.
Achima Vårdcentral	Uppföljning enligt mall	Samverkan med Achima har varit lite bristfällig relaterat till chefsbyte på Achima Care Vårdcentral. Nya verksamhetschefen tillträdde hösten 2025 och samverkan har fungerat bra utifrån förutsättningarna. Prioritering i verksamheten har varit att få ett bra läkarstöd till SÄBO och hemsjukvården. Och vid uppföljning av läkarmedverkan framkommer att kvalitén har stabiliserat sig under hösten.

		Achima Care vårdcentral, Närvården Sala Väsby och Sala kommun har tagit fram ett gemensamt utbildningskoncept. Våren 2025 höll vårdcentralens läkare utbildning för kommunens och vårdcentralens personal. Vårens tema var diabetes och hjärtsvikt. Vissa synpunkter framkommer vid uppföljning av läkarmedverkan på de regelbundna samordningsmöten ang. utskrivningsprocessen som sker 3ggr/vecka, synpunkterna planeras för åtgärder under våren 2026.
--	--	---

4.2.6 Utskrivningsprocessen

Under 2024 reviderades den länsgemensamma riktlinjen för samverkan vid utskrivning samtidigt noterades för Sala höga kostnader för utskrivningsklara patienter. Flera avvikelser från regionen kom till verksamheten avseende brister i utförande och planering i samband med utskrivning. Under 2025 avslutades ett stort arbete som inleddes 2024 med översyn av processer och framtagande av rutin för samtliga verksamheter som berörs av utskrivningsprocessen. Rutinen antogs och sattes i drift 1 november. Uppföljning ska ske i början av 2026. I samband med uppföljning av införandet av nytt arbetssätt kommer uppföljning av utskrivningsprocessen, med nya nyckeltal från DUVA (Journalssystemet Cosmis utdatasystem) att påbörjas. Verksamheterna gemensamt ska se börja arbeta med strukturerad uppföljning. Ett arbete som kommer prioriteras under 2026.

Som en del i den nya lokala rutinen och arbetsgruppens fortsatta arbete planeras för underlag för uppföljning av avvikelser kopplade till utskrivningsprocessen samt uppföljning utifrån bland annat återinläggningar och kostnader för utskrivningsklara patienter.

Kommunen bär kostnadsansvar för patienter som inte kan skrivas ut från slutenvården inom 3 dygn från det att dom är utskrivningsklara. Under 2023 uppgick antalet dygn till 427 och för 2024 är motsvarande siffra 15. För 2025 har vi betalningsansvar för 1 dygn.

Under året kan vi se en minskning av antalet avvikelser i samverkan som skickats från vård- och omsorgskontoret. En förändring kan ses inom regionens verksamheter framför allt när det kommer till psykiatri som har ändrat sin struktur och arbetat med utskrivningssamordnare och organiserat om sin verksamhet, vilket ser ut att ha gynnsam effekt på utskrivningsprocessen.

Antalet inkomna från annan vårdgivare är lika många till antalet, 14 som föregående år, utredning av inkomna händelser utförs av respektive verksamhet där rapport om avvikelse skett. MAS sammanställer resultat från utredningen och skickar svar till regionen.

4.3 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.



4.3.1 Riskhantering

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

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten

för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Individnivå

I det dagliga arbetet ingår riskbedömning som en del av inskrivningsförfarandet. Omvårdnadspersonalen riskbedömer brukarens hem både i ordinärt och särskilt boende utifrån brandrisk, arbetsmiljörisker och tex fallrisk. När en individ flyttar in på särskilt boende görs riskbedömning med stöd av Senior Alert vedertagna bedömningsinstrument, utifrån risker för fall, undernäring, sår och ohälsa i munnen. Riskbedömningen görs i team och leds av sjuksköterska. Riskbedömningar ligger sedan till grund för att titta på bakomliggande orsaker och planering av åtgärder i det dagliga arbetet. Legitimerad personal kan tex se över läkemedel, gångförmåga och födointag medan omvårdnadspersonalen arbetar med att minimera risker i brukarens hem tex borttag av mattor.

BPSD skattning (Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens) görs för de individer på SÄBO som upplevs ha beteendemässiga och psykiska symtom vid konstaterad kognitiv svikt och demenssjukdom. Registreringen identifierar beteenden som är en risk för att individens välmående och interaktion med övriga individer. Skattningen genomförs i multiprofessionellt team och leds av personer som utbildats i BPSD registrering. BPSD utbildningar har genomförts på Bryggeriet och på Björkgården under 2024. Fortsatta utbildningsinsatser är planerade till 2025.

För resultat från samtliga register se avsnitt 4.4.2.

Organisationsnivå

Inom verksamheter och enheter görs regelbundet riskanalyser vid större förändringar i verksamheter, nya arbetssätt eller nya riktlinjer och rutiner.

Exempel på riskanalyser och åtgärder presenteras nedan

Verksamhet	Risk
Gemensamt för alla verksamheter	Risker inför sommarbemanning, Hot och våldssituationer, värmebölja och schemaförändringar.
SÄBO	Omorganisationer i arbetsgrupper – fördelning av kompetens och ökar stabilitet i verksamheterna
	Schemaändringar och minskad bemanning – skapar förutsättningar att fördela resurser mellan enheterna och utifrån verksamheternas behov.
	Arbetsmiljörisker r/t minskad bemanning – utifrån behovet av kontinuitet, arbetsbelastning och kvalitet i verksamheterna
	Hot och våld – risker kopplade till utåtagerande brukare utifrån både personal och brukarperspektivet.
	Enhetschefernas arbetsmiljö – hög arbetsbelastning r/t de förändrade ekonomiska förutsättningarna och den ökade arbetsbelastningen under året.
HSL	Avancerad vård i hemmet - Översyn av vilka arbetsuppgifter som blir vanligare att utföra i ordinärt och särskilt boende vart efter patienter blir äldre, skörare och mer sjuka
	Tillsammans med korttidsenheten och Bryggeriet riskanalys över införande av individuella läkemedelsskåp på korttids i stället för läkemedelsvagn.
Hemtjänsten	Schemaförändring på Solvändan

	Vaktmästare har nya arbetsuppgifter
	Utlånad personal mellan teamen – i syfte att bäst nyttja resurser
	Schemaförändringar i verksamheten
	Inför övertagande av serviceinsatser från LOV företagen.
	Beslut att hemtjänsten ska arbeta med delade handenheter – att telefonerna inte längre ska vara individuella utan delas mellan medarbetare.
	Nytt verksamhetsuppföljningssystem, Kuben.
	Resursbesparing på Korttidsenheten där två tjänster vid pensionsavgång inte tillsätts.
	Övertagande av korttidsplatser till Korttids från SÄBO
FO	Inför verkställande av beslut i de verksamheter där det varit aktuellt
	24 timmarsarbete
	Flytande dygns bryt – vilket är en variabel vid schemaläggning och arbetstidsberäkning.
	Flytt av verksamhet
	Sammanslagning av verksamheter
	Schemaförändringar – handlingsplaner för att minska stress i relation till föreslagna förändringar.

Risikanalyser dokumenteras på respektive enhet och i de fall en riskanalys påverkar den enskilde individen dokumenteras genomförandet av riskanalysen och resultat i aktuell journal

4.3.2 Bemanning

Hälso- och sjukvården har under 2025 varit i ständig rekrytering med goda resultat som nästan helt eliminerat behovet av bemanningspersonal förutom under sommarperioden.

Två tidigare projektanställda underskötersketjänster inom Sjuksköterskegruppen SÄBO har permanentats. Gemensamt i arbetsgruppen har en arbetsbeskrivning tagits fram och resurserna fördelas där behovet är som störst.

Hälso- och sjukvården konstaterar att läget är skört med en ständig rörelse på marknaden. Det är svårt att rekrytera och konkurrensen är hög från andra vårdgivare inom kommunen och i gränskommunerna.

Verksamheterna ser ett fortsatt behov av att arbeta med rekrytering och en introduktionsprocess inom hälso- och sjukvården. En anpassad introduktion beroende på erfarenhet och kompetens vid anställning ses som ett nästa steg. Rekrytering beskrivs som en långsiktig investering så mycket mer än att bara tillsätta en vakans. Varje ny anställning påverkar verksamheten och den gemensamma arbetsmiljön så vi behöver säkra både rätt talang, tänka hållbart och arbeta med vår gemensamma kultur.

Verksamheten noterar en utmaning i behovet av varandras expertis inom organisationen. Den komplexitet och de framtidsutmaningar vård- och omsorg står inför med fler sjuka äldre som ska tas omhand och färre invånare i yrkesför ålder kräver att vi samleder, det kräver kompetens från HR, kommunikatörer, ekonom, chefer och utvecklare. Att göra organisationen attraktiv, planera långsiktigt strategiskt och tillsammans fatta kloka hållbara beslut

Även hemsjukvården har permanentat underskötersketjänsterna. Genom att bemanna med undersköterskor kan resurser användas på ett mer hållbart och effektivt sätt. Underskötersketjänsterna ses även som en

karriärväg inom vård- och omsorg för undersköterskor med lång erfarenhet och god kompetens. Arbetsgivaren får möjlighet att erbjuda attraktiva tjänster och samtidigt nyttja god kompetens på bästa sätt.

Verksamheten ser även ett behov av att tillsätta en underskötersketjänst inom sjuksköterskegruppen på LSS och Socialpsykiatri där det finns stora logistiska utmaningar med många små enheter och komplexa samordningsärenden. LSS och Socialpsykiatri sjuksköterskegrupp har haft en något svajig bemanningssituation under året med flera sjukskrivningar och svårigheter att rekrytera. Hemsjukvården har varit stabilare och under året har konsulter enbart behövts under sommarmånaderna.

Rehabteamet har fortsatt att arbeta aktivt med både det aktiva medarbetarskapet och att se över och vid behov omfördela arbetsuppgifter mellan professioner. Det råder brist på behöriga arbetsterapeuter nationellt och verksamheten står inför utmaningar att rekrytera arbetsterapeuter det kommande året med bakgrund mot några pensionsavgångar och att det nystartade arbetsterapeutprogrammet i Uppsala inte examinerar förrän till sommaren 2027.

Akademiskt boende och VFU, verksamhetsförlagd utbildning

Ett akademiskt vård- och omsorgsboende är en nära samverkan mellan Sala kommun och Mälardalens universitet (MDU) för att säkerställa en forskningsbaserad vård och omsorg. Den 20 november 2024 blev det särskilda boendet Bergsmansgatan 30 i Sala kommun ett akademiskt vård- och omsorgsboende. Totalt finns det cirka 20 akademiska vård- och omsorgsboenden i Sverige. MDU är involverat i två av dem; ett i Sala och ett i Eskilstuna. Bergsmansgatan 30 och Måsta Äng i Eskilstuna kommer att följas åt och utbyta erfarenheter under projektet. Genom samverkan med MDU och ett nytt arbetssätt säkrar vi att personal får del av den senaste forskningen och att forskningen kommer till nytta och kan göra skillnad på dem vi finns till för.

Vård- och omsorgskontoret har avtal med Mälardalens universitet att ta emot sjuksköterskor från termin 2, 4 och 6. Avtalet är nytt från och med 2024 då sjuksköterskeprogrammet utökade VFU från 20 till 42 veckor. Studenter tas emot både särskilt boende, hemsjukvård och LSS/Socialpsykiatri.

Under 2025 har Rehabteamet tagit emot arbetsterapeutstudenter för VFU utifrån avtal med det nystartade arbetsterapeutprogrammet vid Uppsala universitet. Vidare har vård- och omsorgskontoret även avtal med Mälardalens universitet att ta emot fyra fysioterapeutstudenter varje år. Både arbetsterapeut- och fysioterapeutstudenterna har tagits emot i ordinärt och särskilt boende.

Under 2025 har det varit fokus på studenthandledning på Bergsmansgatan 30 utifrån etablerad handlingsplan. Sjuksköterskorna har på det akademiska boendet systematiskt arbetat med att kvalitetssäkra handledningen av sjuksköterskestudenter termin två från Mälardalens Universitet. Tillsammans med handledande undersköterskor på våning 1 har olika tillvägagångssätt i handledningen utprovats som en del i arbetet. En av sjuksköterskorna är dessutom huvudhandledare och sitter med i styrgruppen för det akademiska boendet.

Arbete med "studentsal" har påbörjats för att öka följsamheten och tillgängligheten för studenterna till patienten. Det har resulterat i sjuksköterskestudenterna upplevs bli mer självständiga och trygga i utförande av den grundläggande omvårdnaden.

Under hösten har en utbildningsinsats av huvudhandledare riktad mot handledande undersköterskor genomförts avseende studenthandledning, lära i par, personcentrerad vår och evidensbaserad omvårdnad. Under vinter/vår 2026 planeras handledning av sjuksköterskestudenter genomföras även på våning 2, vilket kommer resultera i utbildningsinsatser riktat till handledande undersköterskor.

Ledarskapsutbildning och aktivt medarbetarskap

Under 2025 gick den sista omgången chefer i Sala Kommun utbildningen Utvecklande ledarskap och planering pågår för fortsättningen i verksamheterna.

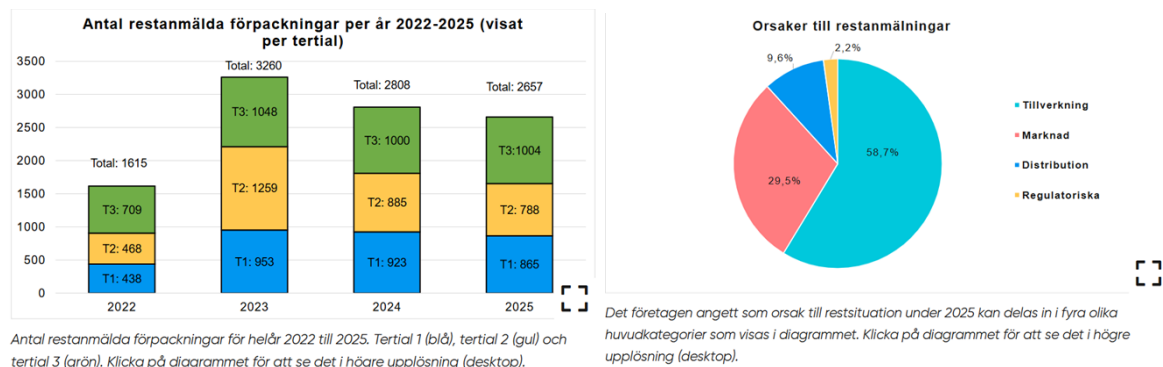
Det aktiva medarbetarskapet och utvecklande ledarskapet genomsyrar Sala kommuns medarbetarpolicy och lönekriterier. Genom ett stödjande och coachande ledarskap motiveras medarbetare att aktivt delta i kvalitetsutveckling i den egna verksamheten. Genom det aktiva ledarskapet skapas en atmosfär av tillit och ömsesidig respekt. Vilket leder till ökad motivation och engagemang hos medarbetarna, vilket i sin tur minskar risken för att de ska söka sig till andra arbetsgivare, en god kontinuitet skapar goda förutsättningar för en patientsäker vård och en hög kvalitet på välfärden.

Sala kommun ligger på ett HME (Hållbart medarbetarengagemang) 76 vilket är lägre än genomsnittet i rikets samtliga kommuner på 80. Ett högt HME tillsammans med ett högt HSE (Hållbart säkerhetsengagemang, LÖF.se) antas skapa goda förutsättningar för en patientsäker vård. Ingen mätning av HSE genomförs ännu i Sala kommuns verksamheter men diskussioner pågår om att mätning ska genomföras inom Vård- och omsorgskontorets verksamheter under 2026.

4.3.3 Leveranser

Generellt sett har Sverige en god tillgång på läkemedel. Läkemedelsverket bedömer påverkan som måttlig.

Vård- och omsorg i Sala har inte märkt någon egentlig påverkan från restnoterade läkemedel under 2025. Vid granskning av nationella siffror ser vi också att restanmälningarna minskat något från föregående år. Samt att orsakerna till restnoteringar till störst del beror på tillverkning.

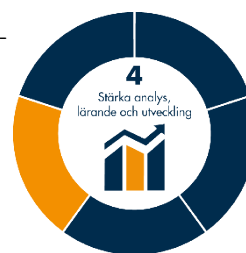


Sjuksköterskor har upprepat under året noterat leveransproblem kopplat till PostNords hantering av paketutlämning. Problem som noterats handlar om krossade läkemedelsflaskor, uteblivna leveranser samt att paket och läkemedelsleveranser lämnats utan underskrift och utan kontroll. Varje händelse är kommunicerat med dosleverantören som är den som har avtalet med Postnord för direktleveranser.

Verksamheten har inte kunnat notera några leveransproblem avseende hjälpmedelsförsörjningen.

4.4 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.



4.4.1 Avvikelser

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

För redovisning av antal avvikelser och specifik information se avsnitt 4.1.

4.4.2 Kvalitetsregister

Rapportering till kvalitetsregister genomförs regelbundet. Rapportering utförs av legitimerad personal, oftast sjuksköterska och rapporteringen sker manuellt vilket innebär dubbeldokumentation eftersom tex riskskattning och åtgärdsplanering även behöver finnas i patientens primära journal.

2024 la länets MASar ett gemensamt förbättringsförslag till Regionens kommunala förvaltningsråd för Cosmic journal att samverka med SKR för att möjliggöra automatiserad överföring till register, Cambio Cosmic avlog utvecklingsförslaget och inget arbete har inletts.

Primärvårdskvalitet

Tillsammans med länets övriga kommuner har Sala ingått i ett projekt kring Primärvårdskvalitet under ledning av SKR.

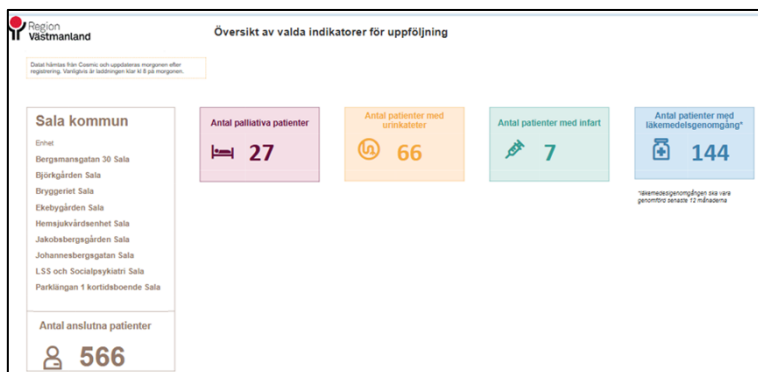
Projektets syfte är att identifiera patientsäkerhetsindikatorer inom kommunal hälso- och sjukvård och se om det är möjligt att ta ut data i realtid från primärdokumentation.

Att ”hitta vårdskador innan de inträffar”. Projektet har fokuserat på de befintliga strukturer för dokumentation som finns och indikatorer

för bland annat palliativ vård. Projektet har tagit fram ett 30 tal indikatorer inom Palliativ vård, katetervård, infarter och läkemedelsgenomgång. Genom en visuellt tillgänglig rapport har projektet avrapporterats till Socialchefs nätverket som i januari 2026 fattat beslut om fortsatt arbete och implementering av den nya rapporten i verksamheterna.

Registrering i nationella kvalitetsregister ingår i hälso- och sjukvårdens arbetsuppgift och utförs regelbundet, det har tidigare identifierats att verksamheterna sällan använder inrapporterade data till förbättringsarbeten eller för att mäta följsamhet till rutiner. Under 2025 års patientsäkerhetsdialoger var temat dataunderlag och analys. Verksamheterna träffades tillsammans med sina respektive legitimerad personal och fick se data från sina verksamhetsområden.

Data diskuteras med utgångspunkt i att analyser hur insamling skett, samt hur vi granskar data i förhållande till den verksamhet vi bedriver.



Diskussioner har förts med vårdcentralerna kring behovet av att gemensamt analysera insamlade data och använda data till förbättringsarbeten i vården.

Inom vård- och omsorgskontoret finns beslut att vi ska använda följande register:

Register	Syfte	Rapportering	Frekvens
Palliativa registret	Följa kvalitetsindikatorer för palliativ vård	Samtliga dödsfall inom vård- och omsorgskontorets verksamheter där kommunal hälso- och sjukvård haft ansvaret vid dödstillfället.	Rapportering efter dödsfallet
SveDem	Uppföljning av diagnos, behandling och progression efter demensdiagnos.	Samtliga patienter med demensdiagnoser inom SÄBO, Hemsjukvård och LSS verksamheter.	Årligen
Senior Alert	Riskregister för identifiering, åtgärdsplanering och uppföljning kopplat till fallrisk, risk för undernäring, trycksårrisk, risk för dålig munhälsa samt Blåsdysfunktion.	Samtliga patienter inom SÄBO och på korttids	Årligen samt vid behov vid förändrat hälsotillstånd.
BPSD	Kvalitetssäkra och utveckla vården för personer med kognitiv sjukdom/demenssjukdom. Genom multiprofessionella vårdåtgärder minska beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD) och därigenom öka livskvaliteten för personen med kognitiv sjukdom/demenssjukdom.	Personer med demensdiagnos på SÄBO (för närvarande)	Vid behov
VRI	Regional uppföljning av Vårdrelaterade infektioner, antibiotikaanvändning och KAD.	Rapportering sker endast för SÄBO	Månatligen
HALT	Ett verktyg för att samla data gällande vårdrelaterade infektioner, förekomst av riskfaktorer hos vårdtagare, och antibiotikaanvändning.	Rapportering sker i Senior Alert och endast för patienter på SÄBO	Årligen

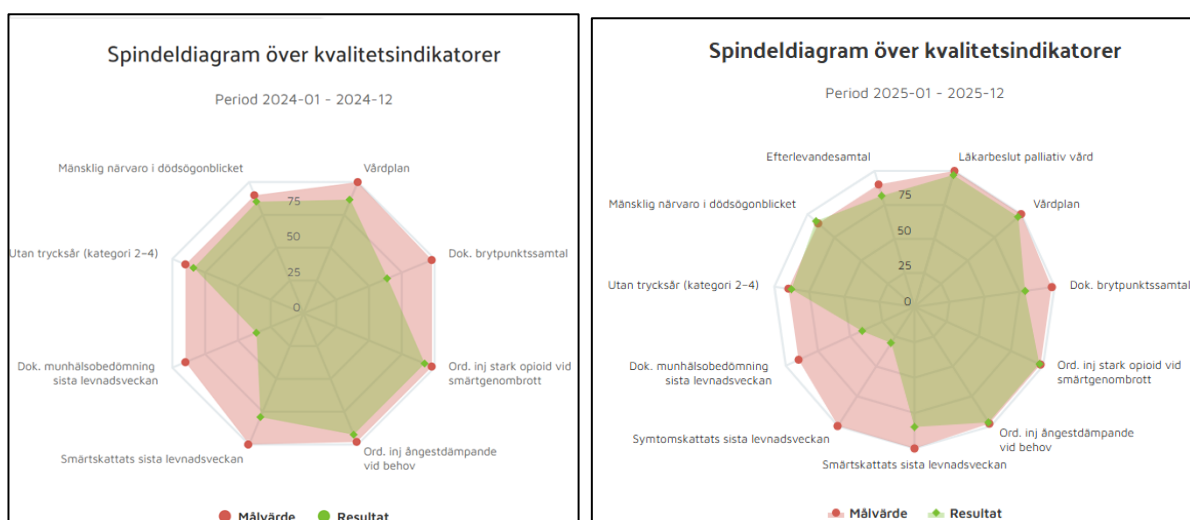
Palliativa registret

Dödsfallsenkäten fylls i av ansvarig sjuksköterska i de situationer som dödsfallet inträffat på det särskilda boendet eller i ordinärt boende. Om patienten avlider på annan plats, tex inom slutenvården görs inte registreringen av kommunens sjuksköterska. Under 2025 har SÄBO påbörjat ett arbete med att fylla i dödsfallsenkäten i teamet. Sjuksköterska, enhetschef och omvårdnadspersonal går igenom det palliativa förloppet och använder erfarenheterna i utvecklande syfte.

Enligt palliativa registret har 66 inrapporteringar skett under 2025, enligt rapport i utdata från patientjournal kan vi se att 102 patienter har vid tillfälle för dödsfall varit ansluta till den kommunala hälso- och sjukvården, men det framgår alltså inte om de har avlidit på boendet. Rapportering till palliativa registret görs endast om den kommunala hälso- och sjukvården haft ansvaret och deltagit i vården av den enskilde i samband med dödsögonblicket.

Sedan föregående år har palliativa registret utökat antalet indikatorer, Läkarbedömning palliativ vård, efterlevandesamtal och symtomskattning . Vi ser att vi har en hög andel läkarbeslut om palliativ vård, lika så en hög andel efterlevande samtal. Men vi har inga rutiner för symtomskattning i livets slut. Vid granskning av kvalitetsindikatorer kan vi se att följsamheten har ökat dokumenterad munvårdsbedömning i livets slut, smärtskattning och dokumenterat brytpunktssamtal. Ökningen tillskrivs dels den nya vårdplanen, dels ett arbete i verksamheterna med att utbilda personal i palliativ vård.

Kvalitet och utveckling: i slutet av 2025 släppte Socialstyrelsen reviderade riktlinjer avseende palliativ vård. På länsövergripande nivå har palliativa rådet arbetet med en gapanalys för att identifiera behovet i Västmanland och Chefsforum har fattat beslut om att en länsgemensam riktlinje ska arbetas fram. Lokalt har palliativa gruppen arbetat med revidering av rutiner för palliativ vård och med att implementera den nya generella vårdplanen för palliativ vård, vilket vi ser har ökat följsamheten till vårdförloppet och bidrar till ökad kvalitén på den palliativa vården.



Figur 1 och 2: Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer för palliativ vård i jämförelse mellan 2023 och 2024 med urvalet SÄBO, LSS, Korttids och ordinärt boende > 65 år. Hämtat från Utdataportal | Svenska palliativregistret

SveDem

Sala kommun jobbar aktivt med registrering i Svedem inom hemsjukvården och inom Särskilt boende.

Antalet registreringar har minskat något inom SÄBO och ökat något inom hemsjukvården, det är svårt att dra några slutsatser om inrapporterade siffror är relevant beroende på att ingen samlad bild över antalet patienter med demensdiagnos finns. Det går alltså inte att avgöra om antalet är relevant i förhållande till behovet. Således ligger fokus inte på antalet uppföljningar genomförda utan på resultatet.

Ingen analys av utdata från SveDem har gjorts tillsammans med ansvarigt team. Nedan sammanställning visar måluppfyllelse i procentenheter i jämförelse med Socialstyrelsens rekommendation.

	SÄBO	SÄBO	SÄBO	Ord	Ord	Ord	Mål-
Kvalitetsindikatorer	2023	2024	2025	boende	boende	boende	värde
	2023	2024	2025	2023	2024	2025	

Antal uppföljningar	83st	73st	69st	16st	11st	15st	11st
Levnadsberättelse	72%	60%	68%	100%	100%	93%	98%
Miljöanpassningar	65%	71%	75%	50%	82%	67%	98%
Strategier för bemötande	82%	62%	73%	50%	64%	67%	98%
Personcentrerade aktiviteter	90%	85%	78%	83%	91%	93%	98%
Andel patienter utan Antipsykosläkemedel	96%	89%	89%	94%	92%	93%	90%
Läkemedelsgenomgång senaste 12 månaderna	75%	85%	87%	94%	91%	100%	98%

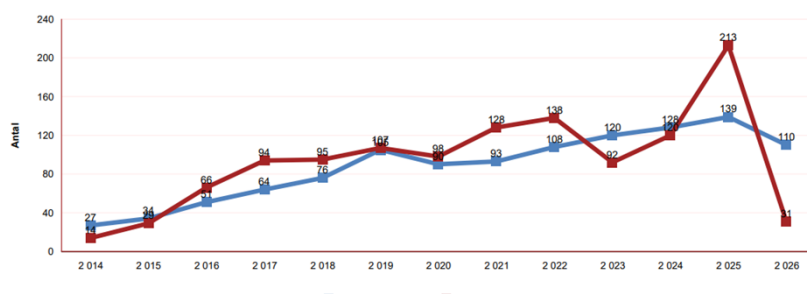
Tabell 1: Målpuppfyllelse kvalitetsindikatorer från SveDem

Vid sammanställning inför patientsäkerhetsberättelsen noteras att de största utmaningarna handlar om strategier för bemötande. Inom SÄBO ses en försiktig ökning avseende levnadsberättelse och miljöanpassningar men inom hemsjukvården i ordinärt boende ser vi en minskning inom de respektive områdena.

En djupare analys av resultat och inrapporterade siffror behöver göras för att identifiera kvalitetsutvecklingsbehovet.

En sammanslagen bild av Svedem och BPSD borde också göras inför 2026 med utgångspunkt i den nya demensstrategin.

BPSD



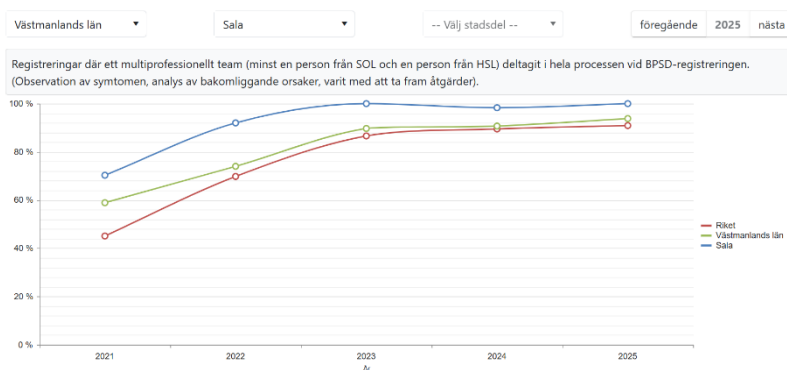
Figur 1: Antal registreringar och antal unika individer, källa: BPSD resultatrapport

Under 2024–2025 har arbetet med BPSD registret prioriterats inom vård- och omsorgskontoret.

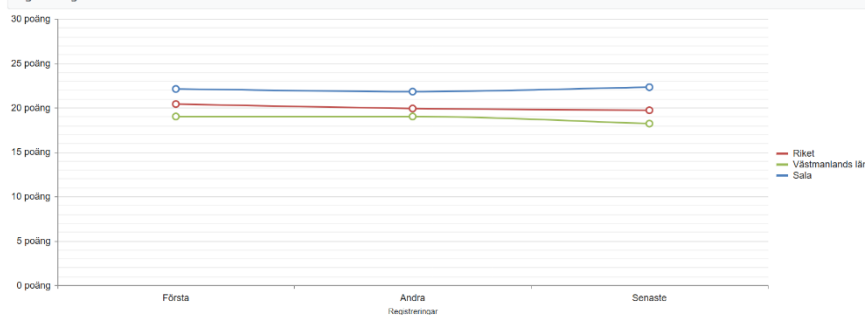
Flera verksamheter har aktivt arbetat med utbildning och ett arbete pågår med revidering av rutin för registrering i BPSD registret.

Inom LSS verksamheterna har teamen börjat arbeta med BPSD registrering för att identifiera orsaker och relevanta åtgärder för att minska beteendemässiga och psykiatriska symtom. Även hos de patienter som inte har en demensdiagnos. Arbetet har gett goda resultat på individnivå och ökat kvalitén på vården och omvårdnaden.

Vi noterar att 95% av alla registreringar har gjorts i team, vilket är fler än i länet och riket. Utbildningsinsatserna leds av certifierade utbildare och inom vård- och omsorg är det både sjuksköterskor och fysioterapeuter som håller i utbildning för omvårdnadspersonal, sjuksköterskor och rehabpersonalen på de enheter som är anslutna.

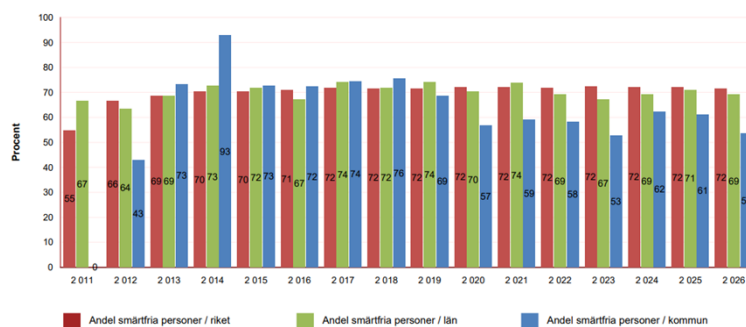


Grafen visar medelvärdet för samtliga registrerade personer; första, andra och den senaste registreringen, oavsett hur lång tid det är mellan registreringarna.



Noterbart är att patienter som registrerats i BPSD registret i hög utsträckning i har en ökad NPI poäng, vilket tyder på att patienter mår sämre över tid.

Vi kan i statistiken också notera att andelen patienter som vid registrering har smärta är generellt högre i Sala än i övriga länet och riket i helhet. Det tycks ha skett någon förändring i registrering eller smärta vid 2020 och framåt.



Senior Alert och HALT

Registrering i Senior Alert genomförs årligen samt vid behov för alla patienter på särskilt boende, 348 unika personer har registrerats under 2025. Av dessa har 94% identifierats ha risk för någon av följande risk för trycksår, fall och undernäring eller dålig munhälsa.

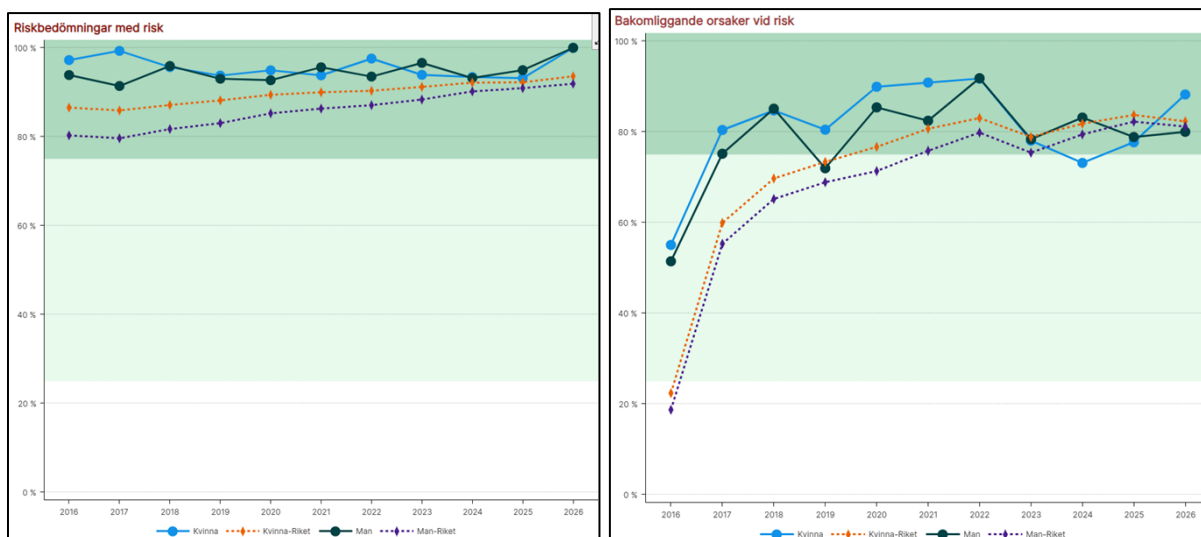
Mest vanligt är det att patienterna har risk för fall, vilket vi också ser i statistiken är den vanligaste incidenten. Minst vanligt är att patienten har risk för trycksår ca 28% av alla registrerade. Enligt den punktprevalensmätning som görs automatiserat i samband med HALT mätningen noteras att 6% av patienter på SÄBO har trycksår vilket är en minskning från tidigare år med 9%. Det är också vanligast med trycksårsgrad 1 som står för 17 av 21 noterade trycksår, alltså ser vi ett förbättrat resultat avseende trycksår jämfört med tidigare år.

HALT mätningen genomförs årligen under ledning av Folkhälsomyndigheten och Sala deltog 2023 och igen 2025. HALT mäter vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning i särskilt boende. Mätningen

samlar data om förekomst av riskfaktorer och antibiotikaanvändning. Till riskfaktorer räknas sår, KAD, och kirurgiska ingrepp, inkontinens, desorientering och mobilitet.

SENIOR ALERT

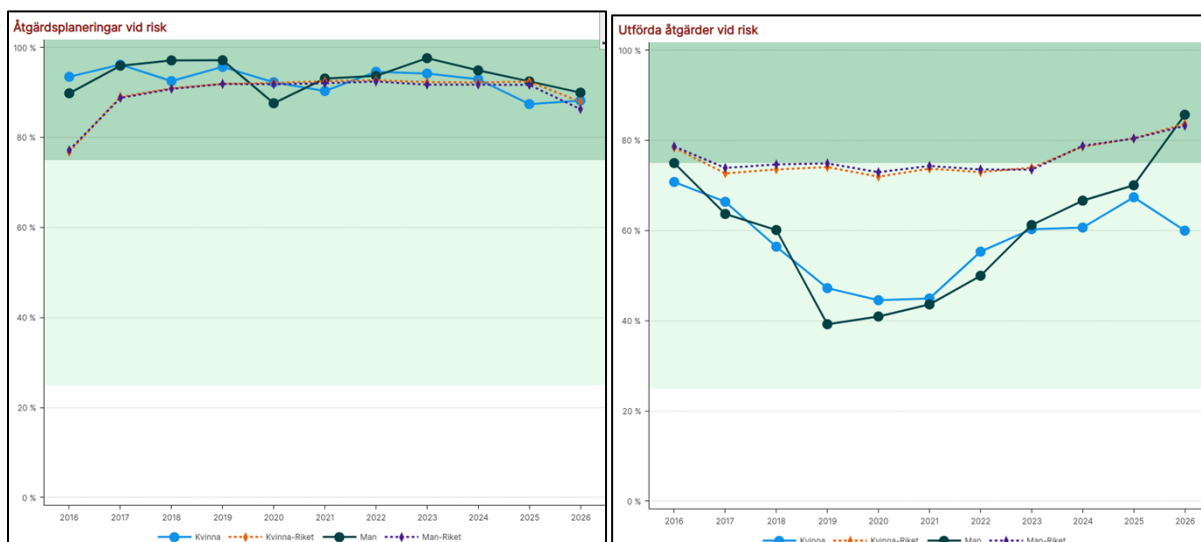
Generellt ser vi över tid i Senior alert att registrering har skett i samma omfattning under många år, vi ser också att identifierade personer med risker håller sig ungefär jämt över tid.



Senior alert publik rapport 2025

Sala kommun fick utmärkelsen Guld Kommun under 2025, det innebär att kommunen har en täckningsgrad på mer än 90% (90% av antalet patienter i särskilt boende) och att den vårdpreventiva processen är godkänd.

Antalet registreringar där man tittat på bakomliggande orsaker vid risk är högre för kvinnor än för män, det är dock oklart varför vid granskning av data på aggregerad nivå. Analyser av insamlade data genomförs på individnivå på respektive enhet. Under 2025 har ingen analys av data från senior Alert genomförts på aggregerad nivå



Senior alert publik rapport 2025

Vid datauttag noteras att antalet åtgärdsplaner vid risk är i nedåtgående trend, och utförda åtgärder vid risk är på väg upp. I sammanhanget är det viktigt att reflektera över den dubbeldokumentation som Senior Alert

idag medför, vilket är en administrativt tung uppgift eftersom patientens primära dokumentation ska innehålla skattning, bakomliggande orsaker och åtgärder samt uppföljning i likhet med Senior Alert.

Vi kan se att patienter på särskilt boende i hög utsträckning har individuella vårdplaner kopplat till aktuella riskområden.

Vårdplan	Antal mål
CDS Vårdskadeprevention Fall	246
CDS Vårdskadeprevention Munhälsa	190
CDS Vårdskadeprevention Trycksår	125
CDS Vårdskadeprevention Uternärning	230
Summa:	791

Antalet vårdplaner i Cosmic journal för SÄBO – Datakälla DUVA, Rapporten Vårdplaner på anslutna patienter

Inom hemsjukvården och funktionsnedsättningsområdet används inte Senior Alert som kvalitetsregister, men under året har ett arbete pågått med att utreda om hemsjukvården och LSS och Socialpsykiatri också ska genomföra riskbedömningar enligt Senior Alert, utredningen beräknas vara klar under våren 2026 och den även nya rutiner för förebyggande arbete.

Vi kan ändå genom patientjournalen se att riskskattning utförs. Dock inte på något strukturerat sätt. 2024 noterade vi att många riskskattningar och vårdplaner hade upprättats på korttids och sedan inte följts upp i ordinärt boende, liknande analys görs av årets dokumentation. Det är dock tydligt att antalet riskskattningar och därmed vårdplaner ändå ökat för patienter i ordinärt boende och inom LSS och Socialpsykiatri.

Vårdplan	Antal mål	Vårdplan	Antal mål
CDS Vårdskadeprevention Fall	56	CDS Vårdskadeprevention Fall	95
CDS Vårdskadeprevention Munhälsa	27	CDS Vårdskadeprevention Munhälsa	48
CDS Vårdskadeprevention Trycksår	22	CDS Vårdskadeprevention Trycksår	48
CDS Vårdskadeprevention Uternärning	35	CDS Vårdskadeprevention Uternärning	66
Summa:	140	Summa:	257

Hemsjukvården 2024

Hemsjukvården 2025

Vårdplan	Antal mål	Vårdplan	Antal mål
CDS Vårdskadeprevention Fall	4	CDS Vårdskadeprevention Fall	10
CDS Vårdskadeprevention Munhälsa	2	CDS Vårdskadeprevention Munhälsa	2
CDS Vårdskadeprevention Trycksår	1	CDS Vårdskadeprevention Trycksår	1
CDS Vårdskadeprevention Uternärning	3	CDS Vårdskadeprevention Uternärning	5
Summa:	10	Summa:	18

Funktionsnedsättningsområdet 2024

Funktionsnedsättningsområdet 2025

Antalet vårdplaner i Cosmic journal för HSV och LSS – Datakälla DUVA, Rapporten Vårdplaner på anslutna patienter

4.4.3 Klagomål och synpunkter

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

Synpunkter inkommer till kommunen via blankett, registrator diarieför och tilldelar utredningsansvar till respektive enhetschef som utreder och återför svar till registrator.

På enhetsnivå hanteras inkomna synpunkter och klagomål från individer i våra verksamheter i enlighet med rutin. Återkopplingen ansvarar respektive enhetschef för.

Verksamheten arbetar med inkomna synpunkter och klagomål och använder analysen i planering och utveckling av verksamheten.

Verksamhetsområde	Antal 2023	Antal 2024	2025
SÄBO	11	6	4
Hemtjänst	9	4	19
Funktionsnedsättnings området	8	8	7
Hemsjukvården	1	1	2
Övrigt	0	0	1
TOTALT	29	19	33

Tillskillnad från tidigare år har ingen uppdelning av kategorier för inrapporterade synpunkter redovisats.

4.5 Öka riskmedvetenhet och beredskap

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



Krisberedskap och civilt försvar

Under 2025 har fokus för kontorets arbete handlat om utbildning och förberedelser i verksamheten att påbörja arbetet med att ta fram kontinuitetsplaner. Arbetet planeras fortsätta under 2026.

Vård- och omsorgskontoret har tillsammans med Sala kommuns övergripande krisberedskapsarbete testat och utvecklat en e-tjänst för kontinuitetsarbetet.

Vidare har ett arbete pågått med att förbereda ett beredskapslager. Lokaler och organisation har planerats och under 2026 kommer lager att upprättas och organisationen att sättas vilket gör att vård- och omsorg är väl förberedda för den lagändringar i HSL som träder i kraft vid årsskiftet 2026.

- Planering för att hälso- och sjukvård ska upprätthålla beredskap och särskilt beakta behovet av gemensam planering.
- Lagerhållning av sjukvårdsprodukter (Januari 2027)
- Krav på nivå för vilken hälso- och sjukvård kommuner och regioner ska erbjuda under fredstida krissituationer och höjd beredskap. Kommun och region ska då erbjuda vård som är nödvändig för liv och hälsa i stället för god vård som de annars ska erbjuda. Om regeringen beslutar om kvalificerat katastroftillstånd sänks kraven ytterligare.
- System för hur kommuner och regioner ska hjälpa varandra vid katastroftillstånd.
- Kommuner och regionen ska omfattas av totalförsvarsplaneringen.
- Hälso- och sjukvårdspersonal får en skyldighet att lämna vissa uppgifter till Försvarsmakten vid höjd beredskap

Projektet för Civilt försvar och krisberedskap planeras pågå hela 2026 och därefter ska en överrapportering presenteras för fortsatt ansvar och struktur för en långsiktig organisation.

Omställningen till Nära vård och nya Socialtjänstlagen

Det har saknats en samlad bild inom äldre- och omsorgsnämndens verksamheter kring vilka åtgärder som ska genomföras utifrån omställningen till nära vård. Verksamheterna bedriver utvecklingsarbete och kompetensutveckling i samverkan med vårdcentralerna utan att det framgår att det är i syfte att ställa om till en nära vård.

Verksamheten kan konstatera att vi gör rätt saker men det är inte alltid tydligt att det görs för att nå en mycket nödvändig reformering av hälso- och sjukvård i hemmet. Genom den tydliga mer detaljerad målbild och färdplan som regionen tagit fram i samverkan med länets kommuner kan vi ändå checka av stora delar som påbörjade.

Länsgemensam färdplan	Salas arbete	Status
Kompetensutveckling i samverkan	Utbildningsinsatser i samverkan med vårdcentralerna	Pågår
Samfinansierade tjänster	Diskussioner pågår med Närsjukvård Öst och med vårdcentralerna	Ingen planerad aktivitet
Länspilotprojekt för barn och unga	Utifrån Äldre- och omsorgsnämndens område pågår inget	Ingen information
Införande av seniorhälsovårdsprogram vid länets vårdcentraler	Information har tilldelats kommunen, men ansvar ligger hos Vårdcentralerna	Planerad uppstart 2026
Sammanhållen planering 1177 och dokumenterad överenskommelse	HSL LGR har träffat projektet och införande ska planeras till 2026.	Planeringsstadie
Förstärkt vård utanför sjukhus för sköra äldre	Närvårdsteamet är etablerat och samverkan fungerar bra med hemsjukvården. Sjuksköterskor och MAS har gjort en riskanalys över avancerade arbetsuppgifter som kan bli aktuella inom kommunal hälso- och sjukvård med syfte att säkerställa kompetens och ställa om verksamhetens beredskap för omställningen till nära vård.	Klart
Gemensam primärvårdsplan	Vård- och omsorg Sala tillsammans med Vårdcentralerna har tagit fram en primärvårdsplan.	Klart

Inom vård och omsorgskontoret har ett arbete genomförts för att koppla implementeringen av den nya Socialtjänstlagen till den pågående välfärdsomställningen, i linje med nationella strategier och reformer såsom omställningen till Nära vård, den nationella strategin för psykisk hälsa samt Agenda 2030.

Arbetet har bland annat bestått av idéworkshops med fokus på SoL och Nära vård, informationsinsatser samt praktiska förberedelser i form av revidering av styrande dokument såsom delegationsordning, riktlinjer och rutiner.

Även erfarenhetsutbyte med andra kommuner har skett. Arbetet kommer att fortsätta och utvecklas vidare under kommande år.

Nya Socialtjänstlagen trädde i kraft 1 juli 2025 och det nya med lagen kan sammanfattas i fyra övergripande begrepp som återfinns i lagens mål och inriktning. Socialtjänsten ska vara

- jämlik och jämställd,
- förebyggande,

- lätt tillgänglig samt
- kunskapsbaserad.

Genom att börja se omställningen till Nära vård som en del i välfärdsomställningen och att göra kopplingar till nya Socialtjänstlagen kan vi också bättre nyttja resurserna inom vård- och omsorgskontoret. Stora delar av den välfärdsomställning som behöver ske tar sig utgångspunkt i dessa två reformer.

5 MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Vård- och omsorg i Sala har liksom riket i helhet stora utmaningar att få resurser att räcka till utifrån den utveckling populationen går emot med fler sjuka äldre som lever längre och färre medborgare i yrkesför ålder. Förändrade och nya arbetssätt behöver provas i verksamheterna och ett fokusskifte från en reaktiv till en proaktiv vård- och omsorg skapar förhoppningsvis förutsättningar till att bromsa behovet av avancerad hälso- och sjukvård i hemmet samt minska behovet av andra insatser från socialtjänsten.

Arbetet med att få budget i balans har framför allt handlat om nerdragningar av bemanningstäthet inom SÄBO, fördelning av resurser mellan teamen på hemtjänsten samt översyn av schema och planeringsverktyg för korttids behovet fortsätta under 2026. Samtidigt som verksamheterna ska försöka hålla budget i balans behöver kvalitet och kompetens prioriteras.

Vi ser en volymökning inom både funktionsnedsättningsområdet, hemtjänsten och behovet av platser på särskilt boende. I kombination med det ser vi också en ökning av antalet svårt sjuka patienter med mer komplexa sjukdomstillstånd och mer avancerad hemsjukvård till följd. Med anledning av det behöver hälso- och sjukvården prioritera att fortsätta arbeta med kompetensförsörjning, och planering för att möta behovet av den omställning som hälso- och sjukvården står inför.

Under 2026 står också vård- och omsorg och den kommunala hälso- och sjukvården för en rad lagändringar med utgångspunkt i bland annat omställningen till nära vård och den världspolitiska ordningen med en ökad hotbild. Med anledning av det behöver verksamheterna bland annat göra

- Översyn av delegeringsprocessen och introduktionsutbildning för nyanställda
- Skapa förutsättningar för att på ett tryggt och säkert sätt kunna erbjuda en god vård för svårare sjuka patienter på särskilt boende och i ordinärt boende.
- Krisberedskap och katastrofplanering
- Ett arbete för att möta välfärdsomställningen med de begränsade resurserna verksamheterna har med fokus på digitalisering och kompetensförsörjning.
- Uppdatering av rutiner och möjliggöra tillgänglighet till styrande dokument för verksamhetsnära personal.

Verksamheterna behöver under 2026 ta sig an den reviderade handlingsplanen för stärkt patientsäkerhet Agera för Säker vård som släpptes under 2025. Vidare arbetar NSG (Nationell Samverkansgrupp) Patientsäkerhet med framtagande av en utbildning för chefer i patientsäkerhet.

Hälso- och sjukvården planerar att under 2026 gå till nämnd med en riktlinje för kommunal hälso- och sjukvård. Att tydliggöra den kommunala hälso- och sjukvårdens mål och intentioner ses som ett led i att jobba med kontorets grunduppdrag.

Tillsammans inom vård- och omsorgskontoret behöver alla verksamheter arbeta gemensamt för att förändra arbetssätt och hitta nya lösningar för att klara den välfärdsomställning vi står mitt i.

Genom tydligare målstyrning, uppföljning och analys ges verksamheterna förutsättningar att klara av den förändrade världsbilden och de utmaningar som välfärden står inför. Konkret innebär det att verksamheterna behöver göra ett arbete inom följande områden.

Fokusområde	Vad?
Öka kunskap om vårdskador	- Använda kunskaper från avvikelser i förbättringsarbete i syfte att minska risken för negativa händelser i verksamheten

	- Identifiera risker för vårdskador tidigt via riskanalyser och primärdokumentationen via realtidsdata.
Tillförlitliga och säkra system och processer	- Revidering av befintliga rutiner inom området. - Rutiner för medicinskteknisk utrustning - Upprätthålla god hygienisk standard - Driftstopprutiner - Översyn av delegeringsprocessen - Översyn av introduktionsprogram för nyanställda
Säker vård här och nu	- Undersöka HSE – Hållbart säkerhetsengagemang - Primärvårdskvalitet - Riskanalys av avancerad vård i hemmet
Stärka analys, lärande och utveckling	- Kvalitetsorganisation - Utbildning - Säkerställa utveckling och användning av digitala tjänster och produkter i verksamheterna.
Öka riskmedvetenhet och beredskap	- Krisberedskap och Civilt försvar - Driftstopprutiner - Välfärdsomställningen

Vård och omsorgskontoret
Anneli. L. Sundin
T.F Vård- och omsorgschef

Äldre- och omsorgsnämnden

MISSIV

Kvalitetsberättelse 2025

SAMMANFATTNING AV ÄRENDET

Lagens krav på systematiskt kvalitetsarbete enligt Socialtjänstlagen 3 kap 3 § ska insatser inom socialtjänsten vara av god kvalitet. För utförande av uppgifter inom socialtjänsten ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Även i 6 § Lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade finns lagkrav på att LSS verksamhet ska vara av god kvalitet. Utifrån dessa lagkrav har Socialstyrelsen utarbetat SOSFS 2011:9. "Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete" som gäller för socialtjänst, verksamhet enligt LSS och hälso- och sjukvård. Vård och Omsorgskontoret ska årligen sammanställa hur det systematiska kvalitetsarbetet bedrivits.

FÖRSLAG TILL BESLUT

att kvalitetsberättelsen för år 2025 läggs till handlingarna.

Bilagor:

- 1 Kvalitetsberättelse 2025



CHECKLISTA

Checklista avseende Barnperspektivet, Landsbygdsperspektivet och de Horisontella principerna

Förklaring om de olika begreppen finns nedan.

Barnperspektivet

Innebär insatsen att barn och ungdomars hälsa sätts i främsta rummet?	JA ☒	NEJ ☐
Påverkar denna insats barn och ungdomars sociala, ekonomiska och kulturella rättigheter och situation till det bättre?	JA ☒	NEJ ☐
Innebär insatsen att barn och ungdomars rätt till en god hälsa beaktas?	JA ☒	NEJ ☐
Har barn och ungdomar fått möjlighet att uttrycka sin mening om insatsen?	JA ☐	NEJ ☒
Har särskild hänsyn tagits till barn och ungdomar med funktionsvariation - fysiskt och/eller psykiskt?	JA ☒	NEJ ☐
Tar insatsen hänsyn till barnkonventionens text om "till det yttersta av sin förmåga"?	JA ☒	NEJ ☐

Landsbygdsperspektivet

Bedömer ni att beslutet kommer att innebära särskilda konsekvenser för landsbygden – nu eller i framtiden?	JA ☐	NEJ ☒
Vid JA hur bedömer ni att beslutet påverkar:		
Att det blir svårare att bo på landsbygden?	JA ☐	NEJ ☐
Att det blir fler jobb på landsbygden?	JA ☐	NEJ ☐
Att det minskar tillgången till god service på landsbygden?	JA ☐	NEJ ☐

Horisontella principerna (tillgänglighet, icke-diskriminering samt jämställdhet)

Innebär insatsen risk för begränsad tillgänglighet?	JA ☐	NEJ ☒
Har icke-diskrimineringsperspektivet beaktats?	JA ☒	NEJ ☐
Kan beslutet utesluta någon från samhället?	JA ☐	NEJ ☒
Har man beaktat FN:s konvention angående rättigheter för personer med funktionsvariation när beslutet togs?	JA ☒	NEJ ☐
Om NEJ – varför inte?		

Begreppsförklaring

Barnkonventionen/barnperspektivet

Barnkonventionen tar upp barnets situation ur många synvinklar och skall naturligtvis främja helhetssynen på barnen. Enligt FN är alla under 18 år barn.

Barnens bästa i främsta rummet

- Beaktas barnets rättigheter, främst rätten till trygghet och rätten till liv och utveckling i beslutsfattandet?
- Har en sammanvägning av olika intressen gjorts?

FN:s barnkommitté har uttalat principen om att barnets bästa alltid ska beaktas och väga mycket tungt. Det kan dock finnas situationer då andra intressen kan väga tyngre, till exempel samhällsekonomiska eller säkerhetspolitiska. Principen om barnets bästa ska ges absolut prioritet när det gäller adoption och rätt till skydd mot missförhållanden och övergrepp. Till prioriterade rättigheter hör utveckling/utbildning.

Landsbygdsperspektivet

Kan de som bor och verkar på landsbygden bli diskriminerade eller åsidosatta?

Horisontella principer

Diskriminering sker när någon missgynnas eller kränks och missgynnandet eller kränkningen har samband med någon av de sju diskrimineringsgrunderna (kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning, ålder). Detta gäller även barn till personer med något av ovanstående diskrimineringsgrund.

Funktionshinderspolitiken innebär att alla människor, oavsett funktionsförmåga, ska ha samma möjligheter att vara delaktiga i samhället och ta del av mänskliga rättigheter.

Det nationella målet för funktionshinderspolitiken är att, med FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning som utgångspunkt, uppnå jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet för personer med funktionsnedsättning i ett samhälle med mångfald som grund. Målet ska bidra till ökad jämställdhet och till att barnrättsperspektivet ska beaktas.



Kvalitetsberättelse 2025

VÅRD- OCH OMSORGSKONTORET

*SAMTLIGA BILDER I KVALITETSBERÄTTELSEN HAR SAMTYCKE FRÅN
MEDARBETAREN*

Dokumentnamn Kvalitetsberättelse 2025		Dokumenttyp Kvalitetsuppföljning	Omfattar VoO
Beslutsinstans Äldre- och omsorgsnämnden	Dokumentansvarig Kvalitetsutvecklare	Publicering	
Beslutad/datum	Översyn bör göras	Klassificering [Klassificering]	Diarienummer
Relation [Relation]	Ersätter [Ersätter]	Författningssamling	

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

.....	1
INNEHÅLLSFÖRTECKNING	2
INLEDNING	4
Varför kvalitetsberättelsen är en viktig del av kontorets uppföljning.....	4
Vad är kvalitet?	5
ORGANISATORISKA FÖRUTSÄTTNINGAR	6
Organisation och grunduppdrag	6
Ansvar och roller i kvalitetsarbetet	6
Agenda 2030 och de globala hållbarhetsmålen	8
Kommunens värdegrund– en drivkraft i vårt systematiska kvalitetsarbete	9
Målområden för kommunen och kontoren under 2025	10
LEDNINGSSYSTEMET	12
Ledningssystemet under utveckling.....	12
Dokumenthantering – ett prioriterat utvecklingsområde 2025.....	13
Processer och dokumentation – Social- och arbetsmarknadskontoret	13
Processer och dokumentation – Vård- och omsorgskontoret	15
AVVIKELSER, SYNPUNKTER OCH KLAGOMÅL	17
Avvikelsehantering generellt.....	17
Analys av avvikelser 2025.....	17
Avvikelsehantering per kontor - Vård- och omsorgskontorets avvikelser	18
Social- och arbetsmarknadskontorets avvikelser	20
Missförhållanden och allvarliga vårdskador	21
Lex Sarah-rapportering.....	21
Vårdskaderapportering	22
Allvarligare rapporter per verksamhetsområde.....	22
Fortsatt utveckling av avvikelsehanteringen.....	23
Synpunkter och klagomål	24
KVALITETSSÄKRING OCH KVALITETSUPPFÖLJNING AV VERKSAMHETEN	26
Riskhantering och riskanalys	26
Riskanalyser- Vård- och omsorgskontoret	27
Social- och arbetsmarknadskontorets riskanalyser.....	29
Egenkontroller.....	29
Egenkontroller inom Vård- och omsorgskontoret.....	30
Egenkontroller inom Social- och arbetsmarknadskontoret	31
Brukarundersökningar.....	32
Uppföljande statistik och indikatorer.....	34
Samverkan	36
Kompetensförsörjning och kompetensutveckling.....	37

Vård- och omsorgskontorets kompetensutveckling	38
Social- och arbetsmarknadskontorets kompetensutveckling	39
VERKSAMHETSUTVECKLING UNDER 2025	40
Omställningen inför – och efter - en ny socialtjänstlag.....	40
Utveckling av dokumenthantering inom ledningssystemet.....	41
Förstudie – nytt kommungemensamt ledningssystem	42
Verksamhetsutveckling 2025 inom Vård och omsorgskontorets verksamheter.....	42
Verksamhetsutveckling 2025 inom Social- och arbetsmarknadskontorets verksamheter	44
PRIORITERADE UTVECKLINGSSOMRÅDEN FÖR 2026	46
Viktiga omvärldsfaktorer som påverkar vårt uppdrag under 2026.....	46
Prioriterade utvecklingsområden med kvalitetsglasögon på	47
En sammanhållen och tydligare kvalitetsorganisation.....	47
En tydligare lokal kvalitetsroll	47
En mer systematisk och nyttobaserad verksamhetsutveckling	48
Från avvikelshantering till systematiskt förbättringsarbete.....	48
Utvecklad social dokumentation	48

INLEDNING

Vi summerar Kvalitetsåret 2025 i en tid som fortsatt präglas av osäkerhet och omställning, men också av viktiga reformer och nya arbetssätt inom välfärden. Det globala omvärldsläget, med geopolitiska spänningar har fortsatt påverka samhällets förutsättningar. Samtidigt har nationella reformer och strategiska initiativ inom nära vård, psykisk hälsa och omställningen till en ny socialtjänst satt riktningen för hur välfärden utvecklas – med större fokus på tidiga, förebyggande och samordnade insatser nära invånarna.

Mot denna bakgrund har Vård- och omsorgskontoret /Social- och arbetsmarknadskontoret fortsatt att utveckla verksamheterna för att möta invånarnas behov i en föränderlig tid. Genom ökad samverkan, ett tydligare helhetsperspektiv och ett fortsatt fokus på kvalitet, delaktighet och tillgänglighet har viktiga steg tagits för att stärka trygghet, självständighet och jämlikhet i kommunens välfärdstjänster.



Figur 1. Tf. chefer Vård- och omsorgschef (VOO) Anneli Sundin, Tf. Kontorschef (SAK) Marina Dickfors

Kvalitetsberättelsen för 2025 ger en samlad bild av hur vi har hanterat årets utmaningar, tagit tillvara nya möjligheter och fortsatt arbetet med att bygga en hållbar och tillitsfull välfärd för kommunens invånare.

Varför kvalitetsberättelsen är en viktig del av kontorets uppföljning

Kvalitetsberättelsen sammanfattar hur vård-, omsorgs- samt social- och arbetsmarknadskontoret har bedrivit sitt systematiska kvalitetsarbete under det gångna året. Den beskriver de förutsättningar och utmaningar som har påverkat verksamheterna, de prioriterade utvecklingsområden som kontoret har arbetat med samt de resultat och lärdomar som kvalitetsarbetet har lett till.

Berättelsen synliggör även vilka områden som är särskilt angelägna att fortsätta utveckla inför kommande år och utgör därmed ett viktigt underlag för fortsatt förbättring, styrning och dialog. Patientsäkerhetsarbetet är en integrerad del av det samlade kvalitetsarbetet och berörs i kvalitetsberättelsen. En mer fördjupad redovisning av detta arbete presenteras separat i kommunens patientsäkerhetsberättelse, i enlighet med patientsäkerhetslagen.

Vad är kvalitet?

Kvalitet i kommunal vård och omsorg samt socialtjänst handlar ytterst om att invånare får det stöd och den service de har rätt till, med rättssäkerhet, delaktighet och ett respektfullt bemötande. Kvalitet är inte en enskild aktivitet eller ett resultat i en tabell, utan summan av hur verksamheten fungerar i praktiken varje dag.

Enligt socialtjänstlagen ska insatser vara av god kvalitet och kvaliteten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Det innebär att kvalitet både är ett krav och en process. Den uppstår i mötet mellan medarbetare och den enskilde, men förutsätter tydliga strukturer, fungerande arbetssätt och kontinuerlig uppföljning.

I dagens välfärdssamhälle kan kvalitet inte enbart förstås som att "göra rätt" enligt regelverk. Det handlar också om att:

- arbeta förebyggande och långsiktigt,
- använda resurser effektivt och ansvarsfullt,
- samverka över organisatoriska gränser,
- lära av avvikelser och synpunkter,
- och säkerställa likvärdighet oavsett var i kommunen man bor.

Kvalitet är därför nära kopplat till styrning, ledarskap och kultur. En organisation med hög kvalitet kännetecknas av att medarbetare vet sitt uppdrag, förstår varför arbetssätt ser ut som de gör och har möjlighet att bidra till förbättring.

I en tid av omställning med utvecklingen mot nära vård, en ny socialtjänstlag och ökade krav på samverkan blir kvalitetsbegreppet ännu mer centralt. Det handlar inte bara om att uppfylla dagens krav, utan om att skapa en verksamhet som är hållbar, lärande och anpassningsbar inför framtidens behov.

Kvalitet kan därför beskrivas som en balans mellan:

- Rättssäkerhet och effektivitet
- Individens behov och organisationens ansvar
- Struktur och professionellt omdöme

När dessa delar samverkar skapas en verksamhet som är enkel, effektiv och medborgarvänlig - i linje med kommunens värdegrund.

ORGANISATORISKA FÖRUTSÄTTNINGAR

Organisation och grunduppdrag

Kvalitetsberättelsen omfattar Social- och arbetsmarknadsnämndens och Vård- och omsorgsnämndens verksamheter. Fram till september 2025 var båda nämndernas verksamheter organiserade under ett gemensamt Vård- och omsorgskontor. Under hösten 2025 genomfördes en organisatorisk förändring där kontoret delades i två separata kontor:

- **Vård- och omsorgskontoret (V00)**
- **Social- och arbetsmarknadskontoret (SAK)**

Kontorsdelningen innebär en tydligare organisatorisk uppdelning mellan nämndernas verksamheter, men uppdragen i sak är oförändrade. Det ansvar som tidigare låg under ett gemensamt kontor kvarstår, men är nu fördelat på två kontor med egna ledningsstrukturer.

Social- och arbetsmarknadsnämnden ansvarar genom Social- och arbetsmarknadskontoret för socialtjänstens individ- och familjeomsorg enligt Socialtjänstlagen (SoL), Lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU), Lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM), Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) samt föräldrabalken (FB). Nämnden ansvarar även för kommunala arbetsmarknads- och integrationsinsatser samt vissa delar inom boende och sysselsättning.

Vård- och omsorgsnämnden ansvarar genom Vård- och omsorgskontoret för äldreomsorg och omsorg om personer med funktionsnedsättning enligt SoL och LSS. Nämnden är vårdgivare för den kommunala hälso- och sjukvården enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och ansvarar även för verksamhet som bedrivs enligt lagen om valfrihetssystem (LOV).

Gemensamt för båda kontoren är att verksamheterna ger stöd, service, omsorg och insatser till personer som av olika skäl inte själva klarar sin vardagssituation. Uppdraget är att skapa förutsättningar för ett meningsfullt, begripligt, hanterbart och tryggt liv – med individens behov och rättigheter i centrum.

Tillsammans omfattar verksamheterna cirka 900 tillsvidareanställda medarbetare och drygt 30 chefer. Organisationens storlek och komplexitet ställer krav på tydlig styrning, samordning och systematiskt kvalitetsarbete, särskilt i ljuset av kontorsdelningen och den pågående omställningen till nära vård och en mer förebyggande socialtjänst.

Ansvar och roller i kvalitetsarbetet

En viktig del av det systematiska kvalitetsarbetet är att roller och ansvarsområden är tydliggjorda så verksamheten kan fullgöra uppdrag och mål på ett effektivt sätt¹. Under 2025 såg det ut enligt följande:

¹ 3 kap SOSFS 2011:9

Kontorschef <i>är ytterst ansvarig och har övergripande ansvar för</i>	• att kontorets arbete bedrivs utifrån lagar, föreskrifter, riktlinjer och rutiner • att resurser och bemanning ger förutsättningar för att uppnå god och säker vård och ett systematiskt kvalitetsarbete • att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten • att genomföra riskanalyser inför större förändringar i verksamheten, exempelvis organisatoriska förändringar, byte eller förändring av metoder, specifik utrustning • att mål formuleras för verksamheten och att arbetet strävar mot att dessa nås • att svara för uppföljning och analys av verksamheten, så att förbättringsåtgärder kan vidtas • att det finns personal och utrustning som krävs • att personal har kännedom om och följer gällande författningar, riktlinjer, rutiner • att medarbetarna får relevant introduktion och kompetensutveckling
Verksamhetschef <i>ansvarar för sitt verksamhetsområde och har ansvar för</i>	• att genomföra riskanalyser inför större förändringar i verksamheten, exempelvis organisatoriska förändringar, byte eller förändring av metoder, specifik utrustning • att mål formuleras för verksamheten och att arbetet strävar mot att dessa nås • att svara för uppföljning och analys av verksamheten, så att förbättringsåtgärder kan vidtas • att det finns den personal och utrustning som krävs för arbetet • att personal har kännedom om och följer gällande författningar, riktlinjer, rutiner • att medarbetarna får relevant introduktion och kompetensutveckling
Enhetschef <i>ansvarar för sin enhet och har även ansvar för</i>	• att riktlinjer, rutiner och andra relevanta dokument är kända och följs på enheten • att vid behov genomföra riskanalyser • att vid behov genomföra förenklad händelseanalys • att genomföra egenkontroll årligen • att det finns personal och utrustning som krävs för arbetet • att personal har den kompetens som behövs • att ny personal får den introduktion som är nödvändig för att utföra uppdragen
Medarbetare <i>ansvarar för sin roll och har även ansvar för</i>	• att följa lagar och föreskrifter • att följa riktlinjer, rutiner och andra relevanta dokument • att medverka till att verksamheten uppnår god kvalitet, exempelvis genom att vara behjälplig i förändringsarbete eller att rapportera händelser

Agenda 2030 och de globala hållbarhetsmålen

Kommunerna har en central roll i Sveriges genomförande av Agenda 2030 och de globala hållbarhetsmålen. Det lokala genomförandet är avgörande för att uppnå de nationella och internationella åtagandena om social, ekonomisk och miljömässig hållbarhet. För kommunal vård, omsorg och socialtjänst är särskilt mål kopplade till god hälsa och välbefinnande, minskad ojämlikhet, jämställdhet samt hållbara samhällen direkt relevanta.

I Sala kommun integreras hållbarhetsmålen i styrning och uppföljning genom kommunens målstruktur och nämndernas verksamhetsplaner. Agenda 2030 är därmed inte ett separat uppdrag utan en del av den ordinarie verksamhetsstyrningen.



Figur 2. De globala hållbarhetsmålen

Fram till september 2025 bedrevs arbetet inom ett gemensamt Vård- och omsorgskontor. Efter kontorsdelningen ansvarar nu två kontor för genomförandet inom sina respektive verksamhetsområden. Uppdragen är i sak oförändrade, men genom den nya organisationen har ansvaret för hållbarhetsarbetet tydliggjorts inom respektive kontors ansvarsområde.

Vård- och omsorgskontorets arbete bidrar framför allt till social hållbarhet genom insatser inom äldreomsorg, funktionsnedsättningsområdet och kommunal hälso- och sjukvård. Omställningen till Nära vård är ett tydligt exempel på hur hållbarhetsprinciper omsätts i praktiken genom stärkt samverkan, förebyggande insatser och effektivare resursanvändning.

Social- och arbetsmarknadskontorets arbete bidrar i hög grad till minskad ojämlikhet och social inkludering genom individ- och familjeomsorg, arbetsmarknadsinsatser och integrationsarbete. Utvecklingen mot en mer förebyggande och kunskapsbaserad socialtjänst i samband med den

nya socialtjänstlagen innebär ett förstärkt fokus på tidiga insatser, delaktighet och långsiktig hållbarhet.

Ekonomisk hållbarhet är en gemensam utgångspunkt för båda kontoren. Arbetet med effektivisering, hemmaplanslösningar och strukturerad verksamhetsutveckling syftar till att säkerställa att resurser används ansvarsfullt och med största möjliga nytta för medborgarna.

Agenda 2030 är därmed inte en parallell agenda, utan en integrerad del av kvalitetsarbetet och den strategiska utvecklingen inom både VOO och SAK.

Kommunens värdegrund– en drivkraft i vårt systematiska kvalitetsarbete

Kommunens värdegrund bygger på ledorden **Enkelt, Effektivt och Medborgarvänligt**. Värdegrunden är inte bara en viljeinriktning – den är en aktiv kompass i vårt systematiska kvalitetsarbete och ska genomsyra varje möte, varje beslut och varje insats inom våra verksamheter.



SALA KOMMUN

Enkelt
Vårt arbete kännetecknas av bra samarbeten, öppenhet och välfungerande kommunikation.

Effektivt
Vi arbetar hela tiden för att utvecklas och bli bättre. Vi omvärldsbevakar för att lära av andras. Varje del av Sala kommuns verksamhet jobbar löpande med att utvärdera våra resultat.

Medborgarvänligt
God service – vi är pålitliga, öppna, tydliga och tillgängliga. Vi är nyfikna, positiva och förutseende i samverkan. Vi har hög kompetens, ger rätt svar och tar vårt uppdrag på allvar.

I vårt dagliga arbete innebär det att värdeorden omsätts i praktisk handling:

Enkelt

Vi strävar efter att göra det lätt att få stöd, förstå information och vara delaktig i beslut. Våra processer ska vara tydliga och rättssäkra, men samtidigt tillgängliga och begripliga för den enskilde. Inom äldreomsorgen handlar det om att genomförandeplaner är tydliga och utformade tillsammans med den enskilde. Inom LSS och IFO innebär det att vi anpassar

kommunikation och insatser efter individuella behov och förutsättningar. Ett enkelt arbetssätt minskar onödig administration och frigör tid för det som skapar värde för brukare och klienter.

Effektivt

Vi använder våra resurser ansvarsfullt och med fokus på kvalitet och resultat. Effektivitet i våra verksamheter handlar inte enbart om ekonomi, utan om att rätt insats ges i rätt tid och på rätt sätt. Genom systematisk uppföljning, egenkontroller och analys utvecklar vi våra arbetssätt och säkerställer att insatser leder till ökad självständighet, trygghet och förbättrad livskvalitet. Inom IFO innebär det att vi arbetar kunskapsbaserat och förebyggande. Inom äldreomsorg och LSS handlar det om att arbeta strukturerat med kvalitet, avvikelser och förbättringsåtgärder för att stärka den enskildes trygghet och delaktighet.

Medborgarvänligt

Vi möter varje person med respekt, lyhördhet och professionalitet. Ett medborgarvänligt förhållningssätt innebär att vi ser individen bakom ärendet och utgår från dennes rättigheter, behov och resurser. Delaktighet och självbestämmande är grundläggande, liksom ett gott bemötande i varje kontakt. I äldreomsorgen skapar vi trygghet genom kontinuitet och personcentrerad omsorg. Inom LSS stärker vi individens inflytande över sin vardag. Inom IFO arbetar vi rättssäkert och empatiskt, även i svåra livssituationer.

Genom att integrera värdegrunden i vårt systematiska kvalitetsarbete - planera, genomföra, följa upp och förbättra – säkerställer vi att våra värdeord inte stannar vid ambitioner, utan blir en naturlig del av vår kultur och vårt dagliga arbete. På så sätt bidrar värdegrunden till hållbar kvalitet, professionell utveckling och ökad nytta för dem vi är till för

Målområden för kommunen och kontoren under 2025

Både Social- och arbetsmarknadsnämnden (SAN) och Vård- och omsorgsnämnden (VON) har under 2025 arbetat utifrån kommunfullmäktiges övergripande mål och sina respektive grunduppdrag. Nämnderna har brutit ned de kommunövergripande målen till prioriteringar inom sina ansvarsområden, vilka därefter konkretiserats i verksamhetsplaner och aktiviteter på verksamhetsnivå.

En tydlig och fungerande mål- och resultatstyrning är en förutsättning för att det systematiska kvalitetsarbetet ska få genomslag i kärnverksamheten. Målstyrningen skapar riktning, möjliggör uppföljning och ger förutsättningar för ett strukturerat förbättringsarbete. Under 2025 har en förtydligad kommunövergripande styrmodell beslutats. Syftet med den reviderade modellen är att skapa en mer sammanhållen och transparent styrkedja – från kommunfullmäktiges långsiktiga mål till nämndernas prioriteringar och vidare till verksamheternas aktiviteter och uppföljning. Modellen tydliggör kopplingen mellan grunduppdrag, mål, indikatorer och resursanvändning samt stärker sambandet mellan kvalitetsarbete och måluppfyllelse.

Arbetet med att utveckla styrmodellen har bedrivits i samverkan mellan centrala funktioner och verksamhetskontoren. En viktig utgångspunkt har varit att tydliggöra nämndernas grunduppdrag i målstyrningen, för att öka måluppfyllelsen och säkerställa att resurser används effektivt och ändamålsenligt.

De övergripande långsiktiga målen för Sala kommun utgör fortsatt grunden för nämndernas arbete och är vägledande för prioriteringar inom både VOO och SAK.

Kommunfullmäktiges målområde	Äldre- och omsorgsnämnden (ÅON) – 2025	Social- och arbetsmarknadsnämnden (SAN) – 2025
Ett växande Sala	• Verkställa biståndsbeslut inom lagstadgad tid • Öka brukarnöjdheten • Säkerställa tillgång till platser inom SÅBO och LSS • Skapa fler dagliga verksamhetsplatser (LSS)	• Minska arbetslösheten (andel inskrivna arbetssökande 16–64 år) • Stärka individers möjlighet till egen försörjning • Implementera aktivitetsplikt • Utveckla arbetsmarknadspolitiska insatser genom AME
Ett hållbart Sala	• Bedriva verksamhet inom beslutad budgetram • Öka effektivisering med bibehållen kvalitet • Minska sjukfrånvaro • Stärka digital transformering • Säkerställa kompetensförsörjning	• Bedriva verksamhet inom beslutad budgetram • Öka egenförsörjningen bland medborgare • Minska antal individer med ekonomiskt bistånd (halsofrämjande insatser) • Arbeta strukturerat med vld i nära relation • Stärka krisberedskap i verksamheterna • Effektivisera processer och hemmaplanslösningar
Ett tryggt och rättvist Sala	• Säkerställa rättssäker handläggning • Leverera jämlik och likvärdig vård och omsorg • Utveckla förebyggande insatser i omställning till ny SoL • Samverkan med Kultur- och fritidsnämnden (med fokus på fritid för äldre och LSS)	• Säkerställa rättssäker myndighetsutövning • Tidiga och förebyggande insatser inom IFO • Prioritera hemmaplanslösningar förtal framför placeringar • Utveckla Familjecentral • Identifiera områden för ökad samverkan med ÅON

För att ytterligare stärka implementeringen av styrmodellen har en förstudie avseende digitalt stöd för målstyrning och uppföljning genomförts under 2025. Förstudien har analyserat behov, funktionella krav och möjligheter att införa ett kommungemensamt digitalt system som stödjer hela styrkedjan – från målformulering till uppföljning och analys. Under 2026 fortsätter arbetet med att:

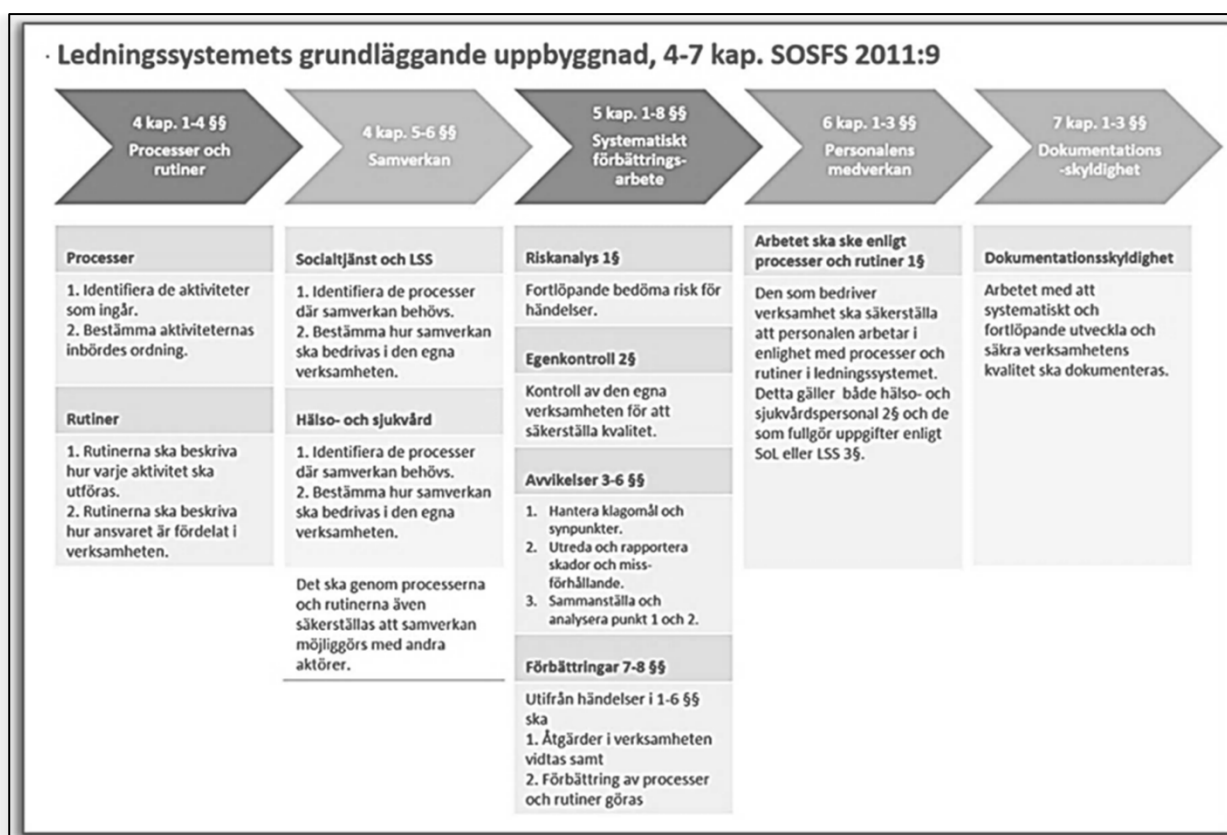
- tillsätta en projektledare för införandet
- genomföra upphandling av digitalt systemstöd för målstyrning och att
- säkerställa att det digitala stödet integreras i kontorens arbete med verksamhetsplanering och kvalitetsuppföljning.

Den nya styrmodellen och det planerade digitala stödet är centrala för att stärka kommunens strategiska styrning. För Vård- och omsorgskontoret (VOO) och Social- och arbetsmarknadskontoret (SAK) innebär detta förbättrade möjligheter att följa upp mål, analysera resultat och koppla kvalitetsutveckling till politiska prioriteringar.

LEDNINGSSYSTEMET

Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete utgör den struktur genom vilken Vård- och omsorgskontoret samt Social- och arbetsmarknadskontoret planerar, leder, följer upp och utvecklar verksamheten i enlighet med gällande lagstiftning. Arbetet vilar på kraven i SOSFS 2011:9 samt Patientsäkerhetslagen (2010:659) och omfattar såväl socialtjänst som kommunal hälso- och sjukvård.

Ledningssystemet ska skapa förutsättningar för systematik och samordning av verksamhetens kvalitetsutvecklings- och hållbarhetsarbete. Ledningssystemet ska även bidra till ökad förståelse av verksamhetens helhet och relationer eller flöden mellan de olika organisatoriska delarna och på det sättet motivera till kvalitetsutveckling. Det ska möjliggöra en god överblick av nuläge, behov av utveckling och stimulera förbättring utifrån systematisk uppföljning av resultat.



Ledningssystemet under utveckling

2025 har präglats av betydande omvärldsförändringar som direkt påverkat ledningssystemets inriktning och utveckling. Den nya socialtjänstlagen, som trädde i kraft under sommaren 2025, betonar förebyggande arbete, tillgänglighet och kunskapsbaserade insatser. Samtidigt har omställningen till Nära vård fortsatt att förändra ansvarsfördelning, arbetssätt och samverkansformer mellan kommun och region, inte minst i Västmanland

Mot denna bakgrund har det varit prioriterat att stärka struktur och kvalitet i dokumenthanteringen för att möjliggöra förbättrad analys- och uppföljningsförmåga genom att systematiskt arbete med data

Dokumenthantering – ett prioriterat utvecklingsområde 2025

Dokumenthanteringen har under året varit ett prioriterat utvecklingsområde inom ledningssystemet. Bakgrunden är att tidigare års genomlysning visade:

- Otydlig struktur i dokumenthierarkin
- Dokument med föråldrad formalia
- Dubbelpubliceringar
- Bristande metadata
- Dokument som saknade tydlig koppling till processmodellen

Under 2025 har följande genomförts

- Nya riktlinjer för dokumenthantering inom både VOO och SAK
- Nya mallar, metadata och publiceringsstruktur har tagits fram
- Ny roll som dokumentsamordnare har utbildats och införts
- Rensning av inaktuella dokument har genomförts och revidering av samtliga styrdokument enligt ny formalia pågår

Arbetet med att revidera samtliga styr- och stöddokument ska vara färdigställt senast juni 2026

Processer och dokumentation – Social- och arbetsmarknadskontoret

Inom Social- och arbetsmarknadskontoret (SAK) bedrivs arbetet med processer och dokumentation inom ramen för socialtjänstlagens krav på god kvalitet, rättssäker handläggning och fortlöpande uppföljning.

Under 2025 har arbetet med att tydliggöra och strukturera processer varit särskilt viktigt, inte minst mot bakgrund av den nya socialtjänstlagens inriktning mot tidiga, förebyggande och mer tillgängliga insatser. Verksamheterna inom Individ- och familjeomsorgen (IFO) har därför fortsatt att utveckla och revidera rutiner, processbeskrivningar och dokumentationsstöd inom respektive enhet.

Barn- och ungdomsenheten bedriver myndighetsutövning samt öppenvårdsinsatser för barn och unga. Arbetet styrs av SoL, LVU samt föräldrabalken och ställer höga krav på rättssäkerhet och dokumentationskvalitet. Under 2025 har enheten arbetat med:

- att tydliggöra handlägningsprocessen från anmälan till avslut,
- att säkerställa att skyddsbedömningar och förhandsbedömningar dokumenteras enhetligt och inom lagstadgad tid,
- att stärka barnperspektivet i dokumentationen,
- att utveckla riktlinjer och interna stöd för bedömning och beslutsfattande.

Arbetet med hemmaplanslösningar har också inneburit behov av tydligare processflöden mellan myndighetsutövning och öppenvård. Dokumentationen ska spegla såväl riskbedömningar som uppföljning av insatser och effekter över tid.

Mot bakgrund av kommande lagändringar har enheten påbörjat anpassning av arbetssätt för att möjliggöra mer tillgängliga och förebyggande insatser, vilket ställer nya krav på hur behov dokumenteras och följs upp

Vuxenheten ansvarar för myndighetsutövning och insatser inom missbruk/beroende, våld i nära relation samt vissa delar av socialpsykiatri enligt SoL och LVM. Under året har enheten arbetat med att:

- strukturera utredningsprocesser för att säkerställa enhetliga bedömningar,
- tydliggöra dokumentation av risk- och skyddsbedömningar, särskilt i ärenden som rör våld i nära relation,
- stärka uppföljningen av öppenvårdsinsatser och behandlingsinsatser,
- förbättra dokumentationspraxis kopplad till uppföljning av mål och genomförandeplaner.

Ökningen av ärenden rörande våld i nära relation har medfört ett mer systematiskt arbetssätt kring dokumentation och registrering, vilket stärker möjligheten till uppföljning och analys på verksamhetsnivå. Arbetet med att prioritera hemmaplanslösningar framför externa placeringar har även här ställt krav på tydligare processbeskrivningar och dokumentation av beslutsgrunder.

Ekonomiskt bistånd Handläggningen av ekonomiskt bistånd är strikt regelstyrd och kräver en tydlig och spårbar dokumentation. Processerna omfattar ansökan, utredning, beslut, uppföljning samt samordning med arbetsmarknadsinsatser. Under 2025 har fokus legat på:

- att säkerställa likvärdig handläggning genom gemensamma rutiner,
- att tydliggöra kopplingen mellan biståndsbeslut och aktivitetskrav,
- att utveckla processflöden mellan Ekonomiskt bistånd och Arbetsmarknadsenheten,
- att förbättra uppföljning av individer med långvarigt bistånd.

Implementeringen av aktivitetsplikt har krävt anpassade rutiner och dokumentationsstöd för att säkerställa rättssäkerhet och tydlig kommunikation med den enskilde. Dokumentationen är central både för uppföljning av individens progression och för analys av verksamhetens resultat.

Arbetsmarknadsenheten (AME) arbetar med arbetsmarknadspolitiska insatser och integration med målet att stärka individers möjlighet till egen försörjning. Processerna inom AME omfattar kartläggning, planering, matchning, genomförande av insatser och uppföljning. Under 2025 har enheten arbetat med att:

- tydliggöra processflöden mellan AME och Ekonomiskt bistånd,
- stärka dokumentationen kring individens progression mot arbete eller studier,
- strukturera uppföljning av insatser inom projekt och externa finansieringar,
- utveckla samverkansrutiner med externa aktörer.

Ett viktigt utvecklingsområde har varit att säkerställa att dokumentationen stödjer både individens utveckling och verksamhetens behov av uppföljande statistik och resultatredovisning.

Enheten för sociala insatser är öppenvårdens arbete som är en central del i ambitionen att stärka hemmaplanslösningar och minska behovet av externa placeringar. Processerna omfattar:

- mottagande av uppdrag från myndighetsutövning,
- upprättande av genomförandeplaner,
- dokumentation av genomförda insatser,
- löpande återkoppling och uppföljning.

Under 2025 har arbetet fokuserat på att:

- tydliggöra ansvarsfördelning mellan myndighet och utförare,
- säkerställa att genomförandeplaner är kopplade till beslutade mål,
- förbättra dokumentation av effekter och resultat av insatser,
- stärka samverkan internt för att skapa sammanhängande stöd till individen.

En mer strukturerad dokumentation inom öppenvården är en förutsättning för att kunna visa på kvalitet, effekter och kostnadseffektivitet i hemmaplanslösningar.

Processer och dokumentation – Vård- och omsorgskontoret

Verksamheten omfattar både insatser enligt Socialtjänstlagen (SoL) och LSS samt kommunal hälso- och sjukvård enligt HSL, vilket ställer krav på samordnade och rättssäkra arbetssätt. Under 2025 har särskilt fokus legat på att tydliggöra dokumentationsrutiner, stärka kopplingen mellan beslut och genomförande samt säkerställa att processerna är kända och tillämpade i verksamheterna. Arbetet har också präglats av omställningen till Nära vård, ökade krav på effektivisering och behovet av en mer strukturerad uppföljning

Funktionsnedsättningsområdet bedriver verksamhet enligt LSS och SoL och omfattar gruppbofästäder, servicebofästäder, daglig verksamhet, personlig assistans samt socialpsykiatri. Processerna inom FO utgår från beslut om insats och omfattar:

- mottagande av uppdrag,
- upprättande av genomförandeplan,
- löpande social dokumentation,
- uppföljning och återkoppling till biståndsenhet.

Under 2025 har särskilt fokus legat på att förbättra kvaliteten i genomförandeplaner och säkerställa att dessa är direkt kopplade till biståndsbeslutets mål. Arbetet har även inneburit att tydliggöra skillnaden mellan löpande anteckningar och uppföljande dokumentation av måloppfyllelse. Inom socialpsykiatri har behovet av struktur i dokumentationen ökat i takt med att målgruppen vuxit. Arbetet har därför inriktats mot att stärka dokumentationsrutiner och säkerställa en enhetlig praxis. Digitala lösningar och välfärdsteknik har också påverkat processerna. När nya arbetssätt införs krävs tydliga rutiner för hur insatser ska dokumenteras och följas upp.

Hemtjänstens processer styrs av biståndsbeslut enligt SoL och omfattar planering, genomförande och uppföljning av insatser i den enskildes hem. Under 2025 har arbetet fokuserat på:

- att stärka kopplingen mellan biståndsbeslut och genomförandeplan,
- att förbättra kontinuiteten i dokumentationen,
- att säkerställa att förändrade behov dokumenteras och återkopplas till biståndsenheten,
- att integrera nya insatser såsom trygghetskamera och trygghetsringning i befintliga rutiner.

Den ökade komplexiteten i ärenden, särskilt kopplat till Nära vård och multisjuka äldre, har ställt krav på tydligare samordning mellan SoL- och HSL-insatser. Dokumentationen behöver spegla både det sociala stödet och samverkan med hälso- och sjukvård.

Arbetet med effektiv schemaplanering och resursoptimering har även krävt tydligare arbetsbeskrivningar och processflöden för att säkerställa likvärdighet och kvalitet trots förändrade bemanningsförutsättningar

Särskilt boende för äldre (SÄBO) bedriver omsorg och omvårdnad dygnet runt enligt Socialtjänstlagen i nära samverkan med Hälso- och sjukvårdslagen. Processerna omfattar:

- inflyttning och introduktion,
- upprättande av genomförandeplan,
- löpande social dokumentation,
- regelbunden uppföljning av insatser och behov.

Under 2025 har arbetet inriktats mot att stärka strukturen i dokumentationen, särskilt kopplat till genomförandeplanernas kvalitet och uppföljning av individuella mål. I samband med förändrad bemanningsgrad och effektiviseringsåtgärder har det varit särskilt viktigt att säkerställa att processerna är tydliga och att ansvaret för dokumentation är känt.

Öppnandet och planeringen av nya boendeplatser har också inneburit behov av att säkerställa att etablerade arbetssätt och rutiner implementeras konsekvent i nya enheter. Arbetet med att utveckla akademiskt boende har ytterligare förstärkt behovet av strukturerad dokumentation och systematiskt arbetssätt.

Kommunal hälso- och sjukvård (HSL) omfattar hemsjukvård, rehabilitering och insatser inom särskilda boenden och dagverksamheter. Processerna styrs av Hälso- och sjukvårdslagen och kompletteras av lokala riktlinjer och överenskommelser med regionen i Västmanland. Dokumentationen sker i särskilt journalsystem och omfattar:

- vårdplanering och samordnad individuell plan (SIP),
- bedömning och ordination,
- uppföljning och omprövning av insatser,
- samverkan med vårdcentral och slutenvård.

Under 2025 har ökningen av patienter i hemsjukvården och omställningen till Nära vård medfört behov av tydligare samordning och dokumentationsrutiner. Särskilt har arbetet med mobila team och direktinläggningar krävt strukturerade arbetssätt och tydlig ansvarsfördelning. Kompetensväxling och differentiering av yrkesroller har även påverkat dokumentationsansvaret och krävt förtydligade rutiner.

AVVIKELSER, SYNPUNKTER OCH KLAGOMÅL

Avvikelsehantering generellt

Avvikelsehantering är en central del av kontorens ledningssystem och det systematiska kvalitetsarbetet. Genom att identifiera, rapportera och analysera det som avviker från beslutade arbetssätt, rutiner eller lagkrav skapas förutsättningar för lärande och förbättring. Avvikelser är inte enbart uttryck för brister – de är också en viktig källa till kunskap om hur verksamheten fungerar i praktiken.

Både Vård- och omsorgskontoret (VOO) och Social- och arbetsmarknadskontoret (SAK) omfattas av lagstadgad rapporteringsskyldighet. Samtliga medarbetare har ansvar att rapportera avvikelser, risker för missförhållanden samt faktiska missförhållanden. Informationen om rapporteringsskyldigheten ges vid nyanställning och följs upp återkommande i verksamheterna. Ett öppet och tillitsbaserat rapporteringsklimat är en förutsättning för att systemet ska fungera.

Avvikelser registreras, utreds och följs upp på verksamhetsnivå, men sammanställs och analyseras även på övergripande nivå för att identifiera mönster och utvecklingsområden. Genom denna struktur skapas underlag för förbättring av rutiner, arbetssätt och styrning.

Allvarligare händelser – såsom missförhållanden enligt Lex Sarah eller vårdskador enligt Lex Maria – kräver en mer fördjupad och oberoende utredning. Under 2025 har en ny, förtydligad rutin för utredning av missförhållanden tagits fram och implementerats inom båda kontoren. Syftet är att säkerställa en enhetlig hantering, tydlig ansvarsfördelning och en strukturerad analys av bakomliggande orsaker.

Fördjupade utredningar genomförs av funktioner med särskild sakkunskap och ett övergripande perspektiv. Inom VOO ansvarar medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) för utredningar inom hälso- och sjukvårdsområdet, medan kvalitetutvecklare och utsedda utredare ansvarar för Lex Sarah-utredningar och andra allvarligare avvikelser. Inom SAK hanteras motsvarande utredningar i nära samverkan mellan verksamhetschef och kvalitetsfunktion, med fokus på rättssäker myndighetsutövning och kvalitet i sociala insatser.

Sammantaget utgör avvikelsehanteringen en viktig del i arbetet med att utveckla en mer kunskapsbaserad, rättssäker och effektiv verksamhet. Den fortsatta utmaningen ligger inte enbart i att rapportera och utreda händelser, utan i att säkerställa att analysen omsätts i konkreta förbättringsåtgärder och ett systematiskt lärande på alla nivåer i organisationen.

Analys av avvikelser 2025

Under 2025 har totalt 3 284 avvikelser registrerats inom Social- och arbetsmarknadskontoret (SAK) och Vård- och omsorgskontoret (VOO). Avvikelsebilden speglar två verksamhetslogiker: å ena sidan operativ omsorg och kommunal hälso- och sjukvård med hög frekvens av händelser kopplade till fall, läkemedel och genomförande av insatser, och å andra sidan myndighetsutövning där riskerna främst rör handläggning, dokumentation och rättssäkerhet.

Fördelningen mellan verksamhetsområdena ser ungefär ut som tidigare år, där vi återigen ser att SÄBO står för den största andelen avvikelser.

Avvikelser per verksamhetsområde

Verksamhetsområde	2023	2024	2025
Funktionsnedsättning / FO	445	503	431
Hemtjänst	815	880	908
IFO	179	163	163
SÄBO	1 491	1 688	1 515
HSL	136	269	164
Externa avvikelser	131	204	101
Summa	3 214	3 707	3 282

Den samlade rapporteringen visar att organisationen har en etablerad kultur för att uppmärksamma och registrera avvikelser. Merparten av händelserna bedöms ha låg till måttlig allvarlighetsgrad, medan en mindre andel utgör betydande eller hög risk och kräver fördjupad analys. Skillnaderna mellan kontoren är tydliga, men gemensamt är att bakomliggande orsaker ofta kan kopplas till processer, kommunikation, planering och rutintillämpning snarare än enskilda individers agerande.

Verksamhetsområde

Verksamhetsområde	Antal avvikelser	Andel (%)
Särskilt boende för äldre (SÄBO)	1 515	46,2 %
Hemtjänst	908	27,7 %
Funktionsnedsättningsområdet (FO)	431	13,1 %
Hälso- och sjukvård (HSL)	164	5,0 %
Individ- och familjeomsorg (IFO)	163	5,0 %
Externa avvikelser	101	3,1 %
Totalt	3 282	100 %

Avvikelsehantering per kontor - Vård- och omsorgskontorets avvikelser

Under 2025 rapporterades totalt 3 282 avvikelser i organisationen. Av dessa avser 3 119 avvikelser verksamheter inom Vård- och omsorgskontoret, vilket motsvarar cirka 95 procent av den totala avvikelsevolymen. Detta är förväntat mot bakgrund av verksamheternas omfattning, dygnet-runt-ansvar och den höga graden av operativt arbete i direkt kontakt med brukare och patienter.

Jämfört med 2024, då det totala antalet avvikelser uppgick till 3 707, ses en minskning under 2025. Minskningen är märkbar men behöver analyseras med försiktighet. En lägre avvikelsevolym kan indikera förbättrade arbetssätt och stabilare rutiner, men kan också påverkas av förändringar i rapporteringsbenägenhet, bemanningssituation eller organisatoriska förändringar, såsom kontorsdelningen under hösten 2025. Det är därför centralt att följa utvecklingen över tid och analysera både kvantitet och innehåll i rapporteringen.

Den största andelen avvikelser återfinns inom **Särskilt boende för äldre (SÄBO)**, som står för 1 515 avvikelser, motsvarande cirka 46 procent av det totala antalet. SÄBO är en verksamhet med hög personaltäthet, kontinuerlig omsorg och en målgrupp med omfattande medicinska och omvårdnadsmässiga behov. Den relativt höga avvikelsevolymen ska därför förstås i relation till verksamhetens komplexitet och intensitet. Att avvikelser rapporteras i denna omfattning kan även ses som ett uttryck för en etablerad rapporteringskultur. Minskningen jämfört med 2024 kan indikera en stabilisering efter ett år med hög rapportering, men behöver fortsatt följas upp.

Hemtjänsten redovisar 908 avvikelser under 2025, vilket innebär en viss ökning jämfört med föregående år. Hemtjänstens riskbild präglas i hög grad av övergångar, informationsöverföring och samordning mellan olika professioner och huvudmän. I takt med omställningen till Nära vård har fler personer med komplexa behov vårdats i ordinärt boende, vilket ökar kraven på samordning och strukturerad dokumentation. Den svaga ökningen av avvikelser inom hemtjänsten kan därför ses i ljuset av en mer komplex uppdragsbild snarare än som en isolerad kvalitetsförsämring.

Funktionsnedsättningsområdet (FO) redovisar 431 avvikelser, vilket är en minskning jämfört med 2024. Verksamheten har under året arbetat med att tydliggöra processer, genomförandeplaner och dokumentationsrutiner. Minskningen kan indikera stabilare arbetssätt, men det är samtidigt viktigt att säkerställa att rapporteringsbenägenheten inte påverkas negativt av bemanningssituation eller organisatoriska förändringar.

Inom den kommunala **Hälso- och sjukvården (HSL)** registrerades 164 avvikelser, vilket är en tydlig minskning jämfört med 2024. Under året har riktade utbildningsinsatser genomförts, bland annat inom läkemedelshantering och delegering, vilket kan ha bidragit till en mer stabil situation. Samtidigt bör minskningen analyseras vidare i patientsäkerhetsberättelsen, där en mer detaljerad genomgång av händelsetyper och bakomliggande orsaker görs.

Externa avvikelser, det vill säga avvikelser som berör andra huvudmän eller externa aktörer, uppgår till 101 stycken och har minskat jämfört med föregående år. Det kan indikera förbättrad samverkan, men kan också spegla förändringar i hur händelser klassificeras.

Sammantaget visar 2025 års avvikelsebild inom VOO en något minskad totalvolym jämfört med föregående år, med variationer mellan verksamhetsområden. Den övergripande riskbilden är fortsatt kopplad till verksamheter med hög komplexitet, många övergångar och omfattande omsorgsinsatser. Den viktigaste utvecklingsfrågan framåt är inte primärt att minska antalet rapporterade avvikelser, utan att stärka den systematiska analysen och säkerställa att identifierade mönster leder till konkreta förbättringsåtgärder. Ett fortsatt arbete behövs för att utveckla den aggregerade analysen på kontorsnivå, så att avvikelsehanteringen i högre grad används som ett strategiskt verktyg i styrning och verksamhetsutveckling. I ljuset av omställningen till Nära vård, demografiska förändringar och ekonomiska restriktioner är detta avgörande för att säkerställa en hållbar och kvalitativ verksamhet över tid.

Social- och arbetsmarknadskontorets avvikelser

Under 2025 rapporterades **totalt 163 avvikelser** inom Social- och arbetsmarknadskontorets verksamheter, vilket motsvarar cirka fem procent av den totala avvikelsevolymen i organisationen. Jämfört med 2023 (179 avvikelser) och 2024 (163 avvikelser) ligger nivån stabilt över tid. Det tyder på en relativt konstant riskbild, utan större volymmässiga förändringar mellan åren.

Till skillnad från Vård- och omsorgskontorets verksamheter, där avvikelser i hög grad är kopplade till operativ omsorg och hälso- och sjukvård, är Social- och arbetsmarknadskontorets avvikelser i huvudsak relaterade till myndighetsutövning, handlägningsprocesser, dokumentation och samverkan. Riskerna är därför mer processuella än operativa, och konsekvenserna handlar främst om rättssäkerhet, handläggningstid och kvalitet i beslutsunderlag.

Den största andelen av avvikelserna återfinns inom **Socialtjänst Barn och unga**, som står för 102 av 163 avvikelser under året. Det motsvarar drygt 60 procent av SAK:s totala avvikelsevolym. Barn- och ungdomsverksamheten hanterar ett stort antal ärenden med hög komplexitet och omfattas av lagstadgade tidskrav enligt SoL och LVU. Arbetet präglas av akuta situationer, skyddsbedömningar och omfattande dokumentationskrav. Den högre andelen avvikelser ska därför förstås i relation till verksamhetens omfattning och riskprofil. Avvikelser inom området rör typiskt brister i handlägningsprocessen, försenade uppföljningar, dokumentationskvalitet eller brister i samverkan med andra aktörer. I ljuset av den nya socialtjänstlagen och ambitionen om mer förebyggande arbete är det särskilt viktigt att stärka strukturen i processer och uppföljning inom denna del av verksamheten.

Biståndsenheten redovisar 20 avvikelser under 2025. Här är riskbilden tydligt kopplad till myndighetsutövning och rättssäker handläggning. Även om antalet är relativt lågt i förhållande till ärendemängd är varje avvikelse principiellt betydelsefull, eftersom den kan påverka den enskildes rätt till insats eller ersättning. Avvikelserna rör i huvudsak handlägningsprocesser, dokumentation och uppföljning av beslut. Det centrala utvecklingsområdet framåt är att säkerställa en enhetlig praxis och stärka kopplingen mellan processbeskrivningar och faktisk tillämpning.

Socialtjänst Vuxna redovisar 19 avvikelser under året. Verksamheten omfattar bland annat missbruk och beroende, våld i nära relation och vissa delar av socialpsykiatri. Även här är riskbilden främst processrelaterad och kopplad till utredning, dokumentation och uppföljning av insatser. Den jämförelsevis lägre volymen speglar både en annan ärendestruktur än barn och unga samt skillnader i ärendevolym. Samtidigt är verksamheten komplex och rättssäkerhetsaspekten central, vilket gör att fortsatt fokus på kvalitet i handläggningen är avgörande.

Enheten för sociala insatser - öppenvården för barn och vuxna, redovisar tillsammans 11 avvikelser under året. Öppenvårdens arbete är i hög grad kopplat till genomförande av insatser och återkoppling till myndighetsutövningen. Avvikelser inom detta område handlar i regel om genomförandeplaner, dokumentation eller kommunikation mellan utförare och handläggare. I takt med att hemmaplanslösningar prioriteras och externa placeringar ska minska blir det allt viktigare att öppenvårdens processer är tydligt definierade och att dokumentationen möjliggör uppföljning av effekter.

Övriga enheter, såsom **Administrativt stöd och anhörigstöd**, redovisar ett fåtal avvikelser vardera, medan **Arbetsmarknadsenheten** endast redovisar en avvikelse under året. De låga

volymerna innebär att enstaka händelser får stor procentuell effekt, men visar samtidigt att rapporteringsskyldigheten är känd även utanför den traditionella myndighetsutövningen.

Sammantaget kännetecknas SAK:s avvikelsebild av en låg och stabil totalvolym, med tydlig koncentration till barn- och ungdomsverksamheten. Riskerna är i huvudsak kopplade till handläggningsprocesser och dokumentationskvalitet snarare än till operativa omsorgssituationer. Den viktigaste utvecklingsfrågan framåt är att ytterligare stärka den systematiska analysen av återkommande mönster och säkerställa att avvikelshantering integreras i ledningssystemets förbättringscykel. I och med implementeringen av ny rutin för utredning av missförhållanden och den kommande socialtjänstlagen finns goda förutsättningar att använda avvikelседata som ett strategiskt verktyg för rättssäker, likvärdig och kunskapsbaserad socialtjänst.

Missförhållanden och allvarliga vårdskador

Under 2025 har både rapporteringsbenägenhet och formell utredning av allvarigare händelser analyserats gemensamt för Vård- och omsorgskontoret (VOO) och Social- och arbetsmarknadskontoret (SAK), baserat på ärenderapporten för avvikelshantering.

En tydlig bild framträder av en organisation där medarbetare i hög utsträckning uppmärksammar och rapporterar risker och allvarliga brister, men där ett mindre antal händelser efter bedömning och utredning bedöms nå den juridiska nivå som kräver formell anmälan enligt Lex Sarah eller Lex Maria.

Ärendetyp	Rapportörens bedömning	Utredning startad	Utredning avslutad	Anmälan till IVO
Lex Sarah (missförhållande/risk)	103	3	2 avslutade	1
Allvarlig vårdskada (Lex Maria)	151	3	1 avslutad	1

Lex Sarah-rapportering

Totalt har 103 händelser rapporterats av medarbetare som missförhållande eller risk för missförhållande enligt Lex Sarah. Samtliga har bedömts av ansvarig utredare för fördjupad lex Sarahutredning. Tre utredningar har startats och två avslutats under året. En händelse bedömdes som allvarlig och anmäldes omedelbart till IVO. Detta visar en tydlig skillnad mellan den initiala upplevelsen av allvar hos rapportören och den juridiska prövningen enligt lagstiftningens kriterier. Organisationen har således en relativt hög uppmärksamhet på risker, men en låg andel ärenden som formellt utreds som en fördjupad utredning av oberoende utredare. De ärenden som inte har den allvarlighet och alltså inte bedöms behöva utredas av ansvarig för lex Sarahutredning, utreds av ansvarig chef i enlighet med kontorets rutiner.

De bakomliggande orsaker som identifierats i genomförda utredningar rör främst brister i kommunikation och informationsöverföring samt otydligheter i processer, rutiner och riktlinjer. Det är således systemrelaterade faktorer snarare än avsiktliga eller enskilda felhandlingar som dominerar

Vårdskaderapportering

151 händelser har av rapportör bedömts som risk för eller faktisk allvarlig vårdskada. Efter chefens och utredarens bedömning har tre ärenden klassificerats som risk för eller allvarlig vårdskada. En vårdskadeutredning har avslutats och ett ärende har anmälts till IVO enligt Lex Maria. Även här syns en tydlig filtrering mellan första linjens riskuppfattning och den juridiska bedömningen. Det indikerar att verksamheterna har en låg tröskel för att rapportera potentiellt allvarliga händelser, vilket är positivt ur ett patientsäkerhets- och kvalitetsperspektiv. De bakomliggande orsaker som identifierats i Lex Maria-utredningen rör brister i processer och rutiner samt behov av stärkt utbildning och kompetens. Även här är det alltså systemförbättringar snarare än individuella tillkortakommanden som står i fokus.

Allvarligare rapporter per verksamhetsområde

Särskilt boende för äldre, står för den största delen av avvikelsevolymen och därmed även merparten av de händelser som bedömts ha betydande eller hög allvarlighetsgrad. Riskbilden domineras av fall och läkemedelsavvikelser, vilket är typiskt för verksamheter med dygnet-runt-omsorg och multisjuka äldre med omfattande medicinska behov. De ärenden som bedömts som mer allvarliga är i huvudsak kopplade till:

- läkemedelshantering och delegerade HSL-insatser,
- utebliven eller försenad vårdåtgärd,
- brister i tillsyn i kombination med fallrisk.

Bakomliggande orsaker pekar i flera fall mot bristande planering, otydliga rutiner eller kommunikationsbrister mellan professioner. Det finns dock inget som tyder på systematiska allvarliga vårdskador i större omfattning. Den låga andelen Lex Maria-ärenden visar att även om risknivån i vardagen är hög, så når få händelser juridisk allvarlighetsnivå. SÄBO:s riskprofil är komplex men förutsägbar, den speglar verksamhetens medicinska tyngd och behovet av kontinuerlig kompetens och processutveckling.

Inom **Hemtjänsten** är riskbilden mer relaterad till övergångar och samordning. Här återfinns en kombination av fall, läkemedel och uteblivna insatser, men också en tydlig komponent av samverkansbrister, särskilt i relation till regionen. De mer allvarliga händelserna inom hemtjänsten är ofta kopplade till:

- informationsöverföring,
- förändrade vårdbehov som inte uppmärksammas i tid,
- brister i planering i samband med utskrivning från slutenvård.

I och med omställningen till Nära vård vårdas allt fler personer med avancerade behov i ordinärt boende, vilket höjer risknivån. Det innebär att även relativt små brister i kommunikation eller planering kan få större konsekvenser än tidigare. Hemtjänstens allvarligare avvikelser pekar därför främst mot behov av stärkt samverkan och tydligare ansvarsfördelning, snarare än individuella felhandlingar.

Inom **Funktionsnedsättningsområdet** är den totala avvikelsevolymen lägre, och andelen allvarliga händelser är mycket begränsad. Riskerna är mer relaterade till:

- utförande av insatser,
- bemötande,

- tillsyn och genomförandeplaner.

De allvarligare riskerna som förekommer inom området är i första hand kopplade till utförande och rättssäkerhet i genomförandet av insatser. Riskbilden inom FO präglas mindre av medicinska faktorer och mer av kvalitativa aspekter såsom kontinuitet, bemanning och tydlighet i uppdraget. De fåtaliga händelserna med högre allvarlighetsgrad indikerar att systemet i huvudsak är stabilt, men att uppföljning av genomförandeplaner och kommunikation mellan personal och arbetsledning är centrala förbättringsområden.

Inom **Social- och arbetsmarknadskontoret** är riskerna av annan karaktär än inom vård- och omsorgs verksamheter. Här rör de allvarligare händelserna främst:

- rättssäkerhet vid handläggning,
- brister i utredning och uppföljning,
- dokumentationskvalitet.

Barn- och ungdomsverksamheten har den högsta andelen avvikelser inom SAK och bär därmed även den största delen av de mer allvarliga riskerna. Här kan konsekvenserna av bristande handläggning bli betydande, även om de sällan leder till fysisk skada. Riskerna handlar istället om fördröjt skydd, bristande uppföljning eller otillräcklig dokumentation.

Inom **Vuxenheten och ekonomiskt bistånd** är riskerna främst kopplade till handläggningens olika moment – aktualisering, utredning, beslut och journalföring. De allvarligare händelserna är få, men principiellt viktiga då de berör den enskildes rättssäkerhet.

Öppenvårdens risker är mer kopplade till genomförande och återkoppling till myndighetsutövningen. Här är risken mindre juridisk och mer kvalitativ, att insatser inte genomförs enligt plan eller att dokumentation inte möjliggör uppföljning.

Fortsatt utveckling av avvikelsehanteringen

En ny rutin för utredning av missförhållanden har införts inom båda kontoren, i syfte att skapa en mer enhetlig och rättssäker hantering i linje med den nya socialtjänstlagen. Samtidigt kvarstår ett tydligt utvecklingsbehov. Analys av avvikelser ur ett förbättringsperspektiv har identifierats som ett prioriterat område för det kontorsövergripande kvalitetsrådet. Fokus framåt är inte enbart att registrera och utreda händelser, utan att säkerställa att lärandet omsätts i konkreta förbättringar i verksamheten och att likartade brister inte upprepas. Under 2026 kommer arbetet därför att inriktas mot:

- att höja kunskapsnivån om avvikelsehantering och bedömning av allvarlighet
- att utveckla analysen av återkommande mönster och bakomliggande orsaker,
- att stärka kopplingen mellan avvikelseanalys och verksamhetsutveckling.

En viktig del i detta är att vidareutveckla DF Respons rapportfunktioner så att underlaget för uppföljning och aggregerad analys förbättras. Ett ändamålsenligt analysstöd för chefer är avgörande för att kunna arbeta systematiskt och förebyggande. Vidare behöver frågan om suicidprevention tydligare integreras i avvikelse- och riskarbetet, särskilt inom verksamheter där psykisk ohälsa och social utsatthet är en del av uppdraget.

Sammantaget handlar nästa steg om att gå från reaktiv hantering av enskilda händelser till en mer strategisk och kunskapsbaserad förbättringscykel där avvikelshanteringen utgör en central del av kontorens kvalitetsledning.

Synpunkter och klagomål

Synpunkter och klagomål är en viktig del av det systematiska kvalitetsarbetet. Genom att aktivt ta emot, utreda, återkoppla och följa upp inkomna synpunkter skapas ett värdefullt underlag för förbättring, utveckling och ökad transparens gentemot medborgare, brukare och klienter. Synpunktshanteringen är därmed inte enbart en skyldighet enligt lag och kommunala riktlinjer, utan också ett verktyg för lärande och dialog.

Under 2025 har totalt 47 synpunkter registrerats i diariet för de båda nämnderna. Av dessa avser 33 synpunkter verksamheter inom VOO och 14 synpunkter verksamheter inom SAK. Jämfört med föregående år, då 32 synpunkter registrerades, innebär detta en ökning. Ökningen kan ses i ljuset av en fortsatt ambition att göra det enklare att lämna synpunkter via e-tjänsten samt en ökad medvetenhet om möjligheten att framföra klagomål eller förbättringsförslag.

Inkomna synpunkter hanteras i första hand av ansvarig chef inom den verksamhet som berörs. Det är av stor vikt att varje medarbetare känner till sitt ansvar att ta emot och vidarebefordra synpunkter på ett korrekt och respektfullt sätt. Chefen ansvarar därefter för att utredning sker i enlighet med kontorsövergripande rutin, att återkoppling ges till den som lämnat synpunkten samt att eventuella åtgärder dokumenteras och följs upp. Synpunktshanteringen bidrar till att synliggöra förbättringsområden som inte alltid fångas genom avvikelssystem eller andra uppföljningsformer. Den ger även en bild av hur verksamheterna upplevs ur ett medborgar- och brukarperspektiv. För 2025 är den samlade bedömningen utifrån rapporter från verksamheten att synpunkterna i huvudsak rör bemötande, tillgänglighet och information, men att de också i flera fall har lett till konkreta justeringar i arbetssätt. Synpunktshanteringen utgör därmed en integrerad del av kvalitetsledningssystemet och är en viktig komponent i arbetet med att stärka rättssäkerhet, delaktighet och tillit i båda kontorens verksamheter.

Kontor	Verksamhetsområde	Antal 2022	Antal 2023	Antal 2024	Antal 2025
VOO	SÄBO	10	11	6	4
	Hemtjänst	1	9	4	19
	Funktionsnedsättning	10	8	8	7
	Hemsjukvård	1	1	1	2
SAK	IFO	27	22	13	14
	Övrigt	1	0	0	1
	Totalt	50	51	32	47

Inom **Vård- och omsorgskontoret** framkommer att synpunkter från brukare och anhöriga i huvudsak har hanterats verksamhetsnära och ofta integrerats i pågående utvecklingsarbete. Inom exempelvis särskilt boende syns detta i utvecklingsarbetet där ett ökat anhörigdeltagande är en del i att stärka delaktighet och förbättra kvaliteten i omsorgen.

Inom **Social- och arbetsmarknadskontoret** hanteras synpunkter och återkoppling inom ramen för ärendeprocesser och samverkan. Inom både myndighetsutövning och öppenvård betonas vikten av dialog med klienter och samverkansparter, och flera utvecklingsinsatser, exempelvis arbete med hemmaplanslösningar och förstärkta insatser i öppenvård, kan ses som en del av en strävan att möta behov som identifierats.

KVALITETSSÄKRING OCH KVALITETSUPPFÖLJNING AV VERKSAMHETEN

Riskhantering och riskanalys

Riskhantering är en integrerad del av kontorens ledningssystem och utgör ett centralt verktyg för att säkerställa kvalitet, rättssäkerhet och måluppfyllelse. Arbetet omfattar att systematiskt identifiera, värdera och analysera risker samt att besluta om och följa upp åtgärder som minskar sannolikheten för eller konsekvenserna av oönskade händelser. Riskanalys är därmed inte en isolerad aktivitet, utan en kontinuerlig process som kopplar samman verksamhetsstyrning, kvalitetsarbete och förbättringsarbete.

För både Social- och arbetsmarknadskontoret och Vård- och omsorgskontoret handlar riskhantering om att skapa framförhållning. Genom att tidigt uppmärksamma sårbarheter i processer, organisation, samverkan eller kompetensförsörjning kan åtgärder vidtas innan brister utvecklas till avvikelser, missförhållanden eller vårdskador. Riskhanteringen är därmed en förutsättning för att kunna bedriva en kunskapsbaserad och hållbar verksamhet i en föränderlig omvärld.

Arbetet med riskanalys sker i flera sammanhang. I vissa fall är det lagstyrt, exempelvis vid organisationsförändringar, förändrade arbetssätt, införande av ny teknik, delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter eller förändringar som påverkar rättssäkerheten i myndighetsutövningen. I andra fall initieras riskanalyser inom ramen för verksamhetsplanering, intern kontroll eller i samband med identifierade förbättringsområden. Sammantaget bidrar detta till att riskperspektivet integreras i såväl strategiska beslut som i det dagliga arbetet i verksamheterna.



Under 2025 har riskhanteringsarbetet påverkats av flera omvärldsfaktorer:

- Krisberedskap och civilt försvar.
- Den nya socialtjänstlagen med stärkt fokus på förebyggande arbete
- Förberedelser inför den nya socialtjänstdataregisterlagen
- Omställningen till Nära vård
- Kontorsdelningen mellan VOO och SAK
- Pågående systemförändringar

Dessa faktorer har medfört att riskbilden sett olika ut inom respektive kontor och även mellan verksamhetsområden. Detta är i sig en strukturell risk, att utvecklingsarbete som kräver gemensam målbild i samverkan mellan kontoren försvåras när styrningen skiljer sig åt. På kontorsövergripande nivå har riskhantering främst bestått i dialog i ledningsgrupp, identifiering av beroenden mellan system, förtydligande av ansvarsfördelning och revidering av olika rutiner.

Under hösten 2025 delades det tidigare Vård- och omsorgskontoret i två separata kontor – Vård- och omsorgskontoret (VOO) och Social- och arbetsmarknadskontoret (SAK). Kontorsdelningen innebar en strukturell förändring på ledningsnivå och i styrningen, samtidigt som verksamheternas grunduppgifter i huvudsak kvarstår oförändrade.

Organisationsförändringar medför alltid risker, bland annat kopplade till otydlig ansvarsfördelning, förändrade samverkansytter, informationsöverföring och gränsdragningar mellan kontor. Riskhanteringen i samband med delningen har därför fokuserat på att tydliggöra roller och mandat, identifiera gemensamma processer och säkerställa fungerande samverkan mellan nämnder och kontor. Särskild uppmärksamhet har riktats mot gränssnittet mellan biståndsenheten och äldreomsorgen, där beslut, verkställighet och uppföljning behöver samspela utan att organisatoriska förändringar påverkar den enskildes kontinuitet.

Enheten för administrativt stöd ska även fortsättningsvis utgöra ett sammanhållet stöd för båda kontoren. Från ledningshåll har sammansättning, uppdrag, resurser och arbetsprocesser inte förändrats i samband med kontorsdelningen. Detta innebär att enheten även framåt ska fungera som ett gemensamt strategiskt och operativt stöd till såväl verksamhet som ledning, med ansvar för att bidra till helhetsperspektiv, samordning och likvärdighet.

Samtidigt innebär den nya kontorsstrukturen att det uppstår nya gränssnitt och behov av tydlig samordning. Det är prioriterat att säkerställa att administrativt stöd fortsatt arbetar sammanhållet, med gemensamma prioriteringar och en helhetssyn över båda kontoren, så att delningen inte leder till fragmentisering eller olika tolkningar av styrning, rutiner och kvalitetsarbete. Ambitionen är att stödfunktionen ska vara en stabil sammanbindande kraft i organisationen och bidra till en enhetlig utveckling av kvalitet och verksamhetsstyrning.

Risikanalyser- Vård- och omsorgskontoret

Under 2025 har Vård- och omsorgskontorets riskhantering präglats av omställning, systemutveckling och behovet av att säkra tillförlitliga processer. Riskarbetet har haft både operativa och strukturella dimensioner. Ett tydligt kontorsövergripande fokusområde har varit krisberedskap och civilt försvar. Samtliga chefer har genomgått utbildning i kontinuitetsplanering och arbetet med kontinuitetsplaner har påbörjats under hösten. Översyn av driftstopprutiner har också skett i samband med detta arbete vilket är ett exempel på hur riskhantering kopplats till praktiska processer. Det är viktigt att notera att VOO:s riskredovisning till viss del är mer formaliserad inom HSL-området, medan SoL-relaterade risker i högre grad hanteras inom verksamhetsplanering och avvikelseanalys.

Riskbilden inom **Funktionsnedsättningsområdet** under 2025 har främst varit kopplad till verkställighet, bemanning och långsiktig organisatorisk hållbarhet. En central risk har varit ej verkställda beslut, särskilt inom daglig verksamhet och bostäder med särskild service. Arbetet har därför fokuserat på kapacitetsplanering och löpande uppföljning av verkställda beslut, eftersom brister här medför både rättsliga risker och påverkar brukares och anhörigas tillit. Inom området har även kvalitetssäkring av basala hygienrutiner prioriterats genom självskattning och uppföljning, i syfte att minska risk för smittspridning och vårdrelaterade infektioner inom LSS och socialpsykiatri.

Kompetensförsörjning har varit ett annat tydligt riskområde. Genom genomlysning av tjänstestruktur, uppföljning av sjukfrånvaro och arbete för ökad frisknärvaro har sårbarhet i mindre enheter och risk för kompetensbrist adresserats. Även införandet av digitala lösningar

har haft ett riskreducerande syfte, genom att minska manuella fel, öka spårbarhet och stärka möjligheterna till uppföljning. Sammantaget präglas FO:s riskarbete av verksamhetsnära åtgärder med fokus på kapacitet och kompetens, snarare än på övergripande systembrister.

Riskbilden inom **Hemtjänsten** under 2025 har i huvudsak varit kopplad till bemanning, arbetsbelastning, planering och informationsöverföring. Ekonomiska restriktioner och minskad möjlighet att ta in vikarier har påverkat flexibilitet och deltagande i utbildningsinsatser, vilket ökar sårbarheten vid sjukfrånvaro och kan leda till högre arbetsbelastning i det dagliga arbetet. Riskhanteringen har därför fokuserat på tydligare prioriteringar, förbättrad planering och riktade kompetensinsatser.

Implementeringen av arbetssättet "Trygg hemgång" samt utvecklade rutiner för utskrivningsprocessen från slutenvård har varit centrala riskreducerande åtgärder. Övergångar mellan vårdnivåer är en känd riskpunkt, och stärkt intern samverkan har syftat till att minska brister i informationsöverföring och ansvarsfördelning. Samtidigt har behovet av mer systematisk och aggregerad analys av avvikelser identifierats. Utan fördjupad analys finns risk att förbättringsarbetet blir reaktivt snarare än förebyggande. Sammantaget är hemtjänstens riskbild nära kopplad till organisatoriska förutsättningar och samverkansprocesser, där fortsatt utveckling av analys- och uppföljningsförmågan är en viktig del i att stärka kvalitet och hållbarhet.

Riskbilden inom **Särskilt boende för äldre** har under 2025 varit både organisatorisk och omsorgsnära, med fokus på kvalitet i genomförandet av insatser, samordning mellan professioner och förebyggande arbete. Under året har omfattande riskanalyser genomförts i samband med de ekonomiska anpassningar som verksamheten har behövt genomföra. Minskad bemanning och förändrade arbetssätt har analyserats ur flera perspektiv, bland annat utifrån arbetsmiljö och kvalitet i omsorgen för de boende. I analyserna har särskilt fokus lagts på kontinuitet, möjligheten till individanpassad omsorg, utrymme för socialt innehåll samt förutsättningarna att upprätthålla en god kvalitet i verksamheten. Riskanalyserna har genomförts i samverkan med berörda funktioner och har legat till grund för planering och prioriteringar i verksamheterna, med syfte att säkerställa att kvaliteten för de boende kan upprätthållas trots förändrade förutsättningar.

Läkemedelshantering och delegerade uppgifter, som är tätt integrerade i det dagliga omsorgsarbetet, har också varit ett prioriterat område i riskarbetet. Under året har ett stort antal medarbetare genomgått fördjupningsutbildning och en revidering av delegeringsrutiner har påbörjats inför kommande föreskriftsförändringar. Arbetet är ett exempel på ett proaktivt riskförebyggande arbete som syftar till att minska sårbarheten i situationer där omsorgs- och hälso- och sjukvårdsuppgifter möts.

Övergångar mellan olika vårdnivåer är fortsatt en känd riskpunkt i verksamheten. Under året har nya rutiner för utskrivningsprocessen tagits fram, och analys av utskrivningsklara patienter och återinläggningar planeras. Arbetet syftar till att stärka samordningen mellan vårdnivåer och tydliggöra ansvarsfördelningen i övergångarna.

Patientsäkerhetsdialoger och uppföljning av avvikelser har genomförts under året. Samtidigt kvarstår ett behov av att vidareutveckla den systematiska och aggregerade analysen av avvikelседata. Sammantaget bedöms riskhanteringen inom särskilt boende vara relativt strukturerad, men frågor som långsiktig kompetensförsörjning, analyskapacitet och ökade krav i omställningen till Nära vård utgör fortsatt viktiga utvecklingsområden.

Social- och arbetsmarknadskontorets riskanalyser

På verksamhetsnivå inom Individ- och familjeomsorgen har riskanalyser under 2025 i hög grad varit kopplade till variationer i ärendemängd, komplexiteten i enskilda ärenden samt kraven på rättssäker och likvärdig handläggning. Placeringar av barn, unga och vuxna i externa verksamheter utgör fortsatt en betydande ekonomisk och verksamhetsmässig risk, då enskilda beslut kan få stora konsekvenser för både budget och resursfördelning. Riskhanteringen har därför fokuserat på att stärka bedömningsprocesser, utveckla hemmaplanslösningar och förstärka öppenvårdsinsatser som alternativ till externa placeringar. Genom att bygga upp interna insatser och arbeta mer strukturerat med uppföljning har verksamheten sökt minska både kostnadsrisker och risken för att insatser sätts in för sent i problemutvecklingen.

Inom området **Barn och unga** har riskbilden även omfattat handläggningstider, personalomsättning och behovet av stabil kompetensförsörjning. Rättssäkerheten i myndighetsutövningen är central, och riskanalyser har därför knutits till dokumentationens kvalitet, utredningsstruktur och uppföljning av beslut. Arbetet med att stärka tidiga och förebyggande insatser – exempelvis genom familjecentralsliknande verksamhet och strukturerade föräldrastödsprogram – har haft en tydlig riskreducerande funktion genom att minska sannolikheten för mer ingripande åtgärder längre fram.

Inom **Vuxnenheten** har riskerna i hög grad varit kopplade till komplex samsjuklighet, beroendeproblematik och behov av samordnade insatser mellan socialtjänst och region. Riskanalyserna har här betonat vikten av fungerande samverkan och tydliga ansvarsfördelningar för att undvika glapp i stödkedjan. Genom att arbeta mer strukturerat med samordning och gemensamma planeringar har verksamheten sökt minska risken för återkommande insatser utan varaktig effekt.

Ekonomiskt bistånd och **Arbetsmarknadsenheten** har under året haft en riskbild kopplad till konjunktur, arbetsmarknadsläge och långvarigt bidragsberoende. Riskhanteringen har bestått i att stärka samverkan mellan myndighetsutövning och arbetsmarknadsinsatser, samt att tydligare koppla försörjningsstöd till aktiva åtgärder mot egen försörjning. Detta har haft en dubbel funktion: att minska ekonomisk belastning på kontoret och att reducera risken för långvarigt utanförskap för den enskilde.

Sammantaget visar riskanalyserna inom SAK:s verksamheter under 2025 en tydlig koppling mellan ekonomi, rättssäkerhet och förebyggande arbete. Riskhanteringen har i hög grad integrerats i den ordinarie verksamhetsstyrningen och utvecklingsarbetet. Samtidigt kvarstår strukturella risker kopplade till oförutsägbara volymförändringar, kompetensförsörjning och externa kostnader, vilket innebär att behovet av kontinuerlig riskanalys och uppföljning även fortsättningsvis är stort inför 2026.

Egenkontroller

Egenkontroller är en central del av det systematiska kvalitetsarbetet och regleras i SOSFS 2011:9. Genom egenkontroll ska verksamheten fortlöpande säkerställa att den bedrivs i enlighet med lagstiftning, föreskrifter och fastställda rutiner. Egenkontroll omfattar såväl strukturell uppföljning (rutiner, dokument, system) som verksamhetsnära uppföljning (ärenden, dokumentation, processföljsamhet).

Under 2025 har egenkontroller genomförts på flera nivåer – kontorsövergripande, verksamhetsområdesnivå och inom specifika processer. Redovisningen skiljer sig dock åt mellan

Vård- och omsorgskontoret och Social- och arbetsmarknadskontoret, vilket är en viktig del av den samlade kvalitetsbilden.²

- VOO har mer formaliserad struktur inom HSL-området
- SAK:s egenkontroller är i högre grad integrerade i handläggningsprocesser
- Samlad dokumentation på kontorsnivå är under utveckling

Egenkontroller inom Vård- och omsorgskontoret

Särskilt boende för äldre (SÄBO) har genomfört flera verksamhetsspecifika egenkontroller utöver den övergripande frågebaserade egenkontrollen. Arbetet har varit strukturerat och återkommande och har haft tydlig koppling till både kvalitet, säkerhet och värdig omsorg.

En central del har varit egenkontroller av följsamheten till basala hygienrutiner. Samtliga verksamheter har genomfört både självskattningar och observationsstudier för att säkerställa att rutiner efterlevs i det dagliga arbetet. Även om dessa kontroller i huvudsak redovisas inom ramen för patientsäkerhetsarbetet, har de tydlig betydelse även ur ett socialtjänstperspektiv, eftersom god hygienpraxis är en förutsättning för trygg och säker omsorg.

Det har också genomförts uppföljningar kopplade till läkemedelshantering och delegering. Dessa insatser har omfattat både kontroll av rutinefterlevnad och fortbildning av personal. Även om området har en tydlig hälso- och sjukvårdsdimension är det samtidigt integrerat i den dagliga omsorgsverkställigheten på SÄBO och påverkar direkt kvaliteten i insatserna till den enskilde.

I samband med införandet av ny rutin för utskrivningsprocessen har uppföljning och analys genomförts för att säkerställa att övergångar mellan vårdnivåer fungerar på ett strukturerat och säkert sätt. Detta kan ses som en form av egenkontroll av samverkansprocesser, där fokus ligger på att minska risken för brister i informationsöverföring och ansvarsfördelning.

Hemtjänsten har genomfört flera verksamhetsnära uppföljningar med bäring på kvalitet, rättssäkerhet och kontinuitet i insatserna. Egenkontrollerna är en viktig del av ledningssystemet och syftar till att säkerställa att beslutade insatser verkställs i enlighet med biståndsbeslut, genomförandeplaner och gällande rutiner.

Den övergripande egenkontrollen visar generellt att strukturer finns på plats vad gäller dokumentation, genomförandeplaner och uppföljning. Samtidigt framträder variationer mellan enheter i hur systematiskt uppföljningen sker och hur väl genomförandeplanerna hålls aktuella i förhållande till förändrade behov. I hemtjänstens kontext, där insatser utförs i den enskildes hem och ofta under föränderliga förutsättningar, blir kontinuerlig uppdatering och tydlig dokumentation särskilt avgörande.

Utöver den övergripande egenkontrollen har hemtjänsten arbetat med uppföljning av planeringsrutiner, informationsöverföring och samverkan, särskilt i samband med utskrivning från slutenvård och arbetet med "Trygg hemgång". Dessa uppföljningar har haft karaktären av interna kvalitetsgranskningar där fokus legat på övergångar mellan vårdnivåer, ansvarsfördelning och tydlighet i uppdraget. Eftersom hemtjänsten är beroende av korrekt och aktuell information från flera aktörer, är detta ett centralt kvalitetsområde.

² Se bilagor som redovisar den övergripande egenkontrollen i slutet av dokumentet

Verksamheten har även genomfört uppföljningar kopplade till följsamhet till hygienrutiner och delegerade arbetsuppgifter, vilket även om det delvis är HSL-relaterat har direkt påverkan på kvalitet och säkerhet i omsorgen. Dessa kontroller visar på etablerade rutiner, men liksom i SÄBO finns ett utvecklingsbehov när det gäller att systematiskt aggregera och analysera resultaten över tid.

Sammantaget visar hemtjänstens egenkontroller att grundläggande strukturer är på plats, men att utvecklingen behöver gå från kontroll av enskilda moment till en mer sammanhållen analys där resultat från egenkontroller, avvikelser och riskbedömningar kopplas tydligare till förbättringsåtgärder. Den ökade komplexiteten i uppdraget, i takt med omställningen till Nära vård, förstärker behovet av ett mer proaktivt och analytiskt egenkontrollarbete.

Funktionsnedsättningsområdet har genomfört flera verksamhetsnära uppföljningar kopplade till verkställighet, genomförande och kvalitet i insatser enligt SoL och LSS. Egenkontrollerna syftar till att säkerställa att beslut verkställs korrekt, att den enskildes behov och mål är tydligt formulerade samt att insatser genomförs med kontinuitet och delaktighet.

Den övergripande egenkontrollen visar att grundläggande strukturer finns på plats vad gäller genomförandepplaner och dokumentation. Samtidigt framträder, liksom i övriga verksamheter, variationer mellan enheter när det gäller aktualitet i uppföljning och hur systematiskt resultat från avvikelser och synpunkter används i förbättringsarbetet. I verksamheter där stödet ofta är långvarigt och relationsbaserat är kvaliteten i planering och uppföljning avgörande för att insatserna ska vara ändamålsenliga och rättssäkra över tid.

FO har även genomfört uppföljningar kopplade till verkställighet och kapacitet, särskilt inom daglig verksamhet och bostäder med särskild service. Dessa uppföljningar fungerar som en form av egenkontroll av hur väl beslut kan verkställas inom rimlig tid och med tillräckliga resurser. Eftersom ej verkställda beslut innebär både rättsliga risker och påverkar brukarnas förtroende, är detta ett centralt kvalitetsområde.

Inom området har även uppföljning av hygienrutiner och andra verksamhetsnära arbetssätt genomförts, vilket bidrar till en säker och hållbar omsorgsmiljö. Även här är dock utvecklingsbehovet tydligt när det gäller att sammanställa och analysera resultat på en mer aggregerad nivå för att identifiera mönster och prioriterade förbättringsområden.

Sammantaget visar FO:s egenkontroller att verksamheten har stabila strukturer för uppföljning, men att nästa steg i utvecklingen behöver handla om att stärka kopplingen mellan kontroll, analys och konkret förbättring. I en verksamhet där stödet ofta är individuellt anpassat och långsiktigt är det särskilt viktigt att kvalitetssäkringen inte stannar vid formell uppföljning, utan leder till systematiskt lärande och utveckling

Egenkontroller inom Social- och arbetsmarknadskontoret

Egenkontrollerna har inom kontoret haft fokus på rättssäkerhet, dokumentationskvalitet och följsamhet till handlägningsprocesser. Egenkontrollerna utgör en central del av ledningssystemet och är särskilt viktiga i verksamheter där myndighetsutövning och individuella bedömningar står i centrum.

Den övergripande egenkontrollen visar att strukturer för dokumentation, beslut och uppföljning i huvudsak finns på plats. Samtidigt framträder variationer mellan enheter när det gäller aktualitet i journalföring, tydlighet i utredningsunderlag och systematik i uppföljning av

beslutade insatser. I verksamheter som **Barn och unga** samt **Vuxenheten**, där handläggningen ofta är komplex och tidskritisk, är kvaliteten i dokumentationen avgörande både ur rättssäkerhets- och kvalitetsperspektiv.

Inom **Ekonomiskt bistånd** har egenkontroller särskilt fokuserat på handläggningstider, aktualisering, utredningskvalitet och beslutsmotivering. Här är riskbilden tydligt kopplad till likabehandling och rättssäkerhet. Egenkontrollerna visar att grundläggande rutiner följs, men att det finns behov av fortsatt arbete med enhetlighet i bedömningar och dokumentationens kvalitet.

Enheten för sociala insatser/öppenvård har genomfört uppföljningar av genomförande, återkoppling till myndighetsutövningen och dokumentation av insatser. Här är kvaliteten beroende av tydlig koppling mellan beslut, genomförande och uppföljning. Egenkontrollerna pekar på att strukturer finns, men att analys och systematisk återföring av resultat kan stärkas.

Gemensamt för Social- och arbetsmarknadskontorets verksamheter är att egenkontrollerna i stor utsträckning verifierar att formella rutiner följs, men att nästa utvecklingssteg handlar om att fördjupa analysen av resultat och säkerställa att identifierade brister leder till konkreta förbättringsåtgärder. Arbetet med att förbättra den sociala dokumentationen, som påbörjats under året, är en viktig del i detta och har tydlig koppling till egenkontrollens utveckling.

Sammantaget visar egenkontroller inom social- och arbetsmarknad att strukturer för kvalitetssäkring är etablerade, men att det finns behov av stärkt analysförmåga och ökad likvärdighet mellan enheter för att fullt ut säkerställa rättssäker och kunskapsbaserad verksamhet.

- Enhetligare redovisningsstruktur
- Koppling mellan egenkontroll, riskanalys och avvikelsestatistik
- Stärkt analys av resultat av egenkontroller

Inför 2026 bör fokus ligga på att integrera egenkontroller tydligare i ledningssystemet och säkerställa att resultaten används i verksamhetsutvecklingen.

Brugarundersökningar

Brugarundersökningar är en viktig del av kvalitetsuppföljningen och utgör ett komplement till avvikelser, egenkontroller och statistik. De bidrar med den enskildes perspektiv på kvalitet, bemötande, delaktighet och upplevd trygghet. Under året har brugarundersökningar genomförts inom flera verksamhetsområden, dock med viss variation i omfattning, genomförandeform och redovisning mellan kontoren. Det är viktigt att betona att brugarundersökningar inte ensamma ger en fullständig bild av kvalitet, men de utgör en central indikator på hur verksamheten uppfattas av dem den är till för. Det är tydligt att:

- VOO i högre grad använder nationella standardiserade undersökningar
- SAK i högre grad använder lokalt utformade enkäter eller dialogbaserad uppföljning
- Sammanställning på kontorsövergripande nivå är begränsad

Inom **Vård- och omsorgskontoret** har genomförts nationella brugarundersökningar främst inom Särskilt boende och Hemtjänsten. Resultaten visar att nöjdheten inom särskilt boende minskat jämfört med föregående år (72 % jämfört med 88 % år 2024). Denna förändring behöver analyseras i relation till:

- Hög vårdtyngd under delar av året
- Personalomsättning
- Omställning av arbetssätt
- Ekonomisk återhållsamhet

Det är viktigt att synliggöra att resultaten ofta analyseras och hanteras på enhetsnivå. Åtgärdsplaner tas fram lokalt och följs upp i verksamhetsdialoger. Den övergripande kvalitetsberättelsen ska därför inte ersätta verksamhetsområdenas egen analys, utan ge en samlad bild

Inom **Funktionsnedsättningsområdet** används brukarundersökningar som ett viktigt verktyg för att följa upp hur insatser upplevs av brukare och för att identifiera utvecklingsområden i verksamheten. Under 2025 har resultaten från nationella brukarundersökningar samt lokala uppföljningar analyserats i verksamheten och utgjort ett underlag i det systematiska kvalitetsarbetet.



Resultaten visar överlag en stabil bild av hur brukare upplever stöd och service inom verksamheten. Särskilt framträder områden som bemötande, trygghet och delaktighet i vardagen som centrala för brukarnas upplevelse av kvalitet. Personalen uppfattas i stor utsträckning som respektfull och stödjande och många brukare uppger att de känner sig trygga i kontakten med verksamheten. Samtidigt visar resultaten att det

finns variationer mellan olika verksamheter och att vissa områden behöver fortsatt utvecklas, exempelvis när det gäller information och delaktighet i planeringen av insatser.

Inom **Bostad med särskild service** visar brukarundersökningarna generellt goda resultat när det gäller bemötande, trygghet och tillgång till stöd i vardagen. Brukare uppger i stor utsträckning att de får hjälp när de behöver det och att personalen visar respekt och förståelse. Resultaten pekar samtidigt på att det finns behov av att fortsätta arbeta med brukarnas inflytande över vardagliga beslut och planeringen av aktiviteter. I analysen har verksamheten därför särskilt uppmärksammat hur arbetet med genomförandeplaner och individuella uppföljningar kan stärkas för att ytterligare öka brukarnas delaktighet.

I den **Dagliga verksamheten** visar resultaten att många brukare upplever en meningsfull sysselsättning och en god social gemenskap. Brukarna uppger i hög grad att de trivs i verksamheten och att personalen ger stöd i arbetet och i de aktiviteter som genomförs. Samtidigt visar undersökningarna att det finns utvecklingsområden när det gäller möjligheten att påverka innehållet i verksamheten och att få tydlig information om aktiviteter och valmöjligheter. I verksamhetens analys har därför fokus lagts på att utveckla former för brukardialog och att skapa fler möjligheter för deltagarna att påverka planeringen av aktiviteter.

Inom **Socialpsykiatri** visar resultaten att brukarna generellt upplever ett gott bemötande och att stödet bidrar till ökad trygghet i vardagen. Brukarna uppger också i hög grad att personalen är tillgänglig och ger stöd i frågor som rör vardag, boende och sociala kontakter. Samtidigt framkommer i vissa delar av resultaten att information och uppföljning av insatser kan utvecklas ytterligare. Verksamheten har därför arbetat vidare med att tydliggöra mål och innehåll i insatserna samt stärka dialogen med brukarna kring planering och uppföljning.

Resultaten från brukarundersökningarna har återkopplats i verksamheterna och används som underlag i lokala förbättringsarbeten. Analysen av resultaten sker både i arbetsgrupper och i

verksamheternas ledningsstruktur, och resultaten kopplas till planerade utvecklingsinsatser. På så sätt integreras brukarundersökningarna i det löpande kvalitetsarbetet och bidrar till att utveckla verksamheten utifrån brukarnas erfarenheter och behov.

Inom **Social- och arbetsmarknadskontoret (SAK)** är brukarundersökningar mer varierande och anpassade efter verksamhetens karaktär. Exempel på områden där brukar- eller klientenkäter förekommer är:

- Individ- och familjeomsorg
- Arbetsmarknadsinsatser
- Stöd- och behandlingsverksamheter

Uppföljande statistik och indikatorer

Den uppföljande statistiken från Kolada³ och Hemtjänstindex⁴ ger en samlad bild av Sala kommuns kvalitet och effektivitet inom socialtjänst samt vård och omsorg under 2025. Inom individ- och familjeomsorgen finns ett fåtal data för 2025 inrapporterade ännu så länge, men uppdateras löpande under året. Sammantaget visar de resultat som rapporterats både tydliga styrkor och områden som kräver fördjupad analys och åtgärder inför 2026.

En tydlig styrka är brukarbedömningen av hemtjänsten. Koladas sammanställning visar en mycket hög andel brukare som upplever att helhetssynen i hemtjänsten fungerar väl, med resultat på en nivå som ligger klart över riksgenomsnittet. Detta indikerar att brukarna i ordinärt boende upplever insatserna som samordnade, respektfulla och anpassade efter individuella behov. Även inom delar av LSS-verksamheten visar brukarbedömningar på stabila eller goda resultat, vilket stärker bilden av ett verksamhetsnära kvalitetsarbete.

Samtidigt visar statistiken tydliga utmaningar. Nettokostnadsavvikelsen inom äldreomsorgen ligger väsentligt över riksgenomsnittet, vilket innebär att kostnaderna är högre än vad struktur och demografi ensamt förklarar. Detta pekar på behov av en fördjupad analys av kostnadsdrivande faktorer, såsom bemanning, vårdtyngd, organisering av särskilt boende och resursanvändning i förhållande till behov.

Brukarbedömningen i särskilt boende ligger under riksgenomsnittet när det gäller helhetssyn och upplevd kvalitet. Skillnaden mellan hemtjänst och särskilt boende är tydlig och bör analyseras närmare. Det kan handla om upplevelser av bemötande, delaktighet, kontinuitet eller den organisatoriska miljön i boendet. Detta är ett viktigt utvecklingsområde inför 2026.

Indikator	2023	2024	2025	Kommentar
Brukarbedömning hemtjänst (helhetssyn), %	93 %	93 %	95 %	Sala ligger klart över riksgenomsnittet enligt Kolada-rapporten 2025
Brukarbedömning särskilt boende (helhetssyn), %	88 %	88 %	72 %	Betydande nedgång 2024→2025

Tabeller från Kolada.se

³ Tabeller från Kolada.se

⁴ Tabeller från Hemtjänstindex.se

Nyckeltal	Sala 2025	Utveckling (Δ)	Kommentar
Brukarbedömning hemtjänst — helhetssyn (%)	95 %	+2 p	Indikerar fortsatt stark brukarnöjdhet
Brukarbedömning SÄBO — helhetssyn (%)	72 %	-16 p	Visar tydlig försämring jämfört med tidigare år
Väntetid till särskilt boende (dagar)	132	+42 dagar	Indikerar längre väntetider jämfört med tidigare år
Omsorgspersonal som är undersköterska (SÄBO, %)	88 %	-4 p	Personaltäthet i särskilt boende
Platser i SÄBO per sjuksköterska (vardagar)	23,9	+3,4	Indikerar lägre sjukskötersketäthet
Fallskador 80+ (3-års medel/100 000 inv)	12 076	+230	Hög nivå av vårdrelaterade fallskador
Andel 80+ med insats	25 %	±0	Stabil andel i målgruppen

Hemtjänstindex visar dessutom en tydlig försämring i ranking och indexvärde under perioden 2023–2025. Detta står i viss kontrast till de höga brukarvärdena i Kolada och indikerar att vissa delindikatorer, exempelvis kostnadseffektivitet, registeranvändning eller strukturella kvalitetsmått kan ha utvecklats svagare. Förändringen behöver analyseras mer systematiskt för att förstå om den beror på faktiska resultatförändringar, metodförändringar eller brister i rapportering och registrering.

Indikator	Sala	Riket (medel)	Västmanlands län (medel)
Totalindex Hemtjänstindex 2025	71,9	68,9	66,8

- Sala ligger **över riksgenomsnittet** 2025.
- Sala ligger också **tydligt över länssnittet** i Västmanland.
- Trots försämrade ranking jämfört med tidigare år är Sala alltså fortfarande över medel i faktisk indexpoäng.

Delindex Hemtjänstindex	Placering (av 290)	Kommentar
Information	118	Medelnivå
Biståndshandläggning	103	Något bättre än medel
Utförande	6	Mycket starkt resultat
Stöd och utveckling	186	Svagare område

Styrka – Utförande (plats 6 i landet)

Detta är ett mycket starkt resultat och visar att själva genomförandet av hemtjänstinsatser håller hög kvalitet nationellt sett. Detta ligger i linje med Koladas höga brukarbedömning.

Relativ styrka – Biståndsprocessen

Placering runt 103 indikerar stabil handläggning, varken topp- eller bottennivå.

Utmaning – Information och särskilt Stöd & utveckling

Stöd och utveckling (plats 186) är det tydligaste förbättringsområdet. Det handlar ofta om:

- kvalitetsregister
- systematisk uppföljning
- utvecklingsarbete
- strategisk styrning

Detta kan förklara varför ranking sjunkit trots god brukarnöjdhet – strukturella och systematiska indikatorer väger tungt i indexet.

Sammantaget visar den uppföljande statistiken att Sala kommun har tydliga styrkor i brukarnära kvalitet, särskilt inom hemtjänsten, men samtidigt står inför utmaningar vad gäller kostnadseffektivitet, kvalitet inom särskilt boendes, samt systematisk analys av indikatorer.

Inför 2026 bör fokus ligga på att:

- fördjupa analysen av Kolada och Hemtjänstindex
- arbeta med kostnadsavvikelsen inom äldreomsorgen,
- stärka kvalitetsutvecklingen inom SÄBO
- utveckla datakvalitet och systematisk uppföljning så att indikatorerna används aktivt i styrning och förbättringsarbete.

Det är först när statistiken integreras i det löpande kvalitetsarbetet som den fullt ut bidrar till verksamhetsutveckling.

Samverkan

Samverkan är en grundförutsättning för kvalitet inom både socialtjänst och vård och omsorg. Under 2025 har samverkansfrågorna påverkats av flera parallella förändringar – omställningen till Nära vård, kontorsdelningen i september samt ökade krav på samordning mellan huvudmän. Dessa förändringar har både skapat utvecklingsmöjligheter och synliggjort sårbarheter i befintliga strukturer.

Den interna samverkan har under året varit i fokus, inte minst mot bakgrund av att det tidigare Vård- och omsorgskontoret delats i två kontor – VOO och SAK. Delningen har medfört behov av att tydliggöra gränssnitt, ansvar och gemensamma processer. Arbetet med social dokumentation har exempelvis visat på behovet av en gemensam målbild och samordnad struktur mellan kontoren. Inom VOO har dialogforum för kvalitet och patientsäkerhet bidragit till stärkt samverkan mellan professioner och verksamheter. Samtidigt finns en medvetenhet om risken för stuprörstänkande i en ny organisationsstruktur, vilket ställer krav på fortsatt utveckling av gemensamma forum och helhetsperspektiv.

Samverkan med regionen har under året präglats av omställningen till Nära vård. I Västmanland har detta inneburit fördjupad samverkan kring utskrivningsprocesser, tydligare planering i primärvården och ökad samordning kring personer med komplexa och långvariga behov. Övergångar mellan vårdnivåer är fortsatt en kritisk punkt ur kvalitetsperspektiv, och arbetet har därför fokuserat på att stärka ansvarsfördelning och informationsöverföring. Samtidigt har skillnader i systemstöd och resursförutsättningar mellan huvudmännen inneburit utmaningar som behöver hanteras både strategiskt och i det operativa arbetet.

Inom SAK är samverkan en integrerad del av kärnuppdraget. Ärenden som rör barn och unga, vuxna med sammansatt problematik eller personer i behov av arbetsmarknadsinsatser kräver löpande samverkan med skola, regionens hälso- och sjukvård, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och civilsamhällets aktörer. Samverkan är här i stor utsträckning ärendenära och sker på verksamhetsnivå, men har samtidigt tydlig betydelse för kontorets samlade kvalitet och rättssäkerhet.

Sammantaget har samverkan under 2025 varit både omfattande och nödvändig, men också resurskrävande. Den fungerar i huvudsak väl i enskilda ärenden, medan den strukturella samordningen påverkas av organisatoriska förändringar och omställningen till Nära vård. Inför 2026 finns behov av att tydligare dokumentera samverkansstrukturer, systematiskt följa upp effekterna av samverkan samt fortsätta utveckla den interna samordningen mellan VOO och SAK, så att helhetsperspektivet stärks över organisationsgränserna.

Kompetensförsörjning och kompetensutveckling

Kompetensförsörjning är en av de mest avgörande kvalitetsfaktorerna för både Vård- och omsorgskontoret (VOO) och Social- och arbetsmarknadskontoret (SAK). Förmågan att rekrytera, behålla och utveckla rätt kompetens är direkt kopplad till rättssäkerhet, kvalitet i insatserna och möjligheten att möta ökade krav enligt ny socialtjänstlag och omställningen till Nära vård.

Under 2025 har kompetensförsörjningsfrågorna präglats av:

- Nationell brist på vissa professioner (bl.a. arbetsterapeuter, socionomer och sjuksköterskor)
- Kommande pensionsavgångar
- Ökad komplexitet i lagstiftning och dokumentationskrav
- Behov av stärkt förebyggande arbete
- Förändrade arbetssätt kopplat till systemstöd och digitalisering

Kompetensförsörjningen behöver därför analyseras både strukturellt och verksamhetsnära. På kontorsövergripande nivå har 2025 inneburit ett tydligt skifte från enbart bemanningsfrågor till ett mer strategiskt kompetensperspektiv. Detta innebär att fokus inte enbart ligger på att tillsätta tjänster, utan på:

- Rätt kompetens på rätt plats
- Kompetensväxling
- Kompetensutveckling kopplat till nya lagkrav
- Hållbar arbetsmiljö som förutsättning för att behålla medarbetare

Sjukfrånvaron inom vissa verksamheter har minskat jämfört med föregående år, vilket bidrar till stabilitet i arbetsgrupperna. Samtidigt har verksamheterna under året behövt hantera vakanser och rekryteringsutmaningar, särskilt inom rehabilitering och vissa specialistfunktioner. Kontoren har gemensamt en kompetenssamordnare som har en viktig funktion i att:

- Samordna utbildningar över kontorsgränser
- Säkerställa struktur i utbildningsplanering
- Följa upp deltagande
- Identifiera kompetensgap
- Stödja implementering av nya arbetssätt

Vård- och omsorgskontorets kompetensutveckling

Kompetenssamordnarens roll har under året varit central i att samordna utbildningsinsatser och skapa struktur för kompetensutveckling över kontorsgränser. Under 2025 har utbildningsinsatser genomförts inom flera områden:

- Förflyttningsutbildningar (för ordinarie personal och vikarier)
 - Utbildningar i lyfthantering
 - Utbildningar kopplade till dokumentation och IBIC
 - Implementering av webbutbildning i funktions- och aktivitetsbevarande arbetssätt
- Introduktion och basblock för nyanställda

Utöver detta har kompetensutvecklingen under året haft en tydlig strategisk inriktning mot tre övergripande områden: civilt försvar och krisberedskap, språkutvecklande arbetsplatser samt Yrkesresan inom funktionsnedsättning.

Inom området civilt försvar och krisberedskap har både chefer och medarbetare deltagit i utbildningsinsatser kring kontinuitetshandling. Workshops har genomförts för chefer där metodens olika steg praktiskt har övats, och digitala utbildningsmoduler har publicerats för samtliga medarbetare. Intresset har varit omfattande, med flera hundra visningar av modulerna. En särskild e-tjänst har också tagits fram som steg-för-steg-stöd i det praktiska arbetet. Detta arbete stärker verksamheternas förmåga att upprätthålla kvalitet och säkerhet även vid störningar eller kris.

Ett annat betydande utvecklingsområde under 2025 har varit införandet av språkutvecklande arbetsplatser. Kompetenssamordnaren har utbildats till diplomerad språkbudsutbildare och den första omgången språkbud har utbildats inom hemtjänst, särskilt boende och funktionsnedsättning. Arbetet syftar till att stärka kommunikationen, öka tryggheten och säkerheten i omsorgen samt förbättra den sociala arbetsmiljön. Beslut har fattats om återkommande utbildningsomgångar, med långsiktig målsättning att samtliga enheter ska ha språkbud. Satsningen är strategisk och bidrar både till kvalitetsförbättring och till att stärka förutsättningarna för framtida rekrytering.



Inom funktionsnedsättningsområdet har Yrkesresan fortsatt varit en central och långsiktig kompetenssatsning. Under året har medarbetare genomfört kurser inom BAS-steget, med fokus på grundläggande värden, regelverk samt funktionsnedsättningar och deras konsekvenser. 140 medarbetare är aktiva i Yrkesresan, vilket visar på en brett förankrad och systematisk kompetensutveckling. Årsplanering och uppsamlingsomgångar har säkerställt struktur och kontinuitet i utbildningsinsatserna.

Därutöver har riktade utbildningar genomförts inom exempelvis AKK (alternativ och kompletterande kommunikation), social dokumentation, kognitiv svikt och

trycksårsprevention. Basblock 1 för timvikarier har reviderats och haft omfattande användning under året. Samtliga utbildningsmoduler i utbildningskatalogen har också setts över och vid behov anpassats till den nya socialtjänstlagen.

Ett viktigt utvecklingsområde som framkommit i utvärderingar är behovet av lokala instruktörer inom förflyttningskunskap, för att stärka kompetensen i det dagliga arbetet. Kopplingen mellan kompetensutveckling och kvalitetsresultat (exempelvis minskade fall eller förbättrad dokumentationsföljsamhet) behöver dock stärkas ytterligare i uppföljningen.

Social- och arbetsmarknadskontorets kompetensutveckling

Under året har workshops och utbildningar genomförts kopplade till nya socialtjänstlagen. Dessa har haft fokus på att integrera omställningen till en modern socialtjänst i det dagliga arbetet.

Kompetensutvecklingen inom SAK har även omfattat utbildningsinsatser inom civilt försvar och kontinuitetshantering, där både chefer och medarbetare deltagit i gemensamma moduler tillsammans med VOO. Detta stärker kontorets beredskap och förmåga att upprätthålla rättssäker myndighetsutövning även under extraordinära förhållanden.

Detta visar att kompetensutveckling inom SAK under 2025 i hög grad varit strukturell och kopplad till styrning, lagstiftningsförändring och långsiktig kvalitetssäkring snarare än enbart metodutbildningar. Inom individ- och familjeomsorgen sker kompetensutveckling exempelvis genom metodhandledning, ärendegenomgångar, fortbildning inom specifika insatsområden. Yrkesresan har fortsatt vara ett viktigt verktyg för strukturerad och långsiktig kompetensförsörjning inom vissa delar av verksamheten.

VERKSAMHETSUTVECKLING UNDER 2025

År 2025 har präglats av omställning snarare än expansion. Utvecklingsarbetet har i hög grad handlat om att skapa struktur, stabilitet och förutsättningar för långsiktig kvalitetsutveckling i en tid av förändrad lagstiftning, organisatorisk omstrukturering och ekonomisk återhållsamhet. Utvecklingsinsatserna kan sammanfattas inom tre huvudsakliga områden, anpassning till ny socialtjänstlag och välfärdsomställningen, struktur- och systemutveckling inom dokumentation och ledningssystem och förbättrade arbetssätt och ökad samverkan

Omställningen inför – och efter - en ny socialtjänstlag

Under året har anpassningen till den nya socialtjänstlagen varit en tydlig drivkraft i hela förvaltningens utvecklingsarbete. Lagstiftningens betoning på förebyggande insatser, stärkt rättssäkerhet och ökad systematik har inte bara påverkat Social- och arbetsmarknadskontorets arbete, utan också satt sin prägel på Vård- och omsorgskontorets fortsatta omställning mot Nära vård. Tillsammans har kontoren rört sig i riktning mot ett mer sammanhållet, kunskapsbaserat och proaktivt arbetssätt.

Inom Social- och arbetsmarknadskontoret har utvecklingsarbetet i hög grad handlat om att förskjuta tyngdpunkten från reaktiva åtgärder till tidigare och mer förebyggande insatser. Detta har inneburit ett medvetet arbete med att stärka systematiken i såväl dokumentation som uppföljning, för att skapa bättre förutsättningar för analys, kvalitetssäkring och lärande över tid. Förberedelser inför den kommande socialtjänstdataregisterlagen har ytterligare aktualiserat behovet av tydligare strukturer och mer enhetliga arbetssätt, särskilt när det gäller individuell och systematisk uppföljning.



En genomlysning av den sociala dokumentationen har visat på brister i nuvarande systemstöd och arbetsprocesser. Denna kartläggning har i sig varit en betydelsefull del av utvecklingsresan, eftersom den tydliggjort vilka strukturella hinder som behöver hanteras för att åstadkomma verklig förändring. Även om arbetet inte har slutförts under 2025 har det skapat en stabil grund för ett mer sammanhållet och långsiktigt utvecklingsarbete under 2026. Erfarenheterna visar att utveckling inte enbart handlar om att införa nya metoder, utan lika mycket om att identifiera och åtgärda de organisatoriska och tekniska förutsättningar som påverkar det dagliga arbetet.

Samtidigt har Vård- och omsorgskontorets utveckling varit nära sammankopplad med omställningen till Nära vård, där ambitionen är att möta invånarnas behov tidigare, mer samordnat och med större fokus på att bevara funktion och självständighet. Ett led i detta har varit att stärka medarbetarnas kompetens genom webbaserad utbildning i funktions- och aktivitetsbevarande arbetssätt, vilket bidrar till ett mer rehabiliterande förhållningssätt i vardagen. Arbetet har också konkretiserats genom att gemensamma hembesök mellan biståndshandläggare och arbetsterapeut har breddinförts, vilket skapar bättre helhetssyn kring den enskildes behov och minskar risken för parallella eller motstridiga insatser.

Även processerna kring utskrivningssamordning har setts över och förändrats för att skapa tryggare och mer effektiva övergångar från slutenvård till kommunala insatser. Parallellt har förberedelser gjorts för ett pilotprojekt kring ensamarbete vid personlyft, där både arbetsmiljö och kvalitet i omsorgen står i fokus. Sammantaget präglas utvecklingsarbetet av en tydlig ambition att arbeta mer proaktivt, stärka samverkan och minska behovet av mer omfattande och ingripande insatser längre fram.

Utveckling av dokumenthantering inom ledningssystemet

En av de mest betydelsefulla utvecklingsinsatserna under 2025 har varit arbetet med att stärka dokumenthanteringen i ledningssystemet. Detta arbete är inte enbart administrativt utan har direkt koppling till kvalitet, då tydliga och aktuella styrdokument är en förutsättning för rättssäker och likvärdig verksamhet.

Under det gångna året har nya riktlinjer för dokumenthantering införts inom båda kontoren, vilket har skapat en mer enhetlig och rättssäker hantering av styrande dokument. Arbetet har även omfattat en genomgripande revidering och omstrukturering av dokumenten i ledningssystemet för att göra dem mer överskådliga och användarvänliga. I samband med detta har nya mallar och en tydligare metadatastruktur tagits fram, vilket har stärkt kvaliteten och förenklat både sökning och uppföljning.

En mer konsekvent och tydlig publiceringsstruktur har börjat implementeras med en ny roll i samtliga verksamhetsområden, dokumentsamordnare, för att säkerställa att aktuella dokument är korrekta och reviderade. Parallellt har en systematisk genomgång genomförts där inaktuella styrdokument rensas bort, vilket har minskat risken för att föråldrad information används i verksamheten. Arbetet fortsätter under 2026. Slutligen har dokumentägarskapet förtydligats, vilket har klargjort ansvar för uppdatering, kvalitetssäkring och uppföljning av respektive dokument.

Förstudie – nytt kommungemensamt ledningssystem

Under 2025 har båda kontoren deltagit i en förstudie avseende införande av ett nytt kommungemensamt ledningssystem för verksamhetsstyrning och kvalitetsledning. Förstudien har haft som syfte att:

- Analysera behov av samlad styrmodell
- Undersöka möjligheter till gemensam digital plattform
- Säkerställa att kvalitetsarbete, verksamhetsplanering och uppföljning integreras
- Undvika dubbelarbete och parallella system

Detta arbete är strategiskt viktigt då nuvarande struktur upplevs fragmenterad, med olika system och arbetssätt mellan kontoren. Deltagandet i förstudien visar en vilja att arbeta mer sammanhållet och långsiktigt med kvalitetsledning.

Verksamhetsutveckling 2025 inom Vård och omsorgskontorets verksamheter

Inom **Hemtjänsten** har 2025 präglats av både digital utveckling och organisatoriska effektiviseringar. Ett konkret utvecklingsarbete har varit möjligheten att upprätta och uppdatera genomförandeplaner direkt i mobiltelefonerna. Detta har minskat dubbelarbete och sparat administrativ tid, samtidigt som dokumentationen kunnat ske närmare insatsen. Även planeringen har utvecklats genom att vikarier i större utsträckning arbetar över enhetsgränser, vilket skapat ökad flexibilitet och mer resurseffektiv bemanning.

Arbetet med Nära vård har konkretiserats genom workshoppar och utbildningsinsatser, liksom genom utvecklingen av arbetssättet "Trygg hemgång". Kontinuitetsutbildningar har genomförts för att stärka kvaliteten i omsorgens utförande. På Mötesplatsen har en träningsgrupp startats med syfte att stärka det förebyggande och rehabiliterande arbetet, och verksamheten har tydligare renodlat sitt uppdrag till att omfatta biståndsbeslutade insatser.

Tekniska anpassningar har också genomförts, bland annat genom utbyte av samtliga trygghetslarm för att möta kraven i det nya telenätet. På korttidsenheten har både antalet platser och uppdraget förändrats, då enheten även verkställer växelvård. Övergången från medicinvagnar till medicinskåp med digitala nycklar är ett exempel på hur säkerhet och struktur har stärkts i det dagliga arbetet. Sammantaget visar hemtjänstens utvecklingsarbete en tydlig strävan mot effektivare arbetssätt, stärkt kvalitet och ökad flexibilitet inom givna ekonomiska ramar.

För **Särskilt boende** har 2025 inneburit ett omfattande omställningsarbete, främst till följd av ekonomiska förutsättningar. Verksamheterna har successivt minskat sin grundbemanning och genomfört betydande omorganisationer för att anpassa verksamheten till nya bemanningsmått. Detta har inneburit schemaförändringar, omfördelning av medarbetare och nya arbetssätt. Samtidigt har verksamhetsområdet under året tagit över rekryteringen av timanställda, vilket är en strukturell förändring med syfte att skapa större närhet till bemanningsfrågorna.

Parallellt med omställningen har kapaciteten i särskilt boende utökats. Under hösten öppnades ytterligare tio lägenheter genom att tomställda delar togs i bruk och genom omdisponering av lägenheter från växelvård till permanent särskilt boende. Utökningen genomfördes inom befintlig ekonomisk ram och visar på en anpassning till ökat behov.

Utvecklingsarbetet har också haft en tydlig kvalitativ inriktning. BPSD-registreringar har stärkts som arbetsmetod, med syfte att öka det personcentrerade arbetssättet och sätta den boendes behov och beteendemönster i centrum. Detta har kombinerats med utbildningsinsatser och utvecklade teamträffar där fler anhöriga deltar. Under hösten togs en ny rutin och checklista fram för teamträffar inom SÄBO, vilket stärker struktur och systematik i samverkan kring den enskilde. Även volontärverksamhet har utvecklats, bland annat på Ekebygården, vilket bidrar till ökad social delaktighet för de boende.

Även om den **Kommunala Hälso- och sjukvården** redovisas mer ingående i Patientsäkerhetsberättelsen har flera utvecklingsinsatser haft tydlig bäring på VOO:s samlade verksamhet. Ett arbete med att utveckla riskbedömningar och det preventiva arbetet inom hemsjukvård och LSS/socialpsykiatri har initierats och väntas leda till beslut under 2026. Revidering av fallpreventionsrutiner och införande av akutväskor i hemtjänsten är exempel på hur säkerheten stärkts i det operativa arbetet.

Rehabverksamheten har utvecklat arbetssättet med gemensamma hembesök tillsammans med biståndsenheten för att tidigt fånga behov och stärka samordningen kring individen. Pilotprojektet med "ensamarbete vid lyft" på Björkgården är ytterligare ett exempel på hur verksamheten prövar nya arbetssätt för att förena arbetsmiljö, effektivitet och säkerhet. Genom statliga stimulansmedel har en specialistsjuksköterska kunnat arbeta som demenssamordnare, vilken stärkt kompetens och samordning kring personer med kognitiv svikt.

Under 2025 har **Funktionsnedsättningsområdet** bedrivit ett omfattande utvecklingsarbete med fokus på kompetensutveckling, digitalisering, samverkan och utveckling av arbetssätt i verksamheten. Arbetet har haft som mål att stärka kvaliteten i stödet till brukarna samt skapa mer hållbara arbetssätt i organisationen.

Ett kvitto på verksamhetens utvecklingsarbete är att Sala kommun under året tilldelades utmärkelsen från FUB Västmanland som bästa LSS-kommun i länet. I motiveringen lyftes bland annat de utbildningssatsningar som genomförts inom verksamheten. (se bild)



Kompetensförsörjning har varit ett prioriterat område. Två medarbetare har utbildat sig till undersköterskor med stöd av äldreomsorgslyftet och verksamheten har fortsatt arbetet med Yrkesresan för funktionshinderutförare, där en styrgrupp planerar utbildningar för medarbetare. Yrkesresan är uppbyggd i flera steg – bas, fördjupning och spets – och syftar till att skapa en långsiktig och strukturerad kompetensutveckling. Under 2025 genomfördes delar av basutbildningen och planering har gjorts för chefsdeltagande under 2026. Samtliga chefer inom verksamhetsområdet har också avslutat utbildningen Utvecklande ledarskap och deltagit i nationella konferenser och workshops inom funktionshinderområdet.

Digitala arbetssätt har utvecklats under året. Bland annat har digitala nycklar införts till servicebostädernas baser, vilket har effektiviserat arbetet i samband med vikarietillsättning. Digitala lösningar har även använts för natttillsyn i vissa verksamheter genom trygghetskameror.

Samverkan har varit ett viktigt utvecklingsområde. Ett projekt tillsammans med kultur- och fritidsverksamheten har inletts med syfte att utveckla arbetssätt som ger målgruppen bättre möjligheter till en meningsfull fritid. Socialpsykiatrien har också deltagit i den så kallade *Tillsammansveckan*, vars syfte är att öka kunskapen om psykisk ohälsa och minska stigma. Under året har verksamheten även arbetat med utveckling av interna arbetssätt, bland annat genom samverkan mellan enheter kring bemanning och utlån av medarbetare för att minska behovet av vikarier och säkerställa kontinuitet i stödet till brukarna. Planering har även genomförts inför kommande verksamhetsförändringar och flytt av vissa verksamheter, vilka planeras att genomföras under 2026.

Sammantaget har utvecklingsarbetet inom funktionsnedsättningsområdet under året präglats av ett tydligt fokus på kompetens, samverkan och utveckling av arbetssätt som stärker kvaliteten i stödet till brukarna.

Verksamhetsutveckling 2025 inom Social- och arbetsmarknadskontorets verksamheter

Inom verksamhetsområdet **Barn och unga** har året präglats av ett fortsatt arbete med att stärka rättssäkerhet, dokumentationskvalitet och struktur i handläggningsprocessen. Arbetet med att förbättra den sociala dokumentationen har tydliggjort både styrkor och brister i nuvarande arbetssätt. Genom genomlysning av rutiner och gemensamma diskussioner kring utredningsstruktur har verksamheten tagit steg mot en mer enhetlig och kunskapsbaserad handläggning.

Samverkan har varit central, särskilt i ärenden med komplex problematik där samarbete med skola, regionens hälso- och sjukvård och andra aktörer är avgörande. Omställningen till den nya socialtjänstlagen har också påverkat utvecklingsarbetet genom att sätta ökat fokus på förebyggande insatser och tidiga åtgärder. Verksamheten har under året arbetat med att stärka förutsättningarna för ett mer proaktivt arbete, där insatser i högre grad sätts in innan problem eskalerar.

Inom **Vuxenheten** har utvecklingsarbetet under 2025 i stor utsträckning handlat om att skapa tydligare struktur i handläggningen och att stärka samordningen kring personer med sammansatt problematik. Dokumentationsarbetet har varit en viktig del även här, med ambitionen att säkerställa att utredningar, beslut och uppföljningar håller hög kvalitet och är rättssäkra.

Samtidigt har verksamheten utvecklat samverkansformer med regionen och andra aktörer, särskilt i ärenden som rör psykisk ohälsa och beroendeproblematik. Utvecklingsarbetet har syftat till att minska risken för parallella processer och att stärka individens sammanhållna stöd.

Inom **Ekonomiskt bistånd** har arbetet med effektivisering och kvalitetssäkring i handläggningen. Fokus har legat på att säkerställa likabehandling, tydliga beslutsmotiveringar och rimliga handläggningstider. Arbetet har även kopplats till digitala processer och utveckling av systemstöd för att minska administration och frigöra tid för kvalificerad handläggning. Utvecklingen har också haft en tydlig arbetsmarknadsinriktning, där insatser i högre grad kopplas till självförsörjning och aktiva åtgärder. Detta sker i nära samverkan med arbetsmarknadsenheten och externa aktörer.

Arbetsmarknadsenheten har under året arbetat med att utveckla insatser som stärker individers möjlighet till egen försörjning. Samverkan med både interna verksamheter och externa aktörer har varit central. Ett exempel är det påbörjade samarbetet med hemtjänsten kring husvårdinnor på Stadsträdgården, vilket skapar möjligheter till praktik och arbetsträning i kommunens egna verksamheter.

Utvecklingsarbetet har syftat till att skapa mer sammanhållna flöden från bistånd till arbetsmarknadsinsats och vidare mot arbete eller studier, med tydligare ansvarsfördelning och uppföljning av resultat.

Inom **Enheten för sociala insatser - öppenvården** har fokus legat på att tydliggöra uppdrag, stärka dokumentationen och förbättra återkopplingen till myndighetsutövningen. Genom att utveckla arbetssätt som tydligare kopplar genomförande till uppföljning har verksamheten tagit steg mot ökad kvalitet och transparens. Utvecklingsarbetet har även haft en förebyggande inriktning, i linje med intentionerna i den nya socialtjänstlagen. Målet är att i större utsträckning arbeta med tidiga och flexibla insatser som minskar behovet av mer ingripande åtgärder längre fram.

PRIORITERADE UTVECKLINGSOMRÅDEN FÖR 2026

Viktiga omvärldsfaktorer som påverkar vårt uppdrag under 2026

För Sala kommun blir det angeläget att under 2026 fördjupa det omställningsarbete som redan pågår, där den nya socialtjänstlagen är en grund, men där fokus nu behöver ligga på genomförande, effekt och samverkan. Flera nationella strategier förstärker inriktningen mot tidiga, samordnade och kunskapsbaserade insatser, särskilt inom psykisk hälsa och suicidprevention samt det socialpreventiva arbetet

För oss innebär det att ytterligare utveckla samverkan mellan skola, socialtjänst, kultur- och fritid samt civilsamhälle för att nå barn och unga innan problem fördjupas.

Demografiska förändringar och växande ojämlikheter ställer samtidigt krav på träffsäkra prioriteringar. Nationella satsningar på föräldraskapsstöd, äldres psykiska hälsa och arbetet mot ofrivillig ensamhet pekar på behovet av att arbeta mer systematiskt med skydds- och friskfaktorer i hela livscykeln. För oss handlar det om att rikta resurser dit behoven är störst, arbeta mer områdesbaserat och stärka uppföljningen av våra insatser.



Ökade krav på uppföljning, hälsoekonomiska analyser och delning av hälsodata innebär också att vi behöver utveckla vår lokala förmåga att använda data för styrning och prioritering. I det sammanhanget är det avgörande att kommunen fortsätter förbereda sig inför den kommande socialdataregisterlagen, och att arbetsgruppen för detta arbete fortsätter driva frågan framåt. Sammantaget pekar omvärlden mot att vårt uppdrag 2026 kräver fortsatt förflyttning från reaktivt till proaktivt arbete, med tydligare fokus på förebyggande insatser, samordning och långsiktig hållbarhet i välfärden.⁵

⁵ SKR. Utan spaning ingen aning, fyll på referens

Prioriterade utvecklingsområden med kvalitetsglasögon på

År 2026 behöver präglas av konsolidering och genomslag. Flera viktiga utvecklingsspår har initierats under 2025, nu krävs fördjupning, implementering och uppföljning. Den övergripande inriktningen är att:

- stärka den sammanhållna kvalitetsstrukturen
- tydliggöra roller och ansvar
- arbeta mer systematiskt med förbättring
- säkerställa att utvecklingsinsatser ger mätbar nytta

Genom att knyta samman kvalitetsorganisation, verksamhetsutvecklingsprocess och avvikelseanalys kan organisationen ta nästa steg mot en mer hållbar och lärande kvalitetskultur.

En sammanhållen och tydligare kvalitetsorganisation

Kvalitetsrådet har under 2025 haft en central roll i utvecklingen av ledningssystemet. Arbetet har omfattat: Det blivit tydligt att kvalitetsarbetet bedrivs på flera nivåer i organisationen – övergripande genom kvalitetsrådet, inom verksamhetsområden genom lokala forum samt genom olika ombuds- och specialistfunktioner. Det finns mycket på plats som är bra, men sambanden mellan nivåerna är inte alltid tillräckligt tydliga.

Det finns risk att kvalitetsarbete bedrivs parallellt utan att erfarenheter systematiskt delas mellan verksamheter eller att signaler från verksamheten inte når strategisk nivå i tid. Kontorsdelningen under hösten 2025 har ytterligare aktualiserat behovet av att säkerställa en sammanhållen kvalitetsstyrning.

Under 2026 behöver därför kvalitetsorganisationen utvecklas så att den tydligare knyts samman vertikalt och horisontellt. Det övergripande kvalitetsrådets roll behöver tydliggöras i relation till lokala råd och ombudsfunktioner, och strukturer för återkoppling behöver formaliseras. Syftet är att skapa en organisation där kvalitetsfrågor rör sig strukturerat uppåt för analys och prioritering, och nedåt i form av beslut, riktning och återkoppling. Samverkan mellan kontoren har blivit en viktig fråga för rådet i och med kontorsdelningen. En sådan struktur är avgörande för att säkerställa likvärdig kvalitet i hela organisationen och minska risken för personberoende lösningar.

En tydligare lokal kvalitetsroll

Under året har det framkommit att vissa verksamheter har lokala kvalitetsombud eller motsvarande funktioner medan andra saknar en tydligt definierad roll. Det leder till variation i hur avvikelser analyseras, hur förbättringsarbete bedrivs och hur information sprids.

Inför 2026 finns ett behov av att tydliggöra och utveckla en lokal kvalitetsroll. En sådan roll behöver ha en definierad rollbeskrivning, ett tydligt uppdrag och tillgång till forum för erfarenhetsutbyte. En stärkt lokal kvalitetsroll kan fungera som en brygga mellan verksamhet och ledning, bidra till att förbättringsarbete blir mer systematiskt och säkerställa att lärande sprids. Det handlar inte om att skapa nya administrativa nivåer, utan om att effektivisera och strukturera redan pågående arbete så att organisationen får bättre effekt av befintliga resurser.

En tydlig kommunikationskedja uppåt och nedåt är en förutsättning för att kvalitetsarbetet ska ge faktisk verksamhetsnytta och bidra till en mer effektiv användning av resurser.

En mer systematisk och nyttobaserad verksamhetsutveckling

Under 2025 har Kvalitetsrådet tagit fram en strukturerad process för verksamhetsutveckling med fokus på förstudie, implementering och nyttohemtagning. Bakgrunden har varit ett identifierat behov av bättre prioritering, tydligare effektmål och ökad uppföljning av genomförda förändringar. Erfarenheterna visar att utvecklingsarbete ibland initieras parallellt i olika delar av organisationen utan tillräcklig samordning eller strukturerad behovsanalys. Det kan leda till dubbelarbete, otydlig prioritering och svårigheter att mäta faktisk effekt.

Den framtagna processen betonar vikten av att inleda utvecklingsarbete med en genomarbetad behovsanalys, formulera tydliga effektmål och säkerställa uppföljning av både beteendeförändring och faktisk nytta. Processen är väl förenlig med pm3-modellens principer och kan bidra till en mer sammanhållen styrning mellan verksamhetsutveckling och systemförvaltning.

Under 2026 behöver denna process implementeras och användas konsekvent. Ambitionen bör vara att minst ett större utvecklingsområde följs genom hela kedjan – från behovsanalys till mätbar nyttohemtagning – för att skapa lärande inför kommande initiativ. Målet är att förflytta organisationen från aktivitetsfokus till effektfokus.

Från avvikelshantering till systematiskt förbättringsarbete

En ny rutin för utredning av missförhållanden har tagits fram under 2025, vilket stärker rättssäkerheten och tydliggör ansvarsfördelning. Samtidigt visar analyser att det finns utvecklingspotential i hur avvikelser används som underlag för förbättring.

Utmaningen ligger inte i rapporteringsvilja utan i hur resultaten av analyser omsätts i långsiktiga förbättringsåtgärder. Återkopplingen till verksamheterna varierar och systematisk uppföljning av genomförda åtgärder behöver stärkas.

Inför 2026 behöver avvikelshanteringen i högre grad integreras i det övergripande kvalitetsarbetet. Det innebär att:

- mönsteridentifiering och trendanalys behöver utvecklas
- åtgärder ska följas upp systematiskt
- lärande ska spridas mellan verksamheter

Målet är att avvikelser inte enbart ska betraktas som enskilda händelser utan som signaler om förbättringsbehov på systemnivå.

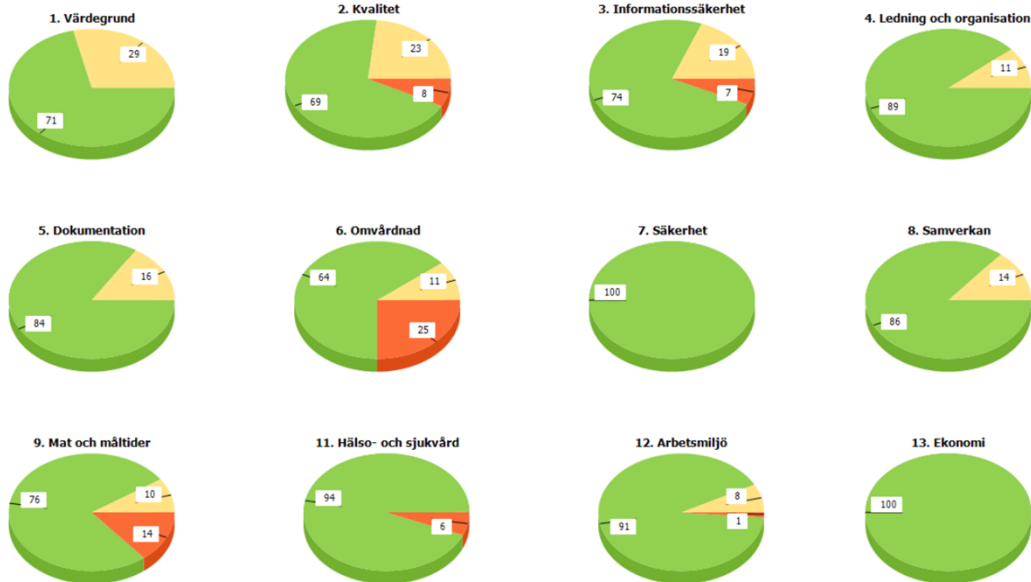
Utvecklad social dokumentation

Arbetet med dokumenthantering och social dokumentation under 2025 har tydliggjort både styrkor och brister i nuvarande struktur. Genomlysningen har visat att en gemensam begreppsapparat, tydligare ansvar och bättre systemintegration är nödvändiga för att möjliggöra en god dokumentation med systematisk uppföljning och jämförbar statistik.

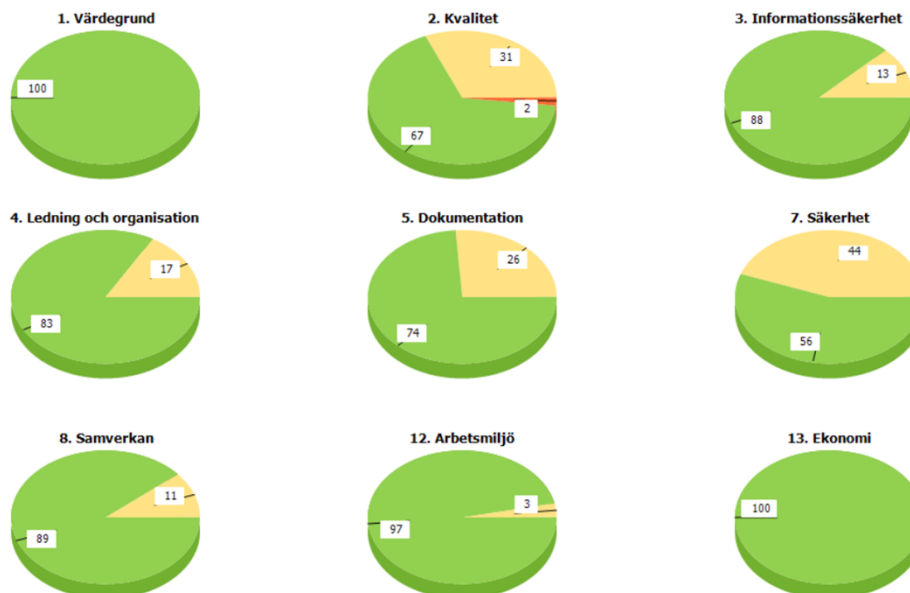
Inför 2026 behöver detta arbete intensifieras och kopplas tydligare till kvalitetsuppföljning, indikatorer och verksamhetsstyrning. Dokumentation är inte enbart en juridisk skyldighet utan en grund för analys, lärande och förbättring.

Bilaga Egenkontroll 2024 på övergripande nivå SÄBO och IFO

Resultat egenkontroll Verksamhetsområde Särskilt boende

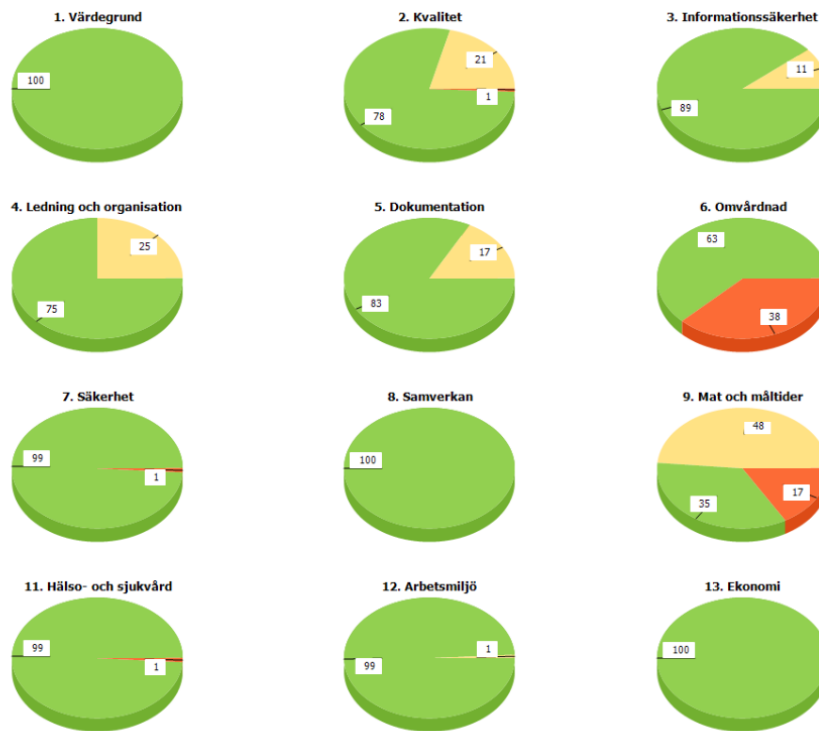


Resultat egenkontroll Verksamhetsområde Individ och familjeomsorg

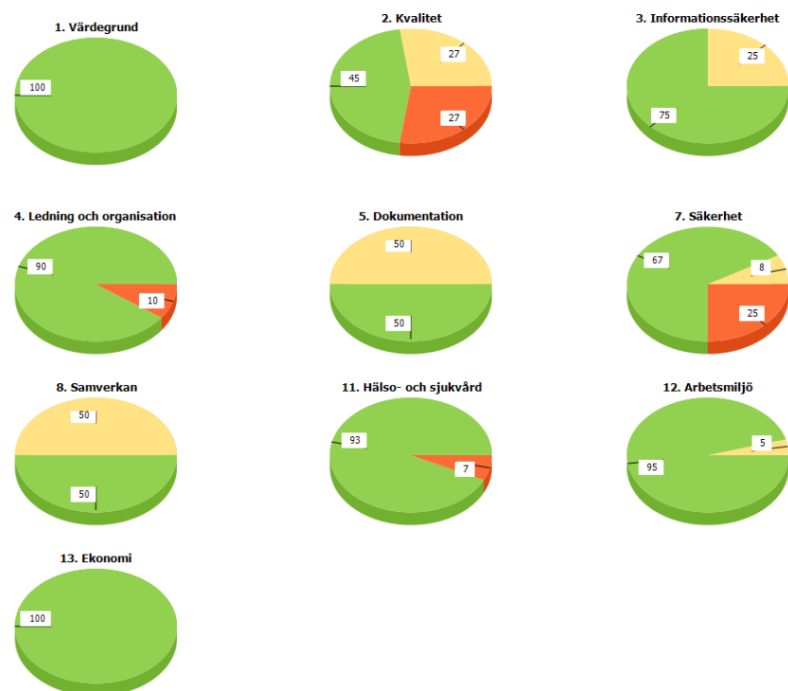


Bilaga Egenkontroll 2023 på övergripande nivå Hemtjänst och HSL

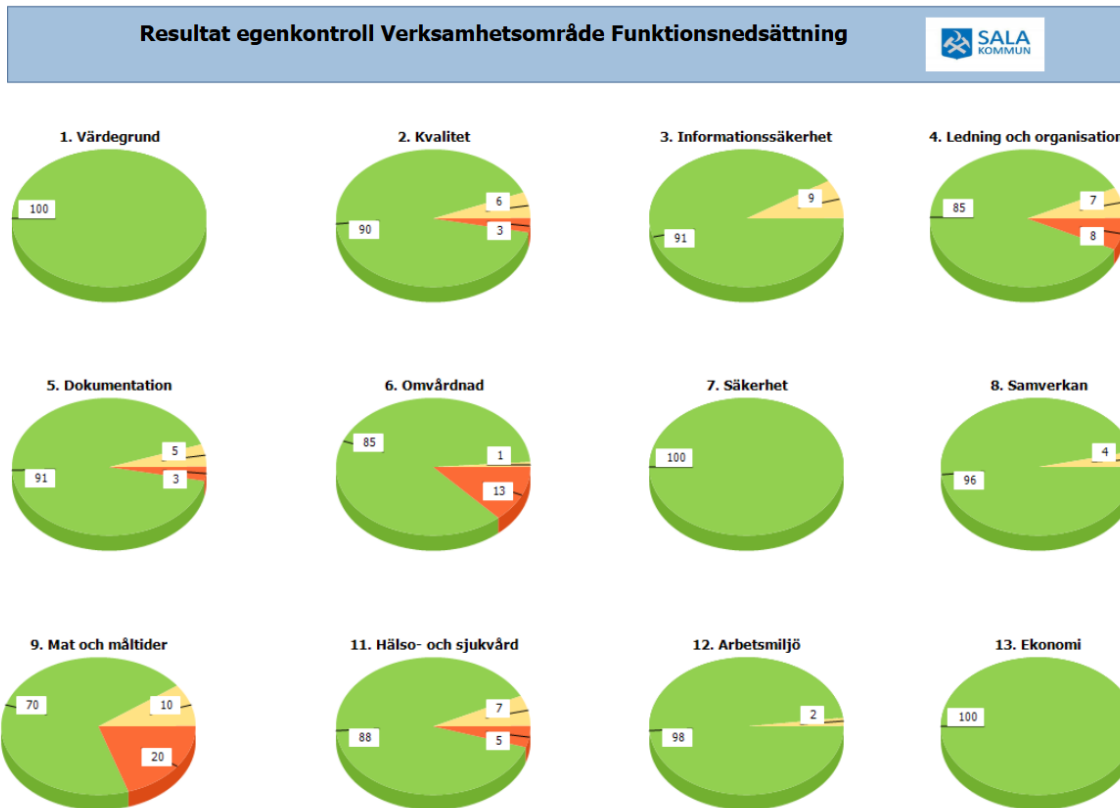
Resultat egenkontroll Verksamhetsområde Hemtjänst



Resultat egenkontroll Hälso- och sjukvård



Bilaga Egenkontroll 2023 på övergripande nivå F0



SALA KOMMUN Vård och omsorg

Telefonnummer: 0224-74 70 00 | E-post: kommun.info@sala.se | Postadress: Box 304, 733 25 Sala



Vård- och omsorgskontoret
Anneli L Sundin
Vård- och omsorgschef

MISSIV

Brukarrevision 2025

SAMMANFATTNING AV ÄRENDET

Äldre- och omsorgsnämnden tar del av redovisning av brukarrevisioner för Socialpsykiatri, Gnistan och Freden genomförda september och oktober 2025.

Ekonomiska konsekvenser

Beslutet kommer inte att innebära några ekonomiska konsekvenser.

FÖRSLAG TILL BESLUT

att informationen läggs till handlingarna.

Bilagor:

- 1 Brukarrevsion Freden och Gnistan redovisning 2025

CHECKLISTA

Checklista avseende Barnperspektivet, Landsbygdsperspektivet och de Horisontella principerna

Förklaring om de olika begreppen finns nedan.

Barnperspektivet

Innebär insatsen att barn och ungdomars hälsa sätts i främsta rummet?	JA ☒	NEJ ☐
Påverkar denna insats barn och ungdomars sociala, ekonomiska och kulturella rättigheter och situation till det bättre?	JA ☒	NEJ ☐
Innebär insatsen att barn och ungdomars rätt till en god hälsa beaktas?	JA ☒	NEJ ☐
Har barn och ungdomar fått möjlighet att uttrycka sin mening om insatsen?	JA ☐	NEJ ☒
Har särskild hänsyn tagits till barn och ungdomar med funktionsvariation - fysiskt och/eller psykiskt?	JA ☒	NEJ ☐
Tar insatsen hänsyn till barnkonventionens text om "till det yttersta av sin förmåga"?	JA ☒	NEJ ☐

Landsbygdsperspektivet

Bedömer ni att beslutet kommer att innebära särskilda konsekvenser för landsbygden – nu eller i framtiden?	JA ☐	NEJ ☒
Vid JA hur bedömer ni att beslutet påverkar:		
Att det blir svårare att bo på landsbygden?	JA ☐	NEJ ☐
Att det blir fler jobb på landsbygden?	JA ☐	NEJ ☐
Att det minskar tillgången till god service på landsbygden?	JA ☐	NEJ ☐

Horisontella principerna (tillgänglighet, icke-diskriminering samt jämställdhet)

Innebär insatsen risk för begränsad tillgänglighet?	JA ☐	NEJ ☒
Har icke-diskrimineringsperspektivet beaktats?	JA ☐	NEJ ☐
Kan beslutet utestänga någon från samhället?	JA ☐	NEJ ☒
Har man beaktat FN:s konvention angående rättigheter för personer med funktionsvariation när beslutet togs?	JA ☒	NEJ ☐
Om NEJ – varför inte?		

Begreppsförklaring

Barnkonventionen/barnperspektivet

Barnkonventionen tar upp barnets situation ur många synvinklar och skall naturligtvis främja helhetssynen på barnen. Enligt FN är alla under 18 år barn.

Barnens bästa i främsta rummet

- Beaktas barnets rättigheter, främst rätten till trygghet och rätten till liv och utveckling i beslutsfattandet?
- Har en sammanvägning av olika intressen gjorts?

FN:s barnkommitté har uttalat principen om att barnets bästa alltid ska beaktas och väga mycket tungt. Det kan dock finnas situationer då andra intressen kan väga tyngre, till exempel samhällsekonomiska eller säkerhetspolitiska. Principen om barnets bästa ska ges absolut prioritet när det gäller adoption och rätt till skydd mot missförhållanden och övergrepp. Till prioriterade rättigheter hör utveckling/utbildning.

Landsbygdsperspektivet

Kan de som bor och verkar på landsbygden bli diskriminerade eller åsidosatta?

Horisontella principer

Diskriminering sker när någon missgynnas eller kränks och missgynnandet eller kränkningen har samband med någon av de sju diskrimineringsgrunderna (kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning, ålder). Detta gäller även barn till personer med något av ovanstående diskrimineringsgrund.

Funktionshinderspolitiken innebär att alla människor, oavsett funktionsförmåga, ska ha samma möjligheter att vara delaktiga i samhället och ta del av mänskliga rättigheter.

Det nationella målet för funktionshinderspolitiken är att, med FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning som utgångspunkt, uppnå jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet för personer med funktionsnedsättning i ett samhälle med mångfald som grund. Målet ska bidra till ökad jämställdhet och till att barnrättsperspektivet ska beaktas.

BRUKARSTYRD BRUKARREVISION

**Freden och Gnistan
Sala kommun
2025**

Intervjuerna genomfördes av NSPH

Brukarstyrd brukarrevision – egen erfarenhet

FREDEN

GNISTAN

FRÅGOR I FÄRG PÅ FREDEN

Det är inte ett resultat eller betyg för verksamheten. Bedömningarna bygger på ett begränsat urval i en kvalitativ undersökning för att ge idéer till verksamhetsutveckling. Grön, gul, röd.

Hur trivs du i din lägenhet på en skala 1 – 10 och vad gör att du trivs mer eller mindre bra?

Känner du dig trygg i din lägenhet på Freden? Om ja/nej vad är det som gör dig trygg/otrygg?

Känner du dig trygg i de gemensamma utrymmena på Freden? Om ja/nej, vad gör dig trygg/otrygg?

Upplever du att du blir lyssnad på om du har förslag och idéer? Har du något exempel?

Upplever du att du blir lyssnad på om du har förslag och idéer? Har du något exempel?

Vet du vart ska du vända dig om du har synpunkter eller klagomål om något på Freden? Vart?

Känner du dig trygg med att vända dig dit? Om ja/nej berätta mer.

Brukar du besöka någon förening eller mötesplats? Om nej, skulle du vilja det? Varför/Varför inte?

Om du besöker eller vill besöka andra föreningar eller mötesplatser, har du det stöd du behöver för att göra det? Förklara...

Har du kontakt med vänner eller familj? Hur ser kontakten ut?

Skulle du vilja ha stöd i att ta hand om din kroppsliga hälsa genom till exempel träning, komma till sjukvården eller kosthållning? Om nej, varför?

Hur upplever du personalens bemötande mot annan personal?

Känner du dig förstörd av personalen på Freden?

Känner du att du kan ta upp problem som uppstår på Freden, med personalen? Om ja/nej berätta mer:

Känner du att du på Freden får det stöd du behöver för att nå dina mål? Om ja/nej, berätta mer:

Känner du att du kan påverka om du vill förändra något på Freden? Hur?

FRÅGOR I FÄRG PÅ FREDEN

Det är inte ett resultat eller betyg för verksamheten. Bedömningarna bygger på ett begränsat urval i en kvalitativ undersökning för att ge idéer till verksamhetsutveckling. Grön, gul, röd.

Vad tycker du om de gemensamma utrymmena?

Upplever du att du kan vara med och påverka hur det ska vara i de gemensamma utrymmena? På vilket sätt?

Känner du att du får och kan vara med och påverka din vardag? På vilket sätt?

Känner du att du får och kan vara med och påverka din vardag? På vilket sätt?

Skulle du vilja ha mer social kontakt? Varför /varför inte?

Lyssnade man på dig och tog hänsyn till dina önskemål när planen gjordes och följdes upp?

Lyssnade man på dig och tog hänsyn till dina önskemål när planen gjordes och följdes upp?

Hur upplever du personalens bemötande mot andra som bor på Freden?

Känner du dig jämbördig med personalen? Om ja/nej; hur märks det?

Om du skulle få problem med personalen på boendet, vet du vem du ska ta upp det med?

Har du och personalen gjort någon genomförandeplan ihop (en plan för dina personliga mål)? Om ja; följs planen?

Om nej; vet du varför den inte är gjord?

Upplever du att personalen har tillräckligt med kunskap om din diagnos (om du har någon) för att kunna stötta dig?

Hur märker du det i så fall?

FRÅGOR I FÄRG GNISTAN

Det är inte ett resultat eller betyg för verksamheten. Bedömningarna bygger på ett begränsat urval i en kvalitativ undersökning för att ge idéer till verksamhetsutveckling. Grön, gul, röd.

Upplever du trivsel och gemenskap med de andra deltagarna? Om inte, kan du beskriva varför?

Får du tillräckligt med stöd av personalen när du är på Gnistan? Hur visar det sig, kan du ge något exempel?

Vad betyder Gnistan för dig i ditt liv?

Låt säga att det skulle dyka upp något problem på Gnistan. Till exempel problem med andra deltagare, med någon av personalen eller något i miljön. Känner du att du skulle kunna prata med personalen om det? Förklara.

Upplever du att personalen tar tag i problem och konflikter som uppstår? Har du något exempel?

Låt säga att det skulle dyka upp något problem på Gnistan. Till exempel problem med andra deltagare, med någon av personalen eller något i miljön. Känner du att du skulle kunna prata med personalen om det? Förklara hur?

Upplever du att personalen tar tag i problem och konflikter som uppstår? Har du något exempel?

FRÅGOR I FÄRG GNISTAN

Det är inte ett resultat eller betyg för verksamheten. Bedömningarna bygger på ett begränsat urval i en kvalitativ undersökning för att ge idéer till verksamhetsutveckling. Grön, gul, röd.

Hur trivs du på Gnistan, vad tycker du är bra/mindre bra?

Hur upplever du de arbetsuppgifter som du gör på Gnistan? Är de meningsfulla? Vad är bra /mindre bra med arbetsuppgifterna?

Finns det några arbetsuppgifter som du saknar på Gnistan? Berätta mer.

Kan du vara med och påverka kring arbetsuppgifter på Gnistan, hur i så fall? *Förtydligande:* till exempel vilka arbetsuppgifter som finns eller kring de arbetsuppgifter som du jobbar med.

Vad tycker du om lokalerna, vad är bra/mindre bra?

Finns det något du skulle vilja förändra/förbättra gällande lokalerna, hur?

Får du tillräcklig information om det som händer på Gnistan? Om ja, hur får du informationen om nej, hur skulle du vilja ha den?

Hur upplever du personalens bemötande, vad är bra? Vad är mindre bra?

Upplever du att personalen har tillräcklig förståelse om din psykiska ohälsa/hälsa? Förklara.

Om du har tankar om förändring på Gnistan hur tar du upp det? Vem? Vågar du?

STYRKOR på Freden

- som vi kommer arbeta med att bibehålla

Samtliga boende uttrycker att de känner sig trygga i sin lägenhet samt i gemensamma utrymmen på Freden samt beskriver att de har blivit lyssnade till och kan komma med förslag och idéer.

Hur bibehålla:

Genom att personalen fortsätter vara synliga för våra boenden dygnet runt och kan svara på frågor och ge adekvat stöd vid behov. Genom att fortsätta uppmuntra till gemensamma aktiviteter som är uppskattade av boenden på Freden. Vi ska fortsätta ha Bomöten varje månad - där personal och enhetschef deltar för att alla boenden ska få komma med synpunkter, idéer etc. för att fortsätta vidareutveckla Freden.

STYRKOR PÅ FREDEN

- som vi kommer arbeta vidare med att bibehålla

Samtliga boende anser att de kan ta upp problem som skulle kunna uppstå på Freden. Att personalen lyssnar om det uppstår något. Man känner sig förstodd av personalen på Freden

HUR bibehålla

Genom att fortsätta arbeta med spegling och reflektion i arbetsgruppen fortsätter vi utvecklas gemensamt kring förhållningssätt och bemötande.

Utbildning för personal att genomgå:

Nationella vård- och insatsprogram - VIP för att erhålla mer kunskap kring ADHD, depression och ångest samt schizofreni och liknade tillstånd. Gemensam workshop kring innehållet planeras under 2026.

UTVECKLINGSMÖJLIGHETER FREDEN

-som vi kommer arbeta vidare med att utveckla

**Har du och personalen gjort någon genomförandeplan ihop (en plan för dina personliga mål)?
Om ja; följs planen? Om nej; vet du varför den inte är gjord?**

Svaren på denna fråga är mer tvekande och osäkra än på tidigare frågor. Någon av respondenterna har för sig att det gjorts en plan, någon upplever att det inte är gjort och några har varit med och gjort en plan men de kommer inte ihåg vad som står i planen så hen vet inte om den följs. Någon tror att planen följs. Den som inte varit med och gjort planen tror att det var för att hen inte ville

"Den har fungerat ganska bra, jag tror att planen följs"

"Vi har gjort en men jag kommer inte ihåg vad som står i den"

"Ja, det har vi gjort. En gång i halvåret"

"Nej ingen plan är gjord, jag ville inte"

HUR utveckla:

Har det gått som vi planerat?

Har du kommit närmare eller nått dina mål eller delmål?

Har vi som personal respekterat dina önskemål om hur du vill ha stödet utfört?

Har alla inblandade tagit sitt ansvar och genomfört överenskomna åtgärder?

Har något förändrats i din situation?

All personal ska genomgå kortare utbildningsinsats: Delaktighet och arbete med inflytande i genomförandeplanerna

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2014-10-6.pdf>

UTVECKLINGSMÖJLIGHETER FREDEN

-som vi kommer arbeta vidare med att utveckla

Upplever du att personalen har tillräckligt med kunskap om din diagnos (om du har någon) för att kunna stötta dig? Hur märker du det i så fall?

Hur utveckla:

Genom utbildning och workshop:

Kommunikation även kopplat till - SKR brukarundersökning, "Förstår du vad personalen menar"?

När en brukare inte förstår personalen beror det ofta på bristande kommunikation, tidspress, eller otydliga begrepp.

Utbildningen Det vi inte ser – om bemötande av personer med psykisk ohälsa i hälso- och sjukvården

Jobba med ett stärkt och positivt bemötande genom att utgå ifrån ett strukturerat arbete riktat mot brukarinflytande:

- Beställ utbildning ifrån NSPH som utgår ifrån nedanstående material som är framtaget i samverkan med Socialstyrelsen.
- Eller beställ materialet själva och arbeta med det under ledningsstöd av enhetschef eller samordnare

Materialet finns att beställa på:

<https://nspsh.se/butik/utbildningsmaterial-och-studiecirklar/handbok-i-brukarinflytande/>



UTVECKLINGSMÖJLIGHETER FREDEN

-som vi kommer arbeta vidare med att utveckla

Vad tycker du om de gemensamma utrymmena?

Bråkarna på Freden gillar att sitta i det gemensamma utrymmet. De beskriver att de sitter där och pratar och tittar på tv vilket är bra. Några av dem lyfter upp ett problem med några hårda soffor som inte är sköna att sitta på.

Hur utveckla:

Fortsätta med Bomöten varje månad för att möta upp förslag på förändring/utveckling. På Bomöte 260206 beslutas det efter boendes önskemål att vi ska genomföra en DMO slinga (delaktighetsmodellen) under våren 2026 för att fånga in alla boendes önskemål om –hur de önskar att den fysiska miljön skulle kunna förbättras.

UTVECKLINGSMÖJLIGHETER FREDEN

-som vi kommer arbeta vidare med att utveckla

Skulle du vilja ha mer social kontakt? Varför /varför inte?

2/4 vill inte ha mer kontakt medan 2/4 skulle kunna tänka sig att träffa familjen lite mer i stället för att bara prata i telefonen eller skriva sms.

Hur utveckla:

Genomgå kunskapsguidens introduktion Närstående och delaktighet

För vårdpersonal om närståendes delaktighet

Den här sidan riktar sig till dig som arbetar som vårdpersonal. Den ingår i ett stöd som Socialstyrelsen har tagit fram för psykiatri och rättspsykiatri, för att utveckla arbetet med närståendes delaktighet.

Introduktion: Närståendes delaktighet i psykiatri och rättspsykiatri

Ge information om de brukarföreningar som finns så att respondenterna kan finna likasinnade och en social gemenskap.

Genom att samverka med bruksrörelsen och lämna ut information både muntligen och skriven text/ broschyrer – information digitalt. Månadsvis.

Vi ska fortsätta mötesplats grill/fika i juni där samtliga insatsmottagare från socialpsykiatri samt RSMH blir inbjudna.

STYRKOR GNISTAN

- som vi kommer arbeta med att bibehålla

Upplever du trivsel och gemenskap med de andra deltagarna? Om inte, kan du beskriva varför?
Får du tillräckligt med stöd av personalen när du är på Gnistan? Hur visar det sig, kan du ge något exempel?

Det råder samstämmighet i gruppen kring att personalen alltid går att prata med om allt möjligt, de lyssnar. Är någon i behov av att prata personliga saker så kan de gå undan till ett annat rum och ta det där ingen annan hör.

Hur bibehålla:

Genom att personalen fortsättsätter vara synliga och delar upp sig så de finns tillgängliga för samtliga deltagare. Placering på ovanvåningen och nedanvåningen. Personalen på Gnistan kommer därtill ha tätare individuella uppföljningsmöten med deltagarna varje 3:e månad eller oftare vid behov. Ett tydligare frågebatteri ska upprättas. Deltagarmöten varje månad fortsätter vi med där även enhetschef deltar.

STYRKOR GNISTAN

- som vi kommer arbeta vidare med att bibehålla

Låt säga att det skulle dyka upp något problem på Gnistan. Till exempel problem med andra deltagare, med någon av personalen eller något i miljön. Känner du att du skulle kunna prata med personalen om det? De flesta av deltagarna berättar att om det har dykt upp problem som de haft har de valt att ta det personligen med den person det gäller eller att de tagit det med en personal och så har hen i sin tur tagit det med personen och då har problemet upphört.

Upplever du att personalen tar tag i problem och konflikter som uppstår? Har du något exempel?

Samtliga deltagare upplever att de får stöd med detta.

Hr bibehålla:

Genom att fortsätta arbeta med spegling och reflektion i arbetsgruppen fortsätter vi utvecklas gemensamt kring förhållningssätt och bemötande och konflikthantering.

Deltagarna säger:

- *"De går och pratar med en i enrum"*
- *"De hjälper till med konflikterna genom att prata igenom det som har hänt"*
- *"De gick och pratade med den andra och efter det löste det sig"*

STYRKOR GNISTAN

-som vi kommer arbeta vidare med att utveckla

Skulle du rekommendera Gnistan till andra? Vad skulle du i så fall säga?

Antal svarande: 14/14

Alla respondenter skulle rekommendera Gnistan för andra. Några har till och med gjort det redan. 9 av respondenterna har en idé om vad hen skulle säga i sin rekommendation. Flera skulle berätta om den trivseln och gemenskap som finns på Gnistan. Det är en unik gemenskap. Hur bra de trivs och hur bra personal det finns där. Personalen känns som en del av gruppen. Om någon som de pratade med var osäker så skulle de berätta att det finns en träffpunkt en dag i veckan och att hen kan komma och prova då. Dessutom skulle någon berätta att man får mer socialt liv av att gå på Gnistan, där man träffar trevliga personer och får göra roliga arbetsuppgifter som man tycker om.

"Man ska ha roligt när man lever och på Gnistan är det roligt"

"Det finns sammanhållning och gemenskap här och den är unik"

"Jag skulle säga att det är perfekt för den som gillar att pyssla"

"Jag pratar ofta om Gnistan till andra och att jag trivs jättebra"

Hur bibehålla:

Genom att lyfta det som fungerar så bra på Gnistan men också genom brukarinflytande - lyssna in utvecklingsdelar på deltagarmöten, uppföljningsmöten eller vid annat tillfälle - så att Gnistan idag men även framåt kommer vara en verksamhet att rekommendera.

UTVECKLINGSMÖJLIGHETER GNISTAN

-som vi kommer arbeta vidare med att utveckla

Vad skulle du vilja ändra på för ökad trivsel?

Förslag från deltagarna: Gemensamma aktiviteter (ex promenad) och måltider. Välja om man vill göra hantverk till butiken. Köpa hantverk till självkostnadspris. Antal deltagare på Gnistan per dag kan vara många.

HUR UTVECKLA:

Varje månad har vi deltagarmöte där enhetschef också deltar. Förslag på gemensamma aktiviteter är att ha ex aktivitetseftermiddag där man kan rulla med olika aktiviteter såsom, promenad, pingis, spel etc.

Varje dag sker fika, lunch, fika på Gnistan för den som vill. Dock får man ta med matlåda. (Gnistan står ej för lunch)

Allt som tillverkas och säljs får även deltagarna köpa. Vi behöver kommunicera detta tydligt (deltagarmöte/individuellt/skriftligt) om det missats till någon.

UTVECKLINGSMÖJLIGHETER GNISTAN

-som vi kommer arbeta vidare med att utveckla

Forts: Vad skulle du vilja ändra på för ökad trivsel? Och lokal?

Måndagar och tisdagar är flest deltagare på Gnistan. Finns dock alltid arbetsplatser till alla men vi kan gemensamt se över dagarna med deltagarna om vi exempelvis kan ha ett rullande schema för att möjliggöra mer utrymme för deltagarna och för exempelvis rullatorer. Samtal om detta sker på deltagarmöten.

Vi har inget tvång på att allt måste säljas som deltagarna tillverkat men majoriteten vill sälja det som de tillverkat. Vilket kan ge en känsla av meningsfullhet, ingen värdering sker dock kring resultat. Vi behöver dock kommunicera det tydligt (deltagarmöte/skriftligt/individuellt) så att inte någon upplever det som stressande att produkten går till butiken.

UTVECKLINGSMÖJLIGHETER GNISTAN

-som vi kommer arbeta vidare med att utveckla

Får du tillräcklig information om det som händer på Gnistan? Om ja, hur får du informationen om nej, hur skulle du vilja ha den?

JA: 13 NEJ: 1

När det gäller att få informationen så framkommer flera olika sätt, både skriftligt och muntligt. Dessutom så finns en bok med information som hänger på anslagstavlan. De flesta är nöjd med de olika sätten som information ges på. Respondenterna ges information under morgonmötet och under månadsmötet. Några av respondenterna har inte koll på att informationen skrivs upp och finns att läsa. Några berättar att de brukar komma senare och missar dagens information men de då får informationen senare, enskilt, av personalen eller att de kan läsa i boken eller på anslagstavlan. Den av respondenterna som upplever att den inte får information berättar att hen inte är med då informationen ges och då får hen inte informationen alls vilket bidrar till att hen missar viktig information ibland som kommer som en chock. Några kommer med förslag på att få en egen lapp med informationen på. En annan föreslår att de kan ha morgonmöte lite senare så att alla hinner vara med.

Hur utveckla:

De flesta upplever att informationen är bra men vi vill både bibehålla den känslan samtidigt som vi vill utveckla informationsöverföringen. Vi fortsätter med deltagarmöten. Vi dokumenterar alltid mötet och sätter upp informationen i köket. Personalen kommer därtill påminna deltagarna varje arbetspass att ta del av eventuell ny information på tavlan. Läsa upp den vid behov.

UTVECKLINGSMÖJLIGHETER GNISTAN

-som vi kommer arbeta vidare med att utveckla

Upplever du att personalen har tillräcklig förståelse om din psykiska ohälsa/hälsa? Förklara.

JA: 12 NEJ: 2

Majoriteten av respondenterna känner att personalen förstår dem. Personalen har lärt sig om dem som är på Gnistan. Någon berättar att personalen kan se saker hos hen innan hen själv märker av något. Flera berättar om att personalen är bra på att se om någon har en dålig dag och behöver vara ifred. Någon säger att en i personalen alltid får hen på bra humör genom att skoja. Det sägs av flera respondenter att personalen vet om deras psykiska ohälsa men ändå säger "klumpiga" kommentarer som gör att de tar illa upp. En av respondenterna känner sig inte förstådd och hen menar att personalen aldrig kommer att förstå, hur mycket de än vill. En annan beskriver sina fysiska problem och uttrycker att hen önskar mer stöd på grund av fysisk ork men har inte vågat säga det till personalen så därför vet hen inte om de kan förstå helt.

Hur utveckla:

Genom utbildning och Workshop:

Utbildningsmodul: Nationella vård- och insatsprogram - VIP

för att erhålla mer kunskap psykisk funktionsvariationer

Kommunikation - SKR brukarundersökning, "Förstår du vad personalen menar"?

När en brukare inte förstår personalen beror det ofta på bristande kommunikation, tidspress, eller otydliga begrepp.

Utbildningen Det vi inte ser – om bemötande av personer med psykisk ohälsa i hälso- och sjukvården

Jobba med ett stärkt och positivt bemötande genom att utgå ifrån ett strukturerat arbete riktat mot brukarinflytande:

- Beställ utbildning ifrån NSPH som utgår ifrån nedanstående material som är framtaget i samverkan med Socialstyrelsen.
- Eller beställ materialet själva och arbeta med det under ledningsstöd av enhetschef eller samordnare

Materialet finns att beställa på:

<https://nspn.se/butik/utbildningsmaterial-och-studiecirklar/handbok-i-brukarinflytande/>



UTVECKLINGSMÖJLIGHETER

-som vi kommer arbeta vidare med att utveckla

Hur upplever du de arbetsuppgifter som du gör på Gnistan? Är de meningsfulla? Vad är bra /mindre bra med arbetsuppgifterna? Finns det några arbetsuppgifter som du saknar på Gnistan? Berätta mer.

"Man gör det man kan och uppgifterna känns meningsfulla"

"Det känns meningsfullt och roligt att man gör en sak och lägger ut den i butiken och säljer den"

"Jättebra, jag väljer vad jag vill göra och kan jag inte välja så går jag och frågar om de har något jobb till mig och då kan man få en uppgift"

"På torsdagar får vi sy till oss själva men då behöver vi ta med allt material själva"

"Jag saknar vävstolarna"

"Nej, de har allt"

"Nej, inte saknar jag något. Jag kan ju nästan göra vad som helst"

Hur utveckla. Vi ska börja med att möta upp och bjuda in till att prata mer om innehållet på Gnistan vid ett deltagarmöten. Lyfta vävstol, keramik som exempel. Vävstol finns tex att ta upp från källaren. Vi behöver möta den här frågan genom att individuellt vid uppföljning ställa frågan om vad hen skulle vilja utvecklas inom Gnistan. Vi välkomnar nytänk och idéer på arbetsuppgifter.

DMO-sling kring idéer om innehållet planeras under 2026.

CITAT FRÅN INTERVJUERNA PÅ FREDEN

"Det blev bättre med ljudet när det byttes fönster"

"Jag tycker de är bra för vi har alla respekt för varandra och jag vill att det ska fortsätta så"

"Vi umgås och sitter och pratar. Det är inte kul att sitta själv"

"Nej ingen genomförandeplan är gjord, jag ville inte"

"Jag tycker jag får vara med i diskussioner om hur vi ska ha det"

"De är de som bor här som är mina vänner" "Jag har vänner som jag dricker kaffe med"

"På sätt och vis är det jämbördigt"

"Vi har boendemöten och då lyssnar personalen på mig"

"Jag kan komma med förslag så kan det planeras och så kan vi se vilka som vill följa med, om det är till exempel en resa"

"Vi brukar ha möten mellan mig, min kontaktperson och sjuksköterskan och då kan man komma med önskemål och ändringar. Mötena är ganska ofta"

CITAT FRÅN INTERVJUERNA PÅ GNISTAN

"Jättebra, jag väljer vad jag vill göra och kan jag inte välja så går jag och frågar om de har något jobb till mig och då kan man få en uppgift"

"Jag tycker de är bra för vi har alla respekt för varandra och jag vill att det ska fortsätta så"

"Bra att vi inte pratar om våra sjukdomar här på Gnistan. Vi är ju människor och inte bara en sjukdom"

"Jag skulle vilja åka på utflykt ibland"

"Jag kan prata med den andra personalen om jag blivit osams med den ena eller så pratar jag direkt till den jag blivit osams med"

"Det känns meningsfullt och roligt att man gör en sak och lägger ut den i butiken och säljer den"

"Skulle vilja att vi kan äta tillsammans på högtider"

"Där nere är det jättetrångt när vi är så många som på måndagar och tisdagar"

"Jag känner trygghet för jag vet att det jag säger stannar hos dem"

Vård- och omsorgskontoret
Anneli L Sundin
T.F Vård- och omsorgschef

MISSIV

Prioriteringsförslag 2027 - 2030

SAMMANFATTNING AV ÄRENDET

Äldre- och omsorgsnämnden beslutar om prioriteringsförslag och nämndinspel för år 2027 – 2030.

FÖRSLAG TILL BESLUT

att godkänna föreslagna prioriteringar inför budgetarbetet 2027 – 2030 enligt bilaga.

att översända prioriteringsförslaget till Kommunstyrelsen.

Bilagor:

- 1 ÅON Prioriteringsförslag 2027 - 2030
- 2 Nämndinspel 2027 - 2030

CHECKLISTA

**Checklista avseende Barnperspektivet, Landsbygdsperspektivet
och de Horisontella principerna**

Förklaring om de olika begreppen finns nedan.

Barnperspektivet

Innebär insatsen att barn och ungdomars hälsa sätts i främsta rummet?	JA ☒	NEJ ☐
Påverkar denna insats barn och ungdomars sociala, ekonomiska och kulturella rättigheter och situation till det bättre?	JA ☒	NEJ ☐
Innebär insatsen att barn och ungdomars rätt till en god hälsa beaktas?	JA ☒	NEJ ☐
Har barn och ungdomar fått möjlighet att uttrycka sin mening om insatsen?	JA ☐	NEJ ☒
Har särskild hänsyn tagits till barn och ungdomar med funktionsvariation - fysiskt och/eller psykiskt?	JA ☒	NEJ ☐
Tar insatsen hänsyn till barnkonventionens text om "till det yttersta av sin förmåga"?	JA ☒	NEJ ☐

Landsbygdsperspektivet

Bedömer ni att beslutet kommer att innebära särskilda konsekvenser för landsbygden – nu eller i framtiden?	JA ☐	NEJ ☒
Vid JA hur bedömer ni att beslutet påverkar:		
Att det blir svårare att bo på landsbygden?	JA ☐	NEJ ☐
Att det blir fler jobb på landsbygden?	JA ☐	NEJ ☐
Att det minskar tillgången till god service på landsbygden?	JA ☐	NEJ ☐

**Horisontella principerna
(tillgänglighet, icke-diskriminering samt jämställdhet)**

Innebär insatsen risk för begränsad tillgänglighet?	JA ☐	NEJ ☒
Har icke-diskrimineringsperspektivet beaktats?	JA ☒	NEJ ☐
Kan beslutet utestänga någon från samhället?	JA ☐	NEJ ☒
Har man beaktat FN:s konvention angående rättigheter för personer med funktionsvariation när beslutet togs?	JA ☒	NEJ ☐
Om NEJ – varför inte?		

Begreppsförklaring

Barnkonventionen/barnperspektivet

Barnkonventionen tar upp barnets situation ur många synvinklar och skall naturligtvis främja helhetssynen på barnen. Enligt FN är alla under 18 år barn.

Barnens bästa i främsta rummet

- Beaktas barnets rättigheter, främst rätten till trygghet och rätten till liv och utveckling i beslutsfattandet?
- Har en sammanvägning av olika intressen gjorts?

FN:s barnkommitté har uttalat principen om att barnets bästa alltid ska beaktas och väga mycket tungt. Det kan dock finnas situationer då andra intressen kan väga tyngre, till exempel samhällsekonomiska eller säkerhetspolitiska. Principen om barnets bästa ska ges absolut prioritet när det gäller adoption och rätt till skydd mot missförhållanden och övergrepp. Till prioriterade rättigheter hör utveckling/utbildning.

Landsbygdsperspektivet

Kan de som bor och verkar på landsbygden bli diskriminerade eller åsidosatta?

Horisontella principer

Diskriminering sker när någon missgynnas eller kränks och missgynnandet eller kränkningen har samband med någon av de sju diskrimineringsgrunderna (kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning, ålder). Detta gäller även barn till personer med något av ovanstående diskrimineringsgrund.

Funktionshinderspolitiken innebär att alla människor, oavsett funktionsförmåga, ska ha samma möjligheter att vara delaktiga i samhället och ta del av mänskliga rättigheter.

Det nationella målet för funktionshinderspolitiken är att, med FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning som utgångspunkt, uppnå jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet för personer med funktionsnedsättning i ett samhälle med mångfald som grund. Målet ska bidra till ökad jämställdhet och till att barnrättsperspektivet ska beaktas.

Prioriteringsunderlag driftbudget 2027 - 2030

Nämnd/styrelse: ÄLDRE - OCH OMSORGSNÄMND

Belopp anges i Tkr

Sammanställning driftsbudget	2026	2027	2028	2029	2030
Teknisk ram					
Summa föreslagna prioriteringar	26 757	29 062	23 724	20 592	16 517
Budgetram (Om alla "Ja")	26 757	29 062	23 724	20 592	16 517

Prioriteringar (lista de behov/effektiviseringar, utöver tekniska ramen, som ni anser att budgetberedningen bör prioritera)													
Nr	RUBRIK - KORT BESKRIVNING*	KOPPLING FULLMÄKTIGES MÅL*	BESLUTSÅR*	OMFATTNING*	PRIO- ORDNING	2026	2027	2028	2029	2030	Bilaga nr:	Verksamhet	Kommentarer till Politik (Kommer från kolumn Q, R och S)
1	Ökning av habiliteringsersättning - ersättning för deltagande i daglig verksamhet LSS	Fokus på människors hälsa och välmående.	2022	PERMANENT HÖJNING	750	750	750	750	750			513 INSATSER ENLIGT LSS/SFB	1) Befintlig - Nämndsbeslut att från 1/1-23 göra en utökning av habiliteringsersättningen i enlighet med kommunstyrelsens beslut.
3	Hyreskompensation- Bergsmansgatan 30	Sala ska erbjuda attraktiva boenden och verka för fler arbetstillfällen, stärkt näringsliv och bra utbildning i hela kommunen.	2024	1-4 ÅRIG	3 134	2 089	1 045	0	0			510 VÅRD OCH OMSORG OM ÄLDRE	1) Befintlig - Kompensation för tomhyror, pga att platserna inte öppnats.
6	Hög andel undersköterskor jmf med andra kommuner	Sala ska erbjuda attraktiva boenden och verka för fler arbetstillfällen, stärkt näringsliv och bra utbildning i hela kommunen.	2026	1-4 ÅRIG	1 440	1 483	1 527	1 573	1 620			510 VÅRD OCH OMSORG OM ÄLDRE	1) Befintlig - Hög kompetensnivå. trygg vård och omsorg, jämfört med riket
7	Borttagande av delade turer	Sala ska erbjuda attraktiva boenden och verka för fler arbetstillfällen, stärkt näringsliv och bra utbildning i hela kommunen.	2026	1-4 ÅRIG	4 500	4 635	4 774	4 917	5 064			510 VÅRD OCH OMSORG OM ÄLDRE	1) Befintlig - arbetsmiljö - omstrukturera schema och ökad anställning/vikarier för att täcka vakanta turer. Kostnade uppstår pga att det finns schemalagda medarbetare på tider när det inte finns behov.
10	Utökning av antalet korttidsplatser	Fokus på människors hälsa och välmående.	2026	1-4 ÅRIG	1 500	1 500	1 500	1 500	0			510 VÅRD OCH OMSORG OM ÄLDRE	1) Befintlig - Säkerhetsställer behov, minskar kostnader för medicinskt färdiga inom slutenvården. högre långsiktiga kostnader.
	Utökning av antalet korttidsplatser	Fokus på människors hälsa och välmående.				-1 500	-1 500	-1 500				510 VÅRD OCH OMSORG OM ÄLDRE	Ny
11	Generösare riktlinjer biståndsbedömning	Fokus på människors hälsa och välmående.	2026	1-4 ÅRIG	2 000	2 000	2 000	2 000	0			510 VÅRD OCH OMSORG OM ÄLDRE	1) Befintlig - Beslut som är tagna enligt tidigare riktlinjen kan inte ändras enligt den reviderade riktlinjen. Vilket innebär omställningskostnader för tidigare fattade beslut.
12	Bibehållen bemanning SäBo	Fokus på människors hälsa och välmående.	2022	1-4 ÅRIG	6 433	6 955	7 478	7 702	7 933			510 VÅRD OCH OMSORG OM ÄLDRE	1) Befintlig - Sala kommun följer den övre kurvan enligt SKRs prognoser för hur många som bor på SÄBO enligt demografin.
13	Rätten till heltid	Fokus på människors hälsa och välmående.	2026	1-4 ÅRIG	7 000	10 000	5 000	2 500				510 VÅRD OCH OMSORG OM ÄLDRE	1) Befintlig - Rätten till heltid leder till kostnader i verksamheten för arbetskraft som inte är förenlig med brukarnas behov.
14	Läkemedelsautomater	Fokus på människors hälsa och välmående.	2026	1-4 ÅRIG		1 150	1 150	1 150	1 150			510 VÅRD OCH OMSORG OM ÄLDRE	3) Ny - Införande av automater medför dubbla kostnader vid starten. Både för personal och investering.
15											15		-

Äldre- och omsorgsnämnd - Vård och omsorgskontor

Nämndsinspelet har till syfte att, för verksamhetsansvarig nämnd, beskriva de kommande årens utmaningar och möjligheterna att möta dessa.

Omvärld

De kommande åren står Äldre- och omsorgsnämnden inför omfattande och sammansatta utmaningar. Den demografiska utvecklingen, med en växande andel äldre och fler personer som lever längre med kroniska sjukdomar eller funktionsnedsättningar, samtidigt som befolkningen minskar i arbetsför ålder, innebär ett ökat och mer komplext behov av vård-, omsorgs- och stödinsatser.

Omställningen till Nära vård är en central del av framtidens välfärd och påverkar i hög grad verksamheter för äldre och personer med funktionsnedsättning. Nära vård innebär en förflyttning mot ett mer personcentrerat, sammanhållet och förebyggande arbetssätt, där vård och omsorg ges närmare den enskilde och i ökad samverkan mellan kommun, region och andra aktörer.

Parallellt pågår den andra stora omställningen inom socialtjänsten, kopplad till den nya socialtjänstlagen. Denna innebär en tydlig förskjutning mot en mer tillgänglig, förebyggande och kunskapsbaserad socialtjänst, där insatser i större utsträckning ska kunna ges tidigt, flexibelt och utan omfattande behovsprövning. För personer inom äldreomsorgen och bland personer med funktionsnedsättning innebär det nya möjligheter att arbeta mer proaktivt, stärka individens egna resurser och minska behovet av mer omfattande insatser längre fram.

Både omställningen till Nära vård och införandet av den nya socialtjänstlagen sker i en tid då kompetensförsörjningen utgör en av verksamheternas största strategiska utmaningar. Bristen på personal, ökade krav på specialiserad kompetens och behovet av nya roller och arbetssätt kräver ett långsiktigt fokus på arbetsmiljö, ledarskap och kompetensutveckling. Digitalisering och välfärdsteknik är viktiga möjliggörare i båda omställningarna, men förutsätter samtidigt investeringar, förändringsledning och ett systematiskt lärande i organisationen.

De ekonomiska förutsättningarna bedöms även fortsättningsvis vara ansträngda. Verksamheterna står inför ökade behov och nya krav som behöver hanteras inom ramen för begränsade resurser. Under 2026 och 2027 finns statliga bidrag som kan stödja omställningen till Nära vård, den nya socialtjänstlagen och äldreomsorgslyftet.

Det finns ekonomiska risker kopplade till verkställighet av beslut. Vid fattat bifallsbeslut om stöd som vård- och omsorgsverksamheten inte förmår att verkställa inom tre månader föreligger risk för ekonomiska sanktioner. Förvaltningsrätten kan, efter ansökan från Inspektionen för vård och omsorg (IVO), besluta om sanktionsavgift motsvarande den kostnad som den beviljade insatsen skulle ha haft vid verkställande. Avgiften kan uppgå till lägst 15 000 kronor och högst 1 500 000 kronor.¹

¹ 28 b § lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) samt 34 kap .7 § Socialtjänstlagen (2025:400)

Lokala förutsättningar

Funktionsnedsättningsområdet (FO)**Demografi**

Antalet personer som ansöker om insatser enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och beviljas gynnande beslut har ökat under flera år. De insatser som uppvisar den tydligaste ökningen, både nationellt och i Sala kommun, är daglig verksamhet samt bostad med särskild service. Utifrån tillgängligt underlag om målgruppen, bedöms denna ökning fortsätta under de kommande åren.

Enligt underlag från Biståndsenheten och anpassad grundskola och gymnasium, finns det i Sala kommun 88 personer i åldrarna 7–21 år som omfattas av personkretsen med möjlighet att ansöka om insatser enligt LSS. En del av dem har redan någon form av LSS-insats, men ingen har i dagsläget beslut om bostad med särskild service.

Av de 88 personerna går cirka 15 procent i ordinarie grundskola eller har redan avslutat sina studier. För den gruppen är det i nuläget oklart vilken boendeform som kan bli aktuell på längre sikt.

Bland de personer som i dag har beslut om servicebostad enligt LSS är 13 procent 60 år eller äldre. Det finns skäl att anta att en ökande andel i den åldersgruppen framöver kommer att ha behov av gruppboendestad till följd av ett förväntat ökat omvårdnadsbehov. Inom gruppboendestäder är i dag 9 procent av de boende 65 år eller äldre, vilket även där kan innebära ett successivt ökat behov av omvårdnadsinsatser.

Det är inte möjligt att förutse i vilken omfattning personer från andra kommuner kommer att ansöka om förhandsbesked om bostad med särskild service enligt LSS i Sala kommun. Ytterligare en osäkerhetsfaktor i behovsprognosen är huruvida framtida ansökningar kommer att avse servicebostad eller gruppboendestad.

Bostad med särskild service

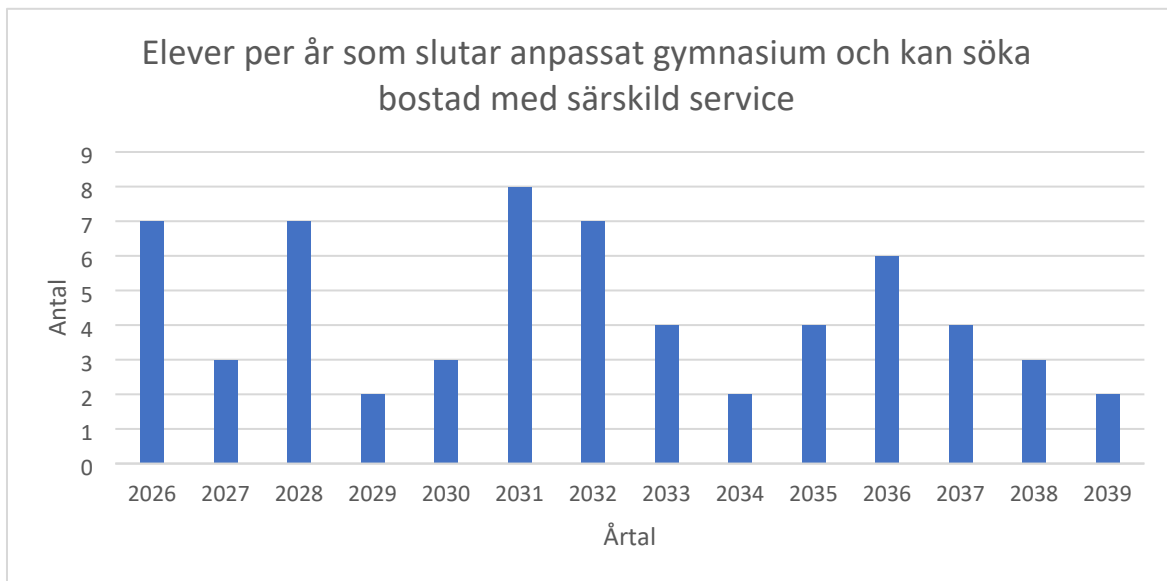
Bostad med särskild service enligt LSS verkställs genom två boendeformer: gruppboendestad respektive servicebostad.

Antalet platser i servicebostad har varierat utifrån behov och har sedan 2014 legat på mellan cirka 45 och 54 platser.

I dagsläget finns 40 platser i gruppboendestad. Vård- och omsorgsnämnden har under senare år inte haft några vitesförelägganden kopplade till ej verkställda beslut. För närvarande tillgodoses och verkställs behoven av bostad med särskild service inom befintlig struktur. Samtidigt visar tillgängliga prognoser att antalet personer som kan förväntas ansöka om bostad med särskild service framöver överstiger nuvarande kapacitet avseende gruppboendestadsplatser.

När det gäller det framtida behovet av bostad med särskild service råder osäkerhet kring vilken av de två boendeformerna som kommer att efterfrågas i störst utsträckning av målgruppen, vilket framgår av redovisade underlag (se **Figur 1**).

Figur 1 Prognos över förväntade ansökningar om bostad med särskild service för elever som slutar gymnasieskolan



(Underlag hämtat från anpassad grundskola, anpassad gymnasieskola och biståndsenheten, Sala kommun 260102)

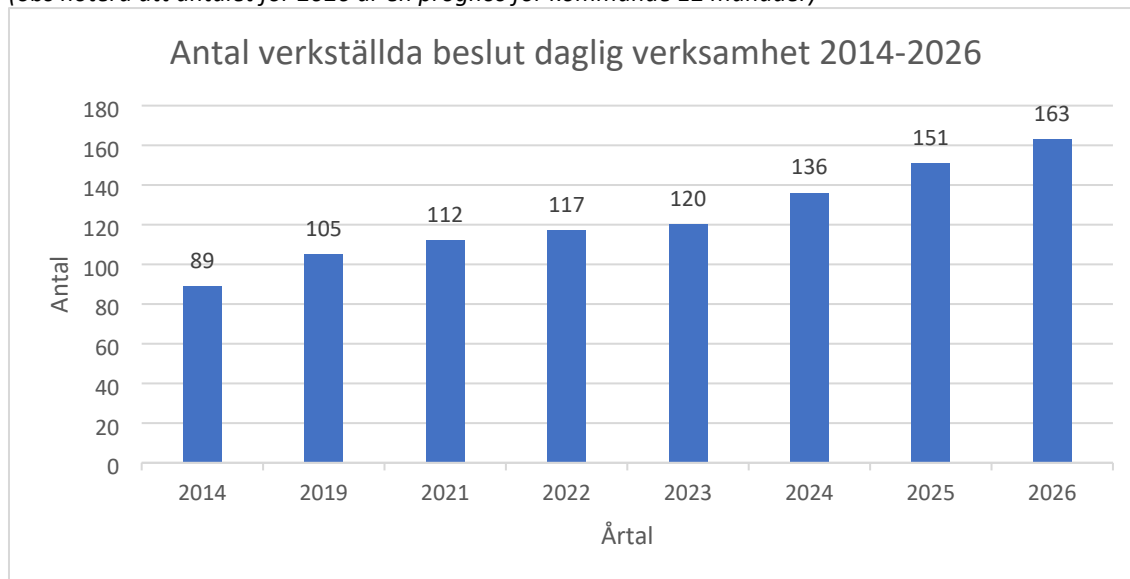
Daglig verksamhet

Daglig verksamhet är en insats där antalet personer med beviljade beslut har ökat kraftigt under de senaste åren, och denna utveckling bedöms fortsätta. Faktorer som kan förklara ökningen är att arbetsmarknaden blivit tuffare och att fler får en diagnos som kan berättiga till LSS-insats.²

Under flera år har verksamheten målmedvetet arbetat med att öka möjligheterna till arbetsliknande sysselsättning utanför de egna lokalerna, både inom den privata arbetsmarknaden och inom andra kommunala verksamheter. Genom samverkan skapas fler sysselsättningsmöjligheter, där verksamheten bidrar med personal som ger individuellt anpassat stöd till brukaren i den arbetslika sysselsättningen

² <https://www.socialstyrelsen.se/contentassets/d3098f9fe37246498d712a88c3975f9e/2024-6-9090.pdf>
260209

Figur 2 Antal verkställda beslut i daglig verksamhet under åren 2014 till 2026 års ingång
(obs notera att antalet för 2026 är en prognos för kommande 12 månader)



Socialpsykiatri

Målgruppen för verksamheterna inom den kommunala socialpsykiatrin antas öka under de kommande åren, mot bakgrund av en generellt ökande psykisk ohälsa i samhället.

De verksamheter som i dag bedrivs i kommunal regi för personer med psykisk funktionsnedsättning är omvårdnadsboendet Freden, boendestöd i ordinärt boende samt sysselsättningsverksamheten Gnistan. Insatsen boendestöd kan även beviljas personer med neuropsykiatriska och intellektuella funktionsnedsättningar.

Freden omfattar åtta lägenheter för personer med biståndsbeslut om bostad enligt Socialtjänstlagen (SoL) och har varit fullt belagt under flera år. För närvarande köper nämnden bostadsinsats av extern utförare för två brukare; de planeras att flytta tillbaka till Sala kommun i början av 2026. Det framtida behovet av bostad enligt SoL är svårt att prognostisera, men utifrån de senaste årens utveckling av beviljade beslut har efterfrågan legat i nivå med den kapacitet som Freden erbjuder.

Sysselsättningsverksamheten Gnistan bedrivs i lokaler som i dag är begränsade till yta och funktion. För att möjliggöra en fortsatt utveckling och breddning av verksamhetens innehåll ses samverkan med andra verksamheter eller en flytt till större och mer ändamålsenliga lokaler vara nödvändig.

Framtida behov

De två befintliga gruppboendena på Jakobsbergsgatan 4 E kommer, i enlighet med fattade beslut, att flytta till två nya gruppboendestäder. Nuvarande samlokalisering med äldreboende är inte förenlig med IVO:s krav för bostad med särskild service enligt LSS. Mot bakgrund av den demografiska utvecklingen och de prognostiserade behoven bedöms det inom de närmaste åren finnas ett ökat behov av ytterligare gruppboendestäder.

För att möjliggöra verkställighet av nya beviljade beslut avseende insatsen daglig verksamhet bedöms ett behov av utökade lokaler föreligga under de kommande åren. Därutöver förutsätts att ytterligare resurser tillskapas för att säkerställa ett tillräckligt stöd till brukare i deras dagliga sysselsättning. Om nödvändiga lokal- och resursförstärkningar inte genomförs finns en risk att nya beviljade beslut om daglig verksamhet inte kan verkställas inom lagstadgad tidsfrist om tre månader.

BUDGET 2027–2030

Inom socialpsykiatri har samtliga tre verksamheter sett en ökning av omfattningen av insatser. För närvarande finns inget omedelbart behov av att utöka antalet boendeplatser, men vid ett ökat antal beviljade biståndsbeslut kan Freden komma att behöva lokaler med fler lägenheter. I annat fall kan nämnden behöva köpa platser från extern utförare. För att sysselsättningsverksamheten Gnistan ska kunna vidareutveckla sitt aktivitetsutbud, särskilt sådana insatser som kräver större ytor, bedöms ett byte till större och mer ändamålsenliga lokaler vara nödvändigt inom de närmaste åren.

När det gäller personlig assistans har flera statliga utredningar avseende eventuella förändringar i lagstiftningen pågått sedan 2017. Utredningsarbetet beräknas vara slutfört under 2027. Vilka konsekvenser det kan komma att få för utförandet av personlig assistans är i nuläget oklart.

Kompetensförsörjning

Verksamheterna inom FO har ett fortsatt behov av nyrekrytering framöver. Pensionsavgångarna under de närmaste åren är inte av sådan omfattning att de i sig utgör en betydande risk, men i takt med att verksamheterna ökar tillkommer ett ökat behov av medarbetare.

En av de framtida utmaningarna är att efterfrågad personal i viss utsträckning är densamma som inom äldreomsorgen, såsom undersköterskor. Medarbetare med utbildning inom barn och fritid är i dag yrkesverksamma inom området och utgör ett viktigt kompetenstillskott.

Mot bakgrund av en ökande samsjuklighet inom FO finns behov av att tillföra och utveckla ny kompetens. Medarbetare behöver stärkt kunskap om missbruk i kombination med funktionsnedsättning för att kunna ge ett ändamålsenligt och individanpassat stöd. Dessutom ses en ökning av målgruppen med neuropsykiatriska diagnoser inom hela FO, vilket medför behov av ökad grundkompetens hos medarbetare för att möta de särskilda stödbehov som de diagnoserna innebär.

Ordinärt boende - Hemtjänst**Demografi**

Hemtjänsten står inför stora behov av strukturella förändringar, inte enbart på grund av den demografiska utvecklingen utan även den tekniska utvecklingen.

Trots att de som är äldre idag är allt friskare och kan klara sig självständigt högre upp i åldrarna så ökar antalet äldre äldre, dvs 80+. Med åldern ökar risken för multisjuklighet, kognitiv svikt, upplevd ofrivillig ensamhet. Det finns också forskning som tyder på att missbruksproblematik ökar hos äldre i Sverige.³ De ovannämnda delarna kan leda till en sämre psykisk ohälsa det är den gruppen äldre som hemtjänstens medarbetare behöver rustas för.

En ökad andel i Sverige lever med en demenssjukdom. Enligt Demensförbundet lever ca 150 000 människor med en demenssjukdom 2025, antalet väntas stiga till 180 000 - 190 000 personer 2030. Många av dem bor i sitt ordinära hem med stöd av hemtjänst.

Äldre kvinnor och män som har behov av stöd behöver mötas av en hemtjänst som är bättre integrerad med hälso- och sjukvården. Valfärdsmställningen till Nära vård är en central del i utvecklingen mot nya arbetssätt där hemtjänstens medarbetare är en viktig del i utskrivningar från slutenvården och i samverkan med närstående. För att kunna möta medborgarens behov krävs en tidig dialog vid utskrivning och en bra intern och extern samverkan.

³ [Socialstyrelsen - Hemtjänstens omsorg om äldre med skadligt bruk eller beroende](#)

BUDGET 2027–2030

Inom Hemtjänstens verksamhet fortsätter behoven att öka. I januari 2024 fanns det 345 personer med någon form av kommunal hemtjänstinsats i Sala kommun, av dessa personer var 243 personer över 80 år. 2025 hade 356 personer någon form av kommunal hemtjänstinsats i januari, 228 personer var över 80 år. Samma jämförelse för jan 2026 visar att 454 personer har någon form av hemtjänstinsats varav 308 personer är över 80 år.

Från och med den 1 januari 2026 avskaffades Lagen om valfrihetssystem (LOV) för serviceinsatser. Detta innebär att hemtjänstens medarbetare nu ansvarar för att utföra samtliga serviceinsatser. Under januari månad har cirka 80 personer, som tidigare haft privata utförare inom LOV, övergått till att få sina serviceinsatser utförda av hemtjänsten.

Enligt statistik, taget ur hemtjänstens planeringssystem⁴, utförde hemtjänsten i december 2025 20 185 timmar, jämfört med 19 535 timmar i december 2024, vilket visar på en höjning med 650 timmar mellan åren.

Antalet komplexa ärenden med omfattande vårdbehov ökar. 2024 utförde hemtjänsten 13 415 timmar med dubbelbemanning jämfört med 19 513 timmar 2025, vilket visar på en ökning med 6098 timmar mellan åren. Dubbelbemanning kräver mycket resurser och den vanligaste orsaken till behovet är förflyttningar i hemmet. Sala kommuns yta är stor och det är många gånger svårt att samplanera den här typen av besök.

Som komplement till hemtjänsten finns Korttidsenheten som under större delen av 2025 har varit hårt belastad. Även våra biståndsbedömda dagverksamheter och kommunens träffpunkter är ett viktigt förebyggande arbete för att människor ska kunna bo kvar i sitt ordinära boende längre.

Framtida behov

Hemtjänstens medarbetare kommer att möta personer högt upp i åldrarna. Det finns en ökad multisjuklighet och många personer lever längre med kroniska och kognitiva sjukdomar, samtidigt som tillgången på medarbetare med rätt kompetens är begränsad. Fortsatt utveckling av digitalt och tekniskt stöd är ett måste för att klara kommande behov. Hemtjänstens medarbetare är en viktig del i förskjutningen mot Nära vård. Undersköterskor med stor kunskap till exempel inom kognitiv svikt, psykiatri och palliativ vård kommer att vara nödvändigt, då hemmet i större omfattning blir en plats för vård. Hemtjänstens medarbetare kommer att ses som en central aktör i arbetet med omställningen som behöver utföras i nära samverkan med hemsjukvård, primärvård och andra vårdgivare.

Kompetensförsörjning

Kompetensen hos hemtjänstens medarbetare är viktig för att möta de stora omsorgsbehoven som finns inom området, idag bedrivs avancerad sjukvård i hemmen och det ställer stora krav på alla medarbetare. Det fortsatta arbetet med Nära Vård och människors vilja att få vara hemma kommer att ställa större krav på verksamheten.

Verksamheten står inför utmaningar när det gäller kompetensförsörjning. Trenden pekar på en fortsatt ökad brist på utbildade undersköterskor. Vårdtyngden ökar och behoven hos de personer som får stöd av hemtjänsten blir allt mer komplexa.

Inom området finns det ett lagkrav på att alla brukare ska ha en fast omsorgskontakt med undersköterskekompetens.⁵ Sala kommun har klarat lagkravet bra, på grund av att de flesta

⁴ Hemtjänstens verksamhetssystem, Pulsen Combine

⁵ [Socialstyrelsen - Fast omsorgskontakt i hemtjänsten](#)

medarbetare har en undersköterskeutbildning vilket även i fortsättningen kommer vara en förutsättning för att klara kraven i arbetet.

Utöver den avancerade vård som utförs av kommunens undersköterskor i hemmet finns det serviceuppgifter som i framtiden skulle kunna utföras av medarbetare med en lägre utbildningsnivå, det skulle innebära andra utmaningar som till exempel fördelning av arbetsuppgifter under en arbetsdag. De flesta brukare vill få sin hjälp på samma tider vilket innebär att även undersköterskor i verksamheten behöver fylla ut sina arbetspass med serviceuppgifter under vissa tider av sitt arbetspass, för att undvika luckor i sin planering.

Hemtjänsten medarbetare arbetar till stor del ensamma i mottagarens hem, under stora delar av arbetspasset finns kontoret på fickan i form av en digital plattform. Arbetet kräver en stor digital mognad hos alla medarbetare för att klara av en säker och korrekt dokumentation, det är även viktigt att kunna tolka viktig information på ett korrekt vis. Medarbetare behöver känns sig trygga i användningen av välfärdsteknik, när den tryggheten finns skapas säkrare insatser, ökad trygghet för brukare och anhöriga, färre störningar i driften och mindre missförstånd. Hög digital mognad hos hemtjänstens medarbetare är avgörande för att ge säker, effektiv och personcentrerad omsorg i en allt mer digital vardag. Tekniken ska vara ett stöd och inte ett hinder.

Särskilt boende (SÄBO) och kommunal Hälso – och sjukvård

Demografi

I Sala kommun är i dag drygt 6000 invånare 65 år eller äldre, se figur 3. För Sala kommun visar statistik från Kolada (2024) att 1,4 % av invånarna mellan 65–79 år bor i särskilt boende samt att 10,4 % av invånarna 80 år och äldre bor i särskilt boende.

Särskilt boende är den mest resurskrävande insatsen inom äldreomsorgen och ska även framåt finnas för personer med mycket stora omvårdnads- och tillsynsbehov. Efter pandemin sågs en period med minskat behov av platser under 2021. Mellan åren 2024–2025 har efterfrågan ökat markant igen. Under senare delen av 2025 tillskapades 10 ytterligare boendeplatser inom befintliga verksamheter för att möta de ökade behoven, samtliga platser är i dag belagda.

Kommunen har i dag totalt 264 platser i särskilt boende, fördelade på sex särskilda boenden, samtliga platser är belagda. Det innebär att verksamheten redan nu saknar marginaler i systemet – det finns ingen buffert för ökade behov, tillfälliga variationer eller förändringar i vårdtyngd. Verksamheten bedrivs med ett mycket litet handlingsutrymme när det gäller tillgången till boendeplatser.

Flera av kommunens befintliga boenden är i behov av modernisering för att möta framtida krav på vårdtyngd, arbetsmiljö, tillgänglighet och tekniskt stöd. I den lokalutredning som Fastighetsenheten genomfördes 2022-03-03 Dnr: VON 2022/31 finns reinvesteringsplan för 10 år gällande Parklängan, Björkgården och Ekebygården.

Fram till 2029 förväntas behovet av särskilda boendeplatser kunna tillgodoses under förutsättning att de 36 tomställda platserna på Bergsmansgatan 30 tas i drift. Från 2030 - 2035 ökar behovet av särskilda boendeplatser med ytterligare 21 platser. Totalt mellan åren 2025 – 2035 förväntas behovet av särskilda boendeplatser öka med 52 platser, se Figur 3.

Figur 3. Avser befolkningsökningen i sala 2025 – 2035. Källa: Statisticon.

BUDGET 2027–2030

		2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035
	0-5 år	1 231	1 216	1 211	1 182	1 164	1 169	1 158	1 160	1 167	1 172	1 177
	6-9 år	1 057	1 012	952	934	920	902	912	890	874	877	865
	10-12 år	844	839	846	830	805	761	723	719	722	715	704
	13-15 år	891	882	839	842	838	845	830	808	768	734	731
	16-18 år	813	816	876	873	864	828	831	828	833	819	799
	19-24 år	1 225	1 272	1 286	1 305	1 336	1 377	1 382	1 377	1 376	1 374	1 366
	25-44 år	5 083	5 034	5 005	4 992	4 971	4 938	4 901	4 855	4 820	4 773	4 714
	45-64 år	5 582	5 586	5 556	5 524	5 469	5 418	5 404	5 421	5 413	5 445	5 469
	65-79 år	4 156	4 088	4 080	4 027	4 020	4 032	4 026	4 033	4 029	4 038	4 037
	80-100 år	1 858	1 954	2 005	2 100	2 173	2 240	2 290	2 313	2 349	2 345	2 373
		22 739	22 700	22 655	22 609	22 560	22 509	22 456	22 403	22 349	22 293	22 234
65-79år	1,40%	4 156	4 088	4 080	4 027	4 020	4 032	4 026	4 033	4 029	4 038	4 037
80+ år	10,40%	1 858	1 954	2 005	2 100	2 173	2 240	2 290	2 313	2 349	2 345	2 373
Behov	65-79 år	58	57	57	56	56	56	56	56	56	57	57
	80+ år	193	203	209	218	226	233	238	241	244	244	247
	Totalt	251	260	266	275	282	289	295	297	301	300	303
Behov per år			9	5	9	7	7	5	2	4	0	3

Framtida behov

Befolkningsprognoserna visar att antalet invånare i åldersgruppen 80 år och äldre kommer att öka.

Det är framför allt personer med demens, kognitiv sjukdom och stora vårdbehov som är i behov av särskilt boende, en grupp som förväntas öka under kommande år.

Det innebär att en långsiktig planering för antal platser där kvalitet, kostnadseffektivitet och hållbar drift vägs samman. Om kapaciteten inte byggs ut i takt med behoven finns en tydlig risk för ökade köer till särskilt boende. Det påverkar både den enskildes trygghet och kommunens ekonomi med risk för vitesföreläggande från IVO.

Kommunal hälso- och sjukvård (HSL)

Den kommunala hälso- och sjukvården står inför ett tydligt och växande förändringstryck. Omställningen till Nära vård innebär att alltmer avancerad vård, rehabilitering och uppföljning sker så nära den enskilde som möjligt. För att möta upp omställningen mot en god och nära vård behövs en större samverkan mellan kommun och region

Den ställer höga krav på den kommunala hälso- och sjukvården på grund av kortare vårdtider inom slutenvården och snabbare utskrivningar innebär att kommunen i dag möter personer med mer komplexa medicinska behov än tidigare, både i ordinärt boende och i särskilt boende. Samtidigt möjliggör den tekniska utvecklingen att även personer med omfattande behov kan vårdas i hemmet. Tekniken stärker den enskildes trygghet och självständighet, men förutsätter samtidigt rätt kompetens, god tillgänglighet och ett välfungerande samarbete inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Framtidens hälso- och sjukvård behöver vara tätt integrerad med samtliga verksamhetsområden inom Vård och Omsorgskontoret för att kunna möta de mest sjuka äldre på ett tryggt sätt. En väl fungerande kommunal hälso- och sjukvård är en förutsättning för att fler äldre ska kunna bo kvar hemma längre.

Framåt behövs en förstärkning av den kommunala Hälso – och sjukvårdens kapacitet och kompetens för att möta ökade och mer avancerade vårdbehov. Ett nära och strukturerat samarbete mellan hälso-och sjukvården och verksamheterna inom Vård och Omsorgskontoret blir avgörande.

Kompetensförsörjning

SÄBO och Hälso- och sjukvården står inför utmaningar när det gäller kompetensförsörjning. Trenden pekar på en fortsatt ökad brist på både legitimerad personal, såsom sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter⁶ och utbildade undersköterskor. Vårdtyngden ökar och behoven hos de personer vi möter blir allt mer komplexa. Det handlar om fler samtidiga diagnoser, ökad skörhet, kognitiv svikt och psykisk ohälsa, ofta i kombination med avancerad medicinsk behandling som tidigare hanterades inom slutenvården. Krav på samordning, medicinsk kompetens, rehabilitering och kontinuitet i den kommunala hälso- och sjukvården ökar. Utvecklingen påverkar både kvaliteten i verksamheten och arbetsmiljön för våra medarbetare.

Den ställer ökade krav på strategisk bemanningsplanering, ett systematiskt och långsiktigt arbete med kompetensutveckling samt hållbara chefsuppdrag. För att kunna vara och fortsätta vara en attraktiv arbetsgivare behöver chefer inom vård och omsorg ha rätt förutsättningar i sitt uppdrag, såsom rimligt antal medarbetare per chef, administrativt stöd, tillgång till HR- och ekonomifunktioner samt möjlighet till verksamhetsutveckling.

Från sommaren 2026 ska det finnas en Medicinskt ansvarig för rehabilitering i kommunen.⁷ Den tjänsten kommer att finansieras med statsbidrag de två första åren. Samtidigt införs krav på fast omsorgskontakt på särskilt boende. För att vara fast omsorgskontakt krävs skyddad yrkestitel som undersköterska. Det är ett viktigt steg för att stärka trygghet och personcentrering för de boende. I dag har området en hög underskötersketäthet som skapar god kontinuitet, trygghet och närvaro i vardagen, samtidigt som det ger en stabil grund att vidareutveckla arbetssättet inför kravet på en fast omsorgskontakt och kompetens i takt med ökade och mer komplexa behov.

Om tillgången till undersköterskor minskar finns en risk för försämrad kontinuitet, ökad belastning på befintlig personal och svårigheter att upprätthålla kvalitet och patientsäkerhet över tid. Om tillgången till legitimerad personal inte kan säkerställas finns samtidigt en risk för bristande medicinsk uppföljning, fördröjda bedömningar och ett ökat ansvar på omvårdnadspersonal, vilket påverkar både patientsäkerhet och arbetsmiljö. Verksamheten påverkas genom svårigheter att bemanna, risk för kvalitetsbrister och försämrad arbetsmiljö.

Vård och omsorg gemensamt

Digitalisering och välfärdsteknik

Digitalisering och välfärdsteknik är ett centralt stöd i alla vård- och omsorgsverksamheten och bidrar till ökad trygghet, kvalitet och effektivitet. I dag används flera digitala lösningar som stärker individens självständighet, förbättrar arbetsmiljön och möjliggör ett mer hållbart arbetssätt.

Exempel på digitala stöd som används i verksamheten i dag:

- Digitala trygghetslarm

⁶ *Välfärdens kompetensförsörjning – Personalprognos 2023–2033 och strategier för att klara kompetensförsörjningen*

⁷ Prop. 2025:26/19

- Digitala nycklar och digitala lås
- Mobil och digital dokumentation inom både SoL och HSL
- Digital planering och bemanningsstöd
- Digital avvikelshantering
- Digital signering som bidrar till kvalitet, säkerhet och spårbarhet

För de personer som vård och omsorg finns till för används även riktade digitala lösningar som stärker trygghet, delaktighet och livskvalitet.

Exempel på digitala lösningar riktade till brukare:

- Positionerings- och GPS-larm
- Digital nattillsyn via kamera
- Digitala aktivitets- och stimulansmaterial, exempelvis Tovertafel, robotkatter och VR
- Läkemedelsautomater i projektform

Möjliga utvecklingsområden framåt:

- Bredd införa läkemedelsautomater
- Digitala dagstavlor och individuella minnesstöd
- Sensorbaserade trygghetslösningar
- Smart belysning och digital inkontinensmätning
- Gemensamma digitala arbetssätt vid utskrivning från slutenvård
- Digitala ronder och egenmonitorering
- Ökad användning av videoteknik, anpassad efter individens behov

Digitalisering och välfärdsteknik är ett viktigt stöd i vård och omsorgs grunduppdrag och har en tydlig påverkan på hur verksamheten planeras, genomförs och utvecklas. Genom digitala lösningar skapas ökad trygghet och självständighet för de personer vi finns till för, samtidigt som arbetssätten blir mer effektiva och förebyggande. För verksamheterna innebär det bättre förutsättningar att möta ökade och mer komplexa behov med de resurser som finns, att prioritera fysiska insatser där behovet är störst samt att använda medarbetarnas kompetens på ett mer hållbart sätt.

Utvecklingsområden/sammanfattning

Verksamheterna inom Vård och omsorg

Äldre- och omsorgsnämnden står inför betydande utvecklingsbehov till följd av demografiska förändringar, ökade och mer komplexa omsorgsbehov samt en minskande arbetsför befolkning.

Viktiga utvecklingsområden är omställningen till Nära vård och införandet av den nya socialtjänstlagen, vilket kräver mer personcentrerade, förebyggande och samordnade arbetssätt med tidigare insatser och stärkt samverkan både inom kommunens kontor, region och andra aktörer. De förväntas leda till att fler människor kan klara sin självständighet längre upp i åldrarna och genom det skjuta fram behovet av insatser från nämndens verksamheter.

Inom funktionsnedsättningsområdet finns ett växande behov av bostäder med särskild service och daglig verksamhet, där nuvarande kapacitet riskerar att bli otillräcklig. Samtidigt krävs utveckling av lokaler, arbetssätt och kompetens för att möta en äldre målgrupp, ökad samsjuklighet och fler

BUDGET 2027–2030

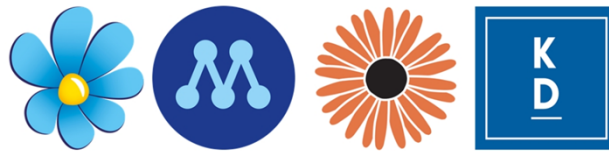
personer med neuropsykiatriska diagnoser. En utökad kapacitet av bostäder med särskild service bidrar till minskade väntetider och bättre möjlighet att ge rätt stöd i rätt tid. Utvecklade arbetssätt och ökad kompetens gör insatser mer flexibla och individanpassade, särskilt för äldre, personer med samsjuklighet och neuropsykiatriska diagnoser.

Hemtjänsten behöver utvecklas för att möta fler äldre med omfattande och komplexa behov i ordinärt boende. Det kräver ökad integration med hälso- och sjukvården, stärkta kompetenser inom kognitiv svikt, psykiatri och svåra sjukdomstillstånd samt fortsatt utveckling av digitalt och tekniskt stöd. Hemtjänstens utveckling förväntas ge bättre stöd till äldre med komplexa behov, genom ökad samordning med hälso- och sjukvården, stärkt kompetens inom kognitiv svikt, psykiatri och svåra sjukdomstillstånd samt ökat digitalt och tekniskt stöd.

Inom särskilt boende och kommunal hälso- och sjukvård finns ett tydligt behov av långsiktig kapacitets- och lokalplanering, modernisering av befintliga boenden samt förstärkt medicinsk och rehabiliterande kompetens för att hantera ökad vårdtyngd och minska risken för köer och sanktionsavgifter. Utveckling inom särskilt boende och kommunal hälso- och sjukvård förväntas öka kapacitet, minska köer och sanktionsavgifter samt ge tryggare miljöer. Förstärkt medicinsk och rehabiliterande kompetens gör vården mer individanpassad och bättre anpassad till ökad vårdtyngd.

Ett genomgående utvecklingsområde för hela Vård och omsorgskontoret är kompetensförsörjning, där brist på undersköterskor och legitimerad personal kräver strategisk bemanningsplanering, kompetensutveckling och hållbara chefsuppdrag. Digitalisering och välfärdsteknik är avgörande möjliggörare för effektivitet, kvalitet och trygghet, men förutsätter investeringar, förändringsledning och gemensamma arbetssätt.

Sammantaget krävs tydliga prioriteringar, effektivt resursutnyttjande och ett långsiktigt fokus på förebyggande insatser för att möta framtida behov inom ramen för begränsade ekonomiska förutsättningar.



KOALITION SALA

Nämndinitiativ: Redogörelse för möjligheten att öppna Bergsmansgatan 30 tidigare än 2028

I samband med Verksamhetsberättelsen i Äldre- och omsorgsnämnden för 2025 kunde vi tydligt läsa att det fortsatt finns ett stort behov av platser inom SÄBO. Under samma sammanträde har vi sedan fått till oss investeringsbehov och således också en konsekvensbeskrivning av att öppna Bergsmansgatan 30 först år 2028, 2029 och 2030. Mot bakgrund av att vi fortsatt har kö till SÄBO som har ökat mellan år 2023 och 2025 samt att vi har en demografisk utveckling som visar på en högre andel äldre äldre framgent ställer vi i Koalition Sala följande nämndinitiativ:

Till nämnden i april vill vi få redovisat:

- Vad krävs i personella- och ekonomiska resurser för att öppna de första nio platserna under 2027
- Hur ser beräkningen ut för den ekonomiska belastningen hos hemtjänsten inklusive risken för viten om vi inte öppnar förrän 2028?

För Koalition Salas partier i Äldre- och omsorgsnämnden

Victoria Kihlström (M), oppositionsledare

Cecilia Viman (SD), ledamot

Eva Axelsson (KD) ledamot

Vård- och omsorgskontoret
Anneli L Sundin
Vård- och omsorgschef

MISSIV

Särskilt beslut om övrig ersättningsberättigad tid

SAMMANFATTNING AV ÄRENDET

Äldre- och omsorgsnämndens förste vice ordförande Olle Kvarnryd (V) tjänstgjorde under deltagande av *Lärprocessen* 2026-02-04 och 2026-02-25 som låg utanför Äldre- och omsorgsnämndens ordinarie sammanträden. Nämnden tar beslut om att göra Olle Kvarnryd (V) ersättningsberättigad under den tiden han tjänstgjorde för mötet.

Ekonomiska konsekvenser

Beslutet kommer inte att innebära några ekonomiska konsekvenser.

FÖRSLAG TILL BESLUT

att Olle Kvarnryd (V) blir ersättningsberättigad för deltagande på *Lärprocessen* 2026-02-04 och 2026-02-25.

CHECKLISTA

**Checklista avseende Barnperspektivet, Landsbygdsperspektivet
och de Horisontella principerna**

Förklaring om de olika begreppen finns nedan.

Barnperspektivet

Innebär insatsen att barn och ungdomars hälsa sätts i främsta rummet?	JA ☒	NEJ ☐
Påverkar denna insats barn och ungdomars sociala, ekonomiska och kulturella rättigheter och situation till det bättre?	JA ☒	NEJ ☐
Innebär insatsen att barn och ungdomars rätt till en god hälsa beaktas?	JA ☒	NEJ ☐
Har barn och ungdomar fått möjlighet att uttrycka sin mening om insatsen?	JA ☐	NEJ ☒
Har särskild hänsyn tagits till barn och ungdomar med funktionsvariation - fysiskt och/eller psykiskt?	JA ☒	NEJ ☐
Tar insatsen hänsyn till barnkonventionens text om "till det yttersta av sin förmåga"?	JA ☒	NEJ ☐

Landsbygdsperspektivet

Bedömer ni att beslutet kommer att innebära särskilda konsekvenser för landsbygden – nu eller i framtiden?	JA ☐	NEJ ☒
Vid JA hur bedömer ni att beslutet påverkar:		
Att det blir svårare att bo på landsbygden?	JA ☐	NEJ ☐
Att det blir fler jobb på landsbygden?	JA ☐	NEJ ☐
Att det minskar tillgången till god service på landsbygden?	JA ☐	NEJ ☐

**Horisontella principerna
(tillgänglighet, icke-diskriminering samt jämställdhet)**

Innebär insatsen risk för begränsad tillgänglighet?	JA ☐	NEJ ☒
Har icke-diskrimineringsperspektivet beaktats?	JA ☒	NEJ ☐
Kan beslutet utesluta någon från samhället?	JA ☐	NEJ ☒
Har man beaktat FN:s konvention angående rättigheter för personer med funktionsvariation när beslutet togs?	JA ☒	NEJ ☐
Om NEJ – varför inte?		

Begreppsförklaring

Barnkonventionen/barnperspektivet

Barnkonventionen tar upp barnets situation ur många synvinklar och skall naturligtvis främja helhetssynen på barnen. Enligt FN är alla under 18 år barn.

Barnens bästa i främsta rummet

- Beaktas barnets rättigheter, främst rätten till trygghet och rätten till liv och utveckling i beslutsfattandet?
- Har en sammanvägning av olika intressen gjorts?

FN:s barnkommitté har uttalat principen om att barnets bästa alltid ska beaktas och väga mycket tungt. Det kan dock finnas situationer då andra intressen kan väga tyngre, till exempel samhällsekonomiska eller säkerhetspolitiska. Principen om barnets bästa ska ges absolut prioritet när det gäller adoption och rätt till skydd mot missförhållanden och övergrepp. Till prioriterade rättigheter hör utveckling/utbildning.

Landsbygdsperspektivet

Kan de som bor och verkar på landsbygden bli diskriminerade eller åsidosatta?

Horisontella principer

Diskriminering sker när någon missgynnas eller kränks och missgynnandet eller kränkningen har samband med någon av de sju diskrimineringsgrunderna (kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning, ålder). Detta gäller även barn till personer med något av ovanstående diskrimineringsgrund.

Funktionshinderspolitiken innebär att alla människor, oavsett funktionsförmåga, ska ha samma möjligheter att vara delaktiga i samhället och ta del av mänskliga rättigheter.

Det nationella målet för funktionshinderspolitiken är att, med FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning som utgångspunkt, uppnå jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet för personer med funktionsnedsättning i ett samhälle med mångfald som grund. Målet ska bidra till ökad jämställdhet och till att barnrättsperspektivet ska beaktas.