

## **Sammanträde med Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott**

Tid: 2022-11-22, kl. 14:00

Plats: Röda rummet

---

Eva-Lotta Pamp (M),  
Ordförande

Maria Svensson,  
Sekreterare

### **Ärendelista**

1. Upprop och val av justerare
2. Information och överläggningar
  - A/ Individärende 1
  - B/ Individärende 2
  - C/ Individärende 3
  - D/ Redovisning av genomförd systematisk kvalitetsgranskning
  - E/ Ersättning för personlig assistans 2023
  - F/ Indexuppräknings färdtjänsttaxa
  - G/ Ersättning hemtjänst 2023
  - H/ Vård- och omsorgsnämndens taxor och avgifter 2023
  - I/ Månadsuppföljning per oktober 2022
  - J/ Sammanträdesdagar vård- och omsorgsnämnden 2023
  - K/ Förvaltningschefens information
3. Borttagen på grund av sekretess, 2022.003 VON
4. Borttagen på grund av sekretess, 2022.003 VON
5. Borttagen på grund av sekretess, 2022.003 VON
6. Redovisning av genomförd systematisk kvalitetsgranskning, 2022.274 VON
7. Ersättning för personlig assistans 2023, 2022.283 VON

8. Indexuppräkning färdtjänsttaxa, 2022.280 VON
9. Ersättning hemtjänst 2023, 2022.279 VON
10. Vård- och omsorgsnämndens taxor och avgifter 2023, 2022.271 VON
11. Månadsuppföljning per oktober 2022, 2022.092 VON
12. Sammanträdesdagar vård- och omsorgsnämnden 2023, 2022.282 VON

# Redovisning av genomförd systematisk kvalitetsgranskning

6

2022.274 VON

Datum: 2022-11-0714  
Handläggare: Kerstin Frost  
Direktnr:  
Diariernr: 2022.274 VON

Vård- och omsorgsnämnden

## Redovisning av genomförd systematisk kvalitetsgranskning

### Ärendebeskrivning

Enligt SOSFS 2011:9 ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, ansvarar vårdgivaren för att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete för verksamheten. Ledningssystemet är ett stöd för att systematiskt och löpande utveckla, följa upp samt säkra kvaliteten i verksamheten.

Vård- och omsorgsförvaltningen fick i uppdrag 2021-12-17, § 80 2021.218 VON att genomföra systematisk kvalitetsgranskning inom vård- och omsorgsförvaltningen.

Granskningen har gjorts utifrån de av nämnden antagna kvalitetskraven där utförarens dokumentation kontrolleras mot gällande lagkrav, författningar och allmänna råd. Enligt kvalitetskraven ska det vidare tydligt framgå av den enskildes dokumentation vilken effekt som uppnåtts i arbetet mot uppsatta mål, att rutinerna för dokumentation ska vara kända och följas av personalen samt att all dokumentation sker på svenska

### Förvaltningens yttrande

Granskning genomfördes under våren 2022 och haft fokus på kvalitet inom området dokumentation.

För att uppfylla kraven är verksamheten skyldig att granska dokumentationen årligen. En generell journalgranskning kan vid behov genomföras genom stickprov för att säkerställa kvalitén på dokumentationen och påvisa förbättringsområden. SAS ansvarar för att granska den sociala dokumentationen och MAS den medicinska.

Kollegial dokumentationsgranskning infördes under 2022 och kommer ingå som en del av det årliga systematiska kvalitetsarbetet. Den kollegiala dokumentationsgranskningen ska fungera som en egenkontroll i verksamheterna. Syftet är att verksamheterna med systematik ska identifiera förbättringsområden och utveckla kvaliteten i dokumentationen utifrån respektive profession. Med en kontinuitet i dokumentationsgranskningen skapas en lärandeprocess och goda exempel kan spridas i verksamheterna.

I bifogad rapport redovisas resultatet för respektive avdelning och avdelningarnas egna förslag till handlingsplaner. Vidare redovisas en förvaltningsövergripande sammanställning av resultatet, som ger en indikation om vilka områden som förvaltningen behöver bibehålla och utveckla vad gäller dokumentation. Sammanställningen kan även användas för att förbereda organisationen inför implementering av IBIC och nytt verksamhetssystem.

De förslag på prioriterade åtgärder som lyfts fram i rapporten är att säkerställa

- introduktionen gällande dokumentation för samtliga personalkategorier,
- regelbunden fortbildning och kompetensutveckling i dokumentation samt
- utveckla samverkan mellan verksamheter.

## **Ekonomisk bedömning**

Ärendet medför inga ekonomiska konsekvenser.

## **Förslag till beslut**

Förslag till beslut i vård- och omsorgsnämnden

1. Vård- och omsorgsförvaltningens systematiska kvalitetsgranskning för 2022 godkänns
2. Vård och omsorgsförvaltningen kommer i kvalitetsberättelsen och patientsäkerhetsberättelsen för 2022 att lyfta ut de områden som särskilt behöver granskas under 2023 för beslut i vård- och omsorgsnämnden
3. Vård- och omsorgsförvaltningen får i uppdrag att fortsatt utveckla och säkerställa kvalitén på dokumentationen och redovisa resultatet i kvalitetsberättelsen och patientsäkerhetsberättelsen från 2023

## **Bilagor**

Rapport Dokumentationsgranskning – systematisk kvalitetsgranskning

Anita Hedström

Förvaltningschef

Kerstin Frost

Socialt ansvarig samordnare

Annika Fallqvist

Medicinsk ansvarig sjuksköterska

# Rapport

## Dokumentationsgranskning – systematisk kvalitetsgranskning

---

Typ av styrdokument: Rapport  
Beslutande instans: Vård och omsorgsnämnden  
Datum för beslut: XXXX-XX-XX  
Diarier nummer:

Dokumentansvarig: MAS och SAS

# Innehåll

<b>Redovisning av dokumentationsgranskning.....</b>	<b>1</b>
<b>1. Sammanfattning.....</b>	<b>1</b>
<b>2. Inledning.....</b>	<b>2</b>
<b>3. Syfte.....</b>	<b>2</b>
<b>4. Genomförande.....</b>	<b>3</b>
<b>5. Resultat av dokumentationsgranskning.....</b>	<b>4</b>
5.1. Hemtjänst.....	4
5.1.1 Områden som fungerar bra.....	4
5.1.2 Områden som behöver förbättras.....	5
5.1.3 Avdelningens förslag till handlingsplaner.....	5
5.1.4 MAS/SAS resultat av granskningen.....	5
5.1.5 Sammanfattning av området på avdelningsnivå.....	6
5.2. Särskilt boende.....	7
5.2.1 Områden som fungerar bra.....	7
5.2.2 Områden som behöver förbättras.....	7
5.2.3 Avdelningens förslag till handlingsplaner.....	7
5.2.4 MAS/SAS resultat av granskningen.....	8
5.2.5 Sammanfattning av området på avdelningsnivå.....	9
5.3. Korttid/växelvård.....	9
5.3.1 Områden som fungerar bra.....	9
5.3.2 Områden som behöver förbättras.....	9
5.3.3 Avdelningens förslag till handlingsplaner.....	9
5.3.4 MAS/SAS resultat av granskningen.....	9
5.3.5 Sammanfattning av området på avdelningsnivå.....	10
5.4. Boende och arbete, LSS.....	11
5.4.1 Områden som fungerar bra.....	11
5.4.2 Områden som behöver förbättras.....	11
5.4.3 Avdelningens förslag till handlingsplaner.....	11
5.4.4 MAS/SAS resultat av granskningen.....	11

5.4.5	Sammanfattning av området på avdelningsnivå.....	12
5.5.	Personlig assistans, LSS.....	13
5.5.1	Områden som fungerar bra.....	13
5.5.2	Områden som behöver förbättras.....	13
5.5.3	Avdelningens förslag till handlingsplaner.....	13
5.5.4	MAS/SAS resultat av granskningen.....	13
5.5.5	Sammanfattning av området på avdelningsnivå.....	14
5.6.	Hemsjukvård.....	15
5.6.1	Områden som fungerar bra.....	15
5.6.2	Områden som behöver förbättras.....	15
5.6.3	Avdelningens förslag till handlingsplaner.....	16
5.6.4	MAS/SAS resultat av granskningen.....	16
5.6.5	Sammanfattning av området på avdelningsnivå.....	16
5.7.	Myndighet.....	17
5.7.1	Områden som fungerar bra.....	17
5.7.2	Områden som behöver förbättras.....	17
5.7.3	Avdelningens förslag till handlingsplaner.....	17
5.7.4	MAS/SAS resultat av granskningen.....	18
5.7.5	Sammanfattning av området på avdelningsnivå.....	18
<b>6.</b>	<b>Förvaltningsövergripande analys och MAS/SAS egna reflektioner.....</b>	<b>19</b>
<b>7.</b>	<b>Fortsatt plan.....</b>	<b>20</b>
<b>8.</b>	<b>Förslag på prioriterade åtgärder framöver.....</b>	<b>20</b>



# Redovisning av dokumentationsgranskning

## 1. Sammanfattning

Enligt SOSFS 2011:9 ansvarar vårdgivaren för att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete för verksamheten. Ledningssystemet är ett stöd för att systematiskt och löpande utveckla, följa upp samt säkra kvaliteten i verksamheten.

Under 2022 har kvalitetsgranskningen haft fokus på kvalitet inom området *Dokumentation*. Enligt de av vård- och omsorgsnämnden antagna kvalitetskraven är det utförarens ansvar att all dokumentation sker i enlighet med gällande lagkrav, författningar samt allmänna råd. Av den enskildes dokumentation ska det tydligt framgå vilken effekt som uppnåtts i arbetet mot de uppsatta målen. Det ska finnas rutiner för dokumentationen som ska vara kända och följas av personalen. Den som tagit emot en delegering från legitimerad personal tillhör hälso- och sjukvårdspersonal och ansvarar för att signera utförd insats.

Syftet med att dokumentera och föra journaler är i första hand att bidra till en god och säker vård och omsorg för den enskilde. För att socialtjänsten och hälso- och sjukvården ska kunna förbättras och utvecklas och för att det ska gå att systematiskt undersöka om arbetet bedrivs på föreskrivet sätt är det en grundläggande förutsättning att verksamheten dokumenterar på ett tillfredställande sätt.

Kollegial dokumentationsgranskning syftar till att systematiskt samla deltagarnas resonemang och diskussion om journalföring, för att därefter identifiera förbättringsområden och utveckla kvaliteten i dokumentationen utifrån respektive profession. Genom granskningen kan även ansvarig chef få stöd i vilka delar av dokumentationen som kan förändras/förbättras. Varje avdelning, både egna regin samt privata verksamheter, har fått instruktioner samt stödmaterial för att utföra kollegial dokumentationsgranskning.

Den generella journalgranskningen kan synliggöra såväl kvalitet som förbättringsområden på ett övergripande plan. MAS/SAS har därför strukturerat granskat ett urval journaler och då granskat en individs hela dokumentation från myndighetsbeslutet till verkställighet samt hälso- och sjukvårdsjournal.

Resultatet presenteras avdelningsvis ihop med MAS/SAS granskning och analys samt en förvaltningsövergripande analys.

Ett antal förbättringsområden har identifierats på avdelningsnivå och handlingsplaner har tagits fram. Även på förvaltningsövergripande nivå har generella områden identifierats som verksamheten behöver arbeta vidare med i syfte att höja kvaliteten i dokumentation.

Egenkontrollen av dokumentationen kommer framöver att ingå som en del av det årliga systematiska kvalitetsarbetet, med målsättning att öka kvalitén och kunskapen.

Förslag på prioriterade åtgärder inför införandet av nytt verksamhetssystem är en översyn av introduktionen, fortbildning och kompetensutveckling i dokumentation. Verksamheterna behöver ta fram rutiner för samverkan så att dokumentationen utvecklas och blir ändamålsenlig i syfte att höja kvaliteten i vården och omsorgen om den enskilde.

## 2. Inledning

Informationshantering och journalföring inom hälso- och sjukvården regleras i Patientdatalagen (SFS 2008:355), Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2016:40 om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården, samt Patientlagen (SFS 2014:821). Syftet med att föra en patientjournal är i första hand att bidra till en god och säker vård av patienten.

Inom Socialtjänstens område är det i huvudsak tre lagar som reglerar kraven på dokumentation och myndighetsutövning; förvaltningslagen (2017:900), socialtjänstlagen (2001:453) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS (1993:387), med tillhörande föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5).

Dokumentationsskyldigheten gäller alla kommunala verksamheter och ska föras i nära anslutning till händelsen eller när informationen blir känd samt vara skriven på ett lättbegripligt språk så att de som berörs utan hinder kan ta del av innehållet. Den nationella värdegrunden ska genomsyra den sociala dokumentationen och samtalet används som metod för att komma fram till vad som är viktigt i den hjälp och det stöd som ges för att den enskilde ska uppleva ett värdigt liv och välbefinnande.

För att uppfylla kraven är verksamheten skyldig att granska dokumentationen årligen. En generell dokumentationsgranskning kan påvisa såväl kvalitet som förbättringsområden överlag. Genom kollegial journalgranskning finns möjligheten att systematiskt samla resonemang och diskussion om journalföring, för att därefter hitta förbättringsområden och utveckla kvaliteten i dokumentationen utifrån respektive profession. Den kollegiala dokumentationsgranskningen syftar också till att medarbetare genom diskussion och reflektion, ska få återkoppling på kvalitén i sin egen dokumentation. Genom granskningen ska medarbetaren även få konstruktivt stöd i vilka delar av dokumentationen som kan förändras/förbättras.

## 3. Syfte

Syftet är att höja kvaliteten i dokumentationen genom att:

- Identifiera förbättringsområden och genomföra åtgärder i verksamheten
- Få en lärandeprocess genom den kollegiala granskningen
- Identifiera goda exempel och sprida dem i verksamheten

## 4. Genomförande

Dokumentationsgranskningen genomfördes inom samtliga avdelningar av vård- och omsorgsförvaltningen. Granskningen genomfördes under våren 2022.

Målsättningen var att minst tio procent av alla journaler skulle granskas. Då antalet brukare är ojämnt fördelat beroende av verksamhet, så granskade vissa enheter något färre och andra verksamheter fler.

Urvalet gjordes slumpvis och i varje ärende som granskades tittade man på aktuell dokumentation utifrån ett antal frågeställningar i en granskningsmall. Varje fråga i granskningsmallen poängsattes utifrån följande skala;

0 poäng: dokumentation saknas helt

1 poäng: dokumentation finns men är ofullständig

2 poäng: godkänd dokumentation finns

Granskningen har utförts av olika personer/funktioner i förvaltningen, vilka utsetts som granskningsansvariga, exempelvis dokumentationsombud, stödpedagoger och metodutvecklare. Genomförandet har skett på det sätt som varit lämpligt utifrån respektive verksamhet, utifrån instruktioner samt stödmaterial för att utföra kollegial dokumentationsgranskning.

Granskningsansvarig ansvarade för att sammanställa resultatet och överlämna till ansvarig enhetschef. Enhetschef ansvarade därefter för att gå igenom sammanställningen, analysera och utifrån resultatet från sina enheter ta fram prioriterade förbättringsområden samt goda exempel. Denna sammanställning skickades till ansvarig avdelningschef.

Avdelningschef/verksamhetschef har sedan sammanställt avdelningens/verksamhetens resultat och beskrivit minst tre prioriterade förbättringsområden samt ett antal områden som fungerar bra och kan användas som goda exempel. Därtill har avdelningschef/verksamhetschef gjort en samlad analys av dokumentationsgranskningen inom sin avdelning och upprättat en handlingsplan som innehåller förbättringsåtgärder för aktuella områden. Denna handlingsplan har skickats till SAS och MAS.

SAS och MAS har i denna rapport sammanställt resultatet från dokumentationsgranskningen avdelningsvis, samt gjort en övergripande förvaltningsanalys som inkluderar förslag till övergripande förbättringsåtgärder gällande dokumentation för förvaltningen. Resultatet kommer även att analyseras i den årliga kvalitetsberättelsen samt patientsäkerhetsberättelsen.

## 5. Resultat av dokumentationsgranskning

I detta avsnitt presenteras resultaten av den kollegiala dokumentationsgranskningen avdelningsvis. Det synliggörs vilka områden som fungerar bra, samt vilka områden som behöver förbättras/utvecklas. Avdelningens egna förslag till handlingsplaner beskrivs. Vidare redogörs för resultatet utifrån MAS och SAS del av dokumentationsgranskningen. En sammanfattning av resultatet görs även på avdelningsnivå.

### 5.1. Hemtjänst

#### 5.1.1 Områden som fungerar bra

Avdelning – Hemtrevnad	Följande områden fungerar bra
Hemtjänst – privat	Ingen redovisning från enheten.

Avdelning - Bräcke	Följande områden fungerar bra
Hemtjänst - privat	Dokumentation Genomförandeplan fungerar till största delen bra.
Hemtjänst - privat	Dokumentation gällande Huvudbilden fungerar bra.

Avdelning - Ruths	Följande områden fungerar bra
Hemtjänst - privat	Genomförandeplanerna är upprättade de senaste sex månaderna.
Hemtjänst - privat	Den sociala dokumentationen har genomgående skrivits med respekt för den enskilde.
Hemtjänst - privat	Den sociala dokumentationen är saklig, bygger på ett korrekt underlag och det framgår vem som har lämnat uppgifterna och när.
Hemtjänst - privat	Det framgår i genomförandeplanen vilka HSL insatser som ska genomföras utifrån aktuell beställning.
Hemtjänst - privat	Genomförandeplanen ger tillräcklig information för att säkra kontinuiteten i utförandet

Avdelning	Följande områden fungerar bra
Hemtjänst – egen regi	Samtliga brukare har en genomförandeplan.
Hemtjänst – egen regi	Respektfull dokumentation.
Hemtjänst – egen regi	Tydlig dokumentation.
Hemtjänst – egen regi	Delaktighet från brukaren i genomförandeplanen.
Hemtjänst – egen regi	God information om beslutade insatser.

### 5.1.2 Områden som behöver förbättras

Avdelning - Hemtrevnad	Följande områden behöver förbättras
Hemtjänst - privat	Att genomförandeplanen ska tala om hur man skapar meningsfullhet för den enskilde.
Hemtjänst - privat	Att genomförandeplanen skall tala om hur man skapar trygghet för den enskilde.
Hemtjänst - privat	Att det framgår i de sociala anteckningarna hur situationen har förändrats över tid i förhållande till genomförandeplanen och anledningen till förändringen framgår.

Avdelning - Bräcke	Följande områden behöver förbättras
Hemtjänst - privat	Att det framgår i genomförandeplanen när och hur den ska följas upp.
Hemtjänst - privat	Att det framgår hur den enskilde varit delaktig i upprättandet av genomförandeplan.

Avdelning - Ruths	Följande områden behöver förbättras
Hemtjänst - privat	Att i genomförandeplanen införa mer detaljerad dokumentation gällande risker för våra kunder; Fallrisk, Undernäring, Munhälsa och Trycksår.
Hemtjänst - privat	Bristar i hur den enskildas situation har förändrats i relation till genomförandeplanen
Hemtjänst - privat	Beställningen behöver vara aktuell och innehålla relevant information.

Avdelning – egen regi	Följande områden behöver förbättras
Hemtjänst – egen regi	Bättre information på huvudbilden (närstående, personal).
Hemtjänst – egen regi	Formulera mål och resurser hos brukaren.
Hemtjänst – egen regi	Genomförandeplan revidering och GF-plan upprättad inom 14 dagar.

### 5.1.3 Avdelningens förslag till handlingsplaner

I handlingsplan för privata utförare beskrivs aktiviteter kopplade till olika mål. Exempelvis har en utförare som mål att beskriva hur meningsfullhet och trygghet ska framgå i den enskildes genomförandeplan och då lyfts aktiviteter som dialog på APT om begreppen samt använda dokumentationsansvariga medarbetare för kunskapsspridning. Dokumentationsansvariga ombud lyfts som en viktig del när det gäller att stötta medarbetare i vikten av att förstå samt utföra en god dokumentation. En utförare har i handlingsplanen beskrivit att de behöver arbeta mer strukturerat kring hur den enskildes delaktighet dokumenteras i framtagandet av genomförandeplan. Egen regi lyfter i sin handlingsplan fram aktiviteter för att tydliggöra brukarens mål samt aktualisera huvudbilden med kontaktuppgifter.

### 5.1.4 MAS/SAS resultat av granskningen

MAS/SAS har totalt granskat 25 slumpmässigt utvalda journaler från hemtjänst inom både egen regi samt privat regi.

Huvudbilden var till största delen komplett med kontaktuppgifter till anhöriga. Under personalfliken saknades ibland uppgifter till vissa personalkategorier eller så kunde de vara inaktuella. Särskilt saknas till stor del kontaktuppgift till biståndshandläggare. Fliken för ”Upplysningar” används inte strukturerat, t ex var tandvårdskort sällan dokumenterat.

I utredningarna var det ofta svårt att se vad som var information hämtat från tidigare utredning, då exempelvis funktionsstatus kunde förändrats betydligt, eller att individen blivit inskriven i hemsjukvården. Relevant information var inte alltid väl beskriven för att kunna följas upp på ett adekvat sätt. Individens livssituation bedöms vara väl beskriven även om målen med bedömda insatser kunde skilja sig från utredning till genomförandeplan.

Genomförandeplanerna är väl dokumenterade och aktualiserade till stor del, men hur den enskilde varit delaktig i upprättandet är inte alltid tydligt beskrivet. Hälso- och sjukvårdsinsatser är sporadiskt beskrivna och dokumentation om dem saknas helt ibland. Vid genomgång av journaler har MAS/SAS också uppmärksammat att vid revidering av t ex genomförandeplaner avslutas inte alltid de inaktuella planerna, vilket kan leda till svårigheter att ta till sig den senaste informationen runt den enskilde.

I HSL-journalen saknades i vissa journaler information av vikt, som fanns dokumenterat i SoL-journalen, exempelvis när det gäller en medicinsk tillfällig försämring som personalen dokumenterat. Omvårdnadsplanerna är ofta väl dokumenterade, men vid granskning hittades också ett antal som inte var avslutade samt att utvärdering/uppföljning saknades vid t.ex. sår. Beställningar från sjuksköterskor var aktuella och väl beskrivna. Dokumenterade riskbedömningar saknades i 19 av de granskade journalerna och endast i 2 st fanns det åtgärder kopplade till riskbedömningarna.

I HSL-journalen för rehab fanns endast någon enstaka journal som innehöll en aktuell och sammanhållen funktions- eller aktivitetsbedömning. Som uppföljning av insatta hjälpmedel hänvisas ofta att personalen får höra av sig vid behov. Beställda insatser är ofta väl beskrivna. Risker fanns beskrivna i vissa journaler men ingen beskriven riskanalys. Fall var vanligaste risken som var dokumenterad.

### **5.1.5 Sammanfattning av området på avdelningsnivå**

Dokumentationsombud lyfts fram som framgångsfaktor för att sprida kunskap om vikten av dokumentation i den enskildes journal. Verksamheterna lyfter också den enskildes delaktighet i upprättande av planering för vården och omsorgen som ett område för förbättring samt tydliggörande om brukarens mål med beslutade insatser.

I dokumentationen av den enskildes journal bör det tydligt framgå hur den enskilde gjorts delaktig i planeringen av sin vård och omsorg. Det är också viktigt att ta fram rutiner hur verksamheterna ska arbeta strukturerat med dokumenterade riskbedömningar för att kunna erbjuda åtgärder som minskar risken för skador och ohälsa.

Genomförandeplanerna är sammanfattningsvis väl dokumenterade, personcentrerade och innehåller relevant information som är av vikt för att kunna ge den enskilde en god omsorg.

## 5.2. Särskilt boende

### 5.2.1 Områden som fungerar bra

Avdelning	Följande områden fungerar bra
SÄBO – egen regi	Genomförandeplanerna är uppdaterade och relevant information finns.
SÄBO – egen regi	Genomförandeplanen skrivs med respekt.
SÄBO – egen regi	Det framgår när genomförandeplanen är upprättad på SÄBO och av vem.
SÄBO – egen regi	Händelser är skrivna samma dag som det hänt.

Avdelning - Ginstgården	Följande områden fungerar bra
SÄBO – privat	Pågående genomförandeplan är uppdaterad.
SÄBO – privat	Aktuell information om anhöriga.
SÄBO – privat	Trygghet för den enskilde kommer fram.
SÄBO – privat	Genomförandeplanen skrivs med respekt.
SÄBO – privat	Dokumentation utförs samma dag som händelsen.

### 5.2.2 Områden som behöver förbättras

Avdelning – egen regi	Följande områden behöver förbättras
SÄBO – egen regi	Riskbedömningar saknas i genomförandeplanen.
SÄBO – egen regi	Korttiden hade svårt att svara på vissa frågor i dokumentationsgranskningen. T.ex. är genomförandeplanen en löpande dokumentation under vistelsen på Korttid
SÄBO – egen regi	Uppföljningarna samt dokumentation om brukarnas delaktighet kan bli bättre.
SÄBO – egen regi	Tydliggöra vad som ska finnas under fliken Upplysning. Handlingsplan hur vi gör om brukaren inte öppnar dörren

Avdelning - Ginstgården	Följande områden behöver förbättras
SÄBO – privat	Den enskilds delaktighet är inte dokumenterad.
SÄBO – privat	Information om vem som upprättat genomförandeplanen.
SÄBO – privat	Bristande i hur genomförda riskbedömningar dokumenteras i journalsystemet.

### 5.2.3 Avdelningens förslag till handlingsplaner

I de inkomna handlingsplanerna beskriver cheferna att de ska förbättra dokumentationen i genomförandeplanerna genom att skapa tydliga mallar samt att genomföra



riskbedömningar kopplat till åtgärder ska dokumenteras tydligare i genomförandeplanen. De beskriver att det vill utveckla dokumentationen kring riskbedömningar.

Det finns även beskrivningar om att utveckla informationen om hur personalen ska agera om den enskilde inte öppnar dörren samt förbättrainsformationen under "Upplysningar" på huvudbilden.

#### **5.2.4 MAS/SAS resultat av granskningen**

MAS/SAS har granskat 25 slumpmässigt utvalda journaler från särskilda boende som drivs i egen regi samt särskilda boende i privat regi.

På huvudbilden var uppgifterna om närstående ibland lite knapphändiga. Ibland fanns det enbart ett förnamn och telefonnummer till en närstående. Fliken "Upplysningar" var oftast helt tom. Där saknades upplysningar om tandvårdskort, lägenhetsnummer, koder eller nycklar mm.

Det var svårt att utlösa de faktiska behoven i utredningen för att se om dessa blivit tillgodosedda på boendet. Granskningen visade att utredningarna kunde innehålla information som inte var aktuell; som att person bor tillsammans med en make/maka fast att det på huvudbilden står att personen är änka/änkling eller hänvisning till förhållande i bostaden som relaterade till en tidigare bostad som inte var aktuell vid utredningen.

Det saknades ofta information om aktuella och planerade insatser, viktiga aktiviteter och händelser som påverkat/påverkar den enskild samt relevant information för att utföra och följa upp insatser.

Det fanns många aktuella genomförandeplaner och den enskildes medverkan var tydligt beskriven. Genomförandeplanen var oftast fyllig och beskrivande men inkluderade sällan vård och omsorg utifrån beställningar och instruktioner från hälso- och sjukvårdsavdelningen.

De flesta omvårdnadsplaner var aktuella och innehöll bra information. Det fanns en del brister gällande uppdaterad information i den enskildes hälsoplan och beställningar kunde vara inaktuella.

Rehab beskriver oftast att det finns ett hjälpmedel och hur det ska användas samt att personalen ska höra av sig vid behov. Vid vissa tillfällen fanns det hjälpmedel beskrivna i genomförandeplanen men ingen aktuell dokumentation från rehab om hur dessa ska användas. Detta beror antagligen på att hjälpmedlet förskrivits innan personen kommit till boendet och att rehab inte gjort någon ny funktions eller aktivitetsbedömning sedan personen beviljats ett boende. Ingen av de utvalda journalerna innehöll en aktuell funktions- eller aktivitetsbedömning. Rehabs beställda insatser innehåller sällan något mål och därmed inte heller någon tidpunkt för uppföljning av den utförda insatsen. Det fanns ingen dokumenterad riskanalys i samband med förskrivning av hjälpmedel.

I en tredjedel av de granskade journalerna (8 av 25) fanns det någon dokumenterad riskbedömning medans 18 av 25 journaler innehåller beskrivningar av fall och i flertalet journaler fanns det dokumentation som pekade mot problem med undernäring. I tre av de totalt 25 granskade journalerna fanns det åtgärder beskrivna utifrån en riskbedömning.



### **5.2.5 Sammanfattning av området på avdelningsnivå**

Myndighet kan förbättra sina utredningar genom att ta bort inaktuell information samt tydligt beskriva de behov som finns och som ligger till grund för ett beslut om särskilt boende. Det är viktigt att dessa behov kan omvandlas till tydliga mål för den enskilde, så att man kan säkerställa att den enskildes situation förbättras, när personen flyttar till ett särskilt boende.

Den legitimerade personalen och då främst arbetsterapeut och fysioterapeut behöver bli informerade när en person flyttar till ett boende så att en funktions- eller aktivitetsbedömning kan genomföras. Behovet av hjälpmedel i boendet bör utvärderas och uppdateras med tydliga beskrivningar till personalen. Sjuksköterskor bör se över aktuella omvårdnadsplaner samt hälsoplan så att alla uppgifter är aktuella.

Genomförandeplanerna beskriver väl den enskildes önskan men hälso- och sjukvårdsperspektivet behöver bli tydligare för att vården och omsorgen ska ses som en helhet kring brukaren.

Det uppmärksammades en del brister när det gäller riskbedömningar och speciellt när det gäller dokumentationen kring vilka åtgärder som man kommit överens med brukaren om att genomföra för att minska riskerna för fall, trycksår, undernäring samt ohälsa i munnen.

## **5.3. Korttid/växelvård**

Granskning av korttid/växelvård har genomförts, men redovisning av resultat har ej gjorts separat, utan detta redovisas istället tillsammans med granskningen av särskilt boende.

### **5.3.1 Områden som fungerar bra**

Finns ingen separat redovisning för enheten.

### **5.3.2 Områden som behöver förbättras**

Finns ingen separat redovisning för enheten.

### **5.3.3 Avdelningens förslag till handlingsplaner**

Handlingsplan gällande avdelning korttid/växelvård är inkluderad i den handlingsplanen som avdelningschef upprättat för särskilt boende, se avsnitt 4.2.3.

### **5.3.4 MAS/SAS resultat av granskningen**

MAS/SAS har totalt granskat 15 slumpmässigt utvalda journaler inom insatsen korttid/växelvård.

Huvudbilden var i samtliga granskade journaler väl uppdaterad, både vad gäller närstående och personal. I de journaler där det fanns behov av information under fliken upplysningar, så var informationen relevant och aktuell.

I samtliga ärenden fanns aktuella och uppdaterade beslut. I 2 av 15 granskade journaler saknades bevakningsdatum för uppföljning av beslut. Samtliga beslut om korttid stämmer överens med det som framkommer i utredningen.

Det fanns upprättade och aktuella genomförandeplaner i samtliga journaler och de uppsatta målen i genomförandeplanen stämde väl överens med mål satta utifrån beslutet.

Genomförandeplanen innehöll även aktuella beställningar och information från HSL i de flesta fall. Genomförandeplanen är under vistelsen på korttid ett levande dokument som uppdateras utifrån hur individen återhämtar sig. Beslut och genomförandeplaner som gällde flexibel växelvård var inte lika detaljerade.

SoL-dokumentationens innehåll och omfattning är till stor del beroende av mål och syfte med korttidsvistelsen. Inför uppföljnings- och planeringsmöten görs en skriftlig utvärdering från rehab och sjuksköterska.

HSL-journalen innehöll relevanta och uppdaterade hälsoplaner, främst gällande insatser kring korttid. Omvårdnadsplaner och beställningar var aktuella.

I ca hälften av de granskade journalerna gällande korttid fanns en aktuell funktions- och aktivitetsbedömning, samt aktuell information om hjälpmedel från rehab. Det saknas dock beställningar kring rehabinsatser i de flesta fall samt beskrivning av hur och när målet med insatserna/hjälpmedlen ska utvärderas.

Riskbedömningar gällande fall saknas i de flesta fall och det förekommer inga aktuella vårdplaner där fallrisk förekommer. Gällande riskbedömningar kring undernäring återfinns dessa i ett flertal journaler, dock saknas en aktuell vårdplan kopplat till denna risk. Gällande riskbedömningar kring trycksår och munhälsa saknas riskbedömningar i samtliga granskade journaler.

### **5.3.5 Sammanfattning av området på avdelningsnivå**

Genomförandeplanerna är ett levande dokument som innehåller tillräcklig, relevant och aktuell information.

Dokumentationen från rehab gällande a) funktions- och aktivitetsbedömning, b) aktuell information om hjälpmedel och c) beställningar kring rehabinsatser behöver utvecklas och förtydligas.

Riskbedömningar behöver upprättas och förtydligas när man uppmärksammar behov av detta gällande fall, undernäring, trycksår och munhälsa. Detta är även något som avdelningen själva framfört som förbättringsområde, se avsnitt 4.2.2.

## 5.4. Boende och arbete, LSS

Resultat som redovisas i detta avsnitt gäller för hela avdelningen Boende och arbete, alltså både för insatsen bostad med särskild service (fortsättningsvis BmSS) och daglig verksamhet (fortsättningsvis DV). De har även en gemensam handlingsplan. I beskrivningen av MAS/SAS resultat av granskningen görs dock en uppdelning.

### 5.4.1 Områden som fungerar bra

Avdelning – BoA	Följande områden fungerar bra
BoA	Det finns fungerande genomförandeplaner i verksamheten
BoA	Välformulerad dokumentation, respektfull och korrekt och tar hänsyn till den enskildes integritet
BoA	De individuella målen framgår av genomförandeplanen

### 5.4.2 Områden som behöver förbättras

Avdelning - BoA	Följande områden behöver förbättras
BoA	Relevant information på huvudbilden och fliken upplysningar behöver uppdateras
BoA	Beskriva brukarens egna resurser i genomförandeplanen
BoA	Framgår inte av beställningen av beslut någon arbetsplan för utförarnas planering av insatsen.

### 5.4.3 Avdelningens förslag till handlingsplaner

Avdelningen för Boende och arbete (BoA) har tagit fram en handlingsplan där målsättningen är att förbättra dokumentationen genom att forma utvecklingsområden utifrån de områden man sett som behöver förbättras. Det handlar bland annat om att se till att huvudbilden och fliken upplysningar innehåller aktuell och relevant information.

Avdelningen önskar även ett bättre samarbete och dialog med myndighetsavdelningen för att beställningarna av insatsen ska bli tydligare. Förhoppningen är att detta blir mer tydligt i samband med att nytt verksamhetssystem införs och att arbetssättet IBIC blir fullt implementerat.

I övrigt avser man att fokus läggs på att arbeta med respektive enheters resultat framöver.

### 5.4.4 MAS/SAS resultat av granskningen

MAS/SAS har totalt granskat 25 slumpmässigt utvalda journaler inom insatsen BmSS samt 5 journaler med beslut om daglig verksamhet.

Utifrån huvudbilden kan man se att arbetet kring att uppdatera denna med relevant och aktuell information har påbörjats. Information kring närstående och personal är aktuella. Fliken upplysningar innehåller oftast få eller inga uppgifter, men man behöver där också göra en bedömning kring vilken information som är relevant utifrån respektive individ och boendeform.

I 4 av 25 granskade journaler så saknas det ett aktuellt och uppdaterat beslut, i ytterligare några journaler var besluten ej tillräckligt tydliga och det var svårt att utläsa de faktiska behoven i utredningen. Detta kan delvis förklaras av att dokumentationen flyttades från socialförvaltningens till vård- och omsorgsförvaltningens verksamhetssystem i december 2019. En annan orsak till bristfällig information är åldern på besluten, vilket innebär att aktuella behov eller mål med insatsen inte finns beskrivna i utredningen.

Bevakningsdatum för uppföljning av beslutet saknades ofta. För beslut av daglig verksamhet fanns det i 3 av 5 granskade journaler.

Aktuella genomförandeplaner återfanns i samtliga av de 25+5 granskade journalerna. De är tydliga och innehåller relevant information, samt beskriver de insatser som den enskilde har behov av stöd kring. Informationen i genomförandeplanen är dock ej beskriven utifrån beslutet/beställningen och oftast saknas det information om aktuella beställningar från HSL.

I LSS-dokumentationen finns i de flesta fall tillräcklig information om aktuella och planerade insatser, viktiga aktiviteter och händelser som påverkat/påverkar den enskilde. Det finns även relevant information för att utföra och följa upp insatser, bland annat i form av bemötandestrategier och återkommande uppföljningar.

I de fall där den enskilde har HSL-insatser så finns en relevant och uppdaterad hälsoplan. Även omvårdnadsplaner och beställningar var aktuella och innehöll tydlig information. Omvårdnadsplaner var uppdaterade och de som var inaktuella var avslutade.

3 av 25 granskade journaler innehöll aktuella funktions- och aktivitetsbedömningar från rehab, varav två av dem ej var fullständiga. Det saknas även beställningar av rehabinsatser i journalen och ingen av journalerna innehöll någon riskanalys från rehab. Det låga antalet här kan bero på att insatser från rehab inte alltid är aktuellt inom BmSS. Vid vissa tillfällen fanns det hjälpmedel beskrivna i genomförandeplanen men ingen aktuell dokumentation från rehab om hur dessa ska användas.

När det gäller riskbedömningar kring fall så saknades detta i samtliga granskade journaler. Detsamma gäller riskbedömningar kring trycksår och munhälsa. I 5 av 25 journaler förekommer det riskbedömningar kring nutrition (ej specificerat undernäring) i HSL-journalen. Riskbedömningar var endast gjorda i enstaka journaler med beslut om daglig verksamhet, då främst när det fanns beslut om vistelse på Eternellen, en dagverksamhet för personer med demensdiagnos (SoL beslut).

#### **5.4.5 Sammanfattning av området på avdelningsnivå**

Arbetet med att uppdatera huvudbilden med aktuell och relevant information har påbörjats.

Det finns aktuella genomförandeplaner i samtliga journaler, som innehåller relevant information och tydligt beskriver den enskildes stödbehov. Dokumentationen är välformulerad, respektfull och innehåller i de flesta fall tillräcklig information för att utföra och följa upp insatser.

Det finns relativt stora brister gällande dokumentationen kring riskbedömningar samt funktions- och aktivitetsbedömningar, vilket behöver förbättras i de fall detta är aktuellt. Information om föreliggande risker gällande fall, trycksår, munhälsa och nutrition, samt aktuella bedömningar/insatser/beställningar från rehab och/eller HSL behöver utvecklas, samt tydliggöras i den enskildes genomförandeplan.

## 5.5. Personlig assistans, LSS

### 5.5.1 Områden som fungerar bra

Avdelning	Följande områden fungerar bra
LSS PA	Samtliga områden har höga poäng där 26 områden av 36 ligger mellan 1,80 - 2,00
LSS PA	Speciellt väl är området "Genomförandeplaner" där samtliga utom ett har 2.00 i poäng.
LSS PA	En förklaring till resultatet är att avdelningen sedan länge har haft metodutvecklare som har arbetat med att säkerställa dokumentationen.

### 5.5.2 Områden som behöver förbättras

Avdelning	Följande områden behöver förbättras
LSS PA	Språkbruket behöver göras enklare så att den enskilde kan ta del av innehållet.
LSS PA	Tillse att genomförandeplaner uppdateras minst var sjätte månad.
LSS PA	Samtliga riskbedömningar får låga poäng det kan dock bero på att risken inte har identifierats.

### 5.5.3 Avdelningens förslag till handlingsplaner

Inom LSS personlig assistans kommer verksamheten att börja arbeta strukturerat med riskbedömningar så att det blir tydligt om någon risk har identifierats. Avdelningen kommer även att påbörja ett förbättringsarbete kring språkbruket för att förenkla språket i dokumentationen.

### 5.5.4 MAS/SAS resultat av granskningen

MAS/SAS valde ut nio ärenden (av totalt 50 ärenden) som skulle granskas. Av dessa hade tre stycken privat assistans och en var avliden. Utav de som hade privat assistans fanns det dokumentation från daglig verksamhet eller korttid, som granskades.

Uppgifterna på huvudbilden var vanligtvis väl ifyllda och uppdaterade.

Inom LSS arbetar man med såväl bemötandestrategier som genomförandeplaner.

Majoriteten av de granskade genomförandeplanerna var fullständiga. Någon enstaka var inte komplett, några brukare hade flera aktiva planer eftersom de gamla planerna inte var avslutade. I en brukares journal hade rubriken "Genomförandeplan" använts för annan dokumentation än den avsedda. I drygt hälften av genomförandeplanerna fanns hälso- och sjukvårdsinsatser inkluderat i genomförandeplanen.

Det är få av brukarna som har varit delaktig i upprättandet av genomförandeplanen. Många av brukarna har hinder i form av svårigheter att uttrycka sig eller formulera ord men det fanns brukare som hade förmåga att vara delaktiga, som inte hade varit aktiva vid upprättandet av planerna.

Bemötandestrategier var på det stora hela bra skrivna men hos enstaka brukare var strategin skriven utifrån ett personalperspektiv där personalen blev huvudpersonen och brukaren framställdes som ett objekt. Det fanns även olämplig dokumentation i någon journal.

I de löpande anteckningarna fanns det många beskrivningar kring vardagen men det fanns även journaler som saknade detta. I flera journaler saknas det tydliga anteckningar kring aktuella hälso- och sjukvårdsinsatser hos brukare som har exempelvis sår, instabil medicinering eller infektionstecken.

I sjuksköterskans dokumentation fanns det oftast uppdaterade omvårdnadsplaner och beställningar till vårdpersonal. Någon enstaka journal innehöll gamla omvårdnadsplaner samt inaktuella beställningar.

Det var väldigt få brukare där rehab hade aktiva ärende i. Det fanns en del hjälpmedel utskrivna men sällan någon aktuell utvärdering eller uppföljning.

Gällande riskbedömningar så fanns det inte någon riskbedömning dokumenterad från någon profession. I de åtta journaler som granskades hade sex av brukarna dokumenterade risker för fall, trycksår och/eller undernäring.

#### **5.5.5 Sammanfattning av området på avdelningsnivå**

Många journaler var välskrivna och tydliga. I vissa journaler står det liknande information i genomförandeplanen och i bemötandestrategin. Här kan man förtydliga vilken information som ska finnas under respektive rubrik.

Verksamheten behöver göra en översyn av aktuella genomförandeplaner och bemötandestrategier och justerar de journaler som har olika brister så att det bli tydligare hur brukaren vill att vård och omvårdnad ska utföras.

Avdelningen behöver förtydliga gällande rutiner för hur anteckningar inom LSS ska dokumenteras för att beskriva avvikelser från genomförandeplanen och viktiga händelser. Det behöver även förtydligas när och hur anteckning HSL ska föras utifrån delegerade HSL-insatser och uppdrag samt medicinska observationer/förändringar.

Det är viktigt att det riskförebyggande arbetet startas upp samt att alla professioner görs delaktiga i arbetet, för att förebygga vårdskador hos brukarna.

## 5.6. Hemsjukvård

### 5.6.1 Områden som fungerar bra

Avdelning - SSK	Följande områden fungerar bra
Hemsjukvård ssk	Det framgår hur den enskilde kommunicerar/använder hjälpmedel för kommunikation
Hemsjukvård ssk	Egenvårdsintyg
Hemsjukvård ssk	Medicinteknisk hantering
Hemsjukvård ssk	Omvårdnadsdiagnos/mål/delaktighet, bedömning/åtgärd, utvärdering/resultat
Hemsjukvård ssk	Vikt

Avdelning - Rehab	Följande områden fungerar bra
Hemsjukvård rehab	Kontaktuppgifter till närstående
Hemsjukvård rehab	Information om aktuella hjälpmedel
Hemsjukvård rehab	Uppföljning av insatser
Hemsjukvård rehab	Avsluta beställningar

### 5.6.2 Områden som behöver förbättras

Avdelning - SSK	Följande områden behöver förbättras
Hemsjukvård - ssk	Riskbedömningar (fall, undernäring, trycksår och munhälsa)
Hemsjukvård - ssk	Information om hur patienten har medverkat vid upprättandet av hälsoplanen
Hemsjukvård - ssk	Läkemedelsavstämningar

Avdelning - Rehab	Följande områden behöver förbättras
Hemsjukvård rehab	SIP och egenvårdsintyg, sällan aktuellt. Mål med insatser och bättre beskrivning av planerade insatser. Förskrivningsprocess och riskanalys. Arbetsterapeut använder färre bedömningsinstrument och färre beställningar
Hemsjukvård rehab	Huvudbild saknar personaluppgifter. Saknar nyckel till journalträdet - olika för AT/FT
Hemsjukvård rehab	SIP och egenvårdsintyg, sällan aktuellt. Mål med insatser och bättre beskrivning av planerade insatser. Förskrivningsprocess och riskanalys. Arbetsterapeut använder färre bedömningsinstrument och färre beställningar



### **5.6.3 Avdelningens förslag till handlingsplaner**

Sjuksköterskeenheten kommer att förbättra dokumentationen av den enskildes delaktighet vid upprättande av "Min hälsoplan". Det kommer även att göras en satsning på att dokumentera årlig läkemedelsgenomgång.

Rehabiliteringsenheten har satt som mål att alla patienter ska ha en rehabiliteringsplan samt att det ska finnas en beskrivning av planerade insatser samt ett tydligt mål att sträva mot.

Gemensamt för båda avdelningarna är att de ska förbättra arbetet med riskanalyser och tydligt beskriva det riskförebyggande arbetet.

### **5.6.4 MAS/SAS resultat av granskningen**

I patientens hälsoplan som återfinns i sjuksköterskans dokumentation är det svårt att utläsa hur den enskilde har medverkat. Journalen innehåller omvårdnadsplaner som tydligt beskriver de omvårdnadsbehov patienten har. Men dokumentation innehåller ganska ofta inaktuella omvårdnadsplaner som inte är avslutade. När det gäller beställningar till utförare (kopplat till tid) så behöver de vara mer följsamma till förändringarna i patientens status och därmed förändring av insats. Det finns ofta en ny beställning i journalen som är överförd till utföraren men den beställda tiden är inte alltid justerad när insatsen förändras.

Inom Rehabs dokumentation är det svårt att få en överblick hur den enskilde har varit delaktig i att planera sina insatser och sätta ett mål för rehabiliteringen. Det finns även svårigheter att utläsa vilka insatser som pågår, hur de planeras att genomföras och följas upp.

Det finns ibland tydlig dokumentation av uppföljningar av såväl träningsprogram som utprovade hjälpmedel men av de stickprov som genomförts så är det ganska vanligt att det är personalens ansvar att utvärdera och höra av sig om rehabs insats inte blev bra. MAS/SAS anser att vårdpersonal inte har tillräcklig kunskap för att ansvara för uppföljningar.

Enligt kvalitetskraven för hälso- och sjukvård ska en funktionsbedömning utföras inom två veckor efter inskrivning i hemsjukvård samt vid flytt till särskilt boende och inom två dagar vid korttidsvistelse samt uppdateras minst en gång per år. Av alla granskade journaler återfanns endast någon enstaka genomförd bedömning.

Generellt i såväl sjuksköterskornas som rehabs dokumentation så fanns det brister gällande beskrivning av riskbedömningar. I sjuksköterskans dokumentation fanns det vissa riskbedömningar som var exemplariskt dokumenterade med upprättade handlingsplaner och planerade insatser som följdes upp. Men vissa journaler innehöll bara en riskbedömning men saknade planerade insatser samt planerad uppföljning, trots påvisade risker. Ett flertal patienter som hade återkommande fall saknade helt dokumenterade riskbedömningar samt förebyggande insatser från såväl rehab som sjuksköterskor.

### **5.6.5 Sammanfattning av området på avdelningsnivå**

Alla personer som är involverade i patientens vård ska arbeta mot samma mål och gemensamt genomföra de åtgärder som beslutats. Det ska finnas en tydlig omvårdnadsplan som beskriver diagnos (problem/behov), planerade insatser samt mål med insatserna. Denna dokumentation kan förbättras gentemot vårdpersonalen, som ska utföra hälso- och sjukvårdsinsatser samt mot brukaren så att insatserna integreras i brukarens vardag.



Det är av största vikt att det förebyggande arbetet genomförs på ett strukturerat sätt. Det ska dokumenteras i journalen så att det blir tydligt vilka mål och insatser som har överenskommit med den enskilde. Det bör framgå tydligt när och hur insatserna ska följas upp. Ett visst uppföljningsansvar kan läggas på vårdpersonalen men det övergripande ansvaret för uppföljning av insatser, oavsett om det gäller en sjuksköterskeinsats eller en rehab insats, bör ligga kvar inom professionen.

Bristen på aktivitets- och funktionsbedömningar (ADL-bedömning eller liknande) inom rehab har troligen en koppling till arbetssätt och resurser. Att tidigt göra en bedömning av funktions- och aktivitetsförmågan vid inskrivning i hemsjukvården, för att bedöma behov av rehabilitering och habilitering för att undvika lidande och öka hälsa är till stor hjälp för såväl den enskilde som för personalen som ska ge omvårdnad. Risker kan upptäckas vilket bland annat kan minska andelen fall. Det är en stor vinst för alla att stöd och hjälp utformas på det mest effektiva sättet för brukaren så att förmågor bibehålls eller återerövrats efter träning.

## 5.7. Myndighet

### 5.7.1 Områden som fungerar bra

Avdelning	Följande områden fungerar bra
Myndighet	Dokumentation gällande ansökan, vem som ansöker och när den enskilde ansöker
Myndighet	Handläggningstiden är rimlig
Myndighet	Beslut fattas enligt delegation
Myndighet	Utredningens omfattning
Myndighet	Bedömning av den enskildes behov

### 5.7.2 Områden som behöver förbättras

Avdelning	Följande områden behöver förbättras
Myndighet	Dokumentation gällande samtycke
Myndighet	Den enskildes individuella mål kan beskrivas bättre
Myndighet	Information till den enskilde om handläggningsprocess

### 5.7.3 Avdelningens förslag till handlingsplaner

Myndighetsavdelningen har tagit fram en handlingsplan där de satt upp mål och utvecklingsområden direkt kopplade till de områden man sett som behöver förbättras.

Avdelningen vill förbättra dokumentationen gällande samtycke från den enskilde samt arbeta för att formulera tydligare individuella mål.

Avdelningen kommer även att lägga fokus på att skapa delaktighet för den enskilde genom att på ett enkelt sätt beskriva handläggningsprocessen. En rutin kring detta kommer att upprättas.

#### **5.7.4 MAS/SAS resultat av granskningen**

MAS och SAS granskning av myndighetsavdelningen genomfördes i samband med övrig journalgranskning för respektive avdelning, där frågor kring bland annat beslut, bevakningsdatum och målsättning lyftes fram. Man har även tittat på huruvida beslutet stämmer överens med de insatser som utförs samt om målen i utredningen stämmer överens med de mål man senare satt upp i den enskildes genomförandeplan.

Resultatet ser lite olika ut beroende på vilken verksamhet som granskats. När det gäller besluten om korttid så återfanns aktuella och uppdaterade beslut i samtliga granskade ärenden, och de stämde också överens med det som framkommer i utredningen.

I utredningar gällande hemtjänst och särskilt boende kunde det vara svårt att utläsa de faktiska behoven, då informationen ofta var hämtade från tidigare utredningar. Utredningarna kunde innehålla information som inte längre var aktuell eller innehålla otillräckligt med information för att kunna följas upp på ett adekvat sätt. Individens livssituation bedömdes vara väl beskriven även om målen med bedömda insatser kunde skilja sig från utredning till genomförandeplan.

På avdelningen för boende och arbete fanns ett stort antal journaler där det saknades ett aktuellt och uppdaterat beslut och det var svårt att utläsa de faktiska behoven i utredningen. En orsak till bristfällig information i besluten som lyftes fram var att de är så inaktuella att den enskildes behov eller mål med insatsen inte finns beskrivna i utredningen. Samma avdelning kunde se att det i beställningarna av beslut ofta saknades en arbetsplan för utförarnas planering av insatsen och lyfte i sin handlingsplan fram önskemål om ett bättre samarbete och dialog med myndighetsavdelningen för att beställningarna av insatsen ska bli tydligare.

#### **5.7.5 Sammanfattning av området på avdelningsnivå**

Myndighetsavdelningen är första kontakten med förvaltningen för den som ansöker om och har behov av insatser enligt SoL och LSS. Att handläggningen sker på ett rättssäkert sätt är en förutsättning för att den enskilde ska få rätt stöd i rätt omfattning och få sina behov tillgodosedda. I myndighetsavdelningens egna granskning framkommer att områden som handläggningstid, utredningens omfattning samt bedömning av behov är områden som fungerar väl.

Beslut/beställningar från myndighet behöver dock i flera fall innehålla aktuell och adekvat information för att säkerställa att utförarna får ett tillräckligt och relevant underlag för planering av utförandet. En tydligare samverkan mellan myndighet och verkställighet skulle kunna underlätta detta.

## 6. Förvaltningsövergripande analys och MAS/SAS egna reflektioner

Utifrån redovisning av resultat för respektive avdelning, avdelningarnas egna förslag till handlingsplaner, samt utifrån MAS och SAS sammanställning av granskningen framkommer det att:

<b>Följande områden fungerar bra</b>
Genomförandeplanerna innehåller aktuell och relevant information
Omvårdnadsplaner är oftast aktuella och innehåller relevant information
Myndighetsavdelningens dokumentation gällande ansökan, vem som ansöker och när den enskilde ansöker framkommer tydligt.
Inom LSS är dokumentationen oftast välformulerad, respektfull samt korrekt beskriven och tar hänsyn till den enskildes integritet.
Rehabs beskrivning av aktuella hjälpmedel är väl dokumenterat.

  

<b>Följande områden behöver förbättras</b>
Upplysningar behöver uppdateras med aktuell och relevant information
Den enskildes delaktighet behöver förtydligas i all dokumentation
Beslut/beställningar från myndighet behöver innehålla aktuell och adekvat information för att säkerställa att utförarna får ett tillräckligt och relevant underlag för planering av utförandet.
Aktivitets- och funktionsbedömning bör genomföras och dokumenteras av rehab.
Riskbedömningar behöver upprättas gällande fall, undernäring, trycksår och munhälsa. Erbjudna åtgärder ska dokumenteras och följas upp

Denna sammanställning ger en indikation om vilka områden som inom förvaltningen behöver bibehållas och utvecklas.

I samband med den journalgranskning som genomfördes av MAS och SAS uppmärksammades även andra förbättringsområden som inte avdelningarna själva nämnt eller redovisat. Det handlar framför allt om vikten av kunskap kring grunderna vad gäller dokumentation – att dokumentera sakligt, korrekt, väsentligt, tillräckligt och respektfullt. Enligt kvalitetskraven antagna av vård- och omsorgsnämnden så ansvarar utföraren för att all dokumentation sker enligt gällande lagkrav, författningar och allmänna råd. Det ska finnas rutiner för dokumentationen som ska vara kända och följas av personalen. Utföraren skall även säkerställa att all personal har resurser och tid att dokumentera.

För att socialtjänst, vård- och omsorg och hälso- och sjukvården ska kunna förbättras och utvecklas och för att det ska gå att systematiskt undersöka om arbetet bedrivs på föreskrivet sätt är det en grundläggande förutsättning att verksamheten dokumenterar på ett tillfredställande sätt.

Utifrån ovanstående vill MAS/SAS framhålla vikten av en god introduktion av personal i samtliga personalkategorier, från omvårdnadspersonal till enhetschefer, där kunskap kring dokumentation prioriteras och säkerställs. MAS/SAS vill även lyfta fram behovet av en fortsatt och kontinuerlig kompetensutveckling för att bibehålla och utveckla kvaliteten i all dokumentation som förs.

Ytterligare en slutsats som kunnat dras är vikten av att samverkan initieras mellan myndighet och verkställighet där behov finns; vid uppstart av nya ärenden samt vid uppföljning och omprövning av beslut. Lika viktig är samverkan mellan utförarverksamheter samt mellan utförare och verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård.

En god samverkan mellan verksamheter underlättar en rättssäker hantering av ett ärende från ansökan till verkställighet, vilket bidrar till att informationen och dokumentationen kring den enskilde samordnas. Verksamheterna behöver ta fram rutiner för samverkan så att dokumentationen utvecklas och blir ändamålsenlig i syfte att höja kvaliteten i vården och omsorgen om den enskilde.

## 7. Fortsatt plan

Målsättningen är att dokumentationsgranskningen framöver kommer att ingå som en del av det årliga systematiska kvalitetsarbetet genom egenkontroll. Varje avdelning/verksamhet ansvarar för att minst 10% av alla journaler granskas årligen.

Vid sådan egenkontroll kan avdelningschef/enhetschef lätt utläsa vilka områden inom dokumentation som man som enskild verksamhet behöver prioritera att arbeta vidare med och förbättra. Verksamheten kan även följa utvecklingen över tid.

Med en kontinuitet i journalgranskningen är förhoppningen att verksamheterna lyckas höja kvaliteten i dokumentationen genom att man;

- identifierar förbättringsområden och genomför åtgärder i verksamheten
- får en lärandeprocess genom den kollegiala granskningen, samt
- identifierar goda exempel och sprider dem i verksamheten.

MAS och SAS kan komma att göra ytterligare journalgranskningar eller stickprov ur dokumentationen i verksamheter där behov av detta uppmärksammas.

## 8. Förslag på prioriterade åtgärder framöver

- Se över hur introduktionen ser ut kopplat till dokumentation för samtliga personalkategorier,
- säkerställa att samtliga personalkategorier får fortbildning och kompetensutveckling inom området,
- säkerställa att samverkan initieras och/eller utvecklas mellan verksamheter, samt
- påbörja förbättringsarbeten inför införandet av nytt verksamhetssystem 2024.

# Ersättning för personlig assistans 2023

7

2022.283 VON

Datum: 2022-11-14  
Handläggare: Hanna Tenfält  
Direktnr:  
Diariernr: 2022.283 VON

Vård- och omsorgsnämnden

## **Ersättning för personlig assistans 2023**

### **Ärendebeskrivning**

Inför 2023 ska vård- och omsorgsnämnden fastställa ersättning för de privata aktörerna inom personlig assistans. 2021 beslutade nämnden att ersättningen skulle precis som tidigare följa den statliga schablonen för assistansersättning.

### **Förvaltningens utlåtande**

Under 2021 fattade vård- och omsorgsnämnden beslut om att låta ersättningen till privata utförare höjas med 1,5 % till 2022, alltså följa den statliga schablonen. Förvaltningen föreslår att de privata utförarna fortsatt får hela ersättningen från Försäkringskassan under 2023, en höjning med 1,5 procent i enlighet med "Förordning (1993:1091) om assistansersättning" 5§. Förvaltningen föreslår att ändringen träder i kraft 2023-01-01

### **Ekonomisk bedömning**

Förändringen medför inga ekonomiska förändringar för förvaltningen då uppskrivningen fortsatt följer Försäkringskassans schablonbelopp

### **Förslag till beslut**

Vård och omsorgsnämnden beslutar att från och med 2023-01-01 räkna upp assistansersättningen till privata aktörer i enlighet med Försäkringskassans schablonbelopp

Anita Hedström  
Förvaltningschef

Hanna Tenfält  
Controller

# **Indexuppräkning färdtjänsttaxa**

**8**

**2022.280 VON**

Datum: 2022-11-13  
 Handläggare: Astor Ekdahl  
 Direktnr:  
 Diariernr: 2022.280 VON

Vård- och omsorgsnämnden

## Indexuppräknings färdtjänsttaxa

### Ärendebeskrivning

Kommunfullmäktige tog beslut om reviderade färdtjänstområden samt avgifter för färdtjänst 25-05-22 §120. I beslutet framgår det att färdtjänsttaxan årligen ska räknas upp efter den indexkorg som beslutades i kommunfullmäktige 20-09-30 §110.

### Förvaltningens yttrande

Färdtjänsttaxan ska räknas upp med en viktning av fyra olika beslutade index. 60% av uppräkningsen ska baseras på personalkostnader, 15% av uppräkningsen ska baseras på fordonskostnader, 15% av uppräkningsen ska baseras på drivmedelskostnader och 10% av uppräkningsen ska baseras på konsumentprisindex.

Uppräkningsen inför 2023 ligger på 9,53 procent. Avgifterna för 2023 föreslås till:

Enkelresa	Egenavgift vuxen 2022	Egenavgift vuxen 2023
En kommun	60	66
Två kommuner	116	127
Tre kommuner	166	182
Fyra kommuner	265	290
Fem kommuner	364	399
Sex kommuner	463	507
Sju kommuner	562	616
Åtta eller fler kommuner	661	724
Resa inom annan kommun i Sverige, RIAK	86	94

Enkelresa	Egenavgift ungdom 7-18 år (enkel resa)	Egenavgift ungdom 7-18 år (enkel resa) <sup>2</sup>
En kommun	45	49
Två kommuner	87	95
Tre kommuner	125	136
Fyra kommuner	199	218
Fem kommuner	273	299
Sex kommuner	347	380
Sju kommuner	422	462
Åtta eller fler kommuner	496	543
Resa inom annan kommun i Sverige, RIAK	70	71
75 procent av egenavgift vuxen avrundat till närmsta helkrona.		



**Ekonomisk bedömning**

Uppräkningen av Färdtjänsttaxan ryms inom budgeterad ram

**Förslag till beslut****Förslag till beslut i Vård- och omsorgsnämnden**

1.Vård- och omsorgsnämnden beslutar höja Färdtjänsttaxan med 9,53 procent från och med 2023-01-01.

**Beslutet ska skickas till**

Samhällsbyggnadskontoret

Anita Hedström  
Förvaltningschef

Astor Ekdahl  
Controller

Ersättning hemtjänst 2023

9

2022.279 VON

Datum: 2022-11-11  
Handläggare: Astor Ekdahl  
Direktnr:  
Diariennr: 2022.279 VON

Vård- och omsorgsnämnden

## Ersättning hemtjänst 2023

### Ärendebeskrivning

I enlighet med kapitel 6.1, Prisjustering, i "Förfrågningsunderlag för bedrivande av hemtjänst och delegerad hälso- och sjukvårdsinsats i Alingsås kommun enligt Lag och valfrihetssystem (LOV) 2022-04-01" ska Vård- och omsorgsnämnden årligen fatta beslut under sista kvartalet för nästkommande års hemtjänstersättning.

Den nya ersättningen gäller från och med 1 januari 2023.

### Förvaltningens yttrande

Förvaltningen föreslår en höjning av hemtjänstersättningen med 3,9 procent:

	Kommunala utförare			Privata utförare service och omsorgsinsatser		
	Centrala områden	Bjärke och Hemsjö	Larm	Centrala områden	Bjärke och Hemsjö	Larm
Ersättning 2022	372	399	155	381	409	159
Ersättning 2023	387	415	161	396	425	165

*Privata utförare av hemtjänst får inte dra av moms för inköp till verksamheten och tilldelas en momskompensation om 2,5 procent av timpengen.*

Alingsås kommuns hemtjänstverksamhet kommer år 2022 utföra cirka 430 000 hemtjänsttimmar. Utförandet sker enligt LOV och de kommunala utförarna utför idag cirka 72 procent av hemtjänsttimmarna. Cirka 28 procent av hemtjänsttimmarna utförs i dagsläget av tre privata utförare.

### Ekonomisk bedömning

Förändringen i hemtjänstersättningen ryms inom budgeterad ram

### Förslag till beslut

#### Förslag till beslut i Vård- och omsorgsnämnden

1. Vård- och omsorgsnämnden beslutar höja hemtjänstersättningen med 3,9 procent från och med 2023-01-01.

Anita Hedström  
Förvaltningschef

Astor Ekdahl  
Controller

# Vård- och omsorgsnämndens taxor och avgifter 2023

10

2022.271 VON

Datum: 2022-11-10  
 Handläggare: Hannes Rasper  
 Direktnr:  
 Diariennr: 2022.271 VON

Vård- och omsorgsnämnden

## Vård- och omsorgsnämndens taxor och avgifter 2023

### Ärendebeskrivning

Vård- och omsorgsnämnden ska efter beslut från kommunfullmäktige den 29 maj 2002, §63 årligen besluta om uppräknings av taxor och avgifter för äldreomsorgens verksamheter. Nämnden beslutar också årligen om uppräknings av kostnader, avgifter och ersättningar inom funktionsstödsområdet genom revidering av tillämpningsanvisningar.

### Förvaltningen yttrande

#### Äldreomsorg

Nedan följer en förteckning över vård- och omsorgsnämndens taxor och avgifter för äldreomsorgen 2022 samt föreslagna förändringar till 2023.

Särskilt boende	Styrs av	2022	2023
Vård och omsorgsavgift	Maxtaxa	0-2 170 kr/mån	0-2 359 kr/mån
Hyra	Hyressättningsmodell	Varierar	Varierar
Kostabonnemang	Egenavgift	3 401 kr/mån	3 770 kr/mån
Omvårdnadsmaterial	Självkostnad	302 kr/mån	335 kr/mån
Korttidsboende	Styrs av	2022	2023
Dygnspris	Maxtaxa	72 kr/ dygn upp till 2 170 kr	79 kr/ dygn upp till 2 359 kr
Hyreskostnad korttidsboende	Maxtaxa	74 kr/dygn upp till 2 229kr/månad	81 kr/dygn upp till 2 423 kr /månad
Kost på korttidsboende	Egenavgift	113 kr/dygn upp till 3 401 kr/mån	126 kr/dygn upp till 3 770 kr/mån
Hemtjänst/ Hemsjukvård	Begränsas av	2022	2023
Hemtjänstavgift	Maxtaxa	249 kr/h upp till 2 170 kr/mån	259 kr/h upp till 2 359 kr/mån
Trygghetslarm	Maxtaxa	220 kr/mån	240 kr/mån
Hemsjukvård	Maxtaxa	380 kr/mån	390 kr/mån
Dagverksamhet	Styrs av	2022	2023
Dagverksamhet för dementa	Maxtaxa	0 - 2170 kr/mån	0 - 2 359 kr/mån

Vård- och omsorgsnämndens avgifter styrs till stor del av maxtaxan som i sin tur grundas på prisbasbeloppet. Mellan 2022 och 2023 höjs prisbasbeloppet med 4 200 kronor från 48 300 kronor till 52 500 kronor. Maxtaxan för avgifter för hemtjänst, dagverksamhet och kommunal hälso- och sjukvård per månad beräknas som 0,5392 av prisbasbeloppet dividerat med 12, vilket är **2 359 kronor** per månad år 2023. Maxtaxan för boendekostnad i särskilt boende, i de fall boendekostnad inte fastställas som hyra, får uppgå till som högst 0,5539 prisbasbelopp dividerat med 12, vilket är **2 423 kronor** per månad år 2023.

Avgifterna i tabellen på den första sidan har räknats upp på följande sätt:

- Vård- och omsorgsavgift på särskilt boende samt dagverksamhet för dementa begränsas av maxtaxan.
- Hemtjänstavgiften per timma uppgår till 67 % av den genomsnittliga hemtjänstersättningen per timma.
- Dygnspriset för hyra respektive vård- och omsorg på korttidsboende är en 30-del av maxtaxan.
- Avgift för trygghetslarm uppgår till 5,5 procent av prisbasbeloppet avrundat till jämn femkrona.
- Avgift för hemsjukvård följer hemtjänstens timersättning avrundat till jämn 10-krona.
- Avgifter för kost på särskilt boende och korttidsboende ökas i enlighet med konsumentprisindex (KPI) mellan 2022 - 2023.
- Frivilliga avgifter för omvårdnadsmaterial räknas upp utifrån konsumentprisindex (KPI) mellan 2022 - 2023.

### *Funktionsstöd*

I bilagan "Tillämpningsanvisningar 2023 Avgifter och ersättningar för personer inom verksamhetsområde funktionsstöd" redovisas uppskrivning av avgifter och ersättningar inom LSS.

- Avgift för kost och förbrukningsartiklar
- Avgift för enskilt stöd i samband med måltider
- Kostnader för fritidsresor
- Avgifter för vårdnadshavare vid placerade barn
- Avgift för korttidsvistelse/stödfamilj
- Avgift för korttidstillsyn
- Resor, lunch och habiliteringsersättning vid daglig verksamhet
- Kommunalt bostadstillägg

### **Ekonomisk bedömning**

Förändringen medför inga ekonomiska konsekvenser för förvaltningen då intäkter i förhållande till förvaltningens kostnader är oförändrade jämfört med 2022.

**Förslag till beslut**

Förslag till beslut i vård- och omsorgsnämnden:

1. Avgifter inom äldreomsorgen räknas upp från och med den 1 januari 2023 enligt förvaltningens förslag som framgår i tjänsteskrivelse daterad den 10 november 2022.
2. Avgifter och ersättningar inom funktionsstödet räknas upp från och med den 1 januari 2023 enligt bilagan *Tillämpningsanvisningar 2023 – Avgifter och ersättningar för personer inom verksamhetsområde funktionsstöd*.

Anita Hedström  
Förvaltningschef

Hannes Rasper  
Chef kanslienheten

# Tillämpningsanvisningar 2023

Avgifter och ersättningar för personer inom verksamhetsområde LSS

---

Typ av styrdokument: Tillämpningsanvisningar  
Beslutande instans: Vård- och omsorgsnämnden  
Datum för beslut: NN-NN-NN  
Diarienummer: 2022.271 VON

Gäller för: Vård- och omsorgsnämnden  
Giltighetstid: 2023  
Dokumentansvarig: Enhetschef kansli



# Inledning

Tillämpningsanvisningarna anger vilka avgifter och ersättningar som gäller för personer inom vård- och omsorgsnämndens LSS-verksamheter. Det gäller till exempel avgifter för mat, resor, fritidsverksamhet och bostad och ersättningar som kommunalt bostadstillägg (bilaga 1) och habiliteringsersättning.

Insatser enligt LSS är i princip avgiftsfria. I LSS anges dock att om man har inkomst (pension, sjukersättning eller annan inkomst) får skäliga avgifter för bostad, fritidsverksamhet och kulturella aktiviteter tas ut av kommunen. Avgifterna får inte överstiga självkostnaden och kommunen ska se till att den enskilde får behålla tillräckliga medel för sina personliga behov.

Beloppen i tillämpningsanvisningarna beräknas utifrån prisbasbeloppet och konsumentprisindex (KPI).

# Personlig assistans

Insatsen personlig assistans är kostnadsfri för den enskilde.

Den som har beviljats assistansersättning enligt 51 kap. socialförsäkringsbalken (SFB) av Försäkringskassan har kommunen rätt att ta ut avgift för personlig assistans i enlighet med 18 § LSS.

Avgiften får inte vara högre än den assistansersättning som beviljats av Försäkringskassan. Försäkringskassan kan besluta att betala ut ersättningen direkt till kommunen (51 kap. 17 § SFB).

# Ledsagarservice

Ledsagarservice är enligt 9 § 3 p. LSS avgiftsfritt för den enskilde.

# Kontaktperson

Insatsen är avgiftsfri. Vid utförande av aktiviteter i samband med insatsen kontaktperson enligt 9 § LSS står biståndstagaren över 18 år för sina egna omkostnader. Är den enskilde under 18 år bekostas aktiviteterna av kontaktpersonen genom att beviljas omkostnadsersättning.

Arvodes- och omkostnadsersättning till kontaktpersoner grundas på en individuell bedömning utifrån uppdragets art och omfattning och utges enligt separat rutin och i enlighet med SKR:s rekommendationer.

# Avlösarservice

Avlösarservice enligt 9 § p. 5 LSS är avgiftsfri. Omkostnader för avlösare utges ej av kommunen.

# Bostad med särskild service

## Avgift för kost och förbrukningsartiklar

Avgift för kost och förbrukningsartiklar beräknas utifrån prisbasbeloppet (för år 2023 är prisbasbeloppet 52 500 kr). Måltidsabonnemang A motsvarar 78 % av prisbasbeloppet, måltidsabonnemang B motsvarar 50 % av prisbasbeloppet och förbrukningsartiklar motsvarar 1,5 % av prisbasbeloppet. I måltidsabonnemang A ingår alla måltider alla dagar. I måltidsabonnemang B ingår alla måltider utom lunch på vardagar samt alla måltider på helgdagar. Med förbrukningsartiklar avses städ- och rengöringsartiklar, toalett- och hushållspapper samt liknande förbrukningsartiklar. Personliga hygienartiklar ingår inte i förbrukningsmaterial. Fakturering sker på månadsbasis.

I de fall brukare innehar specialkost, exempelvis sonmatning, timbalkost m.m. där kommunen står för kostnaden debiteras brukaren sedvanlig taxa för måltidsabonnemang.

Avgifter 2023:

Måltidsabonnemang A: 3 413 kronor/månad

Måltidsabonnemang B: 2 188 kronor/månad

Förbrukningsartiklar: 66 kronor/månad

Frånvaroavdrag för heldag görs med 3,3 % av avgiften för måltidsabonnemang A samt för helger vid måltidsabonnemang B. Vid vardagar för måltidsabonnemang B görs ett avdrag på 2,6 %. Vid beräkning av frånvaroavdrag för annat än heldag används följande avdrag: Frukost 0,5%, lunch 1,65 %, mellanmål 0,25 % och kvällsmål 0,9 %.

För år 2023 motsvarar frånvaroavdraget:

Måltidsabonnemang A samt helgdag: 113 kr/dag

Måltidsabonnemang B vardag: 57 kr/dag

Frukost: 17 kr/dag

Lunch: 56 kr/dag

Mellanmål: 9 kr/dag

Kvällsmål: 31 kr/dag

Samma priser används vid beräkning av tilläggskostnad när fler måltider erhålles än vad som ingår i måltidsabonnemanget samt för brukare som inte har måltidsabonnemang men äter enstaka måltider och ska faktureras för dessa.

Inom serviceboende betalar varje brukare normalt sina egna kostnader för hushållet. Hur brukaren betalar sina kostnader kan variera med hänsyn till vad som överenskommits med god man.

Vid boende i extern placering ska brukaren betala för hyra, mat och resor på samma sätt som vid kommunalt boende. Avgiftsuttaget från kommunen beror på om det externa boendet tar ut avgifter eller inte.

## **Enskilt stöd i samband med måltider i serviceboende**

Pedagogisk måltid eller enskilt stöd i samband med måltider ges i undantagsfall till brukaren när det finns en bedömning eller ett beslut om att det finns behov av pedagogisk måltid. Frukost, lunch och kvällsmål kan vara pedagogiska måltider. En pedagogisk måltid är en måltid, där personal äter tillsammans med brukaren. Pedagogisk måltid sker på arbetstid när brukaren har ett behov av enskilt stöd i samband med måltiden.

Förvaltningen betalar ersättning till brukaren för de pedagogiska måltiderna eller enskilt stöd när brukaren svarar för kostnader för det egna hushållet. Principen är att kommunen betalar sin andel av självkostnaden avseende livsmedel för pedagogiska måltider.

Brukarens behov av enskilt stöd i samband med måltider kan variera samt att den anställdes möjlighet att äta en fullvärdig måltid kan vara begränsad av omvårdnadssituationen. En bedömning av självkostnaden för måltiden får göras i varje enskilt fall i samråd mellan ansvarig enhetschef och brukaren/god man.

Personal som äter pedagogisk måltid betalar en reducerad avgift som följer de avgifter som riktlinjer och rutiner för pedagogiska måltider beskriver.

För år 2023 motsvarar det:

Frukost	10 kr
Lunch	26 kr
Kvällsmål	18 kr

## **Hyra av bostad med särskild service**

Varje brukare som har en boendeinsats har ett hyresförhållande med förvaltningen och betalar hyra som faktureras månadsvis i förskott. I service- och i gruppboestad betalar brukaren faktisk kostnad samt del av gemensamhetsutrymme.

## **Kostnader för fritidsresor**

Brukare som gör lokala resor på sin fritid och reser med personbil eller buss, som bekostas av förvaltningen, ska betala en avgift. Denna avgift motsvarar det skattefria beloppet som Skatteverket anger. Varje resande betalar milersättning oavsett hur många som reser med i fordonet. Med lokal resa avses resa som är högst 30 km tur och retur.

Vid längre resor utanför närområdet betalar brukaren fordonets självkostnad. Resa som är längre än 30 km tur och retur anses vara en resa utanför närområdet. När fordonet används av flera brukare delas fordonets självkostnad mellan de brukare som använder bilen eller bussen. Beräkningen av självkostnaden görs i samverkan med ansvarig för bilhanteringen i kommunen och revideras varje år.

Normalt används verksamhetens bilar/bussar för fritidsresor. Om personal vid förvaltningen skulle använda egen bil för brukares fritidsresor ska reseräkning skrivas på samma sätt som för övriga tjänsteresor. Betalning direkt från brukare till anställd får inte förekomma. Resekostnader faktureras brukaren varje månad. Den merkostnad för fordon eller andra omkostnader som eventuellt kan uppstå på grund av medföljande personal ska inte faktureras brukaren. Dessa regler tillämpas också för brukare som har ordinärt boende och som använder sig av förvaltningens fordon för fritidsresor.

## **Aktiviteter för brukare**

Brukare betalar själv sina kostnader för sociala aktiviteter, det gäller även resekostnader.

## **Avgifter för vårdnadshavare vid placerade barn**

För barn och ungdomar till och med 18 år som bor i bostad med särskild service för barn och ungdomar eller familjehem beräknas ersättningen till kommunen utifrån föräldrarnas ersättningsskyldighet.

Föräldrars ersättning till kommunen ska, enligt 6 kap. 2 § socialtjänstförordningen, beräknas på samma sätt som om det gällde att bestämma återbetalningsskyldighet för var och en av dem, enligt lagen (1996:1 030) om underhållsbidrag.

Bestämmelsen innebär att kommunen ska göra individuella beräkningar och skälighetsbedömningar av respektive förälders betalningsförmåga. För var och en av föräldrarna ska fastställas ett belopp som de ska betala till kommunen. Beräkningen utgår från respektive förälders inkomst och antalet barn de är försörjningsskyldiga för. Beräkningen kan därför leda till att föräldrarna ska betala olika belopp. Beräkningen omprövas årligen.

Det belopp som var och en av föräldrarna ska bidra med per månad får dock inte överstiga vad som motsvarar underhållsstödsbeloppet. Det framgår av 18 kap. 20 § socialförsäkringsbalken.

Om brukaren är 18 – 19 år har kommunen inte rätt att ta ut avgifter från och med 18-årsdagen tills juli samma år personen fyller 19 år när aktivitetsersättning utgår från Försäkringskassan. Om aktivitetsersättning har betalats ut retroaktivt av Försäkringskassan har kommunen rätt att inhämta avgifter under samma period.

# Korttidsverksamhet

Vid insats i form av korttidshem, stödfamilj eller läger enligt 9 § 6 LSS tas en avgift ut för mat. Resor till och från korttidsvistelsen betalas av omsorgstagaren/vårdnadshavaren.

Arvode och omkostnadsersättning till kontaktfamilj/stödfamilj vid korttidsvistelse grundas på en individuell bedömning utifrån uppdragets art och omfattning som utges enligt separat rutin i enlighet med SKR:s rekommendationer.

Om brukaren är 18 – 19 år har kommunen inte rätt att ta ut avgifter från och med 18-årsdagen tills juli samma år personen fyller 19 år när aktivitetsersättning utgår från Försäkringskassan.

## Korttidsvistelse/stödfamilj

För måltider i korttidsvistelse/stödfamilj tillämpas följande priser baserade på prisbasbeloppet.

Måltider (ålder)	0-7 år	8-15 år	16 år-
Helkost	0,14 %	0,175 %	0,22 %
Varav (i procent av helkost):			
Frukost	17 %	17 %	17 %
Lunch	49 %	49 %	49 %
Mellanmål	7 %	7 %	7 %
Kvällsmål	27 %	27 %	27 %

För år 2023 innebär det:

Måltider	0-7 år	8-15 år	16 år-
Helkost	74 kr	92 kr	116 kr
Varav:			
Frukost	12 kr	16 kr	20 kr
Lunch	36 kr	45 kr	57 kr
Mellanmål	5 kr	6 kr	8 kr
Kvällsmål	20 kr	25 kr	31 kr

## Korttidsstillsyn

För mellanmål under skoldagar oavsett eventuell frånvaro beräknas avgiften till 3,9 % av prisbasbeloppet, detta gäller för ungdomar till och med 17 år. För 2023 motsvarar kostnaden 171 kronor per månad

Måltider under begärt antal dagar för heldagstillsyn beräknas på samma sätt som för korttidsvistelse/stödfamilj.

# Daglig verksamhet och Daglig sysselsättning

## Resor till och från daglig verksamhet

För resor till och från serviceboende, gruppboende eller eget boende betalar brukaren en avgift som uppgår till samma belopp som taxan för kollektivtrafiken. Maximal avgift motsvarar kostnaden för månadskort inom kollektivtrafiken.

## Lunch och fika vid daglig verksamhet och daglig sysselsättning

Brukare i daglig verksamhet och daglig sysselsättning betalar samma avgift för lunch som brukare inom särskilt boende.

För fika inom daglig verksamhet betalar brukare en avgift motsvarande självkostnadspris.

För 2023 motsvarar det

21 kr för hel vecka = 3 dagars närvaro eller mer

10 kr för halv vecka = 2 dagars närvaro eller mindre.

Den som inte dricker kaffe eller fikar får inget avdrag.

## Särskilda aktiviteter

För sådana särskilda aktiviteter som den dagliga verksamheten erbjuder eller anordnar inom ramen för individuell plan för den enskilde betalar brukaren ingen avgift. För sådana särskilda aktiviteter, som den dagliga verksamheten erbjuder vid enstaka tillfällen under året (t ex besök på utställningar, utflykter) betalar brukaren avgifterna. Kostnad för resor till aktiviteten betalas av den dagliga verksamheten.

För andra aktiviteter som ligger utanför den dagliga verksamheten (t ex deltagande i särskild undervisning för vuxna) som brukaren önskar delta i, betalar brukaren sin kostnad inklusive resa. Används förvaltningens fordon för resor erläggs resekostnad enligt ovan, kostnader för fritidsresor.



## **Habiliteringsersättning**

Brukare som deltar i daglig verksamhet får habiliteringsersättning. Ersättningen utbetalas månadsvis och baseras på brukarens närvaro på dagliga verksamheten. 2023 uppgår habiliteringsersättningen för dagar då brukaren närvarat på daglig verksamhet en heldag till 66 kr/dag. För halv dag/del av dag är habiliteringsersättningen 46 kr/dag. Habiliteringsersättningen uppgår till 0,125 % av prisbasbelopp.

## Kommunalt bostadstillägg

Kommunalt bostadstillägg kan sökas av personer med beslut om bostad med särskild service enligt 9 § 9 p. LSS eller 4 kap. 1 § SoL och särskilt anpassad bostad enligt 9 § 9 p. LSS. För att ha rätt att ansöka ska man vara folkbokförd i Alingsås kommun. De som har ett boende som ovan som Alingsås kommun ursprungligen har hänvisat till, dvs där Alingsås kommun från början har haft förstahandskontraktet, har rätt att söka kommunalt bostadstillägg.

Brukaren kan ansöka om kommunalt bostadstillägg om han/hon inte har tillräckliga medel för sina personliga behov. I den bidragsgrundande boendekostnaden medräknas grundhyra, månadsavgift eller motsvarande boendekostnad samt kostnad för värme och varmvatten, men inte hushållsel. Beräkningen av kommunalt bostadstillägg utgår från att brukaren ska ha medel motsvarande det av Socialstyrelsen fastställda minimibeloppet (plus 10%).

Har brukaren en förmögenhet över två basbelopp beviljas inte kommunalt bostadstillägg.

Förbehållsbeloppets minimibelopp ska, om inte annat följer av 8 §, alltid per månad utgöra lägst en tolfedel av:

- 1,3546 gånger prisbasbeloppet för ensamstående + 10 procent, eller
- 1,1446 gånger prisbasbeloppet för var och en av sammanlevande makar och sammanboende plus 10 procent.

Ansökningsblankett och underlag skickas till:

Alingsås Kommun  
Vård- och omsorgsförvaltningen  
Ekonomiadministratör  
Kungsgatan 9  
441 30 Alingsås

Beräkningen gäller ett år om inte uppgifterna förändras. Förändrad ekonomi skall omedelbart meddelas till ekonomiadministratör. Vid ej rapporterad förändring av ekonomin sker justering/återbetalning till kommun



# Månadsuppföljning per oktober 2022

11

2022.092 VON

Datum: 2022-11-17  
Handläggare: Henrik Larsson  
Direktnr:  
Diariernr: 2022.092 VON

Vård- och omsorgsnämnden

## Månadsuppföljning oktober 2022

### Ärendebeskrivning

Enligt Alingsås policy för ekonomistyrning skall nämnderna besluta om månadsuppföljning enligt tillämpningsanvisningarna i styrmodellen. För år 2022 innebär det, mars, maj och oktober. I månadsuppföljningen skall en prognos för resterande del av året presenteras och expedieras till kommunstyrelsen. Därutöver finns en fördjupad månadsuppföljning per april och delårsbokslut per augusti.

### Förvaltningens yttrande

Den fjärde och femte vågen av pandemin har haft stor påverkan på verksamheten under 2022. Skyddsåtgärder för att förhindra smittspridning har medfört stora kostnadsökningar. Den omfattande smittspridningen och de rekommendationer som gavs innebar att det under årets första kvartal var omfattande personalfrånvaro. Svårigheter att ersätta personal har medfört merkostnader för övertid. Användning av skyddsmaterial och snabbtester har varit hög och blev betydligt större än tidigare prognosticerats på grund av våg fem som kom i början av sommaren. Ovanstående faktorer påverkar den egna regionen och försvårar det pågående arbetet med effektiviseringar.

Till följd av pandemin har volymerna inom äldreomsorgen sjunkit vilket genererat en positiv resultatpåverkan. I början av sommaren var volymerna tillbaka på nivån före pandemin men sjönk åter under femte vågen av pandemin. Flera myndigheter och kommuner gör fortsatt bedömningen att det finns en "vårdskuld" till följd av pandemin. För kommunen innebär det att medborgare som har ett behov av äldreomsorg har avstått på grund av rädsla för smitta. Det finns en befolkningsökning vilket statistiskt medför ökade volymer. En översyn av myndighetsbesluten ska utföras i enlighet med strategin för äldreomsorg 2022–2030. Ovanstående faktorer gör det svårare att förutspå framtida volymer.

Vård- och omsorgsförvaltningen har ansökt om 51,1 mkr i riktade statsbidrag under 2022. Förvaltningen kan inte tillgodoräkna sig alla statsbidrag då det är svårt att uppnå kriterierna i spåren av pandemin och krångliga regler. De omfattande statsbidragen påverkar resultatet positivt och mildrar de ekonomiska effekterna av pandemin och verksamhetens underskott.

### Ekonomisk bedömning

Ärendet medför inga ekonomiska konsekvenser

### Förslag till beslut

#### Förslag till beslut i vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott

Vård- och omsorgsnämnden fastställer den fördjupade månadsuppföljningen per mars 2022.

**Beslutet ska skickas till**  
KS

Anita Hedström  
Förvaltningschef

Henrik Larsson  
Avdelningschef Förvaltningskontoret



# Månadsuppföljning oktober 2022 vård- och omsorgsnämnden



## Drift

Belopp i tkr	Budget 2022	Prognos helår 2022	Avv. prognos/budget 2022
Verksamhetens intäkter	195 144	228 456	33 312
Personalkostnader	-717 534	-732 593	-15 059
Lokalhyror	-93 004	-93 583	-579
Köp av tjänster	-160 751	-161 879	-1 128
Övriga kostnader	-77 411	-88 957	-11 546
<b>Verksamhetens kostnader</b>	<b>-1 048 700</b>	<b>-1 077 012</b>	<b>-28 312</b>
<b>Verksamhetens nettokostnader</b>	<b>-853 556</b>	<b>-848 556</b>	<b>5 000</b>
Kommunbidrag	853 556	853 556	0
Finansnetto	0	0	0
<b>Årets resultat</b>	<b>0</b>	<b>5 000</b>	<b>5 000</b>

### Inledande sammanfattning

Den fjärde och femte vågen av pandemin har haft stor påverkan på verksamheten under 2022. Skyddsåtgärder för att förhindra smittspridning har medfört stora kostnadsökningar. Den omfattande smittspridningen och de rekommendationer som gavs innebar att det under årets första kvartal var omfattande personalfrånvaro. Svårigheter att ersätta personal har medfört merkostnader för övertid. Användning av skyddsmaterial och snabbtester har varit hög och blev betydligt större än tidigare prognosticerats på grund av våg fem som kom i början av sommaren. Ovanstående faktorer påverkar den egna regin och försvårar det pågående arbetet med effektiviseringar.

Till följd av pandemin har volymerna inom äldreomsorgen sjunkit vilket genererat en positiv resultatpåverkan. I början av sommaren var volymerna tillbaka på nivån före pandemin men sjönk åter under femte vågen av pandemin. Flera myndigheter och kommuner gör fortsatt bedömningen att det finns en "vårdskuld" till följd av pandemin. För kommunen innebär det att medborgare som har ett behov av äldreomsorg har avstått på grund av rädsla för smitta. Det finns en befolkningsökning vilket statistiskt medför ökade volymer. En översyn av myndighetsbesluten ska utföras i enlighet med strategin för äldreomsorg 2022–2030. Ovanstående faktorer gör det svårare att förutspå framtida volymer.



De omfattande statsbidragen påverkar resultatet positivt och mildrar de ekonomiska effekterna av pandemin. Statsbidragen möjliggör för nämnden att satsa på åtgärder som på lång sikt kommer att ge både effektiviseringar och ökad kvalitet inom olika områden.

Vård- och omsorgsförvaltningen har ansökt om 51,1 mkr i riktade statsbidrag under 2022. Det är oviss om förvaltningen kan tillgodoräkna sig statsbidragen då det är svårt att uppnå kriterierna i spåren av pandemin. Alingsås delar svårigheten med flera andra kommuner i riket. Staten ändrar dessutom kriterier under året och tidsperioden statsbidragen kan disponeras. Det sistnämnda är något som återkommande påtalats från SKR. Kommunerna behöver tydlighet och långsiktighet för att statsbidragen ska få den effekt som staten vill.

Förvaltningen är inne i en långsiktig omställning för att bli mer effektiv i linje med vård- och omsorgsnämndens förväntningar. För att ta nästa steg i resan är förvaltningen inne i flera stora upphandlingar inom IT-området. Två stora upphandlingar kommer att slutföras under året. En upphandling för trygghetslarm och välfärdsteknik samt upphandling för nytt verksamhetssystem och planeringsverktyg. Upphandlingarna och framförallt implementeringen av nya arbetssätt kommer till stor del att finansieras med statsbidrag.

Förvaltningen agerar fortsatt i en turbulent tid med stora krav på förändring. Det innebär stor osäkerhet kring slutliga kostnader och intäkter för nämnden 2022. På grund de stora statsbidragen är framförallt intäkterna fortsatt svårbedömda. En slutlig bedömning kommer i samband med årsbokslutet.

## **Prognos och prognosförändring**

### **Intäkter**

Intäkterna prognosticeras per augusti avvika positivt med 33,3 mkr. Avvikelsen beror främst på riktade statsbidrag. Prognosen är osäker då flera statsbidrag endast beviljas om kommunen lyckas uppnå avsedda kriterier där förutsättningarna förändras under året. Utöver statsbidrag påverkas verksamhetens intäkter för utförda antigen test positivt. Låg beläggning påverkar verksamhetens intäkter negativt.

Prognosen har förbättrats med 0,7 mkr mot prognosen per augusti. Prognosförändringen beror på att förvaltningen bedöms kunna uppfylla kriterier för fler statsbidrag.

### **Personalkostnader**

Personalkostnaderna prognosticeras avvika negativt med 15,1 mkr. Avvikelsen beror i huvudsak på svårigheter med budgetföljsamhet inom flera verksamhetsområden. Verksamhetens negativa avvikelse beror delvis på effekter till följd av pandemin. Avvikelsen drivs även av statsbidragsfinansierade utbildningar. Den negativa avvikelsen dämpas av volymminskningar inom äldreomsorg, funktionsstöd samt vakanser på Förvaltningskontoret.

Prognosen har försämrats med 5,5 mkr vilket beror på att fler statsbidrag används för utbildningar samt att budgetföljsamheten försämrats.

### **Lokalhyror**

Lokalhyror prognosticeras avvika negativt med 0,6 mkr. Avvikelsen beror på flera nya objekt, samt omförhandlingar av kontrakt som varit svåra att bedöma i budget.

Prognosen förbättras på grund av att ett objekt blev lägre än bedömt i tidigare prognos.

### **Köp av tjänster**

Köp av tjänster prognosticeras avvika negativt med 1,1 mkr. Nämnden har haft fler brukare med omfattande behov som köps externt. Andelen hemtjänst utförd av privata utförare har ökat. Förvaltningen budgeterade med högre kostnader för konsulter för nya digitala system än vad som kommer 2022. Den kostnaden kommer istället att komma 2023.

Prognosen förbättras med 5,7 mkr mot augusti på grund av ett lägre prognosticerat köp av extern hemtjänst och färre köpta externa placeringar. Därutöver kommer förvaltningen att ha lägre kostnader för konsulter än vad som prognosticerats i augusti.

### **Övriga kostnader**

Övriga kostnader prognosticeras avvika negativt med 11,5 mkr. Avvikelsen beror främst på smittskyddsåtgärder kopplat till pandemin. Förvaltningen har tilldömts viten inom funktionsstöd, samt generella kostnadsökningar.

Prognosen är förbättrad med 3,6 mkr vilket beror på att förvaltningen nu prognosticerar med lägre kostnader för smittskyddsåtgärder på grund av covid-19.

# Sammanträdesdagar vård- och omsorgsnämnden 2023

12

2022.282 VON

Datum: 2022-11-106  
Handläggare: Maria Svensson  
Direktnr:  
Diariernr: 2022.282 VON

Vård- och omsorgsnämnden

## Sammanträdesdagar vård- och omsorgsnämnden 2023

### Ärendebeskrivning

Vård- och omsorgsnämnden ska fatta beslut om vård- och omsorgsnämndens (VON) och arbetsutskottets (VONAU) sammanträdesdagar 2023. Vård- och omsorgsförvaltningen har upprättat ett förslag till sammanträdesdagar och tider för 2023.

Vård- och omsorgsnämnden beslutade den 30 november 2021 § 74 om sammanträdesdag för arbetsutskottet den 14 februari 2022. Det har framkommit behov av att ändra sammanträdesdagen den 14 februari 2022. Förslaget är att sammanträdet för vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott den 14 februari 2022 flyttas till den 7 februari 2022 med start kl. 13.00.

### Förvaltningens yttrande:

Vård- och omsorgsförvaltningen föreslår att vård- och omsorgsnämndens samt vård- och omsorgsnämndens arbetsutskotts sammanträdesdagar och tider äger rum enligt följande:

VONAU kl. 13.00	VON kl. 14.00
	10 januari (val)
17 januari	24 januari
7 februari	20 februari
7 mars	21 mars
19 april	27 april
9 maj	16 maj
8 juni	20 juni
22 augusti	29 augusti
7 september	21 september
12 oktober (utökat VONAU)	26 oktober
7 november	21 november
12 december	19 december

Observera att sammanträdet den 12 oktober 2022 är ett utökat VONAU med start kl. 08.30, då risk- och väsentlighetsanalys ska behandlas.

### Ekonomisk bedömning

Medel för arvode till ledamöter och ersättare finns avsatt i nämndens budget.

**Förslag till beslut****Förslag till beslut i vård- och omsorgsnämnden**

1. Vård- och omsorgsnämnden beslutar att sammanträdet den 14 februari 2022 flyttas till den 7 februari 2022 med start kl. 13.00.
2. Vård- och omsorgsnämnden godkänner datum och tider för vård- och omsorgsnämndens och vård- och omsorgsnämndens arbetsutskotts sammanträdesdagar under 2023.

**Beslutet ska skickas till**

Kommunstyrelsen

Anita Hedström  
Förvaltningschef

Maria Svensson  
Förvaltningssekreterare