

## **Sammanträde med Vård- och omsorgsnämnden**

Tid: 2022-05-18, kl. 14:00-17:00

Plats: Utbildningenshus sal 425

---

Eva-Lotta Pamp (M),  
Ordförande

Ann-Sofie Bengtsson,  
Sekreterare

### **Ärendelista**

1. Upprop och val av justerare
2. Information och överläggningar
3. Föreningsbidrag 2022, 2022.093 VON
4. Kvalitetsberättelse 2021, 2022.096 VON
5. Förhöjd habiliteringsersättning 2022, 2022.064 VON
6. Lokalförsörjningsplanen 2022-2026, 2022.099 VON
7. Tilläggsavtal för Hemsjögården, 2022.100 VON
8. Arbetet med hållbar schemaläggning, 2022.097 VON
9. Riktlinje hantering av händelser, 2022.094 VON
10. Utnämning av dataskyddsbud, 2022.095 VON

11. Kompletteringsval av ersättare i vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott efter Philip Perdin, 2022.113 VON
12. Månadsuppföljning 2022, 2022.092 VON
13. Anmälan av delegationsbeslut 2022, 2022.018 VON



**Föreningsbidrag 2022**

**3**

**2022.093 VON**

Datum: 2022-05-03  
Handläggare: Astor Ekdahl  
Direktnr: 0322-616009  
Diariennr: 2022.093 VON

Vård- och omsorgsnämnden

## Föreningsbidrag 2022

### Ärendebeskrivning

I vård- och omsorgsnämndens reglemente framgår att nämnden ska ge stöd och stimulans till föreningar med verksamhet som har nära anknytning till frågor som direkt rör nämndens målgrupper. Stödet ska ges utifrån de riktlinjer som nämnden fastställt. Riktlinjer för fördelning av föreningsbidrag beslutades på vård- och omsorgsnämndens sammanträde § 89 17 december 2018.

### Förvaltningens yttrande

Bidraget utgörs av ordinarie föreningsbidrag som fördelas enligt följande:

- 50 procent till föreningar utifrån en fördelningsnyckel som baseras på antalet betalande medlemmar som är bosatta i Alingsås Kommun.
- 50 procent till föreningar utifrån en fördelningsnyckel som baseras på föreningarnas fasta lokalkostnader.

Därtill fördelas kompletterande föreningsbidrag till organisationer som arbetar för att främja frivilligverksamhet i syfte att minska social isolering, främja projekt som kompletterar äldreomsorgens ordinarie verksamhet och främja projekt som bidrar till att pröva och utveckla nya metoder och idéer mot äldreomsorg.

### Ansökningar ordinarie föreningsbidrag

- SPF Bjarkebygden
- PRO Alingsås
- SPF Hjorten
- Kommunpensionärerna SKPF
- PRO Bjarke
- Aktiva Seniorer
- RPG Missionsförsamlingen

### Ansökningar kompletterande föreningsbidrag

PRO Alingsås

### Förslag på fördelning

Utifrån nämndens riktlinjer för föreningsbidrag föreslås det ordinarie föreningsbidraget att fördelas enligt följande:

|                            | Tilldelning 2021  | Förslag 2022      |
|----------------------------|-------------------|-------------------|
| • SPF Bjärkebygden         | 4 900 kr          | 4 800 kr          |
| • PRO Alingsås             | 78 800 kr         | 79 200 kr         |
| • SPF Hjorten              | 71 300 kr         | 73 300 kr         |
| • Kommunpensionärerna SKPF | 50 100 kr         | 53 800 kr         |
| • PRO Bjärke               | 27 100 kr         | 28 800 kr         |
| • Aktiva Seniorer          | 16 000 kr         | 14 200 kr         |
| • RPG Equmeniakyrkan       | 11 800 kr         | 11 200 kr         |
| • <b>TOTALT</b>            | <b>260 000 kr</b> | <b>260 000 kr</b> |

Utifrån nämndens riktlinjer för kompletterande föreningsbidrag föreslås de fördelas i enlighet med inkommen ansökan:

- PRO Alingsås 10 000 kr

#### **Ekonomisk bedömning**

Medel finns avsatt i vård- och omsorgsförvaltningens budget.

#### **Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden beviljar fördelning av ordinarie och kompletterande föreningsbidrag för 2022 enligt förvaltningens förslag.

#### **Beslutet ska skickas till**

Förvaltningen

Anita Hedström  
Förvaltningschef

Astor Ekdahl  
Controller



2022-05-10

§ 40 2022.093 VON

## **Föreningsbidrag 2022**

### **Ärendebeskrivning**

I vård- och omsorgsnämndens reglemente framgår att nämnden ska ge stöd och stimulans till föreningar med verksamhet som har nära anknytning till frågor som direkt rör nämndens målgrupper. Stödet ska ges utifrån de riktlinjer som nämnden fastställt. Riktlinjer för fördelning av föreningsbidrag beslutades på vård- och omsorgsnämndens sammanträde § 89 17 december 2018.

### **Beredning**

Bidraget utgörs av ordinarie föreningsbidrag som fördelas enligt följande:

- 50 procent till föreningar utifrån en fördelningsnyckel som baseras på antalet betalande medlemmar som är bosatta i Alingsås Kommun.
- 50 procent till föreningar utifrån en fördelningsnyckel som baseras på föreningarnas fasta lokalkostnader.

Därtill fördelas kompletterande föreningsbidrag till organisationer som arbetar för att främja frivilligverksamhet i syfte att minska social isolering, främja projekt som kompletterar äldreomsorgens ordinarie verksamhet och främja projekt som bidrar till att pröva och utveckla nya metoder och idéer mot äldreomsorg.

Ansökningar ordinarie föreningsbidrag:

- SPF Bjarkebygden
- PRO Alingsås
- SPF Hjorten
- Kommunionpensionärerna SKPF
- PRO Bjarke
- Aktiva Seniorer
- RPG Missionsförsamlingen

Ansökningar kompletterande föreningsbidrag:

- PRO Alingsås

2022-05-10

**Förslag på fördelning**

Utifrån nämndens riktlinjer för föreningsbidrag föreslås det ordinarie föreningsbidraget att fördelas enligt följande:

|                            | Tilldelning 2021 | Förslag 2022 |
|----------------------------|------------------|--------------|
| • SPF Bjarkebygden         | 4 900 kr         | 4 800 kr     |
| • PRO Alingsås             | 78 800 kr        | 79 200 kr    |
| • SPF Hjorten              | 71 300 kr        | 73 300 kr    |
| • Kommunpensionärerna SKPF | 50 100 kr        | 53 800 kr    |
| • PRO Bjarke               | 27 100 kr        | 28 800 kr    |
| • Aktiva Seniorer          | 16 000 kr        | 14 200 kr    |
| • RPG Equmeniakyrkan       | 11 800 kr        | 11 200 kr    |
| TOTALT                     | 260 000 kr       | 260 000 kr   |

Utifrån nämndens riktlinjer för kompletterande föreningsbidrag föreslås de fördelas i enlighet med inkommen ansökan:

|                |           |           |
|----------------|-----------|-----------|
| • PRO Alingsås | 10 000 kr | 10 000 kr |
|----------------|-----------|-----------|

**Beslut****Arbetsutskottets förslag till beslut i vård- och omsorgsnämnden**

Vård- och omsorgsnämnden beviljar fördelning av ordinarie och kompletterande föreningsbidrag för 2022 enligt förvaltningens förslag.

**Jäv**

Birgit Börjesson (S) och Bo Hallberg (S) anmäler jäv och deltar inte i handläggning och beslut av ärendet.

**Expedieras till**

Förvaltningen

# Kvalitetsberättelse 2021

4

2022.096 VON

Datum: 2022-05-05  
Handläggare: Camilla Liljegren  
Direktnr: 0322-616009  
Diariernr: 2022.096 VON

Vård- och omsorgsnämnden

## Kvalitetsberättelse 2021

### Ärendebeskrivning

Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) framgår att vård- och omsorgsnämnden årligen bör upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse. Av kvalitetsberättelsen ska det framgå hur nämnden har arbetat med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet under året, vilka åtgärder som har vidtagits och vilka resultat som har uppnåtts. Kvalitetsberättelsen ska utgöra underlag för planeringen av det fortsatta kvalitetsarbetet. Kvalitetsberättelsen ska också utmyнна i förslag på förbättringar som ska tas tillvara för att utveckla kvaliteten i verksamheten.

### Förvaltningens yttrande

Kvalitetsberättelsen för vård- och omsorgsnämnden i Alingsås kommun redovisar det kvalitetsarbete som genomförts för verksamheterna på myndighet, äldreomsorg och funktionsstöd i bifogad bilaga.

Rapporten uppfyller genom sin utformning kraven på en kvalitetsberättelse som den beskrivs i föreskrifterna om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9.

Kvalitetsberättelser från de privata utförarna inom hemtjänst och särskilt boende bifogas.

### Ekonomisk bedömning

Förslaget innebär inga ekonomiska konsekvenser.

### Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden godkänner kvalitetsberättelse 2021 enligt bilaga.

Anita Hedström  
Förvaltningschef

Camilla Liljegren  
Utvecklingsledare





# Kvalitetsberättelse 2021

---

Beslutande instans: Vård- och omsorgsnämnden

Datum för beslut: 2022-05-17

Diarienummer: 2022.096 VON

## Innehåll

|            |  |           |
|------------|--|-----------|
| <b>1.</b>  | <b>Inledning .....</b>   | <b>1</b>  |
| <b>2.</b>  | <b>Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.....</b>                          | <b>1</b>  |
| <b>3.</b>  | <b>Mål och krav .....</b>  | <b>2</b>  |
| 3.1.       | Lag och förordningar.....  | 2         |
| 3.2.       | Alingsås styrmodell.....   | 2         |
| 3.2.1      | Nämndens budget .....  | 3         |
| 3.2.2      | Kritiska verksamhetsfaktorer.....  | 3         |
| 3.2.3      | Alingsås kvalitetsstrategi .....   | 3         |
| 3.3.       | Nämndens styrning.....   | 4         |
| 3.3.1      | Kvalitetskrav .....  | 4         |
| 3.3.2      | Processer, riktlinjer och rutiner .....  | 5         |
| <b>4.</b>  | <b>Verksamhetsstyrning och uppföljning.....</b>                                      | <b>5</b>  |
| <b>5.</b>  | <b>Covid-19 .....</b>  | <b>5</b>  |
| <b>6.</b>  | <b>Processer och rutiner.....</b>  | <b>6</b>  |
| 6.1.       | Processororienterat arbetssätt.....  | 6         |
| 6.2.       | Effektiv och kvalitetssäkrad dokumenthantering av styrande dokument.....             | 6         |
| 6.3.       | Genomlysning och revidering av nämndens riktlinjer för beslut enligt SoL.....        | 6         |
| 6.4.       | Korttidsboendeprocessen.....   | 7         |
| 6.5.       | Ökat fokus på kontaktmannaskap och personkontinuitet inom hemtjänsten .....          | 7         |
| 6.6.       | Optimerad planering av hemtjänstinsatser.....  | 7         |
| 6.7.       | Demensprocessen.....   | 7         |
| 6.8.       | Intensifierat arbete med digitalisering och välfärdsteknik .....                     | 8         |
| 6.9.       | Översyn och inventering av befintligt informationsmaterial om kommunens boende.<br>8 | 8         |
| 6.10.      | Biståndsbedömt trygghetsboende.....  | 8         |
| 6.11.      | Avvikelse i vårdsamverkan .....  | 8         |
| 6.12.      | Omställning till Nära Vård .....   | 8         |
| <b>7.</b>  | <b>Samverkan .....</b>   | <b>9</b>  |
| <b>8.</b>  | <b>Kunskapsbaserad verksamhet .....</b>  | <b>10</b> |
| <b>9.</b>  | <b>Personal- och kompetensförsörjning.....</b>                                       | <b>10</b> |
| <b>10.</b> | <b>Risikanalys.....</b>  | <b>11</b> |
| <b>11.</b> | <b>Resultat av egenkontroll .....</b>  | <b>12</b> |
| 11.1.      | Brukarundersökning funktionshinder.....  | 13        |
| 11.2.      | Synpunkter och klagomål.....   | 14        |
| 11.3.      | Mål och resultatstyrning .....   | 15        |
| 11.4.      | Internkontroll.....  | 15        |
| 11.5.      | Kritiska verksamhetsfaktorer.....  | 16        |
| 11.6.      | Kvalitetsgranskning.....   | 22        |
| 11.7.      | Avvikelse .....  | 23        |

|  |           |
|--|-----------|
| 11.8. Utvärdering av digitala inköp av dagligvaror inom hemtjänsten..... | 27        |
| 11.9. Öppna jämförelser .....  | 28        |
| 11.10. Kommunens kvalitet i korthet KKIK.....                            | 29        |
| 11.11. Utredningstiden för beslut om LSS-insats .....                    | 30        |
| 11.12. Servicemätning via telefon och e-post. ....                       | 31        |
| 11.13. Tillsyn .....   | 32        |
| <b>12. Analys och utvecklingsområde .....</b>                            | <b>35</b> |
| 12.1. Själbestämmande och integritet.....                                | 35        |
| 12.2. Helhetssyn och samordning.....                                     | 36        |
| 12.3. Trygghet och säkerhet .....  | 36        |
| 12.4. Kunskapsbaserad verksamhet.....                                    | 37        |
| 12.5. Tillgänglighet .....   | 38        |
| 12.6. Effektivitet.....  | 39        |
| <b>13. Bilagor .....</b>   | <b>40</b> |

## **1. Inledning**

Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9), framgår att den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS bör upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse varje år.

Syftet med den sammanhållna kvalitetsberättelsen är att beskriva hur nämndens arbete med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under året. Den sammanhållna kvalitetsberättelsen utgör också underlag för planering av nästkommande års kvalitetsarbete.

Kvalitetsberättelsen för vård- och omsorgsnämnden i Alingsås kommun redovisar det kvalitetsarbete som genomförts för verksamheterna på myndighet, äldreomsorg och funktionsstöd.

## **2. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete**

Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) bildar tillsammans med Alingsås kommuns styrmodell grund för förvaltningens kvalitetsarbete.

Som styrande dokument för kvalitetsarbetet antog vård- och omsorgsnämnden 2014 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete inom vård och äldreomsorg i Alingsås kommun. Sedan 2016 finns som en del av kommunens styrmodell "Kvalitetsstrategi för Alingsås".

Ledningssystemet fungerar som stöd för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Enligt bestämmelserna om ledningssystem för systematiska kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) ska ledningssystemet bestå av de processer och rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Därtill ska den som bedriver socialtjänst arbeta med systematiskt förbättringsarbete genom riskanalyser, egenkontroll och hantering av avvikelser. Vidare ska arbetet med att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet dokumenteras.

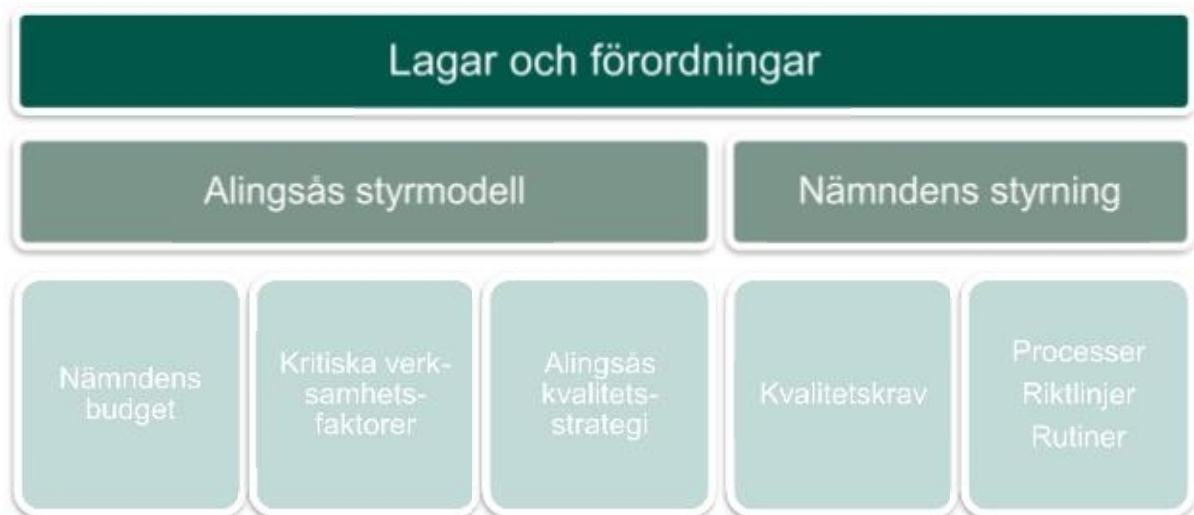
Under året har ett arbete med att uppdatera förvaltningens ledningssystem påbörjats. Fokus har varit att säkerställa att förvaltningen har ett processbaserat ledningssystem och att samordna förvaltningens uppföljning av kvalitetsfrågor med övrig verksamhetsuppföljning och styrmodellen.

### 3. Mål och krav

Kvalitet definieras i föreskrifterna om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) som att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om andra föreskrifter inom om hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

Utöver de mål och krav som anges i författningar och beslut för nämndens verksamhet ingår politiska mål och inriktningar om verksamhetens kvalitet som en del i ledningssystemet.

Verksamhetens mål och krav sammanfattas av nedanstående bild.



#### 3.1. Lag och förordningar

Vård- och omsorgsnämnden fullgör kommunens uppgifter för sina målgrupper enligt socialtjänstlagen (2011:453), hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) samt vad som i övrigt i lag eller annan författning sägs om socialnämnd. Vård- och omsorgsnämnden fullgör också kommunens uppgifter enligt lag (1997:736) om färdtjänst, lag (1997:735) om riksfärdtjänst, lag (2018:222) om bostadsanpassningsbidrag, lag (1993:584) om medicintekniska produkter. Vård- och omsorgsnämnden utför också samtliga kommunens uppgifter enligt lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

#### 3.2. Alingsås styrmodell.

Styrmodellen består av tre delar mål- och resultatstyrning, kvalitetsstyrning och ekonomistyrning som tillsammans bildar kommunens styrsystem. Styrmodellen har sin utgångspunkt i kommunens gemensamma vision och värdegrund samt kommunen och

dess verksamheters grunduppdrag som regleras genom lagstiftning och nämndernas reglementen.

### **3.2.1 Nämndens budget**

Utifrån kommunfullmäktiges budget och nämndens grunduppdrag ska nämnden årligen anta en budget i vilken nämnden inom ramen för styrmodellens mål- och resultatstyrning antar mål som ska bidra till att fullmäktiges prioriterade mål kan uppnås. Internkontrollplanen ingår som en del i nämndens budget.

### **3.2.2 Kritiska verksamhetsfaktorer**

I enlighet med styrmodell och som en del av kvalitetsstyrningen identifierar och beslutar vård- och omsorgsförvaltningen årligen om kritiska verksamhetsfaktorer. En kritisk verksamhetsfaktor ringar in områden som är av särskild vikt för en god kvalitet i förvaltningens grunduppdrag och sorteras i fyra perspektiv; ekonomi, målgrupp, verksamhet och medarbetare. De kritiska verksamhetsfaktorerna följs upp genom nyckeltal som mäter kvaliteten eller resultatuppfyllelsen.

Faktorerna är styrande för alla verksamheters utvecklings- och förbättringsarbete. För att kunna avgöra om ett mål är uppnått eller inte jämförs indikatorernas utveckling mot det uppsatta målet. Hänsyn tas till om indikatorn har utvecklats i rätt riktning utan att ha nått målsättningen fullt ut. Revideringen av de kritiska verksamhetsfaktorerna sker årligen i samband med genomförandet av nämndens övergripande väsentlighets- och riskanalys.

Förvaltningen redovisar uppföljningen av de kritiska verksamhetsfaktorerna inom perspektiven målgrupp och verksamhet till vård- och omsorgsnämnden i kvalitetsberättelsen och patientsäkerhetsberättelsen. Se avsnitt 11.4 Kritiska verksamhetsfaktorer.

### **3.2.3 Alingsås kvalitetsstrategi**

Kvalitetsstrategin utgör kommunens gemensamma förhållningssätt i arbetet med kvalitet och resultat. Strategin sammanfattas i följande punkter:

- Invånaren i fokus
- Dialog och samarbete
- Engagerade och tydliga ledare
- Engagerade och delaktiga medarbetare
- Göra rätt saker på rätt sätt - processorienterat arbetssätt
- Resultatinriktat förbättringsarbete-Ständiga förbättringar
- Basera beslut på fakta

### 3.3. Nämndens styrning

Vård- och omsorgsnämnden har enligt bestämmelserna om ledningssystem för systematiska kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) ansvaret för att det finns ett ledningssystem för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten. Som styrande dokument för kvalitetsarbetet antog vård- och omsorgsnämnden 2014 "Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete inom vård och äldreomsorg i Alingsås kommun".

Som en del av nämndens kvalitetsstyrning antar nämnden årligen en verksamhetsplan för systematisk kvalitetsuppföljning och granskning. Syftet med verksamhetsplanen är tydliggöra vad vård- och omsorgsnämnden avser att fokusera på i den systematiska kvalitetsuppföljningen och granskningen av verksamheten under året.

Förvaltningens övergripande strukturdokument "Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete inom vård och omsorg i Alingsås kommun" är i behov av revidering. Arbetet kommer att genomföras under 2022.

#### 3.3.1 Kvalitetskrav

För att säkra verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet har vård- och omsorgsnämnden antagit kvalitetskrav som anger en lägsta nivå för den vård och omsorg som ges. Kvalitetskraven omfattar all verksamhet, oavsett utförare, som arbetar på nämndens uppdrag och beskriver de grundläggande krav som ska uppfyllas. Kvalitetskrav finns specificerade för särskilt boende, hemtjänst samt hemsjukvård.

Kraven utgår från de områden som Socialstyrelsen har angett vara viktiga för att uppnå en god och säker vård och omsorg

- Säker vård och omsorg
- Självbestämmande och integritet
- Helhetssyn och samordning
- Trygghet och säkerhet
- Kunskapsbaserad verksamhet
- Tillgänglighet och Effektivitet.

Under 2021 reviderades kvalitetskraven när det gjordes så utgick förvaltningen från SIS, Svenska institutet för standarder. Arbetet fortsätter under 2022, då även kvalitetskrav för LSS kommer tas fram.



### **3.3.2 Processer, riktlinjer och rutiner**

Övergripande processer och styrdokument är grundläggande i nämndens systematiska kvalitetsarbete. Den som bedriver verksamhet ska bedöma vilka processer och rutiner som behövs för att säkra att verksamhetens kvalitet

## **4. Verksamhetsstyrning och uppföljning**

Förvaltningens styrning mot att uppnå målen i nämndens mål- och resultatstyrning, samt kvalitetsstyrning sker genom att mål och kritiska verksamhetsfaktorerna bryts ner i chefs- och medarbetaröverenskommelse.

Det åligger respektive chef på underliggande nivå att analysera och följa upp mål och kritiska verksamhetsfaktorer för den egna verksamheten. Uppföljning av hur målen utvecklas sker två gånger per år i samband med delårs- och årsuppföljning.

Arbetet med verksamhetsrapportering och analys har utvecklats genom att beslutstödet Hypergene används i arbetet med mål- och kvalitetsstyrning. Berörda chefer har utbildats i det nya arbetssättet och förvaltningsspecifika uppföljningsanvisningar har tagits fram under året.

För att ytterligare underlätta och bidra till en bättre verksamhetsrapportering och analys har förvaltningen under året omvärlds bevakat och undersökt möjligheterna att införa Hypergens applikationer för hemtjänstuppföljning och ledningssystem för kvalitet (SOSFS 2011:9).

Förvaltningens ekonomistyrning och ekonomiuppföljning har både reviderats och förstärkts under året. Utifrån uppdrag från nämnden om att säkerställa att den politiska viljan efterlevs med ökat fokus på ekonomistyrning så att nämndens verksamhet bedrivs på ett kostnadseffektivt sätt inom tilldelad ram.

## **5. Covid-19**

Pandemin har påverkat vård- och omsorgsnämndens verksamhet under hela året. De första månaderna präglades av en hög smittspridning i verksamheten, vaccinationer och smittspårning. Förvaltningen införde en omfattande testning av personal och fortsatte det idoga arbetet med skyddsutrustning för att minska smittspridningen och lyckades. Tyvärr kom en ny virusvariant i slutet av året vilket medförde att en stor andel av personalen insjuknade. Andelen brukare som bar på viruset ökade, men de blev inte så sjuka som tidigare.

## **6. Processer och rutiner**

Nedan redogörs för olika insatser och åtgärder som genomförts under året för att säkra och utveckla kvaliteten i nämndens processer och rutiner.

### **6.1. Processororienterat arbetssätt**

För att säkerställa att nämnden har ett processbaserat kvalitets- och utvecklingsarbete, har förvaltningen under året påbörjat arbetet med att införa ett processororienterat arbetssätt. Under 2021 har förvaltningens kärnprocesser identifierats och fastställts och en projektplan för införandet har tagits fram och beslutats. Uppstart av projektet sker under våren 2022.

Vård- och omsorgsnämndens kärnprocesser:

- Socialtjänstprocessen Sol
- Socialtjänstprocessen LSS
- Kommunala hälso- och sjukvårdsprocessen.
- Färdtjänsthandlägningsprocessen
- Bostadsanspassningsprocessen
- Förebyggandeprocessen

### **6.2. Effektiv och kvalitetssäkrad dokumenthantering av styrande dokument.**

Grundläggande för arbetet med verksamhets- och kvalitetsstyrning, samt för personalens medverkan i kvalitetsarbetet är att de riktlinjer och rutiner som behövs för att säkerställa verksamhetens kvalitet löpande tas fram, uppdateras och är lätta att hitta.

För att kvalitetssäkra och underlätta dokumenthanteringen av styrande dokument har revidering av förvaltningens riktlinjer för styrande dokument och en översyn av strukturen i dokumenthanteringssystemet Alfresco påbörjats under året. Fastställande och implementering av riktlinjerna kommer att ske under våren 2022.

### **6.3. Genomlysning och revidering av nämndens riktlinjer för beslut enligt SoL.**

På uppdrag av nämnden genomfördes under våren med stöd av en konsult en genomlysning av processer och rutiner relaterade till biståndshandläggning. Med utgångspunkt i genomlysningens resultat antog vård- och omsorgsnämnden i juni 2021 reviderade riktlinjer för biståndshandläggning.

Därutöver pågår ett arbete med att ta fram tillhörande tillämpningsanvisningar. Arbetet har skett processinriktat av en extern konsult tillsammans med berörda biståndshandläggare.

Fokus i arbetet är att skapa ett enhetligt arbetssätt och tydliggöra ansvarsfördelning och samverkansstrukturer mellan myndighetsavdelningen och utförare. Tillämpningsanvisningar kommer att färdigställas 2022.

Därutöver är en extern genomlysning av myndighetsutövningen inom LSS är planerad. Förvaltningen fick ett uppdrag i budgeten att genomlysna riktlinjerna enligt LSS, men uppdraget kunde inte slutföras utan förvaltningen har fått ett förnyat uppdrag.

#### **6.4. Korttidsboendeprocessen.**

Under hösten genomfördes en omstrukturering av kommunens korttidsverksamhet, i syfte att tillskapa särskilda boendeplatser som uppfyller IVO:s (Inspektionen för vård och omsorg) krav. För att säkerställa kvaliteten i verksamheten har ett arbete med att kartlägga och utveckla korttidsprocessen påbörjats under året. En arbetsgrupp bestående av berörda avdelnings- och enhetschefer samt representanter inom yrkeskategorierna sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter och vård- och omsorgspersonal har arbetat fram en förvaltningsövergripande rutin för korttidsverksamheten. Även en rutin för uppföljning av korttidsplatserna har införts. Arbetet fortsätter under 2022 med att modellera och publicera korttidsprocessen i förvaltningens ledningssystem.

#### **6.5. Ökat fokus på kontaktmannskap och personkontinuitet inom hemtjänsten**

Kontaktmannskapet inom hemtjänsten har utvecklats under året, i enlighet med kommande lag om fast vård- och omsorgskontakt i äldreomsorgen. Uppdraget har förtydligats och vikten av kontaktpersonens roll har lyfts fram. I kontaktpersonens uppdrag ingår bland annat att underlätta samarbetet mellan brukaren, närstående och omsorgspersonal. Kontaktpersonen ansvarar för att ta fram genomförandeplanen för att brukaren ska få en trygg, säker och individanpassad omsorg. Kontaktpersonen ska också arbeta för att tillgodose behovet av kontinuitet och samordning med övriga professioner.

#### **6.6. Optimerad planering av hemtjänstinsatser.**

För att optimera verksamhetens planering och säkerställa att beviljade insatser utförs har hemtjänsten under året implementerat TES planeringssystem tillsammans med ett nytt arbetssätt. Planeringssystemet möjliggör också en ökad planering med kontinuitet där kontaktpersonen utför merparten av besöken hos brukaren.

#### **6.7. Demensprocessen**

Inom ramen för projektet en ökad kvalitet och omsorg om person med demenssjukdom har en översyn av demensprocessen gjorts under året. Ett tvärprofessionellt demensteam har tillsatts och kommer att ta fram aktiviteter och höja kvaliteten för personer med demenssjukdom och deras anhöriga. Bland annat kommer fler medarbetare utbildas i

BPSD-systemet samt i svenskt demenscentrums framtagna spetsutbildningskoncept Stjärnmärkt.

### **6.8. Intensifierat arbete med digitalisering och välfärdsteknik**

Förvaltningen ökar sina ambitioner att byta ut för verksamheten vitala system samt införa digitala tekniker. Under året har en omstart av förvaltningens digitalisering startat upp tillsammans med KLK -It och KLK ekonomi. Arbetet leds av en extern konsult för att vägleda och snabba på förvaltningens digitala teknik.

Under 2021 har förvaltningen infört ett planeringsverktyg i hemtjänsten. Därutöver avslutade förvaltningen införandet av digital signering som nu finns i all verksamhet. Därtill har upphandling av ett nytt larmsystem påbörjats och förberedelse och planering för upphandling ett nytt verksamhetssystem har genomförts. Arbetet med upphandling, utbildning och implementering sträcker sig fram till 2024.

### **6.9. Översyn och inventering av befintligt informationsmaterial om kommunens boende.**

Under året har en inventering och översyn av befintligt informationsmaterial om kommunens boende genomförts. Inom ramen för arbetet har en ny informationsstruktur för kommunens LSS boende på Alingsås intranät och webbplats tagits fram och beslutats. Arbetet med att lägga upp informationen på kommunens webbplats kommer att ske under våren 2022.

### **6.10. Biståndsbedömt trygghetsboende**

För att möta det ökade behovet av välfärdstjänster, bedriva en mer kostnadseffektiv verksamhet framåt och kunna erbjuda kommuninvånarna välfärdstjänster, som de är nöjda med fattade vård- och omsorgsnämnden under 2021 beslut om att införa biståndsbedömt trygghetsboende.

### **6.11. Avvikelser i vårdsamverkan**

En länsgemensam rutin med tillhörande IT-stöd (MedControl PRO) för avvikelshantering i vårdsamverkan har tagits fram. Förvaltning av rutinen samordnas via delregional vårdsamverkan. Implementering av riktlinjerna pågår och en lokal rutin har tagits fram.

### **6.12. Omställning till Nära Vård**

Vård- och omsorgsförvaltningen har anställt en utvecklingsledare med inriktning Nära vård för att driva omställningen utifrån kommunens förutsättningar och behov. Utveckling av arbetssätt med hjälp av digital teknik såsom digital signering har påbörjats och dagverksamheten för äldre har arbetat med hälsofrämjande och förebyggande insatser.

## 7. Samverkan

Förvaltningens olika yrkeskategorier samverkar för en personcentrerad vård och omsorg genom teamssamverkan. I huvudsak arbetar teamen tillsammans med analys av avvikelser, riskförebyggande arbete i befintliga kvalitetsregister samt individuell samordning och uppföljning kring den enskilde. På grund av rådande restriktioner, hög smittspridning bland brukar och personal och periodvis en lägre bemanning har arbetet med teamsamverkan fått stå tillbaka under coronapandemin. De begränsade förutsättningarna att bedriva teamssamverkan har till viss del påverkat både antalet avvikelser och möjligheterna att upprätthålla arbetet med kvalitetsregister under året.

För att säkerställa en fungerande teamsamverkan har flera åtgärder vidtagits under hösten. Handlingsplaner har upprättats inom samtliga avdelningar och ett arbete med att se över och uppdatera avdelningarnas rutiner för teamsamverkan har påbörjats. Äldreboendeavdelningens rutiner för teamsamverkan har reviderats. Därutöver har kommungemensamma rutiner för digitala sekretessmöten tagits fram och implementeras.

Samverkan mellan vård- och omsorgsförvaltningen och socialförvaltningen sker genom regelbundna chefssamverkansträffar på förvaltnings, avdelnings och enhetsnivå.

Utöver intern samverkan samverkar vård- och omsorgsnämnden på delregional nivå i SAMLA som är en närvårdssamverkan mellan vårdgivare i Alingsås och Lerums kommun. SAMLA arbetar övergripande inom områden som berör personer med insatser från både kommun och region oavsett ålder och diagnos.

Områden för samverkan är bland annat suicidprevention, SIP samordnad individuell plan, demensprocessen, avvikelser i samverkan, Mobil närvård och samverkan vid in- och utskrivningsprocessen.

Under året har SAMLA tagit fram nya delregionala tillämpningsanvisningar och samverkansrutiner för Demens och Proaktiv SIP vid demens, samt slutenvårdsprocessen i SAMLA. Vidare har en delregional handlingsplan för suicidprevention äldre beslutats där ett arbete med att utbilda instruktörer har påbörjats.

## 8. Kunskapsbaserad verksamhet

*Nationella kvalitetsregister.*

När det gäller användningen av nationella kvalitetsregister är förvaltningen ansluten till tre register:

- Senior Alert
- BPSD
- Palliativ registret.

Under slutet av året har berörda avdelningar upprättat handlingsplaner för att säkerställa att implementeringen av arbetssättet i de olika registerna fungerar.

*IBIC (Individens behov i centrum)*

IBIC är arbetssätt som ett ger stöd för stöd för båda handläggare och utförare att beskriva och dokumentera uppgifter om individens behov, mål och resultat med gemensamt språk. IBIC ger också underlag för att kunna följa upp individens behov och resultat över tid. Resultatet från den individuella uppföljningen kan sammanställas på olika nivåer och ingå som underlag för verksamhetsuppföljning. De bidrar till utveckling av en kunskapsbaserad socialtjänst.

Förvaltningen har tidigare påbörjat implementering av Individens behov i centrum (IBIC). Arbetet pausades i avvaktan på införande av ett nytt verksamhetssystem som stödjer arbetssättet. Implementering av IBIC och ett nytt verksamhetssystem kommer att ske parallellt och arbetssättet med IBIC planeras att starta upp samtidigt som det nya verksamhetssystemet installeras.

## 9. Personal- och kompetensförsörjning

Förvaltningen har under året haft svårigheter att rekrytera erfaren legitimerad personal och undersköterskor. Möjligheten att rekrytera stödassistenter inom LSS boende har fungerat tillfredställande. Trots svårigheter att rekrytera undersköterskor har förvaltningen klarat av att bibehålla en hög andelen utbildad personal. Andelen stödassistenter och andelen undersköterskor ligger kvar på ungefär samma nivå 2021 som 2020 och är 83,9 procent respektive 91,7 procent.

För att möta det kommande rekryteringsbehovet samverkar förvaltningen kring långsiktig och strategisk kompetensförsörjning med Vård- och omsorgscollege och Göteborgsregionen. Förvaltningen deltar också i den statsfinansierade satsningen äldreomsorgslyftet. Inom ramen för satsningen har 50 medarbetare validerats till undersköterskor under året.

För att höja språkkompetensen har språkrav vid rekrytering implementerats under året. Förvaltningen har även satsat på språkbudsutbildning där 18 språkbud utbildats och satsningen fortsätter under 2022.

Förvaltningen arbetar med att uppnå ett tydligt, aktivt och närvarande ledarskap, genom att chefer ges möjlighet att gå kommunens ledarutvecklingsprogram. Andelen chefer som har genomgått ledarskapsprogram är högre inom förvaltningens 2021 jämfört med 2020.

Inriktningen på de interna utbildningsinsatser som har arrangerats under året har fortsatt varit för hantering av coronapandemin. Det innebär att övrig intern utbildning och vidareutbildning även under 2021 till stora delar har fått stå tillbaka.

## **10. Riskanalys**

Riskanalys är en obligatorisk del av det systematiska förbättringsarbetet som ska bedrivas enligt SOSFS 2011:9. Skyldigheten att analysera och avhjälpa påtagliga risker för allvarliga missförhållanden regleras även i bestämmelserna om Lex Sarah.

På strategisk nivå genomför vård- och omsorgsnämnden i den årliga budget- och planeringsprocessen en väsentlighets- och riskanalys som knyter ihop styrmodellen med den interna kontrollen. Nämndens väsentlighets- och riskanalys för 2021 innehöll sammanlagt 16 identifierade riskområden. Fyra riskområde hanterades under 2021 genom mål i vård- och omsorgsnämndens budget, sju riskområden som internkontrollpunkter och fem riskområden hanterades genom förvaltningens arbete med kritiska verksamhetsfaktorer.

För att minska sjukfrånvaron och minimera risken för smittspridning kopplat till Covid-19 har förvaltningens genomfört individuella riskbedömningar i de fall det varit aktuellt. Under hösten har befintliga riskbedömningar uppdaterats i syfte att säkerställa en säker övergång till succesivt minskade restriktioner från Folkhälsomyndigheten. Förvaltningens covidsamordnare har fortsatt arbetet med riktade tillsyner under året, samt löpande samordnat utbildningsinsatser.

## 11. Resultat av egenkontroll

Den som bedriver verksamhet ska utöva egenkontroll. Det innebär att systematiskt följa upp och utvärdera den egna verksamhetens resultat. Egenkontrollen innebär även att kontrollera att verksamheten bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet.

Nämndens egenkontroll är en samlad analys av olika informationskällor om kvaliteten i verksamheten och kan sammanfattas av nedanstående bild.





## 11.1. Brukarundersökning funktionshinder

Alingsås kommun deltar sedan 2016 i SKR:S brukarundersökning inom funktionshinder inom områdena; Gruppbofastad LSS, Servicebofastad LSS, Daglig verksamhet och Personlig assistans.

Undersökningen genomförs med ett webbaserat verktyg för enkäter (Enkätfabriken) som är anpassat med ett bildstöd med pictogrambilder och uppläsning av frågor och svar. Frågorna kan besvaras på egen hand eller – vid behov – med hjälp av en frågeassistent.

Svarsfrekvensen i årets undersökning var 82 procent inom gruppbofastad LSS, 79 procent inom servicebofastad LSS, 76 procent inom daglig verksamhet. Svarsfrekvensen högre än den genomsnittliga svarsfrekvensen i riket för samtliga områden.

På grund av få svarande saknas data för personlig assistans. Kommunen ska ha minst 10 svarande för att svarsfrekvensen ska räknas ut.

Frågorna i undersökningen mäter: Inflytande, rätt stöd, kommunikation, förtroende för personal, omtanke, trygghet, trivsel och synpunkter. Undersökningen för daglig verksamhets innehåller också en fråga som mäter betydelse. Undersökningen för personlig assistans mäter valfrihet och frihet istället för inflytande och trygghet.

Resultatet visar bland annat att:

- Merparten av brukarna får bestämma saker som är viktiga och att brukaren får den hjälp hen vill ha. Störst inflytande har brukarna inom gruppbofastad LSS och mest nöjda med stödet är brukarna som har personlig assistans.
- 50 procent av brukarna som har personlig assistans har varit med och bestämt vilka som är deras assistenter.
- Högst förtroende för personalen och mest omtanke från personalen upplever brukarna inom daglig verksamhet.
- Kvinnor känner sig mer otrygga än män, särskilt inom gruppbofastad LSS.
- 80 procent av brukarna inom daglig verksamhet tycker att verksamheten är viktig.
- Frågor om kommunikation och trygghet har sammantaget lägst resultat exkluderat personlig assistans. Där frågor om valfrihet och frihet får lägst resultat.
- Vid en jämförelse med andra kommuner placerar sig Alingsås kommun generellt bland de mittersta kommunerna.
- Inom verksamhetsområdena gruppbofastad och servicebofastad LSS ses positiv utveckling inom flertalet områden mellan åren 2020 och 2021. Medan det inom daglig verksamhet och personlig assistans är en spridning mellan upp och nedgångar inom de olika områdena jämfört med föregående år.

Underlaget i brukarundersökningen är en viktig del i verksamhetens utvecklings- och förbättringsarbete. Verksamheten har sedan starten av SKR:s nationella brukarundersökning haft en tydlig ansvarsfördelningen och upprättade rutiner för hur förbättringsarbetet utifrån undersökningen ska ske. Inom flera enheter involveras brukarna i förbättringsarbetet. Respektive enhetschef ansvarar för att analysera resultatet och vid behov vidta förbättringsåtgärder.

Resultatet i sin helhet redovisas i bilaga 3. Kvalitetsområdena trivsel och förtroende för personal beskrivs närmare i avsnittet 11.4 Kritiska verksamhetsfaktorer.

## 11.2. Synpunkter och klagomål

Förvaltningen har en rutin som ska säkerställa ett systematiskt sätt för att ta emot och utreda synpunkter och klagomål från enskild, personal, anhöriga och kommuninvånare.

Hanteringen ska säkerställa att synpunkter tas tillvara på ett bra sätt för att snabbt och effektivt kunna åtgärda eller förbygga fel och brister. Synpunkter och klagomål kan lämnas till vård- och omsorgsförvaltningen via kommunens hemsida, skriftligt eller muntligt till någon anställd i förvaltningen och via e-post. Samtliga inkomna synpunkter och klagomål registreras i ärendehanteringssystemet.

Alla synpunkter sammanställs och redovisas till vård- och omsorgsnämnden två gånger per år. Synpunkterna sorteras in under rubrikerna klagomål och beröm. Utredning och sammanställning ska visa om det förekommit avvikelser mot det krav och mål som verksamheten har enligt lagar och föreskrifter. Synpunkterna analyseras för att kunna se mönster och trender som indikerar brister i verksamheten.

|   | 2021 | 2020 | 2019 |
|---|------|------|------|
| Samtliga inkomna synpunkter inklusive klagomål och beröm. | 63   | 140  | 52   |







Under året har totalt 63 synpunkter inkommit, varav 62 klagomål och ett beröm.

- 15 klagomål och synpunkter avser införandet av kyllda matlådor samt inköp från Mathem.
- Åtta klagomål handlar om fem olika verksamheter och tre klagomål berör arbetsförhållande och bemanning.
- Fem klagomål avser flytt av flexibel växelvård från Kvarnbacken till Ängabogården samt brist på information i samband med denna förändring.
- Ett klagomål har inkommit från patientnämnden och ett från IVO.
- Två klagomål handlar bilkörning inom hemtjänsten.

- Övriga klagomål och synpunkter avser bland annat bemötande, bristande insatser för den enskilde, bristande information, samverkan mellan olika huvudmän, brister i utförandet av insatser samt svårigheter att nå rätt personal.

### 11.3. Mål och resultatstyrning

Nedan sammanfattas vård- och omsorgsnämndens mål enligt dokumentet Vård- och omsorgsnämnden budget 2021–2023, § 83 2021.232 VON








|  |   |
|--|---|
| Andelen nöjda brukare inom LSS som trivs hemma ska vara över riksgenomsnittet.   |    |
| Brukarnas nöjdhet med hemtjänst och särskilt boende ska vara över riksgenomsnittet.  |    |
| Andelen som tar kontakt med vård- och omsorgsförvaltningen via telefon och som får direkt svara på en enkel fråga ska öka. |    |
| Andelen som skickar e-post till vård och omsorgsförvaltningen och som får svar på e-post inom en dag ska öka.              |    |
| Öka antalet platser på äldreboenden och inom LSS.  |   |
| Nettokostnadsavvikelsen ska minska mot 2019.   |  |

Sammantaget visar resultatet vid årsuppföljningen att tre mål är uppfyllda och två mål är ej uppfyllda. Ett mål är ej utvärderat.

Nämnden slutredovisade uppföljningen av målen för 2021 i nämndens årsredovisning § 16 2022.026 VON vid nämndsammanträdet den 21 februari 2022.

### 11.4. Internkontroll

Årets interkontrollpunkter har varit:

|  |   |
|--|---|
| Att biståndsbeslut inte fattas i enlighet med nämndens riktlinjer.   |  |
| Att omställning till digital teknik tar längre tid än beräknat.  |  |
| Att kostnader för köpta platser externt inte minskar.  |  |
| Att beslutade timmar inte stämmer överens med budget för arbetade timmar inom hemtjänst och personlig assistans. |  |
| Att verksamheten inte är kostnadseffektiv.   |  |
| Att omställning utifrån politiska beslut tar längre tid än beräknat  |  |
| Att förvaltningen inte kan rekrytera personal i tillräcklig omfattning och med rätt kompetens                    |  |

Resultatet av kontrollerna visar att sex områden är genomförda utan anmärkning/med försumbar anmärkning och ett område med anmärkning.

Nämnden slutredovisade uppföljningen internkontrollplanen för 2021 i nämndens årsuppredovisning § 16 2022.026 VON vid nämndsammanträdet den 21 februari 2022.

## 11.5. Kritiska verksamhetsfaktorer

Nedan redovisas resultatet av uppföljningen av förvaltningens kritiska verksamhetsfaktorer inom perspektiven målgrupp och verksamhet:

För varje kritisk verksamhetsfaktor har en värdering gjorts i vilken grad varje enskild faktor har förverkligats under året som gått. Tanken är att detta ska ge signaler.

Värderingen av resultatet för respektive faktor görs med hjälp av signalfärgerna ● grönt (det här är vi bra på), ● gult (det här är vi inte tillräckligt bra på) och ● (det här är vi inte bra på, åtgärder krävs).

De numrerade kvalitetsfaktorerna anger vad vi ska lyckas med för att uppnå god kvalitet i grunduppdraget inom perspektiven målgrupp och verksamhet. Under dessa beskrivs hur det har gått 2021 eller vid den senaste mätningen.

### 1. God kvalitet i hemtjänsten. ●

#### Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)

| Nyckeltal  | Mål 2021 | Utfall 2021 | Utfall 2020 | Utfall 2019 |
|--|----------|-------------|-------------|-------------|
| Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - helhetssyn, andel (%) (alla) | 89%      | -           | 95%         | 94%         |

Undersökning av kvaliteten inom äldreomsorgen under 2021 är försenad. Resultatet presenteras i juni 2022.

Den senaste mätningen från 2020 visade att Äldres helhetsbedömning av kvaliteten inom hemtjänsten ökade från 94 procent år 2019 till 95 procent år 2020. Alingsås kommun ligger bättre till än genomsnittet för landets kommuner (88%, 2020). Skillnaden mellan män och kvinnor är marginell. Majoriteten av de områden som undersöks i mätningen hade ett oförändrat resultat jämfört med år 2019. Den sammantagna nöjdheten är något högre inom privat regi (95%) än inom egen regi (94%). Uppfattningen om kvaliteten i hemtjänsten har legat på en hög nivå sedan 2016 vilket visar på ett stabilt högt resultat.

Kvalitetsutvecklingsarbetet har fått stå tillbaka under både 2020 och 2021 på grund av coronapandemin. Det som har gjorts är att hemtjänsten för att säkerställa god kvalitet och öka kontinuiteten har utvecklat kontaktmannaskapet.

## 2. God kvalitet i särskilt boende i särskilt boende. ●

### Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)

| Nyckeltal  | Mål 2021 | Utfall 2021 | Utfall 2020 | Utfall 2019 |
|--|----------|-------------|-------------|-------------|
| Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - helhetssyn, andel (%) (alla) | 82%      | -           | 86%         | 88%         |

Undersökning av kvaliteten inom äldreomsorgen under 2021 är försenad och resultatet presenteras i juni 2022.

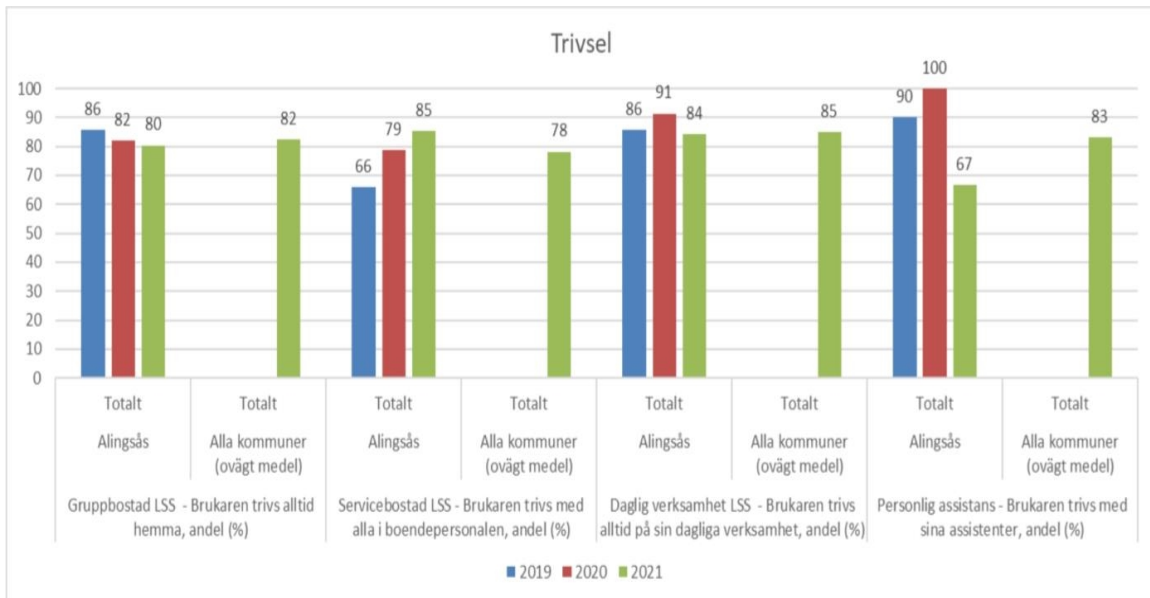
Resultatet från brukarbedömningen inom särskilt boende 2020 visade att bedömningen av särskilt boende utifrån en helhetssyn minskade något från 88 procent till 86 procent. Kvinnor var generellt mer nöjda än män. Resultatet för Alingsås kommun var högre än genomsnittet för landets kommuner (81%, 2020). Trots att resultatet för den sammantagna nöjdheten minskade visade resultatet på en positiv utveckling för flera av de områden som undersöks i mätningen. Exempelvis, att måltiderna ses som en trevlig stund och att aktiviteterna som erbjuds på boendet. Andelen som uppger att de besväras av ensamhet ökade dock mellan åren 2019 och 2020.

Den sammantagna nöjdheten var högre inom egen regi (88 procent) än inom privat regi (78 procent).

Med utgångspunkt i resultatet från tidigare års brukarundersökningar arbetar Äldreboendeavdelningen utifrån ett gemensamt mål för avdelningen. "En meningsfull vardag för dig". Det har bland annat lett till att ett nytt arbetssätt har införts, som innebär att alla äldreboende erbjuder minst 14 aktiviteter per vecka. Dock har åtgärder i verksamheten med anledning av covid-19 periodvis begränsat genomförandet av sociala aktiviteter och istället har en omställning till individuella och anpassade gruppaktiviteter skett under pandemin. I takt med att verksamheten har öppnat upp har antalet gemensamma aktiviteter ökat igen och sedan hösten 2021 erbjuder verksamheten åter 14 aktiviteter per vecka.

## God kvalitet inom LSS. 🌟

### Trivsel och förtroende för personal inom LSS.

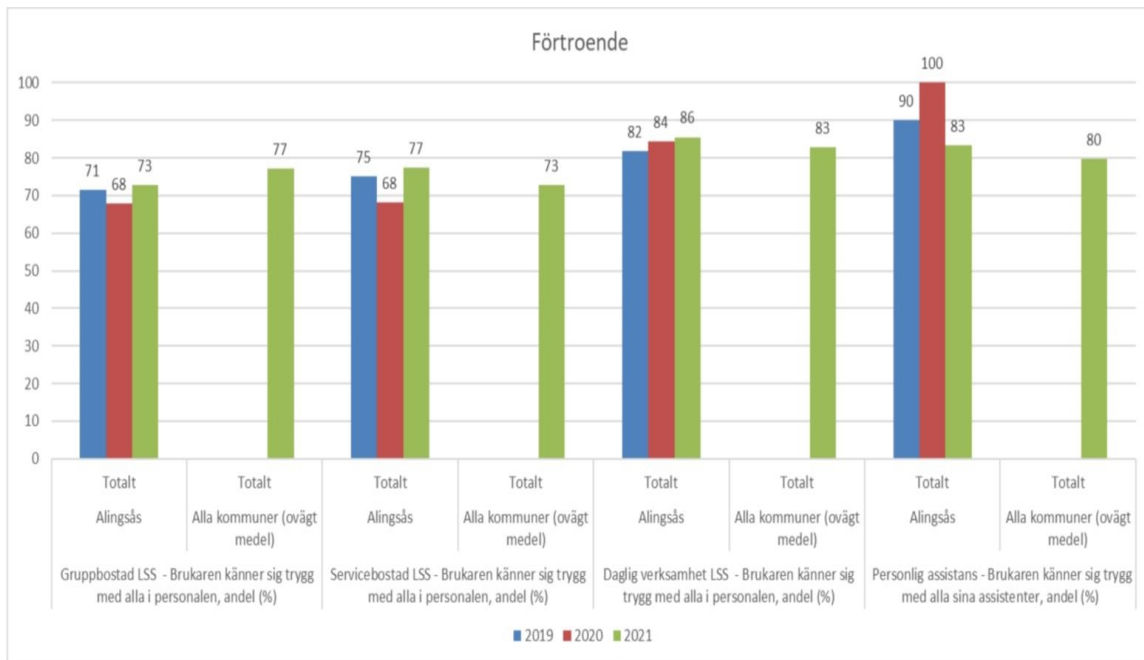


Trivseln ökade inom servicebostad LSS jämfört med föregående år, en minskning ses däremot inom övriga verksamhetsområden. Störst minskning ses inom personlig assistans.

Trivseln är generellt högre bland män än bland kvinnor, undantagen gruppbostad LSS där trivseln är högre bland kvinnor än bland män.

Resultatet för Alingsås kommun ligger högre än genomsnittet för riket inom området, servicebostad LSS.

Inom gruppbostad LSS och daglig verksamhet ligger resultat strax under genomsnittet för riket. Inom servicebostad LSS ses en positiv utveckling de senaste tre åren, till skillnad från gruppbostad LSS där en negativ utveckling för de senaste tre åren.



Förtroende för personalen är högre inom daglig verksamhet och personlig assistans än inom gruppbofastad LSS och servicebofastad LSS. Högst förtroende för personalen har brukare inom daglig verksamhet.

Vid en jämförelse mellan åren 2020 och 2021 ses en positiv utveckling för alla områden undantaget personlig assistans. Där förtroendet har minskat men fortsatt ligger kvar på en hög nivå.

Förtroende för personal är högre bland män än bland kvinnor inom servicebofastad LSS och personlig assistans. Inom gruppbofastad LSS och daglig verksamhet är förhållandet det omvända.

Vid en jämförelse med andra kommuner ligger Alingsås kommun över genomsnittet för riket inom området servicebofastad LSS, daglig verksamhet och i nivå med riket inom personlig assistans. Inom områdena gruppbofastad LSS ligger resultatet under genomsnittet för riket.

Åtgärder och anpassningar med anledning av coronapandemin bedöms till viss del ha påverkat resultatet under året. När det gäller personlig assistans innebär den låga svarsfrekvensen att det är svårt att dra några generella slutsatser av resultatet.

För att öka trivselen och förbättra kvaliteten i verksamheten arbetar verksamheten generellt med flera olika aktiviteter. Som exempel genomförs brukarråd och husmöten regelbundet där verksamheten bland annat arbetar med brukarfrågor kring exempelvis måltider, gemensamma aktiviteter och utflykter. Nämnden når inte upp till målsättning om att andel nöjda brukare som trivs hemma inom gruppbofastad LSS. Trivsel hemma för brukare inom gruppbofastad LSS är därför fortsatt ett prioriterat mål i vård- och omsorgsnämndens budget 2022–2024.

### 3. Alla avvikelser rapporteras och utreds. 🟡

För att säkerställa kvaliteten i arbetet med avvikelshantering följer förvaltningen sedan 2021 bland annat upp nyckeltalen andel avvikelser som har klassificerats av sjuksköterska och/eller enhetschef och andel avslutade utredningar.

Vid det senaste mättilfället (31 dec. 2021) var andelen klassificerade avvikelser 43 procent och andelen avslutade utredningar var 53 procent. Resultatet visar att det finns behov av fortsatt utvecklingsarbete.

Identifierade orsaker är bland annat att dokumentationen i avvikelshanteringssystemet har prioriterats ned pga. av hög arbetsbelastning under pandemin, att befintligt IT-stöd är svårhanterat, samt en otydlig roll och ansvarsfördelning i den interna processen.

Ett förbättringsarbete har påbörjats inom samtliga enheter där enheterna har kommit olika långt. Exempel på åtgärder som har vidtagits är ökad dialog och uppföljning av avvikelser inom förvaltningens ledningsgrupper, samt att MAS och SAS har bjudits in att delta i arbetet med att analysera och identifiera förbättringsområden inom avdelningarna.

För att tydliggöra ansvarsfördelning och roller, samt förbättra flödet i hanteringen av avvikelser har en revidering av förvaltningens riktlinje för rapporteringsskyldighet och hantering av händelser påbörjats under året. Implementering av den uppdaterade riktlinjen kommer att ske under 2022. Därutöver pågår upphandling av ett nytt IT-stöd för avvikelshantering.

Förvaltningens målsättning för 2022 är att andelens klassificerade avslutade utredningar ska uppgå till 95 procent.

### 4. Biståndsbeslut följs upp och omprövas. 🟡

Vid senaste mättilfället har 75 % procent av biståndsbesluten enligt SoL följts upp och omprövats inom angiven tidsram för uppföljning.

Periodvis har myndighetsavdelningen haft svårigheter att hinna genomföra uppföljningar i tid på grund av ett högt ärendeinflöde som har medfört en hög arbetsbelastning. För att öka kvalitén och minska ärendebelastningen har antalet tjänster utökats. En enhetschef och en handläggare anställdes under året.

Förvaltningens målsättning för 2022 är att 90 % av biståndsbesluten ska följas upp och omprövas inom angiven tidsram för uppföljning.



## 5. Trygga och säkra sjukvård och omsorgsinsatser.

| <b>Nyckeltal</b>                  | <b>Utfall 2021</b> | <b>Utfall 2020</b> | <b>Utfall 2019</b> |
|-----------------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| Antal avvikelser bemötande totalt | 132                | 55                 | 29                 |

Utvecklingen av bemötandeavvikelser beskrivs närmare i avsnitt 11.7 Avvikelser.

Inom ramen för den kritiska verksamhetsfaktorn, trygga och säkra sjukvårds- och omsorgsinsatser, följs även fall och läkemedelsavvikelser upp. Dessa redovisas i vård- och omsorgsnämndens patientsäkerhetsberättelse.

Med anledning av det ökade antalet avvikelser gav vård- och omsorgsnämnden under hösten förvaltningen i uppdrag att ta fram och redovisa en åtgärdsplan. Utifrån nämndens uppdrag har samtliga avdelningschefer inom egen regin tagit fram och redovisat handlingsplaner.

## 11.6. Kvalitetsgranskning

Inom ramen för nämndens verksamhetsplan för systematisk kvalitetsgranskning och uppföljning 2021 granskades under året området "säker vård och omsorg". Granskningen genomfördes via en enkätundersökning som skickades ut till 10–15% procent av all personal som jobbar inom vård och omsorg såväl inom egen regi som privat regi. Utifrån resultatet identifierades prioriterade förbättringsområde för varje avdelning.

Resultatet sammanfattas av nedanstående bild.

|  |
|--|
| <i>Myndighetsavdelningen</i>   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Beställningar som kommer från myndighetavdelningen ska vara tydliga och begripliga</li><li>• Beställningar ska stämma väl överens med den enskildes behov</li></ul>  |
| <i>Avdelning hemtjänst</i>   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Teamsamverkan</li><li>• Nödvändig kunskap om hjälpmedel</li><li>• Kunskap om vad man gör om barn far illa /ohälsosamma förhållande</li><li>• God kunskap om dokumentation</li><li>• Grundläggande kunskaper/ god svenska i tal och skrift/fördjupande utbildningar</li></ul>         |
| <i>Avdelning äldreboende</i>   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Teamsamverkan</li><li>• Hälsöfrämjande och förebyggande arbetssätt</li><li>• Nödvändig kunskap om hjälpmedel</li><li>• God kunskap om dokumentation</li><li>• Grundläggande kunskaper/ god svenska i tal och skrift / fördjupande utbildningar</li></ul>                             |
| <i>Avdelning boende och arbete LSS</i>   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Teamsamverkan</li><li>• Hälsöfrämjande och förebyggande arbetssätt</li><li>• Kunskap om basala hygienrutiner</li><li>• Nödvändig kunskap om hjälpmedel</li><li>• Grundläggande kunskaper/ god svenska i tal och skrift / fördjupande utbildningar</li></ul>                          |
| <i>Avdelning personlig assistans och stöd LSS</i>  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Teamsamverkan</li><li>• Delaktighet i när och hur vård- och omsorgsinsatser ska genomföras</li><li>• Hälsöfrämjande och förebyggande arbetssätt</li><li>• Identifiera vårdskada</li><li>• Grundläggande kunskaper/ god svenska i tal och skrift / fördjupande utbildningar</li></ul> |

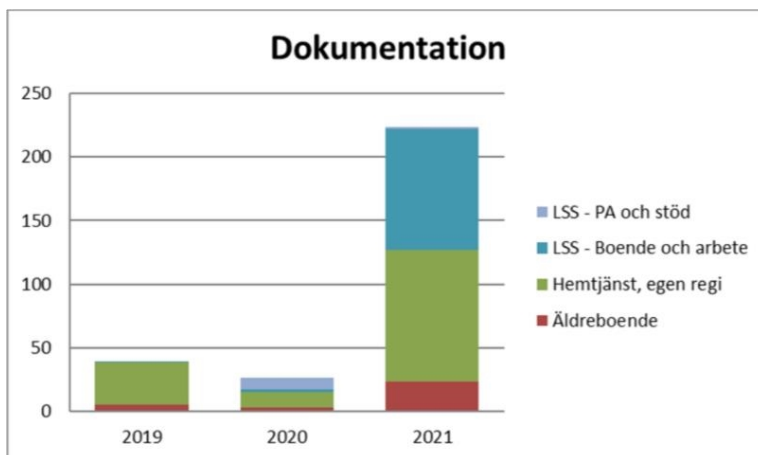
### Privata utförare

- Teamsamverkan
- Nödvändig kunskap om hjälpmedel
- kunskaper om vad man gör om barn far illa/ohälsosamma förhållanden
- God kunskap om dokumentation
- Grundläggande kunskaper/ god svenska i tal och skrift/fördjupande utbildningar

Med utgångspunkt i resultatet har respektive avdelningschef i egen regi och utförare inom privat regi tagit fram och redovisat en handlingsplan. Handlingsplanen kommer att följas upp under 2022.

## 11.7. Avvikelser

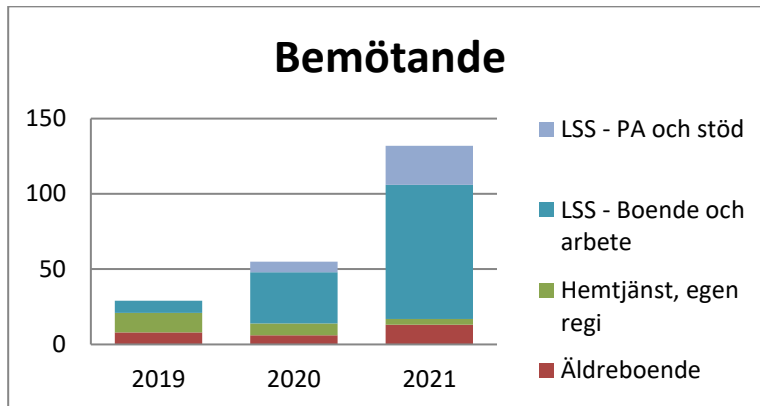
### Dokumentation



Avvikelser gällande dokumentation handlar till allra största delen om beslut som inte omprövats i rätt tid eller som inte blivit omkodade till rätt område

Avvikelserna i dokumentation har ökat kraftigt under 2021. Största delen av ökningen gäller digital signering som inte har genomförts.

### Bemötande



Avvikelser som rapporteras handlar om att personal uttrycker sig på ett olämpligt sätt, som upplevas kränkande av den enskilde.

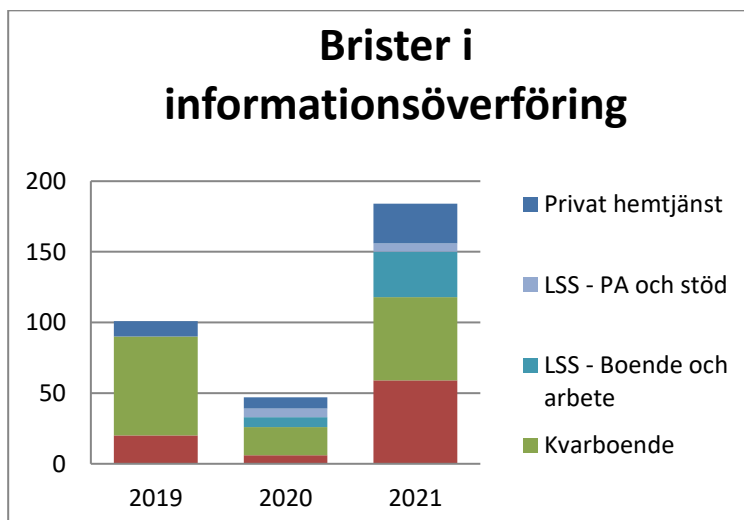
Hur de boende på demensboende bemöter varandra och personal, exempelvis kan de vara hotfulla i tal och agerande.

Hur de brukare som bor i Bostad med särskild service enligt LSS bemöter varandra och personal muntligt och fysiskt.

Inom daglig verksamhet handlar det om händelser som sker muntligt och fysiskt gentemot varandra och personal.

Vid kontakt med sjuksköterskor i brukarärende upplever vårdpersonal inte alltid att de bemöts respektfullt.

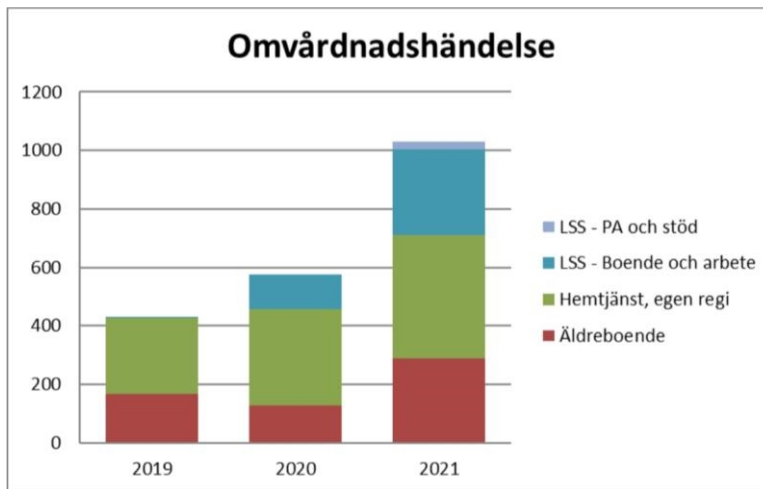
### Informationsöverföring



Avvikelserna som rapporteras som brister i informationsöverföring handlar om brister i den interna kommunikationen mellan olika yrkeskategorier/arbetslag exempel på brister att brukare blivit missade i planeringen, nattpersonalen inte fått information om förändringar, brukare som kommit hem från sjukhus utan att alla i arbetslaget fått information. Interna beställningar som skickats fel, kodats fel.

Inom LSS handlar det bland annat om brister i kommunikation mellan boendet och daglig verksamhet, beställning av transporter och information om planerade aktiviteter.

### Omvårdnadshändelser



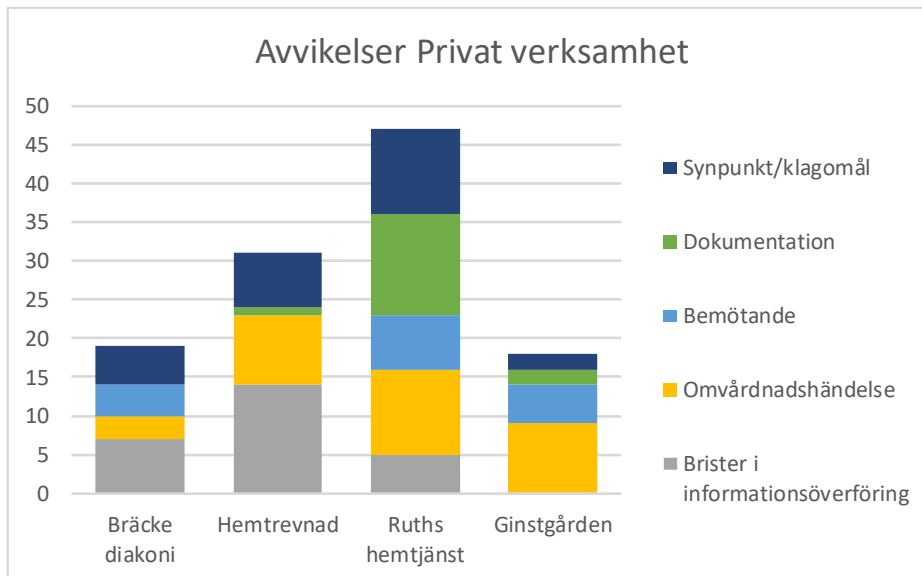
Omvårdnadshändelser som rapporterats är till övervägande delen insatser som inte blir utförda.

De insatser på äldreboende som har rapporterats som ej utförda är orsaken till största del personalbrist och tidsbrist.

De insatser i hemtjänst som rapporterats som ej utförda anges orsaken vara personalbrist, tidsbrist eller att insatser har glömts bort eller saknats i planeringen.

De insatser inom LSS som rapporterats beror ofta på att planerade insatser inte utförts och att personalen inte jobbat utifrån de bemötandestrategier som finns framtagna för brukarna.

## Avvikelser Privata verksamhet



Externa utförare har egna rutiner för avvikelshantering som beskrivs i respektive ledningssystem. Hemtjänstutförare ansvarar inte för hälso- och sjukvård och rapporterar därför avvikelser om läkemedel och fall till vård- och omsorgsförvaltningen i verksamhetssystem. Varje kvartal rapporteras antal avvikelser in till Alingsås kommun.

Antalet avvikelser bör sättas i proportion till antalet brukare som de ansvarar för. Det finns en rimlighet i att de som har mindre antal brukare även har ett färre antal avvikelser.

Ginstgården (äldreboende som drivs av Bräcke Diakoni) har eget hälso- och sjukvårdsansvar och redovisar därför inte avvikelser som detta område till förvaltningen.

### Lex Sarah

Under året har en händelse rapporterats enligt Lex Sarah. Vidtagna åtgärder i ärendet redovisas i avsnitt 11.3 Tillsyn under tillsynsärende 3.

### Avslut av privat hemtjänstutförare.

Sedan februari 2019 krävs det tillstånd från IVO för att kunna bedriva hemtjänstverksamhet privat. Av de fyra aktiva hemtjänstföretagen så fick tre av dessa sina tillstånd godkända under 2019. 24 H Vård och omsorg blev inte godkända och överklagade avslagsbeslutet. I väntan på beslut fortsatte de sin verksamhet och utförde hemtjänstinsatser utifrån uppdrag från myndighetsavdelningen. Beslut om avslag kom 20 november 2021 och 24H Vård och omsorg fick i uppdrag av IVO att avsluta verksamheten till 2021-12-31.

Företaget hade vid avslutet fem kunder som med hjälp av myndighetsavdelningen gjorde val av ny utförare för fortsatta insatser.

### **11.8. Utvärdering av digitala inköp av dagligvaror inom hemtjänsten.**

Under året har förvaltningen på uppdrag av vård- och omsorgsnämnden utvärderat införandet av digitala inköp av dagligvaror.

Utvärderingen omfattar perioden 2020-06-01 – 2021-05-31 och redovisades till vård- och omsorgsnämnden vid nämndsammanträdet den 27 september.

Utvärderingen genomfördes genom granskning och analys av inkomna klagomål och synpunkter till förvaltningen, samt statistik från Mathem kundtjänst. Totalt granskades 49 synpunkter och klagomål. Frågorna belyser kundnöjdheten avseende såväl service och lätthet att beställa och kvalitén på beställda och levererade varor.

Sammantaget visade resultatet av utvärderingen att kunderna till största delen är nöjda.

Coronapandemin har påverkat implementeringen av digitala inköp. För att minska risken för smittspridning har hemtjänstpersonal utfört delar av Mathems åtaganden.

Förvaltningen konstaterade att antalet brukare med insatsen inköp har minskat sedan införandet av digitala inköp. Från 612 personer i juni 2020 till 488 personer i maj 2021. Orsaken är bland annat att fler får hjälp av närstående att utföra inköp antingen digitalt eller fysiskt. Det finns brukare som själva klarar av att göra sina inköp digitalt och därför inte längre har behov av insatsen. Hur stor del av förändringen som kan hänföras till pandemin och hur stor del som kan hänföras till införandet av digitala inköp är svårt att bedöma.

## 11.9. Öppna jämförelser

Öppna jämförelser jämför kommunerna utifrån enkätfrågor som speglar kommunernas förutsättningar för god kvalitet och att uppnå kvalitet när det gäller kvalitetsområdena; Tillgänglighet, helhetssyn och samordning, kunskapsbaserad verksamhet, självbestämmande och integritet och trygghet och säkerhet.

2021 deltog socialnämnden i Alingsås kommun i Öppna jämförelser inom områdena; *Äldreomsorg, Funktionsstöd, Kommunal hälso- och sjukvård och krisberedskap* (Resultatet för undersökningen Kommunal hälso- och sjukvård redovisas i vård- och omsorgsnämndens patientsäkerhetsberättelse)

Äldreomsorgen i Alingsås kommun uppfyller de framtagna indikatorerna inom områdena *tillgänglighet och helhetssyn och samordning*. Områden som visar ett lägre resultat är *kunskapsbaserad verksamhet och trygghet och säkerhet*. Efterfrågade förutsättningar som saknas är bland annat användning av ett systematiskt arbetsätt vid utredning och uppföljning med stöd av IBIC (Individens behov i centrum), genomförande av systematisk uppföljning på gruppnivå och aktuell rutin för att inte röja skyddade personuppgifter. Vidare garanterar inte kommunen kontakt eller inställelse inom en viss tid efter att brukaren larmat.

Funktionsstöd i Alingsås kommun uppfyller i stora delar de framtagna kvalitetsindikatorerna för områdena *tillgänglighet, självbestämmande och integritet och trygghet och säkerhet*. Områden som visar ett lägre resultat är *helhetssyn och samordning och kunskapsbaserad verksamhet*. Framförallt visar resultatet på brister när det gäller uppföljning av rutiner för samverkan. Det som också saknas är användande av standardiserade bedömningsmetoder, genomförande av systematisk uppföljning på gruppnivå och aktuell rutin för att inte röja skyddade personuppgifter.

Resultatet gällande krisberedskap visar på att vård- och omsorgsförvaltningen i stora delar uppfyller de efterfrågade kvalitetsindikatorerna inom områdena; kontinuitetsplaner för särskilt sårbara grupper, krisberedskap ingår som en del i upphandlingen, samt att det finns beredskapsplaner för höga temperaturer för särskilt sårbara grupper. Ett område som visar på ett lägre resultat är evakueringsplaner för särskilt sårbara grupper.

Stöd för systematisk uppföljning på gruppnivå och tillgång till evakueringsplaner är två utvecklingsområden som delas med flera kommuner i landet.



## 11.10. Kommunens kvalitet i korthet KKIK

Kommunens kvalitet i korthet är ett nationellt projekt med cirka 260 deltagande kommuner. Genom projektet redovisas och jämförs kommunens resultat inom områden som är av stort intresse för invånarna. Måtten inom KKIK uppdelat på de tre olika områdena

- Barn och unga
- Stöd och omsorg
- Samhälle och miljö.

I detta avsnitt redovisas resultatet för måtten väntetid i särskilt boende, personalkontinuitet i hemtjänsten och kvalitetsaspekter inom särskilt boende.

Resultatet för samtliga mått finns på [www.skr.se/KKIK](http://www.skr.se/KKIK).

| Nyckeltal   | 2019 | 2020 | 2021 | Alla kommuner |
|---|------|------|------|---------------|
| Väntetid i antal dagar från ansökningsdatum till första erbjudandet om inflyttning till särskilt boende, medelvärde | -    | 88   | 49   | 44            |
| - män (%)   | -    | 85   | 47   | 42            |
| - kvinnor (%)   | -    | 90   | 50   | 44            |
| Personalkontinuitet, antal personer som en hemtjänsttagare möter under 14 dagar, medelvärde                         | -    | 16   | 14   | 16            |
| - män (%)   | -    | 16   | 14   | 16            |
| - kvinnor (%)   | -    | 16   | 14   | 16            |
| Kvalitetsaspekter särskilt boende äldreomsorg (%) av maxpoäng   | 80   | 84   | 80   | 51            |

Färgkodningen redovisar resultatet jämfört med andra kommuner. Grön färg innebär ett utfall bland de 25% med högst resultat, gul färg bland de 50% mittersta och röd färg bland de 25% med lägst resultat.

### **Minskad väntetid till äldreboende.**

Väntetiden för att bli erbjuden inflyttning på särskilt boende minskade mellan åren 2020 och 2021, både i Alingsås och i genomsnittet för riket. Alingsås kommun befinner sig nu på en nivå strax över genomsnittet för alla kommuner. Anledningarna är fler boendeplatser och färre ansökningar till särskilt boende under året. De lägre antalet ansökningarna kan till största delen förklaras av coronapandemin.

### **Ökad personalkontinuitet i hemtjänsten.**

Resultat visar på en ökad personalkontinuitet inom hemtjänsten. Alingsås kommun befinner sig bland de 25 procent av kommunerna där en hemtjänsttagare möter minst antal personer under en 14-dagarsperiod. Noterbart i sammanhanget är att måttet visar på hur många personer som en person med omfattande hemtjänstbehov möter under en

period om 14 dagar, som har hemtjänst flera gånger per dag och alla dagar i veckan. Ett ökat fokus på kontakmannaskapet och personalkontinuitet tillsammans med optimerad planering inom hemtjänsten bedöms ha påverkat resultatet.

### **Utbudet av kvalitetsaspekter inom äldreboende håller en hög nivå.**

Det utbud av kvalitetsaspekter som erbjuds äldre inom särskilt boende håller en hög nivå i Alingsås och har de senaste tre åren varit bland de 25 procent av kommunerna med högst resultat inom området. Kvalitetsaspekter som ingår i måttet är till exempel att boendet erbjuder minst en organiserad aktivitet per dag under helgen och erbjudande om daglig utevistelse. Det finns dock större variationer mellan olika boendeenheter.

### **11.11. Utredningstiden för beslut om LSS-insats**

| Nyckeltal  | 2019 | 2020 | 2021 | Alla kommuner |
|--|------|------|------|---------------|
| Utredningstid i antal dagar från ansökan till beslut om LSS-insats (alla insatser), medelvärde | -    | 62   | 76   | 45            |
| -kvinnor   |      |      | 74   | 45            |
| -män   |      |      | 77   | 46            |

*Färgkodningen redovisar resultatet jämfört med andra kommuner. Grön färg innebär ett utfall bland de 25% kommuner med högst resultat, gul färg bland de 50 % mittersta och röd färg bland de 25% med lägst resultat.*

Antal dagar i genomsnitt från ansökan till beslut om LSS insats är 76 dagar, vilket är en ökning med 14 dagar jämfört med 2020. Alingsås kommun befinner sig bland de 25 % kommuner med lägst resultat. Utredningstiden är i genomsnitt 3 dagar längre för män än för kvinnor. Källa: Kolada (U28414)

## 11.12. Servicemätning via telefon och e-post.

Servicemätningen via telefon och e-post genomförs av externt företag (Profitel). Mätningens syfte är att ta reda på i vilken omfattning och med vilken kvalitet kommunerna svarar på de frågor som ställs.

| Nyckeltal   | 2021 | 2020 | 2019 | Alingsås kommun 2021 |
|---|------|------|------|----------------------|
| Andel som tar kontakt med kommunen via telefon som får ett direkt svar på en enkel fråga, funktionshinder (handikapp) (%) | 33%  | 50%  | 0%   | 67 %                 |
| Andel som tar kontakt med kommunen via telefon som får ett direkt svar på en enkel fråga, äldre (%)                       | 33%  | 67%  | 50%  |                      |
| Andel som får svar på e-post inom en dag, funktionshinder (handikapp) (%)   | 100% | 83%  | 50%  | 67%                  |
| Andel som får svar på e-post inom en dag, äldre (%)   | 92%  | 67%  | 83%  |                      |

Andelen som tar kontakt via telefon och som får ett direkt svar på en enkel fråga har minskat både inom funktionshinder och äldreomsorg jämfört med föregående år. Resultatet ligger är lägre än resultatet för Alingsås kommun.

Verksamheten arbetar aktivt för att ha en hög tillgänglighet via telefon. Bland annat genom att säkerställa att aktuella kontaktuppgifter finns tillgängliga i växeln, att det finns funktioner som alltid kan besvara inkommande samtal samt att hänvisning sker vid frånvaro. Trots det indikerar mätningen på en låg tillgänglighet via telefon. Vilket medför behov av fortsatt kartläggning och analys inom förvaltningen i syfte att kunna införa åtgärder som ger effekt.

Andelen som får svar på e-post inom en dag har ökat inom både funktionshinder och äldreomsorg jämfört med föregående år. Resultaten ligger över målvärdet och är högre än resultatet för Alingsås kommun.

Resultatet indikerar att det finns en ökad medvetenhet om kommunens policy för hantering av e-post och att den hög utsträckning efterföljs.

## 11.13. Tillsyn

IVO har under 2021 utfört tre tillsyner av vård och omsorgsverksamheter

### Tillsyn 1

Ivo inledde tillsyn efter en anonym anmälan. Då det inte var specificerat vilket boende ärendet rörde så har IVO gjort en generell bedömning av hur Alingsås kommun använder kodlås samt granskning av nattbemanning på demensenheter.

#### *Kodlås på enheter avsedda för personer med demenssjukdom*

IVO bedömde att de kodlås som används nattetid inte anses vara en form av tvångs- och begränsningsåtgärd, så länge personal finns på enheten och utan dröjsmål kan bistå brukaren med stöd och hjälp.

#### *Bemanning på demensenheter i Alingsås kommun*

IVO konstaterar att enheterna är bemannade med en personal per enhet nattetid, vilket generellt sett anses vara tillräckligt. Det är dock viktigt att bemanningen anpassas utifrån brukarnas behov och en sådan utvärdering behöver göras kontinuerligt.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO9) har inte uppmärksammat några brister inom de områden som tillsynen omfattat.

#### *Beslut*

IVO avslutar därför ärendet.

### Tillsyn 2

IVO hade som regeringsuppdrag att följa upp Socialstyrelsens föreskrifter om besök (HSLF-FS 2020:46) på särskilda boendeformer för äldre under pandemin. Syftet var att ta reda på hur smittsäkra besök har kunnat genomföras på boendena efter den 1 oktober 2020 (när det nationella besöksförbudet togs bort).

Tillsynen avsåg tidsperioden 1 oktober 2020 till och med 13 augusti 2021 och avsåg även eventuell förekomst av begränsningar av besök eller förbud mot besök till boende.

IVO genomförde tillsynen genom enkätfrågor till chef, personal och närstående vid ett särskilt boende i Alingsås kommun.

Utifrån enkätsvaren så finner IVO att varken ansvarig chef eller samtlig personal på det särskilda boendet har haft kännedom om nämndens besöksrutiner. IVO menar därmed att de olika svaren som inkommit till IVO om hur det särskilda boendet har arbetat med att ordna smittsäkra besök efter att det nationella besöksförbudet togs bort den 1 oktober

2020 tyder på att verksamheten inte till fullo har bedrivits i enlighet med bestämmelser i HSLF-FS 2020:46 vilket är en brist.

### *Beslut*

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) avslutar ärendet men påtalar följande brist:

- Verksamheten har inte bedrivits i enlighet med bestämmelser i ovan nämnda föreskrift.

IVO vidtar i nuläget inga ytterligare åtgärder med anledning av bristen men förutsätter att nämnden vidtar adekvata åtgärder för att komma till rätta med denna.

Nämnden har vidtagit åtgärder genom att samtliga enhetschefer inom avdelning äldreboende har informerats om och gått igenom gällande besöksrutiner, i syfte att säkerställa att omvårdnadspersonal har kunskap om rutinerna.

### **Tillsyn 3**

Bakgrunden till tillsynen är ett klagomål från en enskild person som rör restriktioner i samband med Covid-19 som, enligt uppgift, har haft betydande påverkan på den enskildes psykiska mående.

Enligt beslut från IVO har nämnden brustit när det gäller:

- Nämnden har vidtagit tvångs- och begränsningsåtgärder mot den enskilde.
- Det finns brister i följsamhet till bestämmelserna om lex Sarah.

IVO begär en redovisning från nämnden som beskriver vilka åtgärder som har vidtagits samt planerar att vidta för att komma till rätta med bristerna samt hur nämnden säkerställer att bristerna inte upprepas.

Nämnden har vidtagit följande åtgärder:

- Det har genomförts uppföljningsmöten med anställda på den aktuella enheten. Syftet har varit att klargöra vilket ansvar personal har utifrån olika roller.
- Dokumentationen kring den enskilde har granskats av verksamheten och ansvariga på enheten har fått i uppgift att komplettera dokumentationen kring den enskilde utifrån gällande rutiner.
- I rutiner gällande Covid-19 beskrivs det att när en person är misstänkt eller bekräftad smittad eller vid screening, bör den som är exponerad äta på rummet och inte delta i sociala aktiviteter de första 7 dagarna men kan mobiliseras utanför rummet under kontrollerade former (undvika nära möten). Det går utmärkt att vistas utomhus.

- En handlingsplan ska upprättas och dokumenteras i brukarens journal där det tydligt beskrivs vad som gäller för den enskilde när den är misstänkt smittad eller ingår i en screening. Det är enhetschefens ansvar att handlingsplanen upprättas samt att all personal informeras om vilka risker och rutiner som gäller hos brukaren.
- Professioner som är involverade i den enskildes vård och omsorg ska samverka och handlingsplaner som beskriver olika scenarier som kan uppstå upprättas. Handlingsplaner ska vara dokumenterade. Om det finns behov av en SIP ska den som ser behovet kalla till detta.
- I den systematiska kvalitetsgranskningen som genomfördes 2021 uppmärksammades att det finns brister i hanteringen av avvikelser. Samtliga avdelningar inom nämndens ansvarsområde har fått i uppdrag att genomföra ett förbättringsarbete inom detta område.
- Anställda i aktuell verksamhet ska få en uppdatering av gällande rutiner för hur synpunkter och klagomål hanteras.
- Alla anställda i aktuell verksamhet kommer att få en uppdatering av rutinen gällande lex Sarah.

Nämnden kommer att vidta följande åtgärder:

- Riktlinje för avvikelser (händelser) kommer att uppdateras med syfte att förtydliga roller och ansvar samt att händelser snarast ska utredas.
- Genomgång samt eventuell justering av gällande riktlinje för dokumentation med syfte att förtydliga roller och ansvar.
- Systematisk kvalitetsgranskning av dokumentation ska genomföras under 2022 i all verksamhet. Detta kommer att genomföras med hjälp av kollegial granskning samt genom att SAS/MAS/MAR kommer att utifrån en given struktur granskar ett antal slumpmässigt utvalda journaler.

IVO har bedömt att nämnden har vidtagit nödvändiga åtgärder och har avslutat ärendet.

## 12. Analys och utvecklingsområde

Året har till stora delar har kännetecknats av coronapandemin och ett ökat fokus på ekonomistyrning. Trots det visar underlaget och resultatet i kvalitetsberättelsen på att ett intensifierat och fokuserat kvalitetsarbete har påbörjats under hösten. Fokus i arbetet har varit att starta upp och återuppta utvecklingsarbeten som har varit pausade under pandemin, samt att omhänderta kvalitetsbrister som har uppkommit på grund av att arbetet med förebyggande riskarbete och intern samverkan till viss del har fått stå tillbaka.

Sammantaget visar kvalitetsberättelsen att förvaltningens arbete med att etablera ett processbaserat ledningssystem har startat upp. Arbetet med digitalisering och välfärdsteknik har intensifierats och förstärkts. Fler boendeplatser har tillskapats och väntetiden till särskilt boende för äldre minskade under året. Därtill har ett arbete med att se över och kvalitetssäkra korttidsprocessen påbörjats. Demensprocessen har vidareutvecklats både på lokal och delregional nivå. Handlingsplaner har upprättats utifrån årets kvalitetsgranskning om säker vård- och omsorg. Därutöver har samtliga avdelningar tagit fram handlings- och åtgärdsplaner både i syfte att minska antalet avvikelser och för att säkerställa ett fungerande arbetssätt i befintliga kvalitetsregister och med avvikelshantering.

Andelen som är nöjda med sin hemtjänst och inom kommunens boende för äldre är i den senaste mätningen bland de nöjdaste i landet. När det gäller brukarnas bedömning av kvaliteten inom LSS återfinns Alingsås generellt bland de mittersta kommunerna.

Vid analys och identifiering av förvaltningens utvecklingsområden har de områden som socialstyrelsen och Sveriges kommuner och landsting tagit fram för "God vård" varit vägledande.

### 12.1. Självbestämmande och integritet

*Med självbestämmande och integritet menas att den enskilde är delaktig, har inflytande och ges möjlighet till egna val.*

Resultatet i brukarundersökningar visar att brukarna i hög grad upplever sig delaktiga och har inflytande i kontakten med äldreomsorgen, dvs att personalen tar hänsyn till brukarens åsikter och önskemål. Det är också en stor andel av brukarna inom äldreomsorgen som upplever att de kan påverka tider. På samma sätt upplever flertalet av brukarna inom funktionsstöd att det får bestämma saker om saker som är viktiga.

Inom utförarverksamheten utformas individuella genomförandeplaner tillsammans med den enskilde, i vilka hänsyn till den enskildes inflytande och möjlighet till egna val ska tas. Genom att arbeta ändamålsenligt med genomförandeplaner kan verksamheten uppnå kraven om självbestämmande och integritet. Brukare ges också möjlighet till inflytande genom brukarråd och husmöten. Inom avdelningarna för funktionsstöd genomförs pedagogiska konferenser i syfte att tillförsäkra den enskilde god kvalitet. Avdelningens metodutvecklare ansvarar för att kvalitetssäkra insatsen.

## 12.2. Helhetssyn och samordning

*Helhetssyn utgår från den enskildes samlade livssituation. Då den enskilde har behov av tjänster som bedrivs inom olika verksamheter eller av olika utförare/professioner är dessa samordnade. Det finns tydlig ansvarsfördelning. Tjänsterna präglas av kontinuitet.*

Under hösten har behovet av intern samverkan uppmärksamats och varit i fokus. Konsekvenserna av pausad teamsamverkan under pandemin har synliggjort behovet av samverkan mellan olika yrkeskategorier. Ett aktivt arbete med att planera och vidta åtgärder för att återuppta och förbättra teamsamverkan har skett under året. Arbetet utifrån framtagna handlingsplaner kommer att följas upp under 2022.

Inom ramen för SAMLA har nya delregionala tillämpningsanvisningar för in- och utskrivningsprocessen från slutenvården upprättas under året, i syfte att skapa ett bättre flöde och säkerhemgång från slutenvården. Bland annat genom att genomföra SIP (samordnade individuella plan) i den enskildes hem. Implementering av den nya SIP riktlinjen har genomförts. Uppföljningen av implementeringen visar dock på att arbetet med SIP i hemmet fortsatt behöver utvecklas och förbättras inom förvaltningen.

Ett utvecklingsområde som identifieras i öppna jämförelser är uppföljning av rutiner för samverkan. Förbättringsåtgärder kommer att vidtas inom ramen för det påbörjade arbetet med en effektiv och kvalitetssäkrad dokumenthantering, därutöver behöver berörda avdelningar ansvara för att en utveckling sker inom respektive verksamhet.

## 12.3. Trygghet och säkerhet

*Trygghet och säkerhet innebär att tjänsterna utförs enligt gällande regelverk. Tjänsterna är transparenta vilket innebär förutsägbarhet och möjlighet till insyn. Risk för kränkning, försummelse, fysisk eller psykisk skada förhindras genom förebyggande arbete.*

För att uppnå en trygg och säker socialtjänst, dvs att verksamheten uppfyller de krav och mål som finns för verksamheten i gällande lagar och föreskrifter krävs ett genomtänkt och strukturerat kvalitetsarbete. Genom uppbyggnaden av ett processbaserat ledningssystem ökar förutsättningarna för ett långsiktigt kvalitetsarbete där fokus är att skapa arbetsflöde som utgår från den enskildes behov, samt att tydliggöra och säkerställa att samverkan sker och är möjlig när det behövs för att säkra kvaliteten i de insatser som ges.

Underlaget och resultatet i kvalitetsberättelsen visar att förvaltningens avvikelshantering inte är tillräcklig bra. Ett utvecklingsarbete framöver är revidering och implementering av nya riktlinjer för avvikelshantering, samt införandet av ett nytt beslutstöd för hantering av avvikelser.

Brukarundersökningar visar att upplevelsen av trygghet är god både inom hemtjänsten och boende för äldre. Inom både gruppboende LSS och serviceboende LSS ökade upplevelsen av trygghet 2021 jämfört med 2020 och Alingsås ligger generellt i nivå med genomsnittet i riket inom samtliga verksamhetsområden. För att stärka det lågaffektiva arbetet och



möjliggöra fortlöpande reflektion genomförs inom avdelningarna för funktionsstöd en utbildningsinsats i pedagogiskt förhållningsätt.

Ett område som förvaltningen behöver förbättra är tydliga och mätbara mål vid insats, samt rättssäker och effektiv dokumentation. Inom ramen för nämndens verksamhetsplan för systematisk kvalitetsgranskning kommer en övergripande dokumentationsgranskning att genomföras under 2022. Därutöver kommer myndighetsavdelningen att vidareutveckla arbetet med att utforma tydliga och individuella mål för den enskildes insatser, samt tydliga uppdrag till verkställigheten.

Ett utvecklingsområde som identifieras i öppna jämförelser är behovet av aktuella rutiner för röjande av personuppgifter. Revidering och implementering av riktlinjer för skyddade personuppgifter är ett av förvaltningens prioriterade förbättringsområde under 2022.

Resultatet av granskningar som gjorts av IVO (Inspektionen för vård och omsorg) under året visar att nämnden uppfyller kraven om kvalitet när det gäller användning av kodlös och nattbemanning på demensenheter. Områden där IVO påvisat brister är när det gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter om besök i särskilda boendeformer för äldre under covid-19-pandemin (HSLF-FS 2020:46), användningen av tvångs- och begränsningsåtgärder samt följsamheten till bestämmelserna om Lex Sarah. Nödvändiga åtgärder har vidtagits och IVO har avslutat gällande ärenden.

#### **12.4. Kunskapsbaserad verksamhet**

*Kunskapsbaserad verksamhet innebär att tjänsterna utförs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet, samt att den enskildes erfarenheter tas till vara. Som exempel kan det röra sig om att verksamheten använder manualbaserade metoder och samverkar med forskning och högskola.*

Förvaltningen använder flera av de nationella kvalitetsregister som finns inom äldreomsorgen och som möjliggör systematisk uppföljning av verksamheten. Underlaget i kvalitetsberättelsen visar att det är en utmaning att implementera och få uthållighet i arbetet med kvalitetsregister.

Användning av IBIC förväntas öka förvaltningens förutsättningar att arbeta med systematisk uppföljning på gruppnivå. Genom att de underlag som tas fram på individnivå i större utsträckning än idag kan användas och sammanställs på gruppnivå.

En kunskapsbaserad verksamhet innebär att brukarnas erfarenheter tas till vara. Inom förvaltningens verksamheter utgör brukarundersökningar en väsentlig del av arbete med att utveckla verksamhetens kvalitet. Såväl inom äldreomsorgen som inom funktionsstöd finns väl utvecklade former och strukturer för att tillsammans med brukare och personal arbeta med analys och verksamhetsutveckling utifrån undersökningarnas resultat.

Den interna kompetensutvecklingen och vidareutbildning har till stor del fått stå tillbaka under pandemin. En viktigt och prioriterat område är att säkerställa arbetet med interna utbildningssatser återupptas.

## 12.5. Tillgänglighet

*Med tillgänglighet menas bland annat att det ska vara lätt att ta kontakt med socialtjänsten och vid behov få del av tjänsterna inom rimlig tid. Information och kommunikation ska vara begriplig och anpassad efter olika grupper och individers behov. Kommunikationen mellan den enskilde och professionen präglas av ömsesidighet och dialog. Verksamheterna är fysiskt tillgängliga.*

Den senaste mätningen i brukarundersökning äldreomsorg visar att flertalet tycker att det är lätt att få kontakt med personalen i hemtjänsten eller på boendet, samt personalen kommer på avtalad tid.

Likaså visar resultatet i servicemätningen att de som kontakter förvaltningen via e-post får svar inom rimlig tid. Tillgängligheten via telefon är dock lägre. Att öka tillgänglighet via telefon är fortsatt prioriterat mål för nämndens i vård- och omsorgsnämndens budget 2022–2024. Målsättningen 2022 är att andelen som tar kontakt med vård- och omsorgsförvaltningen via telefon som får ett direkt svar på en enkel fråga ska öka till 50%.

Information och kommunikation ska vara begriplig och anpassad efter olika målgruppers behov. I brukarundersökning funktionshinder är frågor om kommunikation ett av de områden som sammantaget får lägst resultat i undersökningen. Vid en jämförelse med andra kommuner ligger Alingsås kommun dock i nivå eller över genomsnittet för riket.

Kommunikation är ett ständigt prioriterat område för verksamheten för funktionsstöd. För att göra vardagen mer begriplig och öka brukares delaktighet och inflytande i stöd och insatser som verkställs arbetar avdelningarna kontinuerligt med AKK (Alternativ och kompletterande kommunikation).

Uppfattningen av tillgänglighet påverkas av i vilken utsträckning innehåll på webbsidor och tryckt information är aktuell och uppdateras, samt om nya digitala utvecklingsalternativ används. Under året har en inventering och översyn av befintligt informationsmaterial om kommunens boende genomförts.

Fler boendeplatser har tillskapats under året vilket har gett en positiv effekt på väntetiden till särskilt boende. Däremot visar resultatet i kvalitetsberättelse att utredningstiden för beslut om LSS har ökat jämfört med föregående år. Alingsås ligger bland de kommunerna med lägst resultat. Utredningstiden för beslut om LSS har legat på en hög nivå under en längre tid. En fördjupad analys av resultatet kommer att genomföras under kommande år. Både av verksamheten och genom den genomlysning av myndighetsutövningen inom LSS som är planerad av nämnden.

## 12.6. Effektivitet.

*Effektivitet innebär att resurserna utnyttjas på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål för verksamheten.*

Förvaltningen har påbörjat flera aktiviteter under året för att finna effektiva lösningar, för att klara av att möta nya behov, ökade volymer och samtidigt anpassa verksamheten till de ekonomiska ramarna.

En förenklad ersättningsmodell har införts i hemtjänsten och ett digitalt planeringsverktyg och förändrade arbetssätt har implementerats under året, vilket har lett till en ökad kostnadseffektivitet inom hemtjänstens verksamhet.

Därutöver förväntas införandet av och IBIC tillsammans med ett nytt av verksamhetssystem och nya lösningar inom teknik bidra till effektivare arbetssätt och en förbättrad verksamhetsuppföljning och analys inom förvaltningen.

## 13. Bilagor

### Bilaga 1. Brukarbedömning hemtjänst 2020

Brukarbedömning hemtjänst.

| Nyckeltal   | 2018 | 2019 | 2020 |
|---|------|------|------|
| Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)                                       | 94   | 94   | 95   |
| Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - information om förändringar, andel (%)                      | 81   | 76   | 77   |
| Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - behov anpassas, andel (%)                                   | 80   | 80   | 80   |
| Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - bemötande, andel (%)  | 98   | 99   | 98   |
| Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - besväras ofta av ensamhet, andel (%)                        | 17   | 11   | 16   |
| Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - bor med annan vuxen, andel (%)                              | 28   | 27   | 27   |
| Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - få kontakt med hemtjänstpersonalen, andel (%)               | 89   | 92   | 91   |
| Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - förtroende för personalen, andel (%)                        | 93   | 96   | 94   |
| Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - hälsotillstånd, andel (%)                                   | 30   | 31   | 37   |
| Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - hänsyn till åsikter och önskemål, andel (%)                 | 92   | 92   | 92   |
| Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - möjlighet påverka tider, andel (%)                          | 70   | 69   | 67   |
| Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - möjlighet att framföra synpunkter eller klagomål, andel (%) | 68   | 73   | 67   |
| Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - personalen kommer på avtalad tid, andel (%)                 | 92   | 92   | 87   |
| Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - personalen utför sina arbetsuppgifter, andel (%)            | 91   | 93   | 91   |
| Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - rörlighet inomhus, andel (%)                                | 22   | 27   | 29   |
| Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - svåra besvär av ångslan, oro eller ångest, andel (%)        | 9    | 8    | 9    |
| Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - själv svarat på frågorna, andel (%)                         | 56   | 58   | 67   |
| Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - tillräckligt med tid, andel (%)                             | 86   | 88   | 85   |
| Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - trygghet, andel (%)   | 89   | 90   | 93   |
| Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - välja utförare, andel (%)                                   | 78   | 79   | 80   |
| Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - personalen utför sina arbetsuppgifter, andel (%)            | 91   | 93   | 91   |

Färgkodningen redovisar resultatet jämfört med andra kommuner. Grön färg innebär ett utfall bland de 25% med högst resultat, gul färg bland de 50 % mittersta och röd färg bland de 25% med lägst resultat.

## Bilaga 2. Brukarbedömning särskilt boende 2020

Brukarbedömning Särskilt boende.

| Nycketal  | 2018 | 2019 | 2020 |
|---|------|------|------|
| Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)                                       | 86   | 88   | 86   |
| Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - möjligheten att komma utomhus, andel (%)                    | 60   | 68   | 73   |
| Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - sociala aktiviteter, andel (%)                              | 65   | 62   | 75   |
| Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - tillgång till sjuksköterska, andel (%)                      | 75   | 69   | 80   |
| Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - bemötande, andel (%)  | 96   | 95   | 96   |
| Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - besväras ofta av ensamhet, andel (%)                        | 18   | 16   | 16   |
| Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - få kontakt med personalen på boendet, andel (%)             | 88   | 89   | 88   |
| Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - förtroende för personalen, andel (%)                        | 93   | 92   | 86   |
| Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - hälsotillstånd, andel (%)                                   | 28   | 32   | 31   |
| Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - hänsyn till åsikter och önskemål, andel (%)                 | 87   | 86   | 86   |
| Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - information om förändringar, andel (%)                      | 51   | 51   | 60   |
| Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - maten, andel (%)  | 70   | 75   | 76   |
| Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - måltidsmiljö, andel (%)                                     | 72   | 63   | 74   |
| Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - möjlighet att framföra synpunkter eller klagomål, andel (%) | 41   | 48   | 50   |
| Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - möjlighet påverka tider, andel (%)                          | 68   | 63   | 71   |
| Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - plats på äldreboende, andel (%)                             | 88   | 85   | 90   |
| Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - rörlighet inomhus, andel (%)                                | 20   | 18   | 17   |
| Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - själv svarat på frågorna, andel (%)                         | 40   | 43   | 33   |
| Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - svåra besvär av ångslan, oro eller ångest, andel (%)        | 9    | 11   | 11   |
| Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - tillräckligt med tid, andel (%)                             | 83   | 81   | 84   |
| Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - trivs med rum/lägenhet, andel (%)                           | 81   | 80   | 77   |
| Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - trivsamma gemensamma utrymmen, andel (%)                    | 69   | 64   | 67   |
| Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - trivsamt utomhus, andel (%)                                 | 79   | 77   | 73   |
| Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - läkare vid behov, andel (%)                                 | 59   | 53   | 59   |
| Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - trygghet, andel (%)   | 93   | 92   | 93   |

Färgkodningen redovisar resultatet jämfört med andra kommuner. Grön färg innebär ett utfall bland de 25% med högst resultat, gul färg bland de 50 % mittersta och röd färg bland de 25% med lägst resultat.

### Bilaga 3. Brukarbedömning funktionshinder 2021.

#### Gruppbofastad LSS

| Nyckeltal   | 2019 | 2020 | 2021 | Alla kommuner |
|---|------|------|------|---------------|
| Brukarbedömning gruppbofastad LSS - Brukaren får bestämma om saker som är viktiga hemma, andel (%)        | 79   | 69   | 84   | 78            |
| Brukarbedömning gruppbofastad LSS - Brukaren känner sig trygg med alla i personalen, andel (%)            | 71   | 68   | 73   | 77            |
| Brukarbedömning gruppbofastad LSS - Brukaren trivs alltid hemma, andel (%)                                | 86   | 82   | 80   | 82            |
| Brukarbedömning gruppbofastad LSS - Brukaren är aldrig rädd för något hemma, andel (%)                    | 57   | 65   | 60   | 66            |
| Brukarbedömning gruppbofastad LSS - Personalen bryr sig om brukaren, andel (%)                            | 83   | 80   | 80   | 83            |
| Brukarbedömning gruppbofastad LSS - Personalen pratar så brukaren förstår, andel (%)                      | 65   | 58   | 71   | 72            |
| Brukarbedömning gruppbofastad LSS - Brukaren får den hjälp hen vill ha, andel (%)                         | 83   | 78   | 84   | 81            |
| Brukarbedömning gruppbofastad LSS - Brukaren vet vem hen ska kontakta om något är dåligt hemma, andel (%) | 90   | 82   | 93   | 85            |

#### Servicebostad LSS

| Nyckeltal   | 2019 | 2020 | 2021 | Alla kommuner |
|---|------|------|------|---------------|
| Brukarbedömning servicebostad LSS - Brukaren får bestämma om saker som är viktiga hemma, andel (%)        | 91   | 83   | 81   | 82            |
| Brukarbedömning servicebostad LSS - Brukaren får den hjälp hen vill ha, andel (%)                         | 72   | 73   | 78   | 79            |
| Brukarbedömning servicebostad LSS - Brukaren känner sig trygg med alla i personalen, andel (%)            | 75   | 68   | 77   | 73            |
| Brukarbedömning servicebostad LSS - Brukaren trivs med alla i boendepersonalen, andel (%)                 | 66   | 79   | 85   | 78            |
| Brukarbedömning servicebostad LSS - Brukaren vet vem hen ska kontakta om något är dåligt hemma, andel (%) | 91   | 91   | 87   | 83            |
| Brukarbedömning servicebostad LSS - Brukaren är aldrig rädd för något hemma, andel (%)                    | 75   | 65   | 70   | 66            |
| Brukarbedömning servicebostad LSS - Personalen bryr sig om brukaren, andel (%)                            | 89   | 86   | 94   | 84            |
| Brukarbedömning servicebostad LSS - Personalen pratar så brukaren förstår, andel (%)                      | 68   | 76   | 81   | 68            |

#### Daglig verksamhet LSS

| Nyckeltal  | 2019 | 2020 | 2021 | Alla kommuner |
|--|------|------|------|---------------|
| Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Brukaren känner sig trygg med alla i personalen, andel (%)             | 82   | 84   | 86   | 83            |
| Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Brukaren trivs alltid på sin dagliga verksamhet, andel (%)             | 86   | 91   | 84   | 85            |
| Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Brukaren är aldrig rädd för något på sin dagliga verksamhet, andel (%) | 64   | 76   | 72   | 73            |
| Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Personalen pratar så brukaren förstår, andel (%)                       | 75   | 77   | 73   | 77            |
| Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Brukaren får bestämma om saker som är viktiga, andel (%)               | 82   | 79   | 82   | 75            |
| Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Brukaren får den hjälp hen vill ha, andel (%)                          | 87   | 87   | 87   | 86            |








|   |    |    |    |    |
|---|----|----|----|----|
| Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Brukaren vet vem hen ska kontakta om något är dåligt, andel (%) | 93 | 90 | 89 | 90 |
| Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Personalen bryr sig om brukaren, andel (%)                      | 90 | 93 | 89 | 89 |
| Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Verksamheten är viktig för brukaren, andel (%)                  | 84 | 87 | 80 | 83 |

## Personlig assistans LSS

| Nyckeltal  | 2019 | 2020 | 2021 | Alla kommuner |
|--|------|------|------|---------------|
| Brukarbedömning Personlig assistans - Alla assistenter förstår brukaren, andel (%)   | 60   | 88   | 50   | 74            |
| Brukarbedömning Personlig assistans - Alla assistenter pratar så brukaren förstår, andel (%)                                   | 50   | 88   | 80   | 77            |
| Brukarbedömning Personlig assistans - Assistenterna bryr sig om brukaren, andel (%)  | 100  | 100  | 83   | 87            |
| Brukarbedömning Personlig assistans - Brukaren får den hjälp hen vill ha av assistenterna, andel (%)                           | 100  | 100  | 100  | 87            |
| Brukarbedömning Personlig assistans - Brukaren har varit med och bestämt alla sina assistenter, andel (%)                      | 50   | 25   | 50   | 49            |
| Brukarbedömning Personlig assistans - Brukaren känner sig trygg med alla sina assistenter, andel (%)                           | 90   | 100  | 83   | 80            |
| Brukarbedömning Personlig assistans - Brukaren trivs med sina assistenter, andel (%)   | 90   | 100  | 67   | 83            |
| Brukarbedömning Personlig assistans - Brukaren vet vem hen ska prata med om något fungerar dåligt med assistenterna, andel (%) | 90   | 63   | 83   | 85            |

*Färgkodningen redovisar resultatet jämfört med andra kommuner. Grön färg innebär ett utfall bland de 25% med högst resultat, gul färg bland de 50 % mittersta och röd färg bland de 25% med lägst resultat.*

## Bilaga 4. Kritiska verksamhetsfaktorer

| Kritiska faktor                               | Nyckeltal  | Utfall 2021 | Utfall 2020 | Utfall 2019 | Trend | Bedömning   |
|---|--|-------------|-------------|-------------|-------|---|
| God kvalitet i hemtjänst                      | Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)                                      | i.u.        | 95%         | 94%         | ↗     |    |
| God kvalitet i särskilt boende                | Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)                                | i.u.        | 86%         | 88%         | ↘     |    |
| God kvalitet i bostad med särskilde service   | Brukarbedömning gruppboendest LSS - Brukaren trivs alltid hemma, andel (%)                         | 80%         | 82%         | 86%         | ↘     |    |
|   | Brukarbedömning serviceboendest LSS - Brukaren trivs med alla i boendepersonalen, andel (%)        | 85%         | 79%         | 66%         | ↗     |   |
|   | Brukarbedömning gruppboendest LSS - Brukaren känner sig trygg med alla i personalen, andel (%)     | 73%         | 68%         | 71%         | ↗     |   |
|   | Brukarbedömning serviceboendest LSS - Brukaren känner sig trygg med alla i personalen, andel (%)   | 77%         | 68%         | 75%         | ↗     |   |
| God kvalitet i daglig verksamhet              | Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Brukaren känner sig trygg med alla i personalen, andel (%) | 86%         | 84%         | 82%         | ↗     |    |
|   | Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Brukaren trivs alltid på sin dagliga verksamhet, andel (%) | 84%         | 91%         | 86%         | ↘     |   |
| God kvalitet inom personlig assistans         | Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Brukaren känner sig trygg med alla i personalen, andel (%) | 83%         | 100%        | 90%         | ↘     |  |
|   | Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Brukaren trivs alltid på sin dagliga verksamhet, andel (%) | 67%         | 100%        | 90%         | ↘     |   |
| Biståndsbeslut följs upp och omprövas         | Andel beslut som omprövas inom angiven tidsram för uppföljning                                     | 75%         | -           | -           | -     |  |
| Trygga och säkra sjukvård och omsorgsinsatser | Antal avvikelser bemötande total   | 132         | 55          | 29          | ↗     |  |
| Alla avvikelser rapporteras och utreds.       | Andel avslutade utredningar (inom 2 månader)   | 53%         | -           | -           | -     |  |
|   | Andel avvikelser som har klassificerats av SSK och/eller EC  | 43%         | -           | -           | -     |   |



## Bilaga 5. Öppna jämförelser resultat - äldreomsorgen

|  |     |
|--|-----|
| <b>Tillgänglighet</b>  |     |
| Socialjour med socionomer alla dagar hela dygnet   | JA  |
| <b>Helhetssyn och samordning</b>   |     |
| Aktuell rutin för samverkan mellan äldreomsorg och missbruk  | JA  |
| Aktuell rutin för intern samordning mellan Äldreomsorg och socialpsykiatri                                     | JA  |
| Aktuell rutin för intern samordning mellan Äldreomsorg och LSS   | JA  |
| <b>Kunskapsbaserad verksamhet</b>  |     |
| Aktuell samlad plan för handläggarnas kompetens-utveckling   | NEJ |
| Aktuell rutin vid indikation på att en vuxen utsatts för våld  | JA  |
| Aktuell rutin vid missbruk av alkohol eller andra beroendeframkallande medel                                   | NEJ |
| Aktuell rutin vid missbruk av läkemedel  | NEJ |
| Använt IBIC (Individens behov i centrum) vid alla utredningar för personer i ordinärt boende                   | NEJ |
| Använt IBIC (Individens behov i centrum) vid alla utredningar för personer i särskilt boende                   | NEJ |
| Använder standardiserade bedömningsmetoden FREDA-kortfrågor för att upptäcka våldsutsatthet hos enskilda vuxna | NEJ |
| Använder DUDIT för att upptäcka drogrelaterade problem - Äldreomsorg   | NEJ |
| Använt resultat från systematisk uppföljning till verksamhetsutveckling i ordinärt boende                      | NEJ |
| Använt resultat från systematisk uppföljning till verksamhetsutveckling i särskilt boende                      | NEJ |
| Använt resultat från systematisk uppföljning uppdelat på kön till verksamhetsutveckling i ordinärt boende      | NEJ |
| Använt resultat från systematisk uppföljning uppdelat på kön till verksamhetsutveckling i särskilt boende      | NEJ |
| <b>Kunskapsbaserad verksamhet</b>  |     |
| Kommunen garanterar kontakt inom viss tid efter larm   | NEJ |
| Kommunen garanterar besök inom viss tid efter larm   | NEJ |
| Aktuell rutin för information om samordnad individuell plan (SIP)  | JA  |
| Aktuell rutin för att inte röja skyddade personuppgifter   | NEJ |

## Bilaga 6. Öppna jämförelser resultat - funktionsstöd

| <b>Tillgänglighet</b>   |        |
|---|--------|
| Socialjour med socionomer alla dagar hela dygnet  | JA     |
| <b>Helhetssyn och samordning</b>  |        |
| Aktuell rutin för intern samordning mellan ekonomiskt bistånd och LSS   | JA     |
| Aktuell rutin för intern samordning mellan missbruk och LSS   | JA     |
| Aktuell rutin för intern samordning mellan socialpsykiatri och LSS  | JA     |
| Aktuell rutin för intern samordning mellan barn och unga och LSS  | JA     |
| Aktuell rutin för intern samordning mellan äldreomsorg och LSS  | JA     |
| Aktuell överenskommelse om samverkan mellan Arbetsförmedlingen och LSS  | NEJ    |
| Aktuell överenskommelse om samverkan mellan Försäkringskassan och LSS   | NEJ    |
| Aktuell överenskommelse om samverkan mellan barn- och ungdomspsykiatri och LSS  | NEJ    |
| Aktuell överenskommelse om samverkan mellan barn- och ungdomsmedicin och LSS  | NEJ    |
| Aktuell överenskommelse om samverkan mellan barn- och ungdomshabilitering och LSS   | NEJ    |
| Aktuell överenskommelse om samverkan mellan vuxenpsykiatri och LSS  | NEJ    |
| Aktuell överenskommelse om samverkan mellan vuxenhabilitering och LSS   | NEJ    |
| <b>Kunskapsbaserad verksamhet</b>   |        |
| Aktuell rutin vid indikation på att en vuxen utsatts för våld LSS barn  | JA     |
| Aktuell rutin vid indikation på att en vuxen utsatts för våld LSS vuxen   | JA     |
| Använder IBIC (Individens behov i centrum) vid alla utredningar inom LSS  | DELVIS |
| Använder IBIC (Individens behov i centrum) vid alla uppföljningar inom LSS  | DELVIS |
| Använder standardiserade bedömningsmetoden FREDA-kortfrågor för att upptäcka våldutsatthet hos enskilda vuxna - LSS vuxen | NEJ    |
| Använder AUDIT för att upptäcka riskfylld alkoholkonsumtion - LSS vuxen   | NEJ    |
| Använder DUDIT för att upptäcka drogrelaterade problem - LSS vuxen  | NEJ    |
| Använt resultat från systematisk uppföljning till verksamhetsutveckling   | NEJ    |
| Genomfört systematisk uppföljning uppdelat på kön   | NEJ    |
| Använt resultat från systematisk uppföljning uppdelat på kön till verksamhetsutveckling                                   | NEJ    |
| <b>Självbestämmande och integritet</b>  |        |
| Enskildas uppfattning används till att utveckla verksamheten inom LSS - Myndighetsutövning                                | NEJ    |
| Enskildas uppfattning används till att utveckla verksamheten inom LSS- Utförare   | JA     |
| Aktuell rutin att pröva möjlighet till arbete eller praktikplats  | JA     |
| Habiliteringsersättning till personer som deltar i daglig verksamhet  | JA     |
| Ersättning för ledsagares omkostnader   | JA     |
| <b>Trygghet och säkerhet</b>  |        |
| Aktuell rutin för information om samordnad individuell plan (SIP) - LSS barn  | JA     |
| Aktuell rutin för information om samordnad individuell plan (SIP) - LSS vuxen   | JA     |
| Aktuell rutin för att inte röja skyddade personuppgifter - LSS barn   | NEJ    |
| Aktuell rutin för att inte röja skyddade personuppgifter - LSS vuxen  | NEJ    |

## Bilaga 7. Öppna jämförelser resultat - Krisberedskap

| <b>Kontinuitetsplaner för särskilt sårbara grupper</b>   |        |
|--|--------|
| Aktuell kontinuitetsplan - Bostad med särskild service för barn med funktionsnedsättning och med behov av stöd och service enligt SoL              | DELVIS |
| Aktuell kontinuitetsplan - Bostad med särskild service för barn med funktionsnedsättning och med behov av stöd och service enligt LSS              | JA     |
| Aktuell kontinuitetsplan - Bostad med särskild service för vuxna med funktionsnedsättning och med behov av stöd och service enligt SoL             | DELVIS |
| Aktuell kontinuitetsplan - Bostad med särskild service för vuxna med funktionsnedsättning och med behov av stöd och service enligt LSS             | JA     |
| Aktuell kontinuitetsplan - Särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre  | JA     |
| Aktuell kontinuitetsplan - Hemtjänst i form av service och/eller personlig omvårdnad i ordinärt boende   | JA     |
| Aktuell kontinuitetsplan - Kommunal hälso- och sjukvård  | JA     |
| <b>Krisberedskapen ingår vid upphandling av tjänster för särskilt sårbara grupper</b>  |        |
| Krisberedskap ingår vid upphandling - Bostad med särskild service för barn med funktionsnedsättning och med behov av stöd och service enligt SoL   | JA     |
| Krisberedskap ingår vid upphandling - Bostad med särskild service för barn med funktionsnedsättning och med behov av stöd och service enligt LSS   | JA     |
| Krisberedskap ingår vid upphandling - Bostad med särskild service för vuxna med funktionsnedsättning och med behov av stöd och service enligt SoL  | JA     |
| Krisberedskap ingår vid upphandling - Bostad med särskild service för vuxna med funktionsnedsättning och med behov av stöd och service enligt LSS  | JA     |
| Krisberedskap ingår vid upphandling - Särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre   | JA     |
| Krisberedskap ingår vid upphandling - Hemtjänst i form av service och/eller personlig omvårdnad i ordinärt boende                                  | JA     |
| Krisberedskap ingår vid upphandling - Kommunal hälso- och sjukvård   | JA     |
| <b>Evakueringsplan för särskilt sårbara grupper</b>  |        |
| Evakueringsplan - Bostad med särskild service för barn med funktionsnedsättning och med behov av stöd och service enligt SoL                       | NEJ    |
| Evakueringsplan - Bostad med särskild service för barn med funktionsnedsättning och med behov av stöd och service enligt LSS                       | JA     |
| Evakueringsplan - Bostad med särskild service för vuxna med funktionsnedsättning och med behov av stöd och service enligt SoL                      | JA     |
| Evakueringsplan - Bostad med särskild service för vuxna med funktionsnedsättning och med behov av stöd och service enligt LSS                      | NEJ    |
| Evakueringsplan - Särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre   | JA     |
| Evakueringsplan - Hemtjänst i form av service och/eller personlig omvårdnad i ordinärt boende  | NEJ    |
| Evakueringsplan - Kommunal hälso- och sjukvård   | JA     |
| <b>Beredskapsplan för höga temperaturer för särskilt sårbara grupper</b>   |        |
| Beredskapsplan för höga temperaturer - Bostad med särskild service för barn med funktionsnedsättning och med behov av stöd och service enligt SoL  | JA     |
| Beredskapsplan för höga temperaturer - Bostad med särskild service för barn med funktionsnedsättning och med behov av stöd och service enligt LSS  | JA     |
| Beredskapsplan för höga temperaturer - Bostad med särskild service för vuxna med funktionsnedsättning och med behov av stöd och service enligt SoL | JA     |
| Beredskapsplan för höga temperaturer - Bostad med särskild service för vuxna med funktionsnedsättning och med behov av stöd och service enligt LSS | JA     |
| Beredskapsplan för höga temperaturer - Särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre  | JA     |
| Beredskapsplan för höga temperaturer - Hemtjänst i form av service och/eller personlig omvårdnad i ordinärt boende                                 | JA     |
| Beredskapsplan för höga temperaturer - Kommunal hälso- och sjukvård  | JA     |



Bräcke äldreboende Ginstgården

Bräcke  
diakoni



*Kvalitets- och  
patientsäkerhetsberättelse  
2021*

# Kvalitets- och patientsäkerhets- berättelse 2021

## Bräcke äldreboende Ginstgården

© Bräcke diakoni - februari 2022

## Innehåll

|        |  |    |
|--------|--|----|
| 1      | Sammanfattning.....  | 5  |
| 2      | Inledning .....  | 7  |
| 3      | Organisation och ansvar .....  | 8  |
| 3.1    | Äldreboende Ginstgården.....   | 9  |
| 4      | Strategier och fokusområden .....  | 9  |
| 4.1    | Äldreboende Ginstgården.....   | 10 |
| 5      | Systematiskt förbättringsarbete .....  | 11 |
| 5.1    | Äldreboende Ginstgården.....   | 12 |
| 6      | Riskanalyser.....  | 12 |
| 6.1    | Riskanalyser på verksamhets- och individnivå.....  | 13 |
| 6.2    | Äldreboende Ginstgården.....   | 13 |
| 7      | Egenkontroll.....  | 13 |
| 7.1    | Kvalitetsdialog.....   | 13 |
| 7.2    | Lokal egenkontroll i Äldreboende Ginstgården .....   | 14 |
| 7.2.1  | Externa revisioner .....   | 14 |
| 7.2.2  | Journalgranskning av Alingsås kommun har gjorts enligt rutin.Nationella och regionala undersökningar ..... | 14 |
| 7.2.3  | Övriga lokala egenkontroller .....   | 15 |
| 8      | Avvikelsehantering.....  | 15 |
| 8.1    | Avvikelser .....   | 15 |
| 8.1.1  | Lex Maria .....  | 15 |
| 8.1.2  | Lex Sarah .....  | 15 |
| 8.1.3  | Äldreboende Ginstgården .....  | 16 |
| 8.2    | Klagomål och synpunkter.....   | 16 |
| 8.2.1  | Äldreboende Ginstgården .....  | 16 |
| 9      | Medarbetarnas delaktighet .....  | 17 |
| 9.1    | Äldreboende Ginstgården.....   | 17 |
| 10     | Samverkan.....   | 17 |
| 10.1   | Samskapande med brukare/patienter och närstående.....  | 17 |
| 10.1.1 | Äldreboende Ginstgården .....  | 18 |
| 10.2   | Samverkan med andra vårdgivare/omsorgsgivare .....   | 18 |
| 10.2.1 | Äldreboende Ginstgården .....  | 19 |
| 10.3   | Samverkan med andra samhällsaktörer .....  | 19 |
| 10.3.1 | Äldreboende Ginstgården .....  | 19 |
| 10.4   | Forskningsamverkan.....  | 19 |
| 10.4.1 | Äldreboende Ginstgården .....  | 21 |
| 11     | Kvalitetsarbete under coronapandemin .....   | 21 |
| 12     | Mångfald, genusperspektiv och jämställdhetsarbete.....   | 22 |
| 13     | Miljöarbete.....   | 23 |
| 14     | Informationssäkerhet.....  | 24 |
| 15     | Resultat för Äldreboende Ginstgården .....   | 25 |
| 15.1   | Dokumenterade förbättringsarbeten .....  | 25 |

|        |   |    |
|--------|---|----|
| 15.2   | Kvalitetsdialog .....   | 25 |
| 15.3   | Avvikelser .....  | 26 |
| 15.3.1 | Lex Maria .....   | 27 |
| 15.3.2 | Lex Sarah .....   | 27 |
| 15.4   | Synpunkter .....  | 28 |
| 15.5   | Kvalitetsregister .....   | 29 |
| 15.5.1 | Senior alert .....  | 29 |
| 15.5.2 | Svenska palliativregistret.....   | 30 |
| 15.5.3 | BPSD-registret .....  | 30 |
| 15.6   | Socialstyrelsens nationella undersökningar.....                         | 31 |
| 15.7   | Egenkontrollprogram .....   | 31 |
| 15.7.1 | Egenkontroll Basal hygien .....   | 31 |
| 16     | Äldreboende Ginstgårdens mål och strategier för det kommande året ..... | 32 |



## 1 Sammanfattning

2021 har varit ännu ett intressant år som har präglats av covid-19. Vi har trots detta försökt att skapa ett år fyllt av lärande och försökt att utveckla verksamheten framåt. På grund av covid-19 har även detta år präglats av mycket riskbedömningar som har bidragit till att smittan kunnat hållas under kontroll.

Under året har vi satsat på personalen, dom har fått gå en palliationsutbildning. Utbildningen har gjorts av kollegor som har blivit utbildade handledare via Betaniastiftelsen. En utbildning som har varit mycket uppskattad av medarbetarna. Resultatet av detta har också blivit att det palliativa arbetet och den dokumentation som undersköterskorna gör kring boende som är palliativa har aktualiserats då förförståelsen har ökat hos medarbetarna.

Av målen som sattes 2021 kan vi se att det hårda arbete som gjordes under året med fallprevention på våra BPSD-möten har givit resultat. Vi kan se att fallen under 2021 har minskat för andra året i rad. Vi ser det som ett framgångssätt att arbetsgruppen på de olika enheterna får möjlighet tillsammans med flera olika kompetenser utvärdera och skapa handlingsplaner för de enskilda personerna.

Genom att varje månad ha korta uppföljningar med de olika enheterna kan vi också se att grupperna får möjlighet att utveckla sig och ta upp svåra frågor och möjlighet ges att bearbeta ansträngande händelser.

I dagsläget har dom flesta boende en riskbedömning i enskildes hem och vi behöver fortsättningsvis jobba på att alltid göra riskbedömningar i samband med inflyttning och vid hälsoförändringar. I brukarundersökningen 2020 fick vi rätt dåligt betyg av den mat som serverades. Det är någonting som vi under året har jobbat med. Vi har under året fått en ny matleverantör och personalen har fått möjlighet att gå den utbildning som Dafgård erbjudit. Under året har vi inte fått ett enda klagomål på maten och det blir spännande att se vad brukarundersökningen visar.

Majoriteten av personalen har gått de webbutbildningar som var satta som mål för 2021; Noll vision, demens ABC, demens ABC+, basal vårdhygien och säker läkemedelshantering. Ny personal jobbar på att gå alla utbildningar.

Vi har fortsatt arbetet med att personalens skall känna sig trygga och bekväma med att registrera olika avvikelser i DF Respons. För att uppnå detta har vi under BPSD-möten pratat om vad en avvikelse kan vara och vad lärandet kan bli av avvikelser. Vi har också ett aktivt arbete kring att dokumentera synpunkter och klagomål i DF Respons.

Våra sociala medier har gått varma i år. Tidvis har det varit den kontakten anhöriga har valt att ha insyn i vardagen hos sina anhöriga. Vi har lagt upp bilder på det som händer i vardagen, allt från kakkbak till dans. Vi har fortsatt haft restriktioner på Ginstgården så att boende inte har blandats från olika enheter för att ha aktiviteter. Det har i sin tur gjort så att alla aktiviteter har gjorts på de fyra olika enheterna. Det har varit en utmaning för personalen att aktivera de olika personerna med sina olika intressen.



På grund av den ansträngande situationen som våra sjuksköterskor har haft under året har registreringen i det palliativa registret varit bristande. Någonting vi har som mål att förbättra under 2022. Sammanfattningsvis för Ginstgårdens boende och personal har 2021 varit ett spännande, komplicerat år som också varit väldigt utvecklande och roligt.

## 2 Inledning

Bräcke diakonis vision, att skapa ett medmänskligare samhälle, bygger på att det varje dag skapas värden mellan människor som har behov av vård, stöd och omsorg och människor som ger vård, stöd och omsorg. Det är i detta möte som värden och omsorgen utvecklas eftersom det där finns kunskaper om problem och hur de kan lösas. Ett framgångsrikt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete kräver en kultur där man vågar och får ifrågasätta befintliga arbetssätt, där man lär av fel och brister och där man utvecklar kompetens och kapacitet för systematiskt förbättringsarbete i organisationen.

Denna berättelse utgår från Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete<sup>1</sup> samt patientsäkerhetslag<sup>2</sup>, hälso- och sjukvårdslag (HSL)<sup>3</sup> och socialtjänstlag (SoL)<sup>4</sup> och Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet<sup>5</sup>. Den beskriver vårt samlade kvalitets- och patientsäkerhetsarbete som fokuserar på att skapa god vård och omsorg med hög säkerhet för dem vi finns till för.

Ginstgården är ett särskilt boende för äldre personer med kognitiv svikt och har 32 lägenheter fördelade på fyra enheter. Ginstgården bedriver vård och omsorg enligt SoL och HSL. Bräcke diakoni har drivit Ginstgården sedan 2010. Mellan oktober 2016 och november 2020 drevs Ginstgården i ett unikt IOP (Idéburet Offentligt Partnerskap) med Alingsås kommun, där Ginstgården var en del av en vårdkedja för personer med kognitiv svikt. Målet med vårdkedjan var att överbygga de glapp som uppstår för den enskilde i vårdens och omsorgens övergångar samt att genom utbyte av erfarenheter, gemensamt lärande och metodutveckling kunna stärka ett personcentrerat och evidensbaserat arbetssätt. Genom detta IOP kunde Bräcke diakoni och Alingsås kommun gemensamt skapa förutsättningar för en unik sammanhållen vårdkedja med fokus på helheten i vården och omsorgen av personer med kognitiv svikt och deras anhöriga. Under 2020 vann Bräcke diakoni upphandlingen av ett nytt avtal som påbörjades den 12 november 2020. I och med det nya avtalet så har vi fortsatt att sträva mot att arbeta för att bibehålla vårdkedjan. I verksamheten finns undersköterskor, vårdbiträden, stödpedagog, sjuksköterska och distriktssköterska. Dessutom finns tillgång till läkare via Bräcke vårdcentral Centrum. Tillgång till arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut erhålls via Alingsås kommun. Ginstgårdens stödpedagog är utbildad Silviasyster och är även anställd som biträdande verksamhetschef. Dessutom finns det undersköterskor som är utbildade med specialistkompetens i demens och palliativ vård. Ginstgårdens verksamhetschef har en mångårig chefserfarenhet inom äldreomsorgen och har en kandidatexamen inom socialt arbete. Under året som har gått har all personal gått utbildning inom palliativ vård som har genomförts i samarbete med Betaniastiftelsen. Personalen har träffats i mindre grupper under tre tillfällen och med handledare gått igenom utbildning palliativ vård.

---

<sup>1</sup> [SOSFS 2011:9](#)

<sup>2</sup> [SFS 2010:659](#)

<sup>3</sup> [SFS 2017:30](#)

<sup>4</sup> [SFS 2001:453](#)

<sup>5</sup> [Socialstyrelsen patientsäkerhet](#)

### 3 Organisation och ansvar

Styrelsen för Bräcke diakoni har det övergripande ansvaret som huvudman. Styrelsen utser direktor som tillsammans med ledningsgruppen har det operativa ansvaret för hela organisationen. Ledningsgruppen består av direktor, driftchef, ekonomichef, HR-chef, utvecklingschef och fastighetschef samt två välfärdsstrateger. Driften rörande vård och omsorg är i sin tur uppdelad i sex driftområden: Barn & Ungdom och LSS-boende, Psykiatri och Daglig verksamhet, Äldreomsorg Mälardalen, Äldreomsorg Götaland, Rehabilitering samt Hälsa och Vård.

Bräcke diakoni bedriver verksamheter inom bl.a. följande lagrum: Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)<sup>6</sup>, HSL, Skollagen<sup>7</sup> och SoL. Alla verksamhetschefer utses av ledningen. I de fall där man bedriver verksamhet enligt HSL utses verksamhetschefen av direktor som företrädare för vårdgivaren. Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för att säkra och utveckla verksamhetens kvalitet och kostnadseffektivitet samt för att skapa förutsättningar för god patientsäkerhet.

Bräcke diakonis kvalitetsavdelning stödjer verksamheterna i riskanalyser, egenkontroll, omvärldsbevakning, hanteringen av avvikelser samt i analys och uppföljning. Den främjar lärande och utveckling genom att bygga kompetens och kapacitet för ett systematiskt och uthålligt utvecklingsarbete i hela organisationen. Kvalitetsavdelningen består av medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) som också är organisationens kvalitetsstrateg, medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR), socialt ansvarig samordnare (SAS), hälso- och sjukvårdsrådgivare, dataskyddsombud, verksamhetsutvecklare och forskare. Det finns en bred yrkeskompetens inom gruppen med bl.a. leg sjuksköterska, leg läkare, leg sjukgymnast, socionom samt forskningskompetens inom systematiskt förbättringsarbete, ledarskap och civilsamhällsfrågor. Kvalitetsavdelningen leds av utvecklingschefen som ingår i Bräcke diakonis ledningsgrupp.

För att stödja och säkerställa patient- och brukarsäkerhetsarbetet inom organisationen har ett patient- och brukarsäkerhetsråd bildats under 2021. Rådet består av MAS, SAS, MAR och en hälso- och sjukvårdsrådgivare som är läkare. Rådets arbete återkopplas kontinuerligt till berörda verksamhetschefer samt till driftchef och utvecklingschef.

I varje verksamhet finns minst ett kvalitetsombud som stödjer verksamhetschefen i att analysera resultat, leda förbättringsarbeten eller utreda och följa upp avvikelser. Kvalitetsombuden koordineras av kvalitetsavdelningen och stöds genom gemensamma träffar, erfarenhetsutbyte och kompetensutveckling. I verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård följer legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal kontinuerligt upp det dagliga omvårdnadsarbetet. Legitimerad personal ansvarar här för att utföra riskbedömningar och genomföra nödvändiga insatser för respektive patient eller brukare. De ansvarar också för att omvårdnadsåtgärder utförs och måluppfyllelse fortlöpande utvärderas och dokumenteras.

---

<sup>6</sup> [SFS 1993:387](#)

<sup>7</sup> [SFS 2010:800](#)

Varje medarbetare har ett ansvar för att verksamheten håller god kvalitet genom att bland annat delta i det systematiska förbättringsarbetet och arbeta i enlighet med de mål, riktlinjer och lagar som styr verksamheten.

### **3.1 Äldreboende Ginstgården**

Ginstgården har under 2021 haft 3 kvalitetsombud som har olika roller i verksamheten; biträdande verksamhetschef, undersköterska respektive distriktssköterska. Inför APT har ett förmöte genomförts i lokal ledningsgrupp med verksamhetschef, stödpedagog, sjuksköterska och en personal från varje enhet (olika varje gång utifrån kompetens och intresse). Verksamhetschefen agerar bollplank och har förstås det yttersta ansvaret för kvalitetsarbetet. Övrig personal är delaktiga i arbetet under APT, och har ett stort fokus på att samskapa med de boende då detta är möjligt. Ginstgårdens stödpedagog har ett övergripande ansvar för att samverka med anhöriga.

## **4 Strategier och fokusområden**

Arbetet mot hög kvalitet och patient- och brukarsäkerhet sker genom att vi aktivt arbetar utifrån individens behov och styrs med hjälp av ett processororienterat ledningssystem där roller och ansvar samt rutiner och metoder för processerna finns beskrivna. Ledningssystemet används för att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Det kompletteras av mätningar som är samlade i en interaktiv databas. Tillsammans stödjer detta ett kontinuerligt och systematiskt arbete med att förbygga fel och brister, hantera avvikelser och främja en öppen kommunikation. Medarbetare och chefer skapar en samsyn, lär av varandra, tänker nytt och delar med sig av goda erfarenheter och skapar på detta sätt en lärande organisation genom kunskapsutveckling.

Under 2021 har vi fortsatt vårt arbete mot en mer tillitsbaserad styrning. På övergripande nivå följs ramar och allmänna krav upp. Samtidigt identifierar verksamheterna relevanta indikatorer och sätter mål på lokal nivå. Vi har under 2021 fortsatt utveckla arbetet kring de lokala kvalitetsmålen (se kapitel 15). Efter att varje verksamhet har identifierat mål och utformat en tidsatt handlingsplan med ansvarsfördelning för genomförandet av aktiviteter så delas dessa med övriga verksamheter. Verksamheten följer regelbundet upp målen under året och uppdaterar måluppfyllelsen. På detta sätt skapas transparens och lärande mellan verksamheter och möjlighet att följa upp resultaten på övergripande nivå.

## 4.1 Äldreboende Ginstgården

Med utgångspunkt i förra årets kvalitetsberättelse fokuserade vårt kvalitets-, patient- och brukarsäkerhetsarbete under 2021 på följande mål och strategier:

| Fokus-område                      | Mål   | Aktivitet  | Ansvarig  | Tidplan     | Måluppfyllelse |
|-----------------------------------|---|--|---|-------------|----------------|
| Ansvar för gemensamma resurser    | 100% av alla boende ska en individuell riskbedömning de närmste veckorna från inflyttningsdatum | Alla boende ska ha en individuell riskbedömning i den enskildes lägenhet vid inflyttning och få en uppföljning vid förändring. | Kontaktpersoner                                       | 2021        | 75             |
| Ansvar för gemensamma resurser    | Brukarundersöknings nöjdhet av maten önskar vi öka till 85%                                     | Vi har ny matleverantör med ökade möjligheter att variera kosten.  | Personalgruppen ska arbeta aktivt med matsituationen. | 2021        | 100            |
| Diakoni i praktiken               | Dokumentera synpunkter och klagomål i DF Respons  | DF Respons   | Verksamhetschef                                       | Varje månad | 75             |
| Stolta och engagerade medarbetare | Öka medarbetarundersöknings resultat i att känna sig delaktiga i sin egen arbetsmiljö.          | Varje månad följa upp arbetsgruppens mående på BPSD-möten.   | Arbetsgruppen och verksamhetschef                     | Hela 2021   | 100            |
| Tillit och lärande                | 100% av alla medarbetare ska ha gått dessa utbildningar   | Alla ska gå webbutbildning i Noll vision, demens ABC, demens ABC +, basal vårdhygien, säker läkemedelshantering                | Verksamhetschef och biträdande verksamhetschef        | 2021        | 75             |

Alla boenden har haft en riskbedömning i den enskildes lägenhet i början på året men då vi har några nyinflyttade så har inte riskbedömningen uppdaterats till de nyinflyttade. Vi har under pandemin inte lyckats introducera nya medarbetare och vi har inte haft fokus på att fylla i en riskbedömning utan vi har arbetat utefter rutiner som gäller exempelvis alla vid ett covid-19 utbrott.

Vi har bytt matleverantör och arbetsgruppen har fått utbildning i att skapa en god måltid och måltidsmiljö. Eftersom nationella brukarundersökningen blev inställd 2021 kan vi inte följa upp vår målsättning den vägen, men under 2021 har vi ofta fått till oss från dom boende att maten är jättegod och att det luktar så gott när den tillagas.

Vi har under året haft dialog tillsammans med personalen om vikten av att dokumentera synpunkter för att ta tillvara den respons som är positiv men också det vi behöver utveckla. Detta är inte fullt ut implementerat till alla i personalgruppen.

Under alla BPSD-möten under 2021 har vi en stund innan mötet börjat pratat om hur arbetsmiljön är på enheten och hur den går att utveckla och säkra ytterligare. Fokus har utifrån behov legat på den psykosociala arbetsmiljön kopplat till coronapandemin, men kommer att fortsätta med annat fokus även efter pandemin då dessa samtal visat sig värdefulla.

Då vi har några nyanställda så har vi inte nått upp till att alla har gått webbutbildningarna som var i målet för 2021, men 75% av alla medarbetare har gått alla utbildningar.

## 5 Systematiskt förbättringsarbete

Bräcke diakoni bedriver ett systematiskt förbättringsarbete i enlighet med föreskriften om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) med syftet att säkra och utveckla verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet. Förbättringsarbetet består av att analysera och förebygga risker (riskanalys), analysera verksamhetens resultat över tid samt i förhållande till andra aktörers resultat eller synpunkter (egenkontroll) samt att analysera, synliggöra och lära av fel och brister i verksamheten (avvikelser). Riskanalys, egenkontroll och avvikelser bildar strukturen för vårt systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete och är återkommande delar av ledningens arbete på olika nivåer.

Vi bedriver också ett eget kompetensutvecklingsprogram för systematiskt kvalitetsarbete som kallas *Förbättringskraft*. Utgångspunkten för detta arbete är att välfärdens värdeskapande sker i mötet mellan den som har behov av och den som ger utbildning, vård, omsorg eller stöd. På detta sätt tar vi vara på alla medarbetares kompetens och engagemang och skapar stolthet och glädje över förbättringar för de som vi finns till för. *Förbättringskraft* har utvecklats i nära samarbete med vår branschorganisation Famna och bygger på erfarenheter och forskning om hur de bästa vård- och omsorgsaktörerna har uppnått sina resultat.

I *Förbättringskraft* jobbar tvärprofessionella team med förbättringsarbeten som utgår från behoven hos dem som verksamheterna finns till för: barn, brukare, patienter, boende, elever, deltagare eller gäster. Under programmet lär sig teamen att identifiera förbättringsbehov, sätta mål, ta fram mätningar och testa förbättringsidéerna i verksamheten. Varje förbättringsteam har en coach som har till uppgift att leda teamet genom förbättringsprocessen. Upplägget utgår från *Dartmouth Microsystem Improvement Curriculum*<sup>8</sup>. Under de senaste åren har över 500 medarbetare och chefer inom Bräcke diakoni deltagit i Förbättringskraft. Det finns ett 120-tal förbättringscoacher med erfarenhet av att leda utvecklingsprojekt som leder till mätbara förbättringar. Inom ramen för Förbättringskraft har vi också ett nära forskningssamarbete med The Jönköping Academy for Improvement of Health and Welfare vid Jönköping University, Marie Cederschiöld högskola och Göteborgs Universitet.

---

<sup>8</sup> [Nelson et al. 2007. Quality by design.](#)

Under 2021 har Förbättringskraft haft ett fortsatt fokus på att stärka teamens kunskapssökande för ökad evidensbaserad förbättring. För respektive förbättringsområde tas ett aktuellt kunskapsunderlag fram utifrån en mall. Även arbetet med att utveckla samskapandet i genomförande av förbättringsarbetena har fortsatt.

Ett systematiskt förbättringsarbete genomförs också på driftområdes- och verksamhetsnivå genom resultatorienterad styrning. Metodiken liknar till viss del Förbättringskraft och utgår från tydliga, långsiktiga mål men även uppföljning av nyckeltal. Prioriterade förbättringsområden väljs utifrån potentiell effekt på målpuppfyllnad och förbättrad kvalitet. Utifrån dessa förbättringsområden tas handlingsplaner fram för aktuell period. Vid regelbundet återkommande möten utvärderas både framdrift och målpuppfyllnad i förbättringsarbetet och avslutas med att en ny handlingsplan tas fram för kommande period.

### **5.1 Äldreboende Ginstgården**

Ginstgårdens systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete bygger på att synliggöra eventuella brister i organisationen för att stimulera och främja lärande och för att undvika fel i framtiden. Detta innebär att vi aktivt jobbar för att uppmuntra alla medarbetare att bidra med att skapa transparens samtidigt som det förebyggande arbetet stärks genom riskanalyser på olika nivåer i organisationen.

Under 2021 har vi på Ginstgården arbetat på våra BPSD-möten med förbättringar för våra äldre både gällande utomhusmiljö och fallprevention. Vi har samtalat enhetsvis och genom dialog kommit fram till lämpliga aktiviteter och fallpreventioner. Vi har också genom palliationsutbildningen utökat vår dokumentation vilket har förbättrat uppföljningen av den palliativa vården.

## **6 Riskanalyser**

Bräcke diakonis systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete bygger på att synliggöra eventuella brister i organisationen för att stimulera och främja lärande och för att undvika fel i framtiden. Detta innebär att vi aktivt jobbar för att uppmuntra alla medarbetare att bidra med att skapa transparens samtidigt som det förebyggande arbetet stärks genom riskanalyser på olika nivåer i organisationen.

Ledningsgruppen analyserar och följer upp risker på strategisk nivå samtidigt som medarbetare i vardagen gör övergripande riskanalyser gemensamt på verksamhetsnivå liksom individuella riskbedömningar tillsammans med barn, föräldrar, patienter och brukare. På detta sätt skapar Bräcke diakoni en kultur där risker hanteras och där kunskapen om dessa bidrar till att skapa säkrare utbildning, vård och omsorg.

Arbetet med riskanalyser hanteras enligt vedertagna arbetsätt och förankrade rutiner och genomförs särskilt i situationer såsom upprepade mindre allvarliga avvikelser, vid införande av ny teknik, nya metoder och arbetsätt eller vid organisationsförändringar.

## 6.1 Riskanalyser på verksamhets- och individnivå

Samtliga verksamheter inom äldreomsorgen använder sig utav riktade riskanalyser för att identifiera och analysera risker på individnivå för att därigenom förebygga att allvarliga händelser och skador inträffar. Inom ramen för Senior alert registreras och bedöms risker rörande trycksår, fall, undernäring, munhälsa, och vid behov blåsdysfunktion två gånger per år samt vid behov ur HSL- och SoL-perspektiv. Munhälsa bedöms i verksamheten med hjälp av instrument i våra journalsystem och även tandvården erbjuder munhälsobedömningar och ger rekommendationer och åtgärder vid behov. Riskbedömningar görs även för att undvika att en person ofrivilligt avviker ifrån ett boende samt för att identifiera och förebygga hot- och våldssituationer. BPSD-registret används för att stödja ett personcentrerat bemötande hos personer med beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom. Fördjupad läkemedelsgenomgång görs årligen samt vid behov. Riskanalyserna kan leda till nya arbetssätt, rutiner och/eller utbildning. Exempelvis kan byte av sittplats under måltiderna ske för någon boende, särskild nattbelysning kan installeras i lägenheterna eller särskilt porslin kan användas på grund av t.ex. nedsatt syn, kognitiv svikt eller annan funktionsnedsättning.

## 6.2 Äldreboende Ginstgården

Riskanalyserna och samverkan i teamet skapar ett öppet arbetsklimat och trygghet i arbetsgruppen där olika frågor om säkerhet synliggörs. Under året har vi kontinuerligt gjort riskanalyser för våra boenden både när det gäller fall, trycksår och undernäring.

Vi använder oss regelbundet av BPSD-schema för att kartlägga den boendes oro. Fördjupad läkemedelsgenomgång görs årligen samt vid behov av läkare som är knuten till boendet. Vid läkemedelsgenomgång så använder vi oss av BPSD-schema för att kartlägga den boendes oro och symtomskattning för att skatta den boendes symtom för att kunna identifiera effekter och biverkan på läkemedel.

Dessutom har upprepande riskanalyser genomförts för att skydda våra äldre från att bli smittade av covid-19. Riskanalyserna har vi gjort innan inflyttning och under tiden personerna varit boende hos oss. Vi har även gjort noggranna riskanalyser när det gäller besökande till Ginstgården. Riskanalys vid besök har oftast varit en avvägning mellan den psykiska hälsan och risken att bli smittad av covid-19. För att möjliggöra säkra besök vid vård i livets slutskede har vi gjort specifika riskanalyser för dessa situationer. Vi har arbetat under året med att all personal skall känna sig bekväm med att göra avvikelser så att vi i tid kan fånga upp allt från ett felaktigt arbetssätt till fallrisker eller smittorisker.

## 7 Egenkontroll

### 7.1 Kvalitetsdialog

Som ett stöd i verksamheternas systematiska kvalitetsarbete följer kvalitetsavdelningen upp mål och strategier från förra årets kvalitetsberättelse i en kvalitetsdialog som genomförs under sommar/höst



varje år. Dialogen utgår från ledningssystemföreskriften (SOSFS 2011:9) och går genom hur verksamheten arbetar med det systematiska kvalitetsarbetet. Den tar upp frågor kring verksamhetens struktur, process och resultat utifrån sex olika teman: styrdokument och ledningssystem, riskanalyser, avvikelser, egenkontroll, kunskap och kompetens och samskapande och samverkan. I kvalitetsdialogen deltar t.ex. MAS, MAR eller SAS samt verksamhetschef, kvalitetsombud och andra medarbetare från verksamheten. Verksamhetens kvalitetsmognad bedöms gemensamt i dialogen utifrån en 3-gradig skala. Dokumentationen av dialogen och skattningarna ligger till grund för verksamhetens kvalitetsberättelse och planeringen av åtgärder under kommande år. Kvalitetsavdelningen återkopplar sina observationer till driftområdesledningen för att skapa strategiska förutsättningar för kvalitetsutvecklingen. På detta sätt skapas en struktur för en ständigt pågående dialog kring det systematiska kvalitetsarbetet, se Figur 1.



Figur 1. Kvalitetsårshjulet

## 7.2 Lokal egenkontroll i Äldreboende Ginstgården

Förutom via kvalitetsdialogen granskar varje verksamhet sig själv genom lokala kontroller för att följa hur det egna kvalitetsarbetet utvecklas. Egenkontroller i verksamheterna görs på tre olika sätt; extern revision, deltagande i regionala och nationella undersökningar och övriga lokala egenkontroller. Nedan följer en genomgång av vilka egenkontroller Äldreboende Ginstgården har genomfört. För resultat av egenkontrollerna, se kap 15.

### 7.2.1 Externa revisioner

Av de externa revisioner som gjorts på Bräcke diakoni under året har Äldreboende Ginstgården granskats eller reviderats av:

### 7.2.2 Journalgranskning av Alingsås kommun har gjorts enligt rutin. Nationella och regionala undersökningar

Äldreboende Ginstgården har under 2021 deltagit i följande nationella eller regionala undersökningar.

- Senior alert
- Svenska palliativregistret

- BPSD-registret

### 7.2.3 Övriga lokala egenkontroller

På Äldreboende Ginstgården består den lokala egenkontrollen även av:

Hygienmätningar har gjorts under 2021 som har diskuterats på APT. SBA görs regelbundet av brand-skyddsombud. Det har även gjorts egenkontroll genom temperaturmätning av mat. Under 2021 har vi anlitat person som har kontrollerat alla sängar och alla hjälpmedel.

## 8 Avvikelsehantering

### 8.1 Avvikelser

På Bräcke diakoni hanteras och analyseras alla identifierade risker, fel och brister, inkomna klagomål och synpunkter som avvikelser. Avvikelser är en viktig källa för att identifiera förbättringsbehov i verksamheten och vi jobbar löpande med att skapa en säkerhetskultur där man tillsammans pratar om, analyserar och förebygger avvikelser. Alla medarbetare får information om rutiner för avvikelshantering och rapporterar både HSL- och sociala avvikelser elektroniskt i Bräcke diakonis avvikelssystem.

All personal har en skyldighet att rapportera avvikelser till närmaste chef och direkt åtgärda en händelse och/eller risk. Alla avvikelser graderas och vid allvarliga händelser och avvikelser diskuterar verksamhetschefen lämplig hantering av ärendet med kvalitetsavdelningen. Verksamhetschef ansvarar för att utredningen sker genom en systematisk analys av bakomliggande orsaker. Varje verksamhet åtgärdar och följer upp avvikelser i syfte att dra lärdom av det som skett och för att kunna vidta förebyggande insatser för att förhindra upprepning.

Tillsammans med verksamhetschef har Bräcke diakonis MAS, MAR, SAS och hälso- och sjukvårdsrådgivare en central roll i hantering av avvikelserna. Både sociala och HSL-avvikelser rapporteras i ett gemensamt avvikelssystem, DF Respons, vilket har medfört ett bra stöd för att fånga avvikelser och skapa effektivare processer för att utreda, följa upp och analysera dessa, vilket skapar lärande, förbättrar kvaliteten och stärker patient- och brukarsäkerheten.

#### 8.1.1 Lex Maria

Risk för vårdskada samt inträffad vårdskada rapporteras direkt till kvalitetsavdelningen. MAR, MAS och/eller hälso- och sjukvårdsrådgivare genomför tillsammans med verksamhetschefen en internutredning som vid vårdskada/risk för vårdskada anmäls till inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt bestämmelserna om lex Maria. Information om anmälan ges även till beställande myndighet samt till patienten.

#### 8.1.2 Lex Sarah

Missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden rapporteras direkt till kvalitetsavdelningen där SAS ansvarar för att genomföra en internutredning av vad som hänt, varför och vad vi behöver

göra för att förhindra att det händer på nytt. Vid allvarligt missförhållande/ påtaglig risk för allvarligt missförhållande anmäls även händelsen till inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt bestämmelserna om lex Sarah. Information om anmälan ges även till beställande myndighet.

### 8.1.3 Äldreboende Ginstgården

På Äldreboende Ginstgården arbetar man, förutom enligt beskrivningen ovan, på följande sätt med att hantera avvikelser:

Vi arbetar med kulturen att det är bra med avvikelser så att vi kan fånga upp förbättringsområden innan händelser blir allvarliga. Avvikelserna går vi alltid igenom på våra BPSD-möten där vi skapar lärande och utformar ett förebyggande arbete för mer allvarliga avvikelser. När det inträffar allvarligare avvikelser går dessa igenom på APT.

## 8.2 Klagomål och synpunkter

Externa klagomål och synpunkter från patienter, gäster eller närstående är en självklar del av vår avvikelshantering och en viktig källa för förbättringar. Synpunkter och klagomål kan framföras på följande sätt:

- Blanketten "Välkommen att tycka till! Säg vad du tycker" finns tillgänglig i samtliga verksamheter
- Den enskilde pratar direkt med personalen
- Den enskilde framför synpunkter via brev, mail eller sms.
- Via hemsidan med länk till formuläret [Tyck till](#)

Information om möjligheterna att framföra synpunkter ges vid första mötet med den enskilde och dennes anhöriga. Verksamhetscheferna återkopplar ärenden till anmälaren muntligt/skriftligt enligt lag om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården<sup>9</sup>. Verksamhetschefen ansvarar även för fortsatta kontakter med den som framfört synpunkter om hen inte är nöjd med svaret eller vidtagen åtgärd.

### 8.2.1 Äldreboende Ginstgården

De flesta synpunkter bemöts enbart muntligen, men ett aktivt arbete pågår för att öka synpunktsdokumentationen i avvikelssystemet. Vi ser att inte bara negativa händelser behöver dokumenteras, beröm är viktiga för att lyfta det som fungerar väl i verksamheten.

---

<sup>9</sup> [SFS 2017:372](#)

## 9 Medarbetarnas delaktighet

Alla medarbetare bidrar aktivt med att hela tiden anpassa verksamheten till behoven hos dem vi finns till för. Bräcke diakoni har genom sin lednings- och kvalitetsorganisation skapat en struktur för att tidigt fånga upp förbättringsbehov i verksamheten samt upptäcka, rapportera och åtgärda fel och brister.

Medarbetarna i verksamheterna är delaktiga i kvalitetsutvecklingsarbete på stiftelsenivå genom framtagande av generella policys, rutiner och arbetssätt samt utveckling och administration av digitala system. Som en del i att utveckla en levande förbättrings- och säkerhetskultur erbjuder Bräcke diakoni följande kompetensutvecklingsinsatser:

- Introduktionsutbildningen för alla nya medarbetare förmedlar kunskap om Bräcke diakonis historia, värdegrund, ledningssystem, lagstiftning samt avvikelshantering mm.
- Introduktionsutbildning för nya chefer som särskilt tar upp frågor kring ledningssystem, lagstiftning och informationssäkerhet.
- Speranza Akademi, internutbildningar för alla medarbetare inom bland annat värdegrund, ledarskap, dokumentation och arbetsmiljö.
- Förbättringskraft är Bräcke diakonis eget kompetensutvecklingsprogram för systematiskt förbättringsarbete. Medarbetare utvecklar under ett halvår sina färdigheter i att analysera förbättringsbehov, sätta mål, använda mätningar och sprida resultat.

### 9.1 Äldreboende Ginstgården

Utöver dessa allmänna insatser har våra medarbetare deltagit i följande satsningar:

Under 2021 har Ginstgårdens personal gått utbildning i palliativ vård. Vi har haft tre olika träffar med utbildande handledare där personal har lärt sig om personer i livets slutskede och har fått möjlighet att närma sig och fördjupa sig i ämnet.

En stor del av personalgruppen har genomfört Bräcke diakonis webbaserade miljöutbildning.

Ginstgårdens sjuksköterskor har genomfört en tilläggsutbildning för dokumentationssystemet Magna Cura.

## 10 Samverkan

### 10.1 Samskapande med brukare/patienter och närstående

Vårt arbete utgår från en personcentrerad vård och omsorg där vi strävar efter att synliggöra hela personen och prioriterar tillgodoseende av andliga, existentiella, sociala och psykiska behov i lika hög utsträckning som fysiska behov. För att förbättra kvaliteten och patient- och brukarsäkerheten behö-

ver patienter/brukare och anhörigas erfarenheter av vården tas tillvara. Patienter/brukare och anhöriga behöver också ges möjligheter att kunna påverka beslut och planering av sin egen vård och omsorg. Inom Bräcke diakoni pågår ett kontinuerligt arbete med att stärka patient- och brukarrollen genom att både skapa förutsättningar för och en medvetenhet om hur vården och omsorgen kan samskapas.

### **10.1.1 Äldreboende Ginstgården**

De boende på Ginstgården är medskapare och medverkar till upprättande av sin egen genomförandeplan samt är delaktiga när individuella vårdplaner upprättas. Anhöriga är även behjälpliga och skriver en levnadsberättelse i samband med nyinflyttning. Genom levnadsberättelsen kan man lära känna den boende och hans tidigare liv. Vid pandemins start 2020 och under 2021 var vi tvungna att ställa in de aktiviteter som var planerade med boenderåd och anhöriga.

Ginstgårdens stödpedagog har ett övergripande ansvar för att samverka med anhöriga. Kontakten kan bestå av regelbundna telefonsamtal, sms, mail och/eller stödjande samtal vid besök. Att alltid signalera att tid finns för ett samtal oavsett hur kontakten inleds skapar ett förtroende. Målsättningen är att anhöriga ska känna att de aldrig stör när de söker kontakt och vill samtala. De är en viktig del av vårt team kring den som bor på Ginstgården.

Vi har två sociala rum, en sluten grupp på Facebook och ett Instagramkonto, där vi uppdaterar anhöriga med vad som händer på Ginstgården och delar vår vardag för att anhöriga ska få en inblick. Våra boende har även fått möjlighet att få inblick i sina anhörigas liv via Facebook efter samtycke. Vi har aktivt arbetat med att boende skall ha möjlighet till videosamtal med sina familjer via Ipad. Fokus har under året varit på att skapa individuella aktiviteter i mindre grupper per enhet för att minska eventuell smittspridning. Dessa aktiviteter har planerats tillsammans med den enskilde personen. Exempelvis har verksamhetschefen via mindre forum bjudit in boende att vara med och bestämma inredning inomhus. Utomhus i Ginstgårdens trädgård har de fått vara med och göra inköp och bestämma de växter som ska planteras. En av de boende har med stöd av personal skött hönsen i vår hönsgård. När det har tillåtits har vi haft bokcirkel och musikstund med musiker utifrån där de boende har varit delaktiga.

## **10.2 Samverkan med andra vårdgivare/omsorgsgivare**

Vården och omsorgen är ett komplext system med olika aktörer t.ex. i en huvudmannaroll som myndighet eller vårdgivare eller som profession i mötet med patienter, brukare och deras anhöriga. Många brister i vården och omsorgen beror på övergångarna mellan olika aktörer, professioner eller enskilda personer som leder till glapp där det krävs att alla aktörer tar ett ansvar som sträcker sig utöver sina egna verksamhetsgränser. För Bräcke diakoni är en sammanhållen vård och omsorg en viktig målsättning och vi tar vår roll som idéburen aktör i detta system på största allvar.

Bräcke diakoni deltar t.ex. i vårdplaneringen för den enskilde i övergången mellan olika vård- och omsorgsaktörer, eller för barn med funktionshinder som rör sig mellan boenden, skola och det egna hem-

met. Andra samverkanspartner kan vara Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, kommuner, assistansbolag, hemhabiliteringar, regionhabilitering, brukarstödcenter, apotek m.fl. Dessutom förekommer övergripande samverkan med brukar- och patientorganisationer.

### **10.2.1 Äldreboende Ginstgården**

Ginstgården samarbetar med Bräcke vårdcentral Centrum genom att ansvarig läkare från vårdcentralen kommer till Ginstgården en gång i veckan för att ha rond tillsammans med sjuksköterska. Genom Alingsås kommun får Ginstgården placeringar. Vi har även samarbetat med vårdcentralen så att personal har haft möjlighet att ta snabbtest vid misstanke om Covid-19, dock ej vid symtom.

## **10.3 Samverkan med andra samhällsaktörer**

Bräcke diakoni har som nationell idéburen aktör en bred samverkan med många olika organisationer. Vi har bl.a. genom Famna (Riksorganisation för idéburen vård och social omsorg) varit involverade i flera nationella utvecklingsprocesser som t.ex. Öppna Jämförelser, Nationell eHälsa, Nationell patientkontrakt, Tillitsdelegationen och ett flertal andra offentliga utredningar. Kvalitetsavdelningens medarbetare är representerade i Riksföreningen för socialt ansvariga samordnare (SAS), det nationella MAR-nätverket (medicinskt ansvariga för rehabilitering) och ingår i programråd och referensgrupper för nationella och internationella konferenser som t.ex. Vitalis, International Forum for Quality and Safety in Healthcare (IHI/BMJ) och i samverkansgruppen för säker vård.

Bräcke diakoni driver dessutom ett flertal innovationsprojekt med stöd från Nationella arvsfonden tillsammans med brukar-/patientorganisationer inom följande områden: Äldre, funktionsnedsättningar, psykisk ohälsa, lipödem och digitalisering.

Internationellt finns Bräcke diakoni representerad i den europeiska paraplyorganisationen Eurodiaconia och i ett nordiskt nätverk kring palliativ vård.

### **10.3.1 Äldreboende Ginstgården**

Under 2021 har vi samarbetat med Arbetarnas Bildningsförbund (ABF) och haft en trubadur som har kommit och sjungit på Ginstgården. Andra samverkanspartner har varit Alingsås kommun och Alingsåshem då vi har haft genomgång så att byggnaden behåller sina funktioner för de boende som bor på Ginstgården. Vi har ett gott samarbete med flera olika aktörer för att vara tillgängliga i samverkan kring Alzheimer café. Ginstgården ingår i samverkansgruppen kring Alzheimers café som kommer att byta namn till Café minnesvärt.

## **10.4 Forskningssamverkan**

Målsättningen med Bräcke diakonis arbete med forskning är att det ska bidra till att vi bättre ska kunna verka för ett medmänskligare samhälle och skapa värde för dem som vi finns till för. Som hjälp i detta har vi en forskningsstrategi som fokuserar på tre forskningsområden med inriktning mot idéburen välfärd:

- Värdeskapande mellan dem vi är till för och medarbetare
- Organisering och ledning av idéburna organisationer
- Samverkan och relationer i välfärden

Bräcke diakonis delägarskap i Marie Cederschiöld högskola skapar en närhet till forskning och utbildning inom vård- och socialvetenskap och civilsamhällsfrågor med konkreta forskningsarbeten och möjlighet till verksamhetsförlagd utbildning för studenter. Tillsammans med övriga delägare och högskolan pågår ett gemensamt arbete kring äldre, palliativ vård, funktionsnedsättningar, kvalitetsregister, verksamhetsförlagd utbildning och kompetensförsörjning.

Inom ramen för detta samarbete har vi också utvecklat ett koncept för ett akademiskt äldreboende. Syftet med ett akademiskt boende är att förbättra samverkan mellan forskning, utbildning och utveckling inom vården och omsorgen. Det övergripande målet är att skapa hållbara strukturer och stöd för forskare, studenter och vård- och omsorgspersonal för att samverka med varandra. Det är vår målsättning att inkludera den enskilde personen eller dess närstående i forskning, utveckling och utbildning. Modellen för denna samverkan är inte begränsad till äldreomsorgen och kommer att kunna överföras även till andra verksamhetsområden.

I samarbetet med Göteborgs universitet och med stöd från Forte bedriver vi ett forskningsprojekt kring evidensbaserad omvårdning inom socialtjänstens område. Här ser vi vårt systematiska förbättringsarbete som ett bra sammanhang att både implementera och ta fram ny kunskap kring hur evidensbaserad omvårdning kan omsättas i vårdens och omsorgens vardag av personer som inte genom sin utbildning är akademiskt skolade.

För att stärka patienters och brukares involvering i vården och omsorgen pågår också ett forsknings- och utvecklingsarbete om samskapande. I en kartläggning i Bräcke diakonis verksamheter framkom att medarbetarna är motiverade att samskapa men behövde ett förbättrat stöd för att öka samskapandet i praktiken. Vi har nu integrerat samskapande tydligare i vårt kvalitetsarbete, bland annat genom att anpassa Förbättringskraft och förtydliga samskapande i kvalitetsdialogen, policyer och rutiner.

Bräcke diakoni har ett omfattande forskningsarbete med ett flertal universitet och högskolor i Sverige. Forskningsfrågorna kretsar kring personcentrerad vård och omsorg, samskapande, innovationer, idéburet offentligt partnerskap (IOP), tillitsbaserad styrning samt evidensbaserad praktik. Sedan 2018 arrangerar Bräcke diakoni en årlig *Kunskapsarena*<sup>10</sup> för att främja samverkan mellan forskare och praktiker/kliniker. Under 2021 har konferensen handlat om samskapande, evidensbaserad omvårdning och kunskapsimplementering inom vård och social omsorg. I programmet deltog forskare, företrädare för SKR, Socialstyrelsen och Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) samt två förbättringsteam från Förbättringskraft och projektet om Lipödem.

---

<sup>10</sup> [Kunskapsarena](#)

#### 10.4.1 Äldreboende Ginstgården

Under första delen av 2021, vecka 10–15, hade vi en sjuksköterskestudent från Luleå tekniska universitet.

### 11 Kvalitetsarbete under coronapandemin

Coronapandemin har krävt ständiga, snabba omställningar där organisationens styrning, beslutsfattande, roller och ansvar har satts på prov.

Tidigt i pandemin tillsattes ett krisledningsteam bestående av direktor, driftchef (läkare), utvecklingschef, MAS, HR-chef, ekonomichef, kommunikatör och krissamordnare som tillsammans har drivit och samordnat smittskyddsarbetet. Omvärldsbevakning på internationell, nationell, regional och lokal nivå tillsammans med riskanalyser på organisations-, verksamhets- och individnivå utgjorde grunden för en mängd åtgärder för att säkra hög kvalitet och patient- och brukarsäkerhet samt förhindra smittspridning. Ett tätt samarbete mellan krisledningsteam och stödfunktioner har resulterat i god kommunikation till verksamheterna och medarbetarna.

Krisledningsteamet har organiserat kontinuerligt stöd och uppföljning till verksamheterna i basala hygienrutiner, i smittskyddsfrågor och träning i att använda skyddsutrustning. En del i stödet är förenklad och anpassad information om basala hygienrutiner och skyddsutrustning i fickformat. Vidare har lokala, tydliga kommunikationsplaner och handlingsplaner vid misstanke eller vid verifierad smitta av covid-19 tagits fram i samarbete med verksamheterna. Medarbetarna har via intranätet tillgång till uppdaterad information kring covid-19 och i ledningssystemet är information, rutiner, riskanalyser, egenkontroller och länkar som rör covid-19 samlad. Avvikelser, riskbedömningar och egenkontroller såsom hygienkulturmätning utgör uppföljning och bas för fortsatta förbättringar.

Krisledningsteamets förebyggande arbete har även inkluderat simulering av olika tänkbara sjukdomsscenarior av personal och behov av kohortvård för att underlätta planering och bemanning av extra personal. Dessutom har ett stort arbete lagts på att säkra god tillgång till skyddsutrustning med rätt kvalitet. Genom regelbunden inventering i alla verksamheter och en centralt styrd process för inköp och distribution har vi lyckats säkerställa att det under hela pandemin har funnits rätt skyddsutrustning på plats i varje verksamhet.

Under 2021 har vi i de verksamheterna där vi har stadigvarande ansvar för dem vi finns till för genomfört omfattande provtagningar och smittspårning. Bräcke diakonis verksamheter har också haft ett systematiskt arbete med att erbjuda brukare och patienter vaccin mot covid-19 enligt nationella och regionala riktlinjer. Alla boende på SÄBO som kan och vill vaccinera sig har under hösten 2021 fått tredje dosen vaccin. Bräcke mobilt hälsoteam Väst har haft uppdrag att vaccinera utsatta grupper i alla VGR's kommuner, där vaccinering av målgruppen inte hade påbörjats.



Som i många verksamheter har digitaliseringen tagit stora steg även hos oss. Möten hålls nuförtiden digitalt i mycket större omfattning inom hela organisationen. Användandet av läsplattor mellan brukare och närstående men också mellan sjuksköterskor, läkare och omvårdnadspersonal internt har underlättat kommunikation lokalt i verksamheterna. Webinarier riktat till personal och chefer har varit ett sätt att sprida ny information samt fånga upp och hantera frågor och eventuell oro medan digital introduktionsutbildning har tagits fram till nya medarbetare.

Under 2021 har krisledningsteamets arbete bestått av driftchef, utvecklingschef, HR-chef, hälso- och sjukvårdsrådgivare, MAR och MAS. Teamet har träffats en gång per vecka för uppdatering av nya riktlinjer samt diskuterat och tagit ställning till verksamhetsnära frågor som rör pandemin. Krisledningsteamet har bjudit in chefer och andra nyckelpersoner i verksamheterna till veckovisa digitala lägesavstämningar för hur pandemiarbetet fungerar i verksamheterna samt uppdatering av ny information och riktlinjer.

Sammanfattningsvis präglas vårt kvalitetsarbete under pandemin av såväl systematik som en hög grad av flexibilitet. Ny kunskap inhämtas och implementeras kontinuerligt. Det finns en tydlig kommunikation med utgångspunkt i de nationella rekommendationerna med en anpassning till lokala förutsättningar efter genomförda riskanalyser. Implementeringen av nya arbetsätt och förändringen av situationen följs upp genom löpande avstämning i krisledning, driftledning och operativa arbetsgrupper (smittskydd, skyddsutrustning, bemanning, kommunikation) och en tät kontakt mellan dessa och de lokala ledningsteam.

## **12 Mångfald, genusperspektiv och jämställdhetsarbete**

Bräcke diakonis värdegrund och vision går hand i hand med grundtanken om jämställdhet och allas lika värde. Vår utgångspunkt är att jämställdhet, precis som kvalitet i ett större perspektiv, skapas i mötet mellan människor. Jämställdhets- och mångfaldsarbetet på Bräcke diakoni innefattar alla som verkar inom vår organisation - var och en har ansvar för sina attityder, handlingar och bemötande. Vi arbetar ständigt med att utveckla och stärka medvetenheten om olika människors grundläggande rättigheter.

För Bräcke diakoni är jämställdhet mer än enbart män och kvinnors lika värde – med jämställdhet och mångfald menar vi att alla människor har lika värde oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, sexuell läggning, ålder, etniskt eller socialt ursprung, religion eller annan trosuppfattning, politisk uppfattning eller funktionsnedsättning. Genus är för oss ett begrepp som visar på de sociala och kulturella villkor som formar kvinnors och mäns möjligheter och påverkar deras agerande.

Vårt fokus ligger alltid på att se individen och att bemöta var och en utifrån individuella behov och önskemål – i detta arbete är jämställdhet och genusperspektivet en viktig aspekt för oss.

För att säkerställa jämställdhet ur ett brukarperspektiv arbetar vi med:

- Utbildningsåtgärder – regelbundet och på alla nivåer
- Jämställdhet och mångfald är en del av den introduktionsutbildning som nyanställda deltar i
- Regelbunden dialog och reflektion i vardagen och på APT
- Minst ett APT per år med tema jämställdhet och mångfald
- En del av medarbetarsamtalet

För Bräcke diakoni är det viktigt att ledningen är drivande och förstår varför jämställdhet och mångfald är en strategisk fråga. Det är också viktigt att alla i verksamheten känner till vår värdegrund och kopplingen till jämställdhet, och vikten av att ha med detta perspektiv i alla möten och situationer.

Genom att samtliga medarbetare har kompetens och erfarenhet inom området, och fortlöpande kompetensutvecklas, säkerställer vi en verksamhet med ett jämställt perspektiv där individens behov och önskemål alltid är utgångspunkten.

### 13 Miljöarbete

Bräcke diakoni är miljödiplomerad sedan 2005 enligt Svensk Miljöbas kriterier, vilka bygger på ISO 14001 samt EMAS. Vi genomgick i februari 2021 den tolfte diplomeringsrevisionen. Utöver Svensk Miljöbas krav beaktar vi också de olika krav som ställs på oss genom avtal med kommuner och regioner där vi är verksamma.

Bräcke diakoni har ett ambitiöst miljöarbete där samtliga verksamheter och medarbetare är involverade. All nyanställd personal får grundläggande miljöutbildning. 2021 har vi skapat en egen miljöutbildning, anpassad till våra verksamheter och hur vi bäst kan vara miljösmarta. Utöver den grundläggande miljökompetensen fyller vi på med regelbundna med kompetenshöjande aktiviteter.

Miljöorganisationen består av en övergripande miljösamordnare som till sin hjälp i det dagliga miljöarbetet har miljöombuden som finns i varje verksamhet. Vi har även en internrevisor för miljöarbetet. Internrevisorernas uppgift är att hjälpa till med egenkontroller i verksamheterna samt att stötta med råd. Tillsammans utgör miljösamordnaren, internrevisorn och miljöombuden stommen i Bräcke diakonis miljöarbete.

Under coronapandemin har resandet under större delen av året varit ytterst begränsat. Vi har då upptäckt att mycket fungerar lika bra genom webbmöten. Det är en erfarenhet som vi tar med oss in i framtiden och som kan göra mycket för miljön.

Vi arbetar aktivt med att minska vår miljöbelastning och har därför satt upp ett antal mål:

- Minska miljöbelastningen av vår verksamhet, där energianvändning och restprodukter ingår.
- Minska påverkan av våra arbetsresor, prioritera resfria möten i form av telefon och webbmöten.
- Minska miljöbelastningen av vår kosthållning genom en Klimatsmart dag per vecka i våra kök.

- Vi har en inköbspolicy samt inköpsrutiner som reglerar hur vi skall förhålla oss för att vara så miljöeffektiva som möjligt. Inköp ska vara miljöanpassade varor, så länge funktionen för ändamålet är tillfredsställande.
- Under året har en arbetsgrupp för cirkularitet och hållbarhet startats med målet att skapa nya styrdokument, rutiner och förhållningssätt kring cirkularitet, främst för möbler och inventarier. Arbetet kommer i nästa steg att involvera vår egen verksamhet för arbetsintegrering och därmed tas även ett steg för den sociala hållbarheten.
- För att reducera antalet transporter har vi en helhetsleverantör som förser oss med förbrukningsartiklar, omvårdnadsmaterial med mera på samtliga orter där vi finns representerade.
- Alla våra verksamheter källsorterar utifrån dokumenterade rutiner.
- En under året genomförd energikartläggning visar att vår allra största miljöpåverkan sker i våra större fastigheter i Göteborg och Falköping. Åtgärder genom förbättrade system för övervakning och styrning av energiförbrukning är planerade. Samtliga förbrukningsciffror följs årligen upp och sammanställs i Miljöberättelsen.
- Trafik- och resepolicyn reglerar vårt resande. Vi reser i första hand med tåg. Våra bilar är huvudsakligen miljöklassade och diesel-, el-, eller gasdrivna.
- Fortlöpande följa utvecklingen på miljöområdet för att hela tiden ha följsamhet i miljöarbetet.

Bräcke diakoni har under året tagit de första stegen mot en ny och sammanhållen struktur för hållbarhetsarbetet, genom att börja knyta ihop våra verksamheter för social hållbarhet med uppgifter för den miljömässiga hållbarheten. Inledningsvis innebär detta en tydligare koppling av verksamheten för arbetsintegrering och arbetsuppgifter inom cirkulära inventarie- och möbelflöden. Mot bakgrund av vår verksamhetsidé och vision ser vi det som naturligt att ta ansvar för miljömässig, social och ekonomisk hållbarhet.

Miljöarbetet beskrivs mer ingående i de årliga miljöberättelserna, hållbarhetsarbetet redovisas årligen i hållbarhetsrapporten.

## 14 Informationssäkerhet

Under 2021 har Bräcke diakoni fortsatt arbetet med en översyn av sitt informationssäkerhetsarbete för att hantera kraven i Dataskyddsförordningen genom att:

- Ge stöd till verksamheterna gällande risk- och konsekvensanalys.
- Förbättra lagring och sökbarhet av information om de register som hanterar personuppgifter i stiftelsens verksamheter.

Som stöd i arbetet med anpassning av verksamheten till Dataskyddsförordningen finns ett informationssäkerhetsråd med representanter från Kvalitets-, HR- och IT-avdelningen. Informations säkerhetsrådet har fortsatt sitt arbete med att:

- Utarbeta och följa upp rutiner och instruktioner gällande informationssäkerhet inom Bräcke diakoni.
- Att på delegation från Personuppgiftsansvarig fatta beslut om en avvikelse ska anmälas till Integritetsskyddsmyndigheten som personuppgiftsincident.
- Följa upp eventuella personuppgiftsincidenter med avsikt att skapa lärande.
- Vara en kunskapsresurs för hela organisationen i frågor om informationssäkerhet.
- Vara ett rådgivande stöd till Dataskyddsombudet.
- Vara ett kunskapsstöd vid konsekvensbedömning avseende dataskydd.
- Rådet har träffats för möten 7 gånger under året.

## 15 Resultat för Äldreboende Ginstgården

I följande avsnitt presenteras resultaten av Äldreboende Ginstgårdens systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

### 15.1 Dokumenterade förbättringsarbeten

Av analys kan vi se att arbetet kring fallprevention har givit resultat då vi andra året i rad har minskade fall.

### 15.2 Kvalitetsdialog

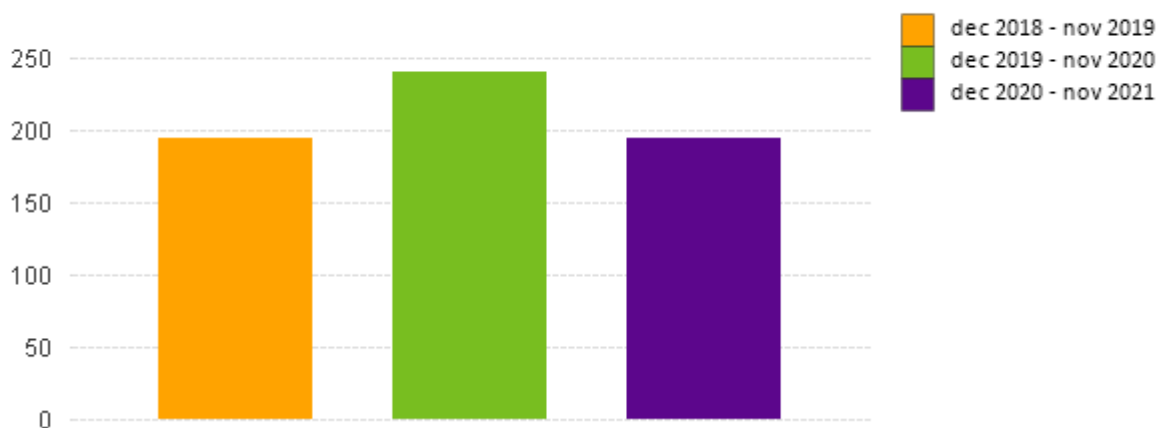
| Område                             | Struktur | Process | Resultat | Diff S | Diff P | Diff R |
|------------------------------------|----------|---------|----------|--------|--------|--------|
| 1. Styrdokument och ledningssystem | 3,0      | 2,3     | 2,5      | 0,67   | 0,00   | 0,00   |
| 2. Riskanalyser                    | 3,0      | 3,0     | 3,0      | 0,00   | 0,00   | 0,00   |
| 3. Avvikelsehantering              | 3,0      | 2,6     | 2,0      | 0,00   | 0,20   | -0,33  |
| 4. Egenkontroll                    | 3,0      | 3,0     | 2,0      | 0,00   | 0,33   | 0,00   |
| 5. Kunskap och kompetens           | 3,0      | 2,5     | 3,0      | 1,00   | -0,50  | 0,50   |
| 6. Samverkan                       | 3,0      | 2,7     | 3,0      | 0,33   | 0,33   | 0,50   |

Figur 2. Resultat från årets kvalitetsdialog. Medelvärden av självskattning med en tre-gradig skala.

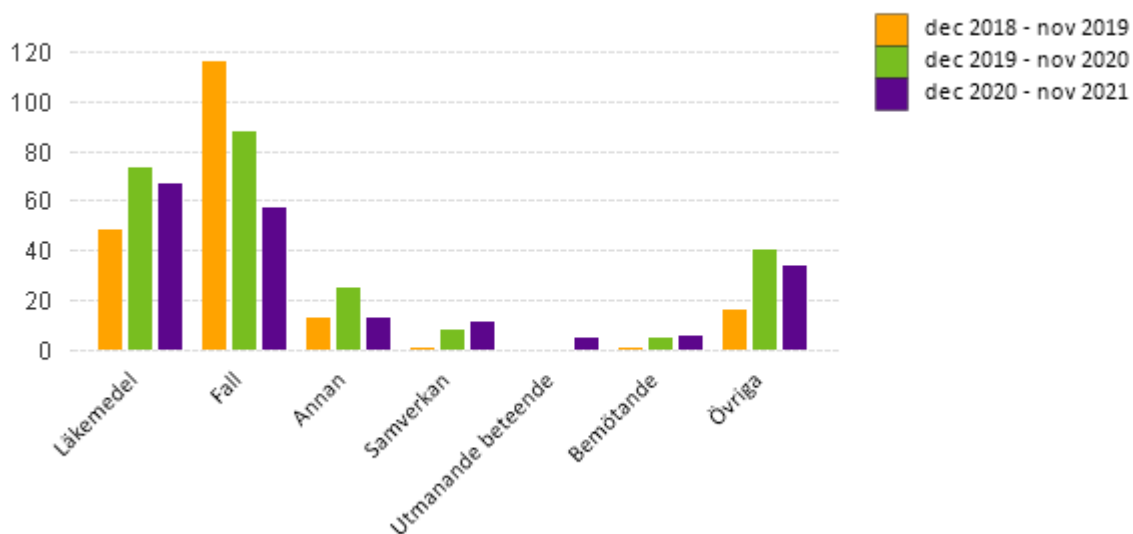
Ginstgården har en mycket väl utvecklad struktur inom alla områden och har under 2021 förbättrat flertalet områden. Redan 2020 fanns ett utmärkt riskanalyserarbete med goda resultat från struktur till resultat. Samverkan har förbättrats under året och är även denna på en mycket god nivå men processen planeras att utvecklas ytterligare. De flesta processer är välfungerande men det finns utvecklingspotential i att utveckla användningen av ledningssystemet och synpunktshanteringen, som är del av avvikelsehanteringen.

### 15.3 Avvikelser

Antal avvikelser (rullande 12-månader)



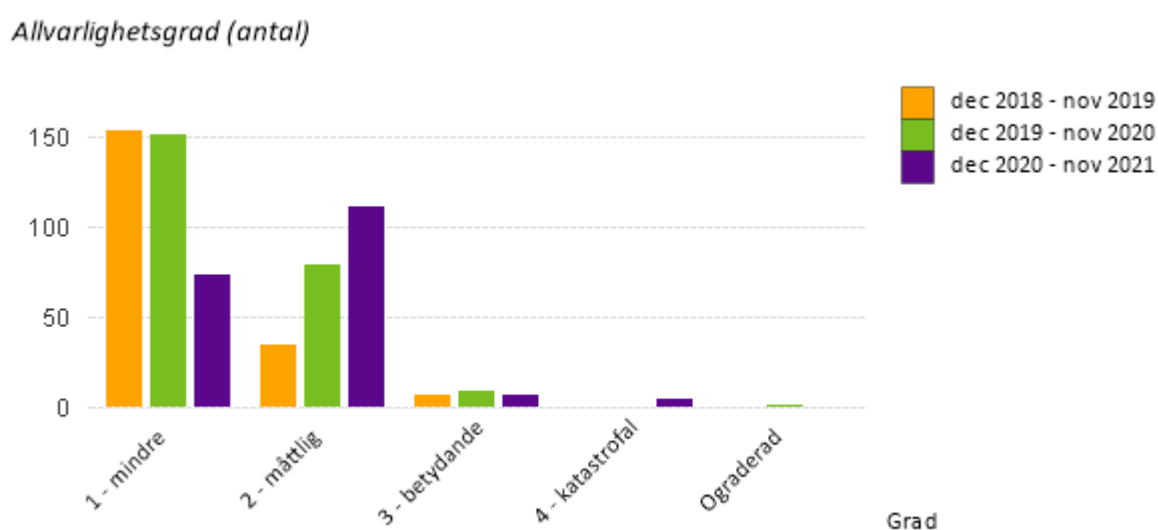
Antal avvikelser per typ



Figur 3. Antal avvikelser totalt och per typ för 2021 samt förändringen mot tidigare år.

Medarbetarna är sedan flera år bra på att anmäla avvikelser, se figur 3. Läkemedelsavvikelser och fall står för majoriteten av alla avvikelser men ett fokuserat arbete kring att minska fall och läkemedelsavvikelser har gett goda resultat genom speciellt minskat antal fallavvikelser. De i övrigt vanligast förekommande avvikelsetyperna är samverkan, utmanande beteende och bemötande tillsammans med samlingskategorierna Annan (okategoriserade avvikelser, med möjlighet till fritextkategorisering, i de

fall ingen befintlig avvikelsetyp passar in) och övriga, som är en summering av de ovanligaste avvikelserna. Slutsatsen av denna analys är att Ginstgården kommer fortsätta att använda sina olika arbetsätt för att minska såväl läkemedelsavvikelser som fallavvikelser.



**Figur 4.** Avvikelseernas allvarlighetsgrad för 2021 samt förändringen mot tidigare år.

Under 2021 har allvarlighetsgraden ökat något genom att det är färre mindre avvikelser men fler måttliga avvikelser. Detta kan delvis bero på att vi kan se att boende idag är i ett sämre skick idag än tidigare vid inflyttning till ett särskilt boende. Det har också skett en katastrofal avvikelse som har utvecklats till ett personalärende. Andra allvarliga avvikelser som registrerats är; Vid två tillfällen har personal upptäckt att boende har rökt i sängen. Vid övergången mellan sommar och vintertid var larmet förskjutet en timma så att larmen inte gick direkt till nattpersonalen, vilket bidrog till att boende fick vänta onödigt länge på hjälp. Vid ett tillfälle har det upptäckts att en stor mängd narkotiska läkemedel har försvunnit ur ett läkemedelsskåp. En avvikelse har skickats till ambulansen för att utredas då ambulanspersonalen inte läste eller lyssnade på information angående boende så att personen fick lida onödigt mycket vid transport och även vid överlämnandet till akutmottagningen.

### 15.3.1 Lex Maria

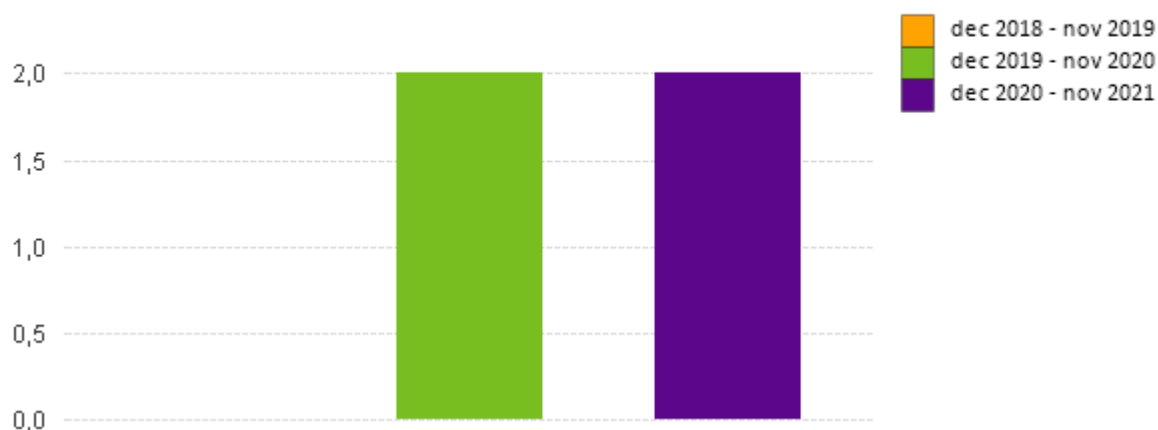
Verksamheten har inte haft någon avvikelse som har utretts enligt Lex Maria under 2021.

### 15.3.2 Lex Sarah

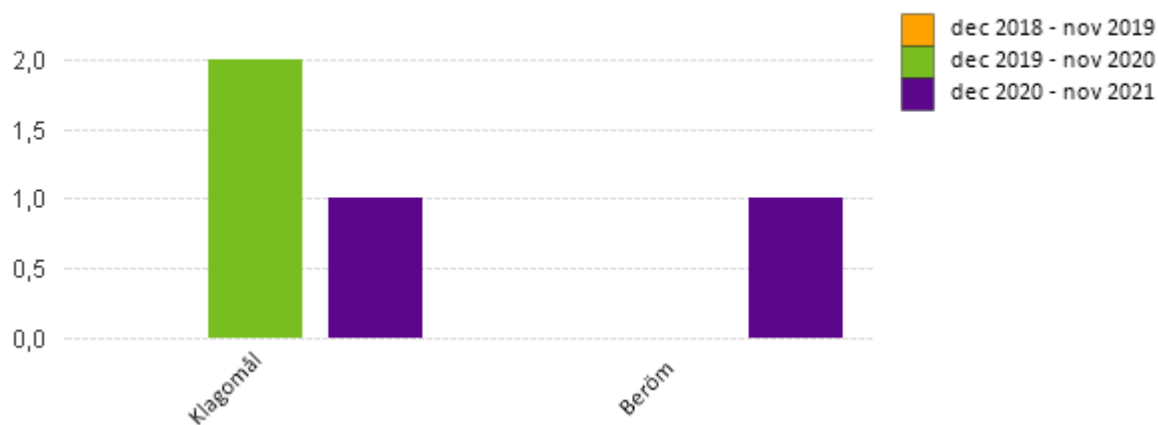
Verksamheten har haft två avvikelser som har utretts enligt Lex Sarah. Båda händelsernas rapportering visade sig bero på missförstånd och ingen av händelserna har utgjort ett allvarligt missförhållande eller risk för allvarligt missförhållande.

## 15.4 Synpunkter

Antal synpunkter (rullande 12-månader)



Antal synpunkter (rullande 12-månader)



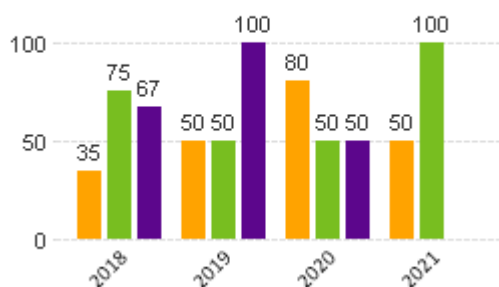
**Figur 5.** Antal inkomna synpunkter totalt och per typ för 2021 samt förändringen mot tidigare år.

Två synpunkter har registrerats i systemet, ett klagomål och ett beröm. Beröm är viktiga för att lyfta det som fungerar väl i verksamheten. Övriga synpunkter bemöts fortfarande enbart muntligen, men ett aktivt arbete pågår för att öka synpunktsdokumentationen i avvikelssystemet.

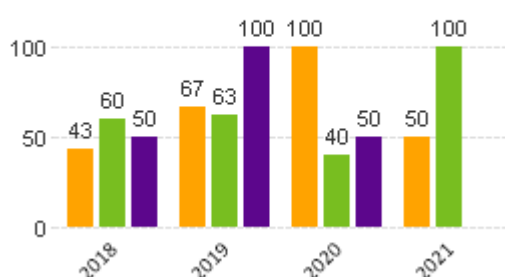
## 15.5 Kvalitetsregister

### 15.5.1 Senior alert

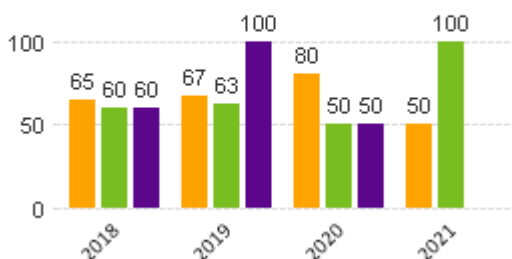
Andel boende med risk för trycksår (%)



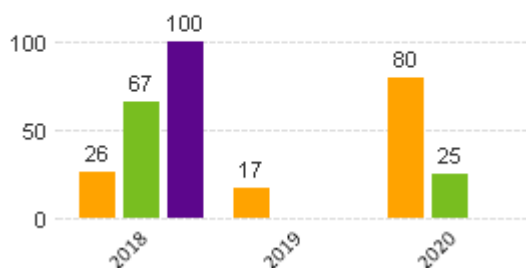
Andel boende med risk för undernäring (%)



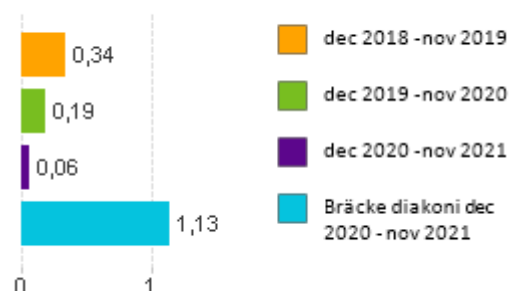
Andel boende med risk för fall (%)



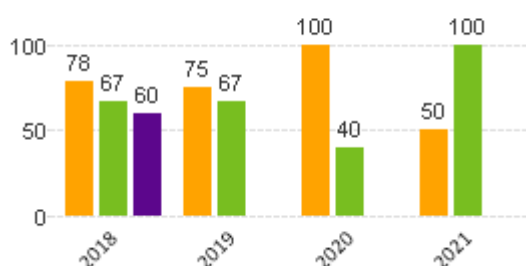
Andel boende med risk för ohälsa i munnen (%)



Antal riskbedömningar/plats



Andel boende med risk (%)



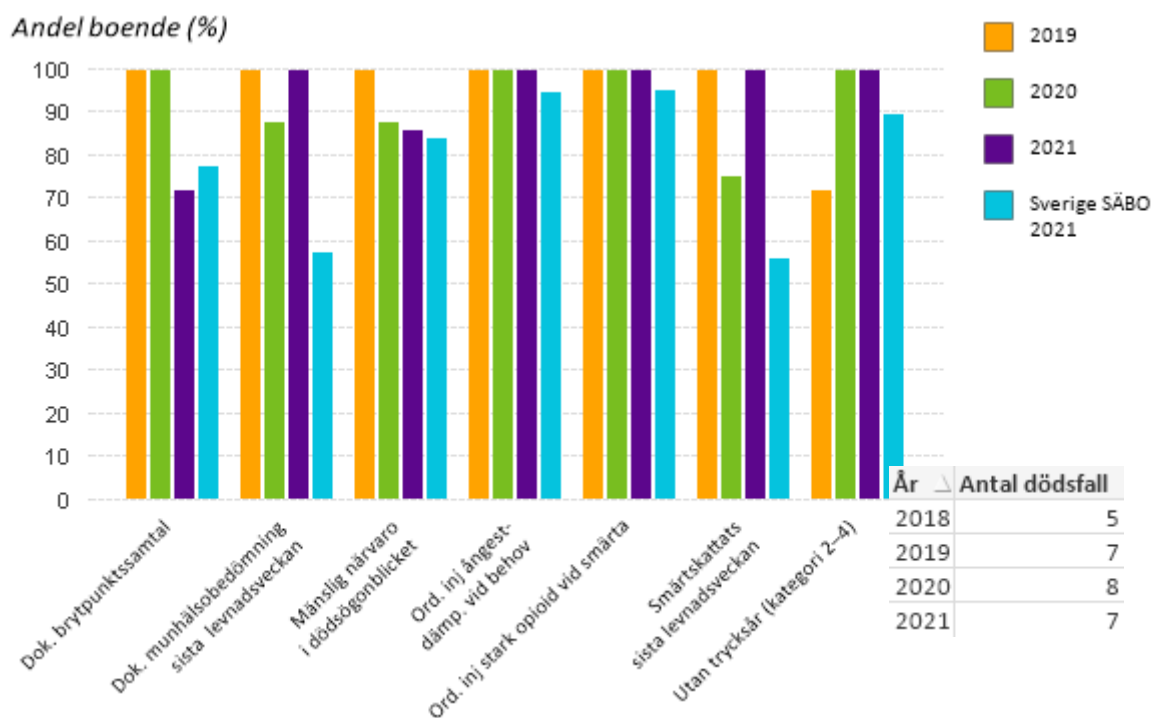
**Figur 6.** Resultat från det förebyggande arbetet i Senior alert för 2021 samt jämförelser med tidigare år. Andel boende med riskbedömningar (RB) anges i förhållanden till antal platser. Andel RB med risk avser andelen av de genomförda riskbedömningarna som visar risker. Andelar planerade och utförda åtgärder anges i förhållande till de som hade risk. Datakälla: Senior alert.

På Ginstgården används Senior alert som verktyg men än så länge registreras inte arbetet regelbundet, därför är det bara enstaka patienter registrerade. Alla boende som har registrerad identifierad risk



2021 har fått en åtgärdsplan, men ingen genomförd åtgärd är registrerad. Åtgärder har dock genomförts och dess resultat visar sig exempelvis i de minskade fallavvikelserna. Ett mål för 2022 blir att öka registreringen i Senior alert.

### 15.5.2 Svenska palliativregistret



**Figur 7.** Resultat från Palliativregistret för 2021 samt jämförelser med medelvärden för alla verksamheter i Sverige och förändringen mot föregående år.

Ginstgården har goda resultat i Palliativregistret, där 100% av boende har fått dokumenterad munhalsbedömning och smärtskattning sista levnadsveckan, ångest och smärta är behandlad och ingen har haft trycksår. Vid 85% av dödsfallen har den boende haft någon hos sig i dödsögonblicket, något över medelvärdet på SÄBO i Sverige och alla har haft ett brytpunktssamtal men endast 70% har blivit dokumenterat, något som kan förbättras framöver. Detta beror delvis på ny personal, både undersköterska och sjuksköterska, samt den höga belastningen som pandemin orsakat.

### 15.5.3 BPSD-registret

På Ginstgården används BPSD som verktyg men än så länge registreras inte arbetet regelbundet. Ett mål för 2022 blir att öka registreringen i BPSD-registret.

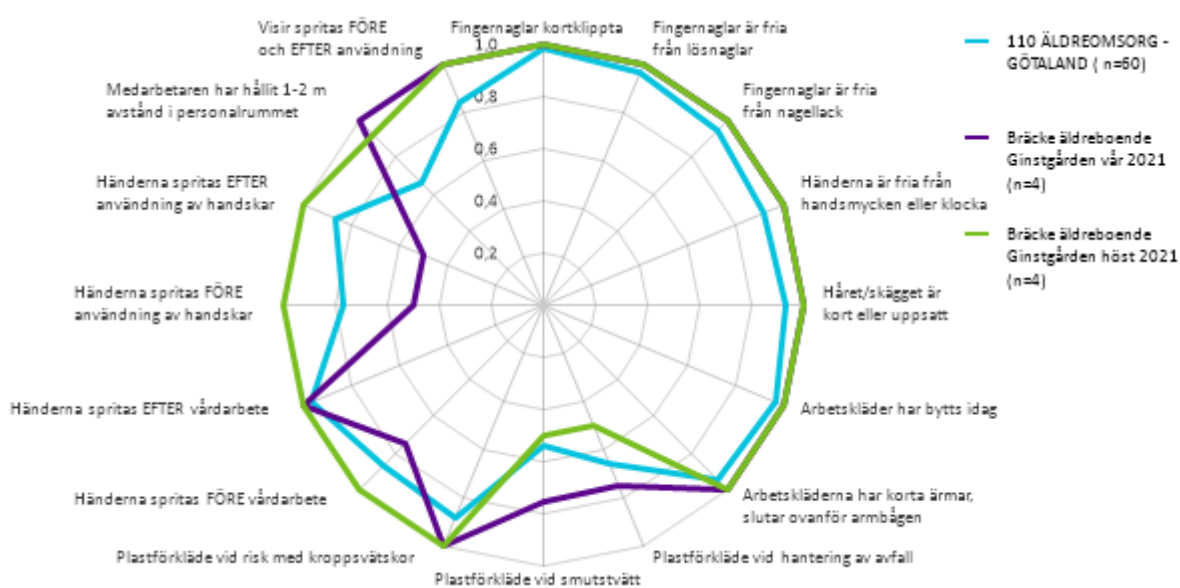
## 15.6 Socialstyrelsens nationella undersökningar

Under 2021 genomförde Socialstyrelsen inga nationella undersökningar inom äldreomsorgen.

## 15.7 Egenkontrollprogram

De lokala egenkontrollerna gäller löpande kontroller såsom loggkontroll och temperaturkontroll, vilka har visat sig följa ställda krav. Vissa hjälpmedel har behövt åtgärdas, vilket har gjorts.

### 15.7.1 Egenkontroll Basal hygien



Figur 6. Egenkontrollmätning av Basal hygien, diagrammet visar jämförelse mellan verksamhetens resultat för vår- och höstmätning 2021 och driftområdets resultat för hela 2021.

Ginstgården har en mycket god följsamhet till basala hygienrutiner. Vårens mätning visade på att användandet av handsprit före och efter användning av handskar behövde förbättras, vilket har gjorts med gott resultat vid tidpunkten för höstens mätning. Höstens mätning visar dock på en förbättringspotential kring användandet av plastförkläde vid hantering av smutsvätt och avfall. Återkoppling av resultatet har tagits upp på APT.

## 16 Äldreboende Ginstgårdens mål och strategier för det kommande året

| Fokusområde                       | Mål   | Aktivitet  | Ansvar           | Klar senast    |
|-----------------------------------|---|--|------------------|----------------|
| Stolta och engagerade medarbetare | All personal skall känna sig trygg med att dokumentera i BPSD-registret | Personalutbildning genom kommunens regi då dom under 2022 kommer utbilda instruktörer som Ginstgården kommer få möjlighet att ta del av. | VC               | Dec 2022       |
| Diakoni i praktiken               | Alla boende får den sociala tid de behöver utifrån genomförandeplan.    | Starta veckovisa gruppaktiviteter om coronapandemiläget tillåter.  | VC               | September 2022 |
| Diakoni i praktiken               | Alla boende får den sociala tid de behöver utifrån genomförandeplan.    | Dokumentera social tid i Magna Cura, rapportera avvikelser från genomförandeplan i DF Respons. Uppföljning på BPSD-möten.                | Alla medarbetare | Dec 2022       |
| Tillit och lärande                | 100% av boende ska registreras i Senior Alert och BPSD-registren.       | Registrera i Senior alert och BPSD.  | SSK              | Dec 2022       |
| Stolta och engagerade medarbetare | Öka andelen personal med kompetens inom välfärdsteknik                  | Göra en inventering av personalen som har intresset och utifrån det skapa tvärgrupper inom   | VC               | Dec 2022       |

|                     |  |  |                     |              |
|---------------------|--|--|---------------------|--------------|
|                     |  | Stiftelsen. Genom detta vill vi skapa en utbildningsplan för välfärdsteknik  |                     |              |
| Diakoni i praktiken | 100% boende har riskbedömning gjord i enskilda hem         | Implementera befintligt arbets sätt under BPSD-möten   | VC/kontaktpersoner  | Juni 2022    |
| Tillit och lärande  | Öka antalet dokumenterade synpunkter i DF                  | Lägga in synpunkter i DF. Regelbundet ta upp på APT  | VC                  | Oktober 2022 |
| Diakoni i praktiken | Alla medarbetare ska ha varit inloggade i ledningssystemet | Öka användning av ledningssystemet, genomgång under APT.   | VC/Biträdande<br>VC | Dec 2022     |
| Diakoni i praktiken | Minska antalet läkemedelsavvikelser                        | Undersöka möjligheten till digital signering från Alingsås kommun. Öka förståelsen varför följsamhet till läkemedelsrutinen brister. | VC och MAS          | Dec 2022     |



*Kvalitets- och  
patientsäkerhetsberättelse  
2021*

# Kvalitets- och patientsäkerhets- berättelse 2021

## Bräcke hemtjänst Alingsås

© Bräcke diakoni - januari 2022



## Innehåll

|        |  |   |
|--------|--|---|
| 1      | Sammanfattning.....                                    | 5   |
| 2      | Inledning .....  | 6   |
| 3      | Organisation och ansvar .....                          | 6   |
| 3.1    | Hemtjänst Alingsås.....                                | 8   |
| 4      | Strategier och fokusområden .....                      | 8   |
| 4.1    | Hemtjänst Alingsås.....                                | 9   |
| 5      | Systematiskt förbättringsarbete .....                  | <b>Fel! Bokmärket är inte definierat.</b> |
| 5.1    | Hemtjänst Alingsås.....                                | 12  |
| 6      | Risکانalyser.....                                      | 13  |
| 6.1    | Risکانalyser på verksamhets- och individnivå.....      | 13  |
| 6.2    | Hemtjänst Alingsås.....                                | 13  |
| 7      | Egenkontroll .....                                     | 14  |
| 7.1    | Kvalitetsdialog .....                                  | 14  |
| 7.2    | Lokal egenkontroll i Hemtjänst Alingsås .....          | 15  |
| 7.2.1  | Externa revisioner .....                               | 15  |
| 7.2.2  | Nationella och regionala undersökningar .....          | 15  |
| 7.2.3  | Övriga lokala egenkontroller .....                     | 15  |
| 8      | Avvikelsehantering.....                                | 16  |
| 8.1    | Avvikelser .....                                       | 16  |
| 8.1.1  | Lex Maria .....  | 16  |
| 8.1.2  | Lex Sarah .....  | 17  |
| 8.1.3  | Hemtjänst Alingsås .....                               | 17  |
| 8.2    | Klagomål och synpunkter.....                           | 17  |
| 8.2.1  | Hemtjänst Alingsås .....                               | <b>Fel! Bokmärket är inte definierat.</b> |
| 9      | Medarbetarnas delaktighet .....                        | 18  |
| 9.1    | Hemtjänst Alingsås.....                                | 18  |
| 10     | Samverkan.....   | 19  |
| 10.1   | Samskapande med brukare/patienter och närstående.....  | 19  |
| 10.1.1 | Hemtjänst Alingsås.....                                | 19  |
| 10.2   | Samverkan med andra vårdgivare/omsorgsgivare .....     | 19  |
| 10.2.1 | Hemtjänst Alingsås .....                               | 19  |
| 10.3   | Samverkan med andra samhällsaktörer .....              | 20  |
| 10.3.1 | Hemtjänst Alingsås .....                               | 20  |
| 10.4   | Forskningsamverkan.....                                | 20  |
| 10.4.1 | Hemtjänst Alingsås .....                               | <b>Fel! Bokmärket är inte definierat.</b> |
| 11     | Kvalitetsarbete under coronapandemin .....             | 21  |
| 12     | Mångfald, genusperspektiv och jämställdhetsarbete..... | 23  |
| 13     | Miljöarbete.....                                       | 24  |
| 14     | Informationssäkerhet.....                              | 25  |
| 15     | Resultat för Hemtjänst Alingsås.....                   | 26  |
| 15.1   | Dokumenterade förbättringsarbeten .....                | <b>Fel! Bokmärket är inte definierat.</b> |
| 15.2   | Kvalitetsdialog .....                                  | 26  |
| 15.3   | Avvikelser .....                                       | 26  |

|        |   |   |
|--------|---|---|
| 15.3.1 | Lex Maria .....   | 28  |
| 15.3.2 | Lex Sarah .....   | 28  |
| 15.4   | Synpunkter .....  | 29  |
| 15.5   | Kvalitetsregister .....   | 29  |
| 15.5.1 | Senior alert .....  | 29  |
| 15.5.2 | Svenska palliativregistret.....                                   | <b>Fel! Bokmärket är inte definierat.</b> |
| 15.5.3 | BPSD-registret .....  | 30  |
| 15.6   | Socialstyrelsens nationella undersökningar.....                   | 30  |
| 15.7   | Egenkontrollprogram .....   | 30  |
| 15.7.1 | Egenkontroll Basal hygien .....                                   | 31  |
| 16     | Hemtjänst Alingsås mål och strategier för det kommande året ..... | 32  |



## 1 Sammanfattning

Hemtjänst i Alingsås lyder under Socialtjänstlagen (SoL), Hälso-och sjukvårdslagen (HSL) och LOV (Lagen om Valfrihetssystem). Hemtjänsten utför SoL-insatser hos kund enligt biståndsbeslut medan kommunens sjuksköterskor och rehabiliteringspersonal delegerar HSL uppdrag. Verksamheten är valbar i Alingsås tätort och Hemsjö och har en demensinriktning. Vid årsskiftet hade hemtjänsten 90 kunder och under perioden 20 dec 2021 till 19 jan 2022 utförde hemtjänsten 3054 timmar.

I verksamheten arbetar 21,8 årsarbetare (åa) varav 2,55 årsarbetare är föräldralediga och 1 år är anställd på Introduktionsjobb genom Arbetsförmedlingen. Fyra vårdbiträden studerar till undersköterska varav ett vårdbiträde läser på Äldreomsorgslyftet. I nuläget är en av undersköterskorna samordnare på 100% under våren kommer vi utöka samordnartjänsten (oklart för närvarande hur mycket).

Vi hoppas kunna starta upp med multiprofessionella team träffar under våren. Syftet med team träffar är att skapa förutsättningar för samverkan mellan professionerna såsom undersköterskor, sjuksköterskor, arbetsterapeut och fysioterapeut. Alla professioner med olika kompetenser får då en helhetssyn på den enskildes behov, vilket möjliggör en förbättrad personcentrerad vård och omsorg.

Under hösten har arbetsgruppen gjort en Organisatorisk och social arbetsmiljö (OSA) undersökning och handlingsplan utifrån resultaten görs under januari 2022. Vi har även gjort regelbundna egenkontroller på Basala hygienrutiner via mentimeter. Dessa egenkontroller görs via observationer från såväl Kvalitetsombudet som övrig personal.

Under 2021 gjordes ingen brukarundersökning.

Marknadsföringen har även i år fokuserat på "Hemtjänst med hjärta". Det är viktigt att vi som team kan arbeta professionellt samtidigt som vi kan kombinera det arbetet med att tänka med hjärtat, ha ett engagemang för dem vi finns till för och ha roligt. Kunderna uttrycker ofta att det finns ett stort engagemang hos personalen.

Hemtjänsten i Alingsås startade under 2020 upp med Ringvån under juni månad. Under 2021 har intresset för Ringvån inte varit lika stort hos våra kunder.

Därutöver har den största delen av året handlat om logistiken kring en säker vård och omsorg kring arbetet med covid-19.

## 2 Inledning

Bräcke diakonis vision, att skapa ett medmänskligare samhälle, bygger på att det varje dag skapas värden mellan människor som har behov av vård, stöd och omsorg och människor som ger vård, stöd och omsorg. Det är i detta möte som värden och omsorgen utvecklas eftersom det där finns kunskaper om problem och hur de kan lösas. Ett framgångsrikt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete kräver en kultur där man vågar och får ifrågasätta befintliga arbetssätt, där man lär av fel och brister och där man utvecklar kompetens och kapacitet för systematiskt förbättringsarbete i organisationen.

Denna berättelse utgår från Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete<sup>1</sup> samt patientsäkerhetslag<sup>2</sup>, hälso- och sjukvårdslag (HSL)<sup>3</sup> och socialtjänstlag (SoL)<sup>4</sup> och Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet<sup>5</sup>. Den beskriver vårt samlade kvalitets- och patientsäkerhetsarbete som fokuserar på att skapa god vård och omsorg med hög säkerhet för dem vi finns till för.

Hemtjänst i Alingsås lyder under Socialtjänstlagen (SoL), Hälso-och sjukvårdslagen (HSL) och LOV (Lagen om Valfrihetssystem). Hemtjänsten utför SoL-insatser hos kund enligt biståndsbeslut. Kommunens sjuksköterskor och rehabiliteringspersonal delegerar hälso- och sjukvårdsuppdrag.

I verksamheten arbetar undersköterskor, vårdbiträde, samordnare och verksamhetschef. Under året har rekryteringsbehovet varit stort. Antalet årsarbetare är 21,8 vid årsskiftet och bemanningen har ökat med ca 63%. Antalet ökade årsarbetare beror bland annat på ökade utförda timmar, föräldrasamt studieledigheter. Under 2021 har fyra vårdbiträde börjat studera till undersköterska. Geografiskt område som hemtjänsten är valbar som utförare är i Alingsås tätort och Hemsjö. Personal skall finnas i verksamheten måndag till söndag 7–22. Vid årsskiftet hade hemtjänsten ca 90 kunder och utförde under den månaden 3054 timmar.

Hemtjänstens inriktning är kognitiv sjukdom (demens).

## 3 Organisation och ansvar

Styrelsen för Bräcke diakoni har det övergripande ansvaret som huvudman. Styrelsen utser direktor som tillsammans med ledningsgruppen har det operativa ansvaret för hela organisationen. Ledningsgruppen består av direktor, driftchef, ekonomichef, HR-chef, utvecklingschef och fastighetschef samt två välfärdsstrateger. Driften rörande vård och omsorg är i sin tur uppdelad i sex driftområden: Barn

---

<sup>1</sup> [SOSFS 2011:9](#)

<sup>2</sup> [SFS 2010:659](#)

<sup>3</sup> [SFS 2017:30](#)

<sup>4</sup> [SFS 2001:453](#)

<sup>5</sup> [Socialstyrelsen patientsäkerhet](#)

& Ungdom och LSS-boende, Psykiatri och Daglig verksamhet, Äldreomsorg Mälardalen, Äldreomsorg Götaland, Rehabilitering samt Hälsa och Vård.

Bräcke diakoni bedriver verksamheter inom bl.a. följande lagrum: Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)<sup>6</sup>, HSL, Skollagen<sup>7</sup> och SoL. Alla verksamhetschefer utses av ledningen. I de fall där man bedriver verksamhet enligt HSL utses verksamhetschefen av direktor som företrädare för vårdgivaren. Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för att säkra och utveckla verksamhetens kvalitet och kostnadseffektivitet samt för att skapa förutsättningar för god patientsäkerhet.

Bräcke diakonis kvalitetsavdelning stödjer verksamheterna i riskanalyser, egenkontroll, omvärldsbevakning, hanteringen av avvikelser samt i analys och uppföljning. Den främjar lärande och utveckling genom att bygga kompetens och kapacitet för ett systematiskt och uthålligt utvecklingsarbete i hela organisationen. Kvalitetsavdelningen består av medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) som också är organisationens kvalitetsstrateg, medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR), socialt ansvarig samordnare (SAS), hälso- och sjukvårdsrådgivare, dataskyddsombud, verksamhetsutvecklare och forskare. Det finns en bred yrkeskompetens inom gruppen med bl.a. leg sjuksköterska, leg läkare, leg sjukgymnast, socionom samt forskningskompetens inom systematiskt förbättringsarbete, ledarskap och civilsamhällsfrågor. Kvalitetsavdelningen leds av utvecklingschefen som ingår i Bräcke diakonis ledningsgrupp.

För att stödja och säkerställa patient- och brukarsäkerhetsarbetet inom organisationen har ett patient- och brukarsäkerhetsråd bildats under 2021. Rådet består av MAS, SAS, MAR och en hälso- och sjukvårdsrådgivare som är läkare. Rådets arbete återkopplas kontinuerligt till berörda verksamhetschefer samt till driftchef och utvecklingschef.

I varje verksamhet finns minst ett kvalitetsombud som stödjer verksamhetschefen i att analysera resultat, leda förbättringsarbeten eller utreda och följa upp avvikelser. Kvalitetsombuden koordineras av kvalitetsavdelningen och stöds genom gemensamma träffar, erfarenhetsutbyte och kompetensutveckling. I verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård följer legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal kontinuerligt upp det dagliga omvårdnadsarbetet. Legitimerad personal ansvarar här för att utföra riskbedömningar och genomföra nödvändiga insatser för respektive patient eller brukare. De ansvarar också för att omvårdnadsåtgärder utförs och måluppfyllelse fortlöpande utvärderas och dokumenteras.

Varje medarbetare har ett ansvar för att verksamheten håller god kvalitet genom att bland annat delta i det systematiska förbättringsarbetet och arbeta i enlighet med de mål, riktlinjer och lagar som styr verksamheten.

---

<sup>6</sup> [SFS 1993:387](#)

<sup>7</sup> [SFS 2010:800](#)

### **3.1 Hemtjänst Alingsås**

Samtliga medarbetare rapporterar avvikelser, arbetsskador och tillbud i DF respons. Under 2021 har kvalitetsombudet och verksamhetschef hjälpts åt att utreda avvikelser. På de APT vi har haft under året så har de avvikelser diskuterats som är återkommande eller allvarliga samt de åtgärder vi har kommit fram till. Diskussionerna på både APT och morgonmötena är ett bra sätt för oss att använda den evidensbaserade kompetensen som finns i arbetsgruppen för att sprida lärande.

Under 2021 startade vi upp avstämningar med patientansvarig sjuksköterska (PAS) men tyvärr fick vi pausa träffarna igen pga pandemin. För oss är det viktigt att ha fysiska möten regelbundet för att gå igenom kunderna. I nuläget samarbetar hemtjänsten med följande sjuksköterskegrupper: Centrum, Haga, Tuve och Hemsjö. Inför dessa möten kan personal skriva upp på whiteboardtavlan vad de vill skall tas upp. Sedan tar samordnaren eller någon annan ur arbetsgruppen med sig frågorna till PAS.

Vi har även startat upp avstämningsmöten via teams med enhetscheferna, Agneta och Hanna för ssk hemsjukvården i Alingsås kommun. Tyvärr hann vi bara ha ett möte innan covid-19 smittan ökade kraftigt igen. Syfte med dessa möten är att stämma av läget, lyfta förbättringsområden, prata avvikelser samt komma fram till gemensamma arbetssätt som fungerar för båda hemtjänsten och hemsjukvården.

Under 2021 har vi inte haft några Teamträffar. Vi har däremot valt att diskutera kunderna innan vi haft APT. Förhoppningarna är att vi kan starta upp fysiska möten igen under våren 2022.

Kvalitetsombudet i arbetsgruppen har under året fokuserat på avvikelser. Under hösten fick hemtjänsten ett nytt Kvalitetsombud, så för Emelie blir det att även hitta sin roll i allt annat arbete mer än avvikelser under 2022.

Samtliga medarbetare hade lönesamtal under våren 2021.

OSA enkät gjordes av både månads- och timanställda under hösten 2021.

## **4 Strategier och fokusområden**

Arbetet mot hög kvalitet och patient- och brukarsäkerhet sker genom att vi aktivt arbetar utifrån individens behov och styrs med hjälp av ett processorienterat ledningssystem där roller och ansvar samt rutiner och metoder för processerna finns beskrivna. Ledningssystemet används för att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Det kompletteras av mätningar som är samlade i en interaktiv databas. Tillsammans stödjer detta ett kontinuerligt och systematiskt arbete med att förbygga fel och brister, hantera avvikelser och främja en öppen kommunikation. Medarbetare och chefer skapar en samsyn, lär av varandra, tänker nytt och delar med sig av goda erfarenheter och skapar på detta sätt en lärande organisation genom kunskapsutveckling.

Under 2021 har vi fortsatt vårt arbete mot en mer tillitsbaserad styrning. På övergripande nivå följs ramar och allmänna krav upp. Samtidigt identifierar verksamheterna relevanta indikatorer och sätter mål på lokal nivå. Vi har under 2021 fortsatt utveckla arbetet kring de lokala kvalitetsmålen (se kapitel 15). Efter att varje verksamhet har identifierat mål och utformat en tidsatt handlingsplan med ansvarsfördelning för genomförandet av aktiviteter så delas dessa med övriga verksamheter. Verksamheten följer regelbundet upp målen under året och uppdaterar måluppfyllelsen. På detta sätt skapas transparens och lärande mellan verksamheter och möjlighet att följa upp resultaten på övergripande nivå.

#### **4.1 Hemtjänst Alingsås**

Med utgångspunkt i förra årets kvalitetsberättelse fokuserade vårt kvalitets-, patient- och brukarsäkerhetsarbete under 2021 på följande mål och strategier:

| Fokus-område                      | Mål  | Aktivitet   | Ansvarig                                    | Tidplan                     | Måluppfyllelse |
|-----------------------------------|--|---|---|-----------------------------|----------------|
| Ansvar för gemensamma resurser    | -  | Anställt fler månadsanställda   | VC  | 2021-04-01                  | 100            |
| Ansvar för gemensamma resurser    | Budget i balans efter 2021. Ha en effektivitet på 85% i snitt över året. | Ersätta personal frånvaro efter behov.  | -   | -                           | 100            |
| Ansvar för gemensamma resurser    | Korttids sjukfrånvaro ligga på ca 6 %                                    | -   | -   | juni och dec 2021           | 50             |
| Diakoni i praktiken               | Fortsätta att bibehålla samarbetet med Frälsningsarmén och Röda korset   | Bjuda in berörda personer från respektive verksamhet på APT under året.   | Alla medarbetare och vc                     | 2021-12-01                  | 100            |
| Diakoni i praktiken               | Fortsätta att bibehålla samarbetet med Frälsningsarmén och Röda korset   | Fortsätta att ha deras flyers som info i våra Sol pärmar som finns hos alla kunder.                                       | -   | 2021-12-01                  | 100            |
| Diakoni i praktiken               | Ringvän en guldkant för kunder   | Kunna fortsätta att erbjuda våra kunder detta under året som kommer.  | Usk/Samordnare för Ringvän Emelie Ljunglide | 2021-08-01                  | 100            |
| Diakoni i praktiken               | Starta upp anhörigråd  | När covid19 är över gå ut och inventera om det finns ett intresse hos anhöriga och bjuda in en mindre grupp till träffar. | VC  | 2021                        | 0              |
| Stolta och engagerade medarbetare | Marknadsföring   | Under våren arbeta fram en strukturerad och långsiktig marknadsföring för hemtjänsten                                     | Ombud i gruppen                             | 2021-09-01                  | 75             |
| Tillit och lärande                | Introubildningar för alla nyanställda                                    | Anmäla dem som inte fått gå förra året och de som är nyanställda i år.  | VC  | När tillfällen erbjuds 2021 | 0              |
| Tillit och lärande                | Fortsatt aktuella genomförandeplaner för alla kunder                     | Egenkontroll 1 gång 2021 samt stämna av med kp i samband med lönesamtalet under våren                                     | Kontaktperson/Kvalitetsombud                | 2021-09-01                  | 25             |

Under 2021 har ett av de viktigaste målen varit att rekrytera flera månadsanställda. Detta var även det målet som medarbetarna valde att ha i handlingsplanen efter medarbetarenkäten 2020. Vi har nu uppnått en bättre balans mellan månadsanställda och timanställda vilket leder till en bättre kontinuitet hos våra kunder och även ökad stabilitet. Det innebär också att fler kan ta ansvar för tex kontaktpersonskapet och andra ombudsroller. Många av målen för varje fokusområde är uppnådda.

Några av målen har inte 100% måluppfyllelse, Minska korttidsfrånvaron samt aktuella genomförandepaner har inte uppnåtts pga pandemin, men dessa mål kommer vi fortsätta att ha som förbättringsmål nästa år. Vi har två mål som är 0 % i måluppfyllelse på och det beror även detta på pandemin. Arbetet med dessa mål har inte startats upp alls pga pandemin.

Vi ser framemot att få arbeta med dessa mål på ett mer strukturerat sätt 2022.

## 5 Systematiskt förbättringsarbete

Bräcke diakoni bedriver ett systematiskt förbättringsarbete i enlighet med föreskriften om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) med syftet att säkra och utveckla verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet. Förbättringsarbetet består av att analysera och förebygga risker (riskanalys), analysera verksamhetens resultat över tid samt i förhållande till andra aktörers resultat eller synpunkter (egenkontroll) samt att analysera, synliggöra och lära av fel och brister i verksamheten (avvikelser). Riskanalys, egenkontroll och avvikelser bildar strukturen för vårt systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete och är återkommande delar av ledningens arbete på olika nivåer.

Vi bedriver också ett eget kompetensutvecklingsprogram för systematiskt kvalitetsarbete som kallas *Förbättringskraft*. Utgångspunkten för detta arbete är att välfärdens värdeskapande sker i mötet mellan den som har behov av och den som ger utbildning, vård, omsorg eller stöd. På detta sätt tar vi vara på alla medarbetares kompetens och engagemang och skapar stolthet och glädje över förbättringar för de som vi finns till för. *Förbättringskraft* har utvecklats i nära samarbete med vår branschorganisation Famna och bygger på erfarenheter och forskning om hur de bästa vård- och omsorgsaktörerna har uppnått sina resultat.

I *Förbättringskraft* jobbar tvärprofessionella team med förbättringsarbeten som utgår från behoven hos dem som verksamheterna finns till för: barn, brukare, patienter, boende, elever, deltagare eller gäster. Under programmet lär sig teamen att identifiera förbättringsbehov, sätta mål, ta fram mätningar och testa förbättringsidéerna i verksamheten. Varje förbättringsteam har en coach som har till uppgift att leda teamet genom förbättringsprocessen. Upplägget utgår från *Dartmouth Microsystem Improvement Curriculum*<sup>8</sup>. Under de senaste åren har över 500 medarbetare och chefer inom Bräcke diakoni deltagit i Förbättringskraft. Det finns ett 120-tal förbättringscoacher med erfarenhet av att leda utvecklingsprojekt som leder till mätbara förbättringar. Inom ramen för Förbättringskraft har vi

---

<sup>8</sup> [Nelson et al. 2007. Quality by design.](#)

också ett nära forsknings-samarbete med The Jönköping Academy for Improvement of Health and Welfare vid Jönköping University, Marie Cederschiöld högskola och Göteborgs Universitet.

Under 2021 har Förbättringskraft haft ett fortsatt fokus på att stärka teamens kunskapssökande för ökad evidensbaserad styrning. För respektive förbättringsområde tas ett aktuellt kunskapsunderlag fram utifrån en mall. Även arbetet med att utveckla samskapandet i genomförande av förbättringsarbetena har fortsatt.

Ett systematiskt förbättringsarbete genomförs också på driftområdes- och verksamhetsnivå genom resultatorienterad styrning. Metodiken liknar till viss del Förbättringskraft och utgår från tydliga, långsiktiga mål men även uppföljning av nyckeltal. Prioriterade förbättringsområden väljs utifrån potentiell effekt på måluppfyllnad och förbättrad kvalitet. Utifrån dessa förbättringsområden tas handlingsplaner fram för aktuell period. Vid regelbundet återkommande möten utvärderas både framdrift och måluppfyllnad i förbättringsarbetet och avslutas med att en ny handlingsplan tas fram för kommande period.

## 5.1 Hemtjänst Alingsås

Dessa förbättringsarbeten har vi gjort under 2021:

Driftområdeschef har varit ute i arbetsgruppen vid 3 tillfällen och haft grupputveckling. Under början av september presenterades det material som arbetsgruppen tagit fram gemensamt. Huvudområden och frågeställningar är bl a: Vad är gruppens nycklar för att komma vidare i sitt utvecklingsarbete? Hur fattar vi beslut? Hur löser vi problem? och Utvecklande kommunikation. Arbetsgruppen har i efterhand uttryckt att de upplevde det positivt att få träffa driftområdeschefen samt att de tillsammans fick ta fram gruppkontraktet.

Under maj månad startades Reflektionstillfällen upp på onsdagar för alla medarbetare som arbetar den dagen. Dessa möten schemalades i 30 min. Reflektionen har varit uppskattad och medarbetarna har fått välja vad de haft behov att prata om. Saker som har tagit upp har varit Lågaaffektivt bemötande. Andra frågeställningar som diskuterats är: Hur påverkas arbetsgruppen när vi kommer försent? Hur påverkar det arbetsgruppen om vi inte följer rutiner? Vad vill vi i gruppen att en kollega säger om en kollega till en kund?

Vi har haft handledning i Lågaaffektivt bemötande. Här fick vi hjälp med handledningen av en medarbetare från Bräcke demensboende Norr- och Södergården i Göteborg.

Vi har även påbörjat arbetet med att få korrekta tider i Carefox vid användning av cykel.

Referensgruppen för Minnenas café (fd Alzheimers café) hade ett möte under hösten för att planera för en nystart i februari 2022. Även denna nystart har vi fått avvakta med.

Under november startade de 3 hemtjänsterna inom Bräcke upp arbete kring Resultatorienterad styrning (ROS). Vi tog fram gemensamma förbättringsarbeten för alla hemtjänsterna. Vi har under slutet



av 2021 fått vår gemensamma handlingsplan som skall arbetas med fram till februari 2022 då det är dags för första uppföljningsmötet. Dessa 2 dagar har även haft mjuka värden som att vi har fått träffats, kunna ha relevanta och intressanta diskussioner tillsammans samt att ha en god känsla efter dessa dagar med det vi kom fram till.

## 6 Riskanalyser

Bräcke diakonis systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete bygger på att synliggöra eventuella brister i organisationen för att stimulera och främja lärande och för att undvika fel i framtiden. Detta innebär att vi aktivt jobbar för att uppmuntra alla medarbetare att bidra med att skapa transparens samtidigt som det förebyggande arbetet stärks genom riskanalyser på olika nivåer i organisationen.

Ledningsgruppen analyserar och följer upp risker på strategisk nivå samtidigt som medarbetare i vardagen gör övergripande riskanalyser gemensamt på verksamhetsnivå liksom individuella riskbedömningar tillsammans med barn, föräldrar, patienter och brukare. På detta sätt skapar Bräcke diakoni en kultur där risker hanteras och där kunskapen om dessa bidrar till att skapa säkrare utbildning, vård och omsorg.

Arbetet med riskanalyser hanteras enligt vedertagna arbetsätt och förankrade rutiner och genomförs särskilt i situationer såsom upprepade mindre allvarliga avvikelser, vid införande av ny teknik, nya metoder och arbetsätt eller vid organisationsförändringar.

### 6.1 Riskanalyser på verksamhets- och individnivå

Samtliga verksamheter inom äldreomsorgen använder sig utav riktade riskanalyser för att identifiera och analysera risker på individnivå för att därigenom förebygga att allvarliga händelser och skador inträffar. Inom ramen för Senior alert registreras och bedöms risker rörande trycksår, fall, undernäring, munhälsa, och vid behov blåsdysfunktion två gånger per år samt vid behov ur HSL- och SoL-perspektiv. Munhälsa bedöms i verksamheten med hjälp av instrument i våra journalsystem och även tandvården erbjuder munhälsobedömningar och ger rekommendationer och åtgärder vid behov. Riskbedömningar görs även för att undvika att en person ofrivilligt avviker ifrån ett boende samt för att identifiera och förebygga hot- och våldssituationer. BPSD-registret används för att stödja ett personcentrerat bemötande hos personer med beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom. Fördjupad läkemedelsgenomgång görs årligen samt vid behov. Riskanalyserna kan leda till nya arbetsätt, rutiner och/eller utbildning. Exempelvis kan byte av sittplats under måltiderna ske för någon boende, särskild nattbelysning kan installeras i lägenheterna eller särskilt porsslin kan användas på grund av t.ex. nedsatt syn, kognitiv svikt eller annan funktionsnedsättning.

### 6.2 Hemtjänst Alingsås

Verksamheten uppmuntrar alla medarbetare att bidra med att skapa transparens samtidigt som det förebyggande arbetet stärks genom riskanalysarbete på olika nivåer i organisationen. Den lokala ledningsgruppen analyserar och följer upp risker på verksamhetsövergripande nivå samtidigt som medarbetare i vardagen gör individuella riskbedömningar tillsammans med kunder och närstående. På detta sätt skapar verksamheten en kultur av ett öppet arbetsklimat där risker identifieras och hanteras och där kunskap om dessa bidrar till att skapa säkrare vård och omsorg.

Arbetet med riskanalyser hanteras enligt vedertagna arbetssätt och förankrade rutiner och genomförs särskilt i situationer såsom upprepade mindre allvarliga avvikelser, vid införande av ny teknik, nya metoder och arbetssätt eller vid verksamhetsförändringar.

Vid första besöket hos en kund gör vi en individuell riskbedömning i hemmet, samt går igenom en checklista för att både vi och kunden ska bli medvetna om eventuella risker i hemmet. Till exempel ingår information kring den ökade risken för brand om vi är hemma hos en kund som har demenssjukdom och som inte har spisvakt. Även mattor utgör risker som vi uppmärksammar. Vi antecknar och meddelar anhöriga så att åtgärder kan göras.

## 7 Egenkontroll

### 7.1 Kvalitetsdialog

Som ett stöd i verksamheternas systematiska kvalitetsarbete följer kvalitetsavdelningen upp mål och strategier från förra årets kvalitetsberättelse i en kvalitetsdialog som genomförs under sommar/höst varje år. Dialogen utgår från ledningssystemföreskriften (SOSFS 2011:9) och går genom hur verksamheten arbetar med det systematiska kvalitetsarbetet. Den tar upp frågor kring verksamhetens struktur, process och resultat utifrån sex olika teman: styrdokument och ledningssystem, riskanalyser, avvikelser, egenkontroll, kunskap och kompetens och samskapande och samverkan. I kvalitetsdialogen deltar t.ex. MAS, MAR eller SAS samt verksamhetschef, kvalitetsombud och andra medarbetare från verksamheten. Verksamhetens kvalitetsmognad bedöms gemensamt i dialogen utifrån en 3-gradig skala. Dokumentationen av dialogen och skattningarna ligger till grund för verksamhetens kvalitetsberättelse och planeringen av åtgärder under kommande år. Kvalitetsavdelningen återkopplar sina observationer till driftområdesledningen för att skapa strategiska förutsättningar för kvalitetsutvecklingen. På detta sätt skapas en struktur för en ständigt pågående dialog kring det systematiska kvalitetsarbetet, se Figur 1.



**Figur 1.** Kvalitetsårshjulet

## 7.2 Lokal egenkontroll i Hemtjänst Alingsås

Förutom via kvalitetsdialogen granskar varje verksamhet sig själv genom lokala kontroller för att följa hur det egna kvalitetsarbetet utvecklas. Egenkontroller i verksamheterna görs på tre olika sätt; extern revision, deltagande i regionala och nationella undersökningar och övriga lokala egenkontroller. Nedan följer en genomgång av vilka egenkontroller Hemtjänst Alingsås har genomfört. För resultat av egenkontrollerna, se kap 15.

### 7.2.1 Externa revisioner

Av de externa revisioner som gjorts på Bräcke diakoni under året har Hemtjänst Alingsås granskats eller reviderats av:

Alingsås kommun har under hösten gjort en revision och den resulterade i att alla kommunens hemtjänstutförarens förbättringsområden blev följande:

- Teamsamverkan
- Nödvändig kunskap om hjälpmedel
- Kunskap om vad som görs om barn far illa/ohälsosamma förhållanden
- God kunskap om dokumentation
- Grundläggande kunskaper /god svenska i tal och skrift/fördjupande utbildning

Handlingsplan är gjord och inlämnad till Alingsås kommun.

### 7.2.2 Nationella och regionala undersökningar

SKR har inte gjort den annars årliga brukarundersökningen under 2021.

### 7.2.3 Övriga lokala egenkontroller

Inom Hemtjänst Alingsås består den lokala egenkontrollen även av:

- Basala hygienrutiner
- Avvikelser

- Stickprov på nyckelkwittering av kundernas nycklar
- Aktuella genomförandeplaner
- Checklista för riskanalys i den enskildes hem som görs vid uppstart av ett nytt ärende.
- Loggkontroller i Magna Cura
- Mätarställning på bilarna
- Vaccinationsgraden hos personal (anonymt och frivilligt via Mentimeter)

## 8 Avvikelsehantering

### 8.1 Avvikelser

På Bräcke diakoni hanteras och analyseras alla identifierade risker, fel och brister, inkomna klagomål och synpunkter som avvikelser. Avvikelser är en viktig källa för att identifiera förbättringsbehov i verksamheten och vi jobbar löpande med att skapa en säkerhetskultur där man tillsammans pratar om, analyserar och förebygger avvikelser. Alla medarbetare får information om rutiner för avvikelshantering och rapporterar både HSL- och sociala avvikelser elektroniskt i Bräcke diakonis avvikelssystem.

All personal har en skyldighet att rapportera avvikelser till närmaste chef och direkt åtgärda en händelse och/eller risk. Alla avvikelser graderas och vid allvarliga händelser och avvikelser diskuterar verksamhetschefen lämplig hantering av ärendet med kvalitetsavdelningen. Verksamhetschef ansvarar för att utredningen sker genom en systematisk analys av bakomliggande orsaker. Varje verksamhet åtgärdar och följer upp avvikelser i syfte att dra lärdom av det som skett och för att kunna vidta förebyggande insatser för att förhindra upprepning.

Tillsammans med verksamhetschef har Bräcke diakonis MAS, MAR, SAS och hälso- och sjukvårdsrådgivare en central roll i hantering av avvikelserna. Både sociala och HSL-avvikelser rapporteras i ett gemensamt avvikelssystem, DF Respons, vilket har medfört ett bra stöd för att fånga avvikelser och skapa effektivare processer för att utreda, följa upp och analysera dessa, vilket skapar lärande, förbättrar kvaliteten och stärker patient- och brukarsäkerheten.

#### 8.1.1 Lex Maria

Risk för vårdskada samt inträffad vårdskada rapporteras direkt till kvalitetsavdelningen. MAR, MAS och/eller hälso- och sjukvårdsrådgivare genomför tillsammans med verksamhetschefen en internutredning som vid vårdskada/risk för vårdskada anmäls till inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt bestämmelserna om lex Maria. Information om anmälan ges även till beställande myndighet samt till patienten.

### 8.1.2 Lex Sarah

Missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden rapporteras direkt till kvalitetsavdelningen där SAS ansvarar för att genomföra en internutredning av vad som hänt, varför och vad vi behöver göra för att förhindra att det händer på nytt. Vid allvarligt missförhållande/ påtaglig risk för allvarligt missförhållande anmäls även händelsen till inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt bestämmelserna om lex Sarah. Information om anmälan ges även till beställande myndighet.

### 8.1.3 Hemtjänst Alingsås

På Hemtjänst Alingsås arbetar man, förutom enligt beskrivningen ovan, på följande sätt med att hantera avvikelser:

I verksamheten får alla medarbetare vid introduktionen information både muntligt och skriftligt hur vi arbetar med avvikelser. Fokus läggs på att informera medarbetarna om vikten att göra avvikelserapportering för att det är ett viktigt förbättringsarbete i verksamheten. Samtliga medarbetare rapporterar avvikelser, arbetsskador och tillbud i avvikelssystemet DF respons. Under 2021 har Kvalitetsombudet och Verksamhetschef hjälpts åt att utreda avvikelser. Utredaren tar kontakt med berörd personal för att stämma av avvikelsen, men även diskutera hur förbättringsarbete (Vad kan man tänka på till nästa gång). När avvikelsen är utredd avslutas den av verksamhetschefen. Är den graderad på tre eller högre avslutas den av MAS eller SAS. På de APT vi har haft under året så har avvikelser diskuterats som är återkommande eller allvarliga. Diskussionerna på APT är ett bra sätt för oss att använda den evidensbaserade kompetensen som finns i arbetsgruppen och sprida lärande.

Nytt för i höst är att vi varje månad får ut rapporter från Kvalitetsavdelning hur verksamheten har arbetat med att gradera, utreda och avslutat avvikelser.

Vi har haft stort fokus på hur vi skriver fallrapporter och vilken information som är viktig för att kvalitetssäkra att det som skall dokumenteras finns med i kundens journal och i avvikelserapporten i DF respons. Framför allt har vi diskuterat vikten att ta kontakt med hemsjukvården när en kund är inskriven där och vad vi gör om kunden inte är inskriven i hemsjukvården. Syftet med detta var att arbetsgruppen skall förstå vikten att dokumentera rätt information och få en tydligare bild av vilka rutiner som finns.

De avvikelser som berör hemsjukvården skrivs ut och lämnas i pappersform till enhetschef för sjuksköterskegrupperna i kommunen.

## 8.2 Klagomål och synpunkter

Externa klagomål och synpunkter från patienter, gäster eller närstående är en självklar del av vår avvikelshantering och en viktig källa för förbättringar. Synpunkter och klagomål kan framföras på följande sätt:

- Blanketten "Välkommen att tycka till! Säg vad du tycker" finns tillgänglig i samtliga verksamheter
- Den enskilde pratar direkt med personalen

- Den enskilde framför synpunkter via brev, mail eller sms.
- Via hemsidan med länk till formuläret [Tyck till](#)

Information om möjligheterna att framföra synpunkter ges vid första mötet med den enskilde och dennes närstående. Verksamhetscheferna återkopplar ärenden till anmälaren muntligt/skriftligt enligt lag om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården<sup>9</sup>. Verksamhetschefen ansvarar även för fortsatta kontakter med den som framfört synpunkter om hen inte är nöjd med svaret eller vidtagna åtgärder.

## 9 Medarbetarnas delaktighet

Alla medarbetare bidrar aktivt med att hela tiden anpassa verksamheten till behoven hos dem vi finns till för. Bräcke diakoni har genom sin lednings- och kvalitetsorganisation skapat en struktur för att tidigt fånga upp förbättringsbehov i verksamheten samt upptäcka, rapportera och åtgärda fel och brister.

Medarbetarna i verksamheterna är delaktiga i kvalitetsutvecklingsarbete på stiftelsenivå genom framtagande av generella policyer, rutiner och arbetssätt samt utveckling och administration av digitala system. Som en del i att utveckla en levande förbättrings- och säkerhetskultur erbjuder Bräcke diakoni följande kompetensutvecklingsinsatser:

- Introduktionsutbildningen för alla nya medarbetare förmedlar kunskap om Bräcke diakonis historia, värdegrund, ledningssystem, lagstiftning samt avvikelshantering mm.
- Introduktionsutbildning för nya chefer som särskilt tar upp frågor kring ledningssystem, lagstiftning och informationssäkerhet.
- Speranza Akademi, internutbildningar för alla medarbetare inom bland annat värdegrund, ledarskap, dokumentation och arbetsmiljö.
- Förbättringskraft är Bräcke diakonis eget kompetensutvecklingsprogram för systematiskt förbättringsarbete. Medarbetare utvecklar under ett halvår sina färdigheter i att analysera förbättringsbehov, sätta mål, använda mätningar och sprida resultat.

### 9.1 Hemtjänst Alingsås

Utöver dessa allmänna insatser har våra medarbetare deltagit i följande satsningar:

- Tagit fram gruppkontrakt för hemtjänst Alingsås. Se kap 4.2
- Reflektioner se kap 4.2
- Startat Instagramkonto för Hemtjänstens verksamheter på Bräcke diakoni. Där är två medarbetare som är ansvariga för att hantera kontot. .
- Förbättrat logistiken kring användandet av skyddsutrustning i lokalen.

---

<sup>9</sup> [SFS 2017:372](#)

- Handledning - Lågaffektivt bemötande. Se kap 4.2

## 10 Samverkan

### 10.1 Samskapande med brukare/patienter och närstående

Vårt arbete utgår från en personcentrerad vård och omsorg där vi strävar efter att synliggöra hela personen och prioriterar tillgodoseende av andliga, existentiella, sociala och psykiska behov i lika hög utsträckning som fysiska behov. För att förbättra kvaliteten och patient- och brukarsäkerheten behöver patienter/brukare och närståendes erfarenheter av vården tas tillvara. Patienter/brukare och närstående behöver också ges möjligheter att kunna påverka beslut och planering av sin egen vård och omsorg. Inom Bräcke diakoni pågår ett kontinuerligt arbete med att stärka patient- och brukarrollen genom att både skapa förutsättningar för och en medvetenhet om hur vården och omsorgen kan samskapas.

#### 10.1.1 Hemtjänst Alingsås

Kunderna är delaktiga vid uppstart och uppföljningar av genomförandeplanen. Inför uppstartsamtal och uppföljningssamtal meddelas kunderna att de kan med fördel bjuda in anhöriga eller god man eller någon annan de önskar ha med.

### 10.2 Samverkan med andra vårdgivare/omsorgsgivare

Vården och omsorgen är ett komplext system med olika aktörer t.ex. i en huvudmannaroll som myndighet eller vårdgivare eller som profession i mötet med patienter, brukare och deras närstående. Många brister i vården och omsorgen beror på övergångarna mellan olika aktörer, professioner eller enskilda personer som leder till glapp där det krävs att alla aktörer tar ett ansvar som sträcker sig utöver sina egna verksamhetsgränser. För Bräcke diakoni är en sammanhållen vård och omsorg en viktig målsättning och vi tar vår roll som idéburen aktör i detta system på största allvar.

Bräcke diakoni deltar t.ex. i vårdplaneringen för den enskilde i övergången mellan olika vård- och omsorgsaktörer, eller för barn med funktionshinder som rör sig mellan boenden, skola och det egna hemmet. Andra samverkanspartner kan vara Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, kommuner, assistansbolag, hemhabiliteringar, regionhabilitering, brukarstödcenter, apotek m.fl. Dessutom förekommer övergripande samverkan med brukar- och patientorganisationer.

#### 10.2.1 Hemtjänst Alingsås

- Under 2021 har verksamheten haft ett samarbete med Arbetsförmedlingen – En medarbetare på Extra tjänst. Under hösten anställdes hen på en fast tjänst.
- Vård och Omsorgs College – tagit emot studenter
- Frälsningsarmén och Röda Korset finns som en resurs för våra kunder om de önskar mer social kontakt än beviljat i biståndsbeslut.

- Våra kunder erbjuds även en Ringvän, vilket är en telefonkontakt med en volontär från Räddningsmissionen, där målet är att minska ofrivillig ensamhet genom att bygga en vänskapsrelation mellan kund och volontär.
- Anhörigstödet i Alingsås kommun kan vi hänvisa till när anhöriga behöver stöd.
- Nystart av Minnenas café (fd Alzheimers café) som drivs ihop med Bräcke äldreboende Ginstgården, Alingsås kommun och Röda Korset.

### 10.3 Samverkan med andra samhällsaktörer

Bräcke diakoni har som nationell idéburen aktör en bred samverkan med många olika organisationer. Vi har bl.a. genom Famna (Riksorganisation för idéburen vård och social omsorg) varit involverade i flera nationella utvecklingsprocesser som t.ex. Öppna Jämförelser, Nationell eHälsa, Nationell patientkontrakt, Tillitsdelegationen och ett flertal andra offentliga utredningar. Kvalitetsavdelningens medarbetare är representerade i Riksföreningen för socialt ansvariga samordnare (SAS), det nationella MAR-nätverket (medicinskt ansvariga för rehabilitering) och ingår i programråd och referensgrupper för nationella och internationella konferenser som t.ex. Vitalis, International Forum for Quality and Safety in Healthcare (IHI/BMJ) och i samverkansgruppen för säker vård.

Bräcke diakoni driver dessutom ett flertal innovationsprojekt med stöd från Nationella arvsfonden tillsammans med brukar-/patientorganisationer inom följande områden: Äldre, funktionsnedsättningar, psykisk ohälsa, lipödem och digitalisering.

Internationellt finns Bräcke diakoni representerad i den europeiska paraplyorganisationen Eurodiaconia och i ett nordiskt nätverk kring palliativ vård.

#### 10.3.1 Hemtjänst Alingsås

Frälsningsarmén och Röda Korset besöker våra kunder när de önskar mer social kontakt än vad hemtjänsten kan ge. De har även varit på APT under hösten och presenterat sin verksamhet.

Vi erbjuder även en Ringvän till de kunder som önskar, i samarbete med Räddningsmissionen.

### 10.4 Forskningsamverkan

Målsättningen med Bräcke diakonis arbete med forskning är att det ska bidra till att vi bättre ska kunna verka för ett medmänskligare samhälle och skapa värde för dem som vi finns till för. Som hjälp i detta har vi en forskningsstrategi som fokuserar på tre forskningsområden med inriktning mot idéburen välfärd:

- Värdeskapande mellan dem vi är till för och medarbetare
- Organisering och ledning av idéburna organisationer
- Samverkan och relationer i välfärden



Bräcke diakonis delägarskap i Marie Cederschiöld högskola skapar en närhet till forskning och utbildning inom vård- och socialvetenskap och civilsamhällsfrågor med konkreta forskningssamarbeten och möjlighet till verksamhetsförlagd utbildning för studenter. Tillsammans med övriga delägare och högskolan pågår ett gemensamt arbete kring äldre, palliativ vård, funktionsnedsättningar, kvalitetsregister, verksamhetsförlagd utbildning och kompetensförsörjning.

Inom ramen för detta samarbete har vi också utvecklat ett koncept för ett akademiskt äldreboende. Syftet med ett akademiskt boende är att förbättra samverkan mellan forskning, utbildning och utveckling inom vården och omsorgen. Det övergripande målet är att skapa hållbara strukturer och stöd för forskare, studenter och vård- och omsorgspersonal för att samverka med varandra. Det är vår målsättning att inkludera den enskilde personen eller dess närstående i forskning, utveckling och utbildning. Modellen för denna samverkan är inte begränsad till äldreomsorgen och kommer att kunna överföras även till andra verksamhetsområden.

I samarbetet med Göteborgs universitet och med stöd från Forte bedriver vi ett forskningsprojekt kring evidensbaserad omvårdnad inom socialtjänstens område. Här ser vi vårt systematiska förbättringsarbete som ett bra sammanhang att både implementera och ta fram ny kunskap kring hur evidensbaserad omvårdnad kan omsättas i vårdens och omsorgens vardag av personer som inte genom sin utbildning är akademiskt skolade.

För att stärka patienters och brukares involvering i vården och omsorgen pågår också ett forsknings- och utvecklingsarbete om samskapande. I en kartläggning i Bräcke diakonis verksamheter framkom att medarbetarna är motiverade att samskapa men behövde ett förbättrat stöd för att öka samskapandet i praktiken. Vi har nu integrerat samskapande tydligare i vårt kvalitetsarbete, bland annat genom att anpassa Förbättringskraft och förtydliga samskapande i kvalitetsdialogen, policyer och rutiner.

Bräcke diakoni har ett omfattande forskningssamarbete med ett flertal universitet och högskolor i Sverige. Forskningsfrågorna kretsar kring personcentrerad vård och omsorg, samskapande, innovationer, idéburet offentligt partnerskap (IOP), tillitsbaserad styrning samt evidensbaserad praktik. Sedan 2018 arrangerar Bräcke diakoni en årlig *Kunskapsarena*<sup>10</sup> för att främja samverkan mellan forskare och praktiker/kliniker. Under 2021 har konferensen handlat om samskapande, evidensbaserad omvårdnad och kunskapsimplementering inom vård och social omsorg. I programmet deltog forskare, företrädare för SKR, Socialstyrelsen och Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) samt två förbättringsteam från Förbättringskraft och projektet om Lipödem.

## 11 Kvalitetsarbete under coronapandemin

Tidigt i pandemin tillsattes ett krisledningsteam bestående av direktor, driftchef (läkare), utvecklingschef, MAS, HR-chef, ekonomichef, kommunikator och krissamordnare som tillsammans har drivit och

---

<sup>10</sup> [Kunskapsarena](#)

samordnat smittskyddsarbetet. Omvärldsbevakning på internationell, nationell, regional och lokal nivå tillsammans med riskanalyser på organisations-, verksamhets- och individnivå utgjorde grunden för en mängd åtgärder för att säkra hög kvalitet och patient- och brukarsäkerhet samt förhindra smittspridning. Ett tätt samarbete mellan krisledningsteam och stödfunktioner har resulterat i god kommunikation till verksamheterna och medarbetarna.

Krisledningsteamet har organiserat kontinuerligt stöd och uppföljning till verksamheterna i basala hygienrutiner, i smittskyddsfrågor och träning i att använda skyddsutrustning. En del i stödet är förenklad och anpassad information om basala hygienrutiner och skyddsutrustning i fickformat. Vidare har lokala, tydliga kommunikationsplaner och handlingsplaner vid misstanke eller vid verifierad smitta av covid-19 tagits fram i samarbete med verksamheterna. Medarbetarna har via intranätet tillgång till uppdaterad information kring covid-19 och i ledningssystemet är information, rutiner, riskanalyser, egenkontroller och länkar som rör covid-19 samlad. Avvikelser, riskbedömningar och egenkontroller såsom hygienkulturmetning utgör uppföljning och bas för fortsatta förbättringar.

Krisledningsteamets förebyggande arbete har även inkluderat simulering av olika tänkbara sjukdomsscenarior av personal och behov av kohortvård för att underlätta planering och bemanning av extra personal. Dessutom har ett stort arbete lagts på att säkra god tillgång till skyddsutrustning med rätt kvalitet. Genom regelbunden inventering i alla verksamheter och en centralt styrd process för inköp och distribution har vi lyckats säkerställa att det under hela pandemin har funnits rätt skyddsutrustning på plats i varje verksamhet.

Under 2021 har vi i de verksamheterna där vi har stadigvarande ansvar för dem vi finns till för genomfört omfattande provtagningar och smittspårning. Bräcke diakonis verksamheter har också haft ett systematiskt arbete med att erbjuda brukare och patienter vaccin mot covid-19 enligt nationella och regionala riktlinjer. Alla boende på SÄBO som kan och vill vaccinera sig har under hösten 2021 fått tredje dosen vaccin. Bräcke mobilt hälsoteam Väst har haft uppdrag att vaccinera utsatta grupper i alla VGR's kommuner, där vaccinering av målgruppen inte hade påbörjats.

Som i många verksamheter har digitaliseringen tagit stora steg även hos oss. Möten hålls nuförtiden digitalt i mycket större omfattning inom hela organisationen. Användandet av läsplattor mellan brukare och närstående men också mellan sjuksköterskor, läkare och omvårdnadspersonal internt har underlättat kommunikation lokalt i verksamheterna. Webinarier riktat till personal och chefer har varit ett sätt att sprida ny information samt fånga upp och hantera frågor och eventuell oro medan digital introduktionsutbildning har tagits fram till nya medarbetare.

Under 2021 har krisledningsteamets arbete bestått av driftchef, utvecklingschef, HR-chef, hälso- och sjukvårdsrådgivare, MAR och MAS. Teamet har träffats en gång per vecka för uppdatering av nya riktlinjer samt diskuterat och tagit ställning till verksamhetsnära frågor som rör pandemin. Krisledningsteamet har bjudit in chefer och andra nyckelpersoner i verksamheterna till veckovisa digitala lägesavstämningar för hur pandemiarbetet fungerar i verksamheterna samt uppdatering av ny information och riktlinjer.

Sammanfattningsvis präglas vårt kvalitetsarbete under pandemin av såväl systematik som en hög grad av flexibilitet. Ny kunskap inhämtas och implementeras kontinuerligt. Det finns en tydlig kommunikation med utgångspunkt i de nationella rekommendationerna med en anpassning till lokala förutsättningar efter genomförda riskanalyser. Implementeringen av nya arbetssätt och förändringen av situationen följs upp genom löpande avstämning i krisledning, driftledning och operativa arbetsgrupper (smittskydd, skyddsutrustning, bemanning, kommunikation) och en tät kontakt mellan dessa och de lokala ledningsteam.

## 12 Mångfald, genusperspektiv och jämställdhetsarbete

Bräcke diakonis värdegrund och vision går hand i hand med grundtanken om jämställdhet och allas lika värde. Vår utgångspunkt är att jämställdhet, precis som kvalitet i ett större perspektiv, skapas i mötet mellan människor. Jämställdhets- och mångfaldsarbetet på Bräcke diakoni innefattar alla som verkar inom vår organisation - var och en har ansvar för sina attityder, handlingar och bemötande. Vi arbetar ständigt med att utveckla och stärka medvetenheten om olika människors grundläggande rättigheter.

För Bräcke diakoni är jämställdhet mer än enbart män och kvinnors lika värde – med jämställdhet och mångfald menar vi att alla människor har lika värde oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, sexuell läggning, ålder, etniskt eller socialt ursprung, religion eller annan trosuppfattning, politisk uppfattning eller funktionsnedsättning. Genus är för oss ett begrepp som visar på de sociala och kulturella villkor som formar kvinnors och mäns möjligheter och påverkar deras agerande.

Vårt fokus ligger alltid på att se individen och att bemöta var och en utifrån individuella behov och önskemål – i detta arbete är jämställdhet och genusperspektivet en viktig aspekt för oss.

För att säkerställa jämställdhet ur ett brukarperspektiv arbetar vi med:

- Utbildningsåtgärder – regelbundet och på alla nivåer
- Jämställdhet och mångfald är en del av den introduktionsutbildning som nyanställda deltar i
- Regelbunden dialog och reflektion i vardagen och på APT
- Minst ett APT per år med tema jämställdhet och mångfald
- En del av medarbetarsamtalet

För Bräcke diakoni är det viktigt att ledningen är drivande och förstår varför jämställdhet och mångfald är en strategisk fråga. Det är också viktigt att alla i verksamheten känner till vår värdegrund och kopplingen till jämställdhet, och vikten av att ha med detta perspektiv i alla möten och situationer.

Genom att samtliga medarbetare har kompetens och erfarenhet inom området, och fortlöpande kompetensutvecklas, säkerställer vi en verksamhet med ett jämställt perspektiv där individens behov och önskemål alltid är utgångspunkten.

## 13 Miljöarbete

Bräcke diakoni är miljödiplomerad sedan 2005 enligt Svensk Miljöbas kriterier, vilka bygger på ISO 14001 samt EMAS. Vi genomgick i februari 2021 den tolfte diplomeringsrevisionen. Utöver Svensk Miljöbas krav beaktar vi också de olika krav som ställs på oss genom avtal med kommuner och regioner där vi är verksamma.

Bräcke diakoni har ett ambitiöst miljöarbete där samtliga verksamheter och medarbetare är involverade. All nyanställd personal får grundläggande miljöutbildning. 2021 har vi skapat en egen miljöutbildning, anpassad till våra verksamheter och hur vi bäst kan vara miljösmarta. Utöver den grundläggande miljökompetensen fyller vi på med regelbundna med kompetenshöjande aktiviteter.

Miljöorganisationen består av en övergripande miljösamordnare som till sin hjälp i det dagliga miljöarbetet har miljöombuden som finns i varje verksamhet. Vi har även en internrevisor för miljöarbetet. Internrevisorns uppgift är att hjälpa till med egenkontroller i verksamheterna samt att stötta med råd. Tillsammans utgör miljösamordnaren, internrevisorn och miljöombuden stommen i Bräcke diakonis miljöarbete.

Under coronapandemin har resandet under större delen av året varit ytterst begränsat. Vi har då upptäckt att mycket fungerar lika bra genom webbmöten. Det är en erfarenhet som vi tar med oss in i framtiden och som kan göra mycket för miljön.

Vi arbetar aktivt med att minska vår miljöbelastning och har därför satt upp ett antal mål:

- Minska miljöbelastningen av vår verksamhet, där energianvändning och restprodukter ingår.
- Minska påverkan av våra arbetsresor, prioritera resfria möten i form av telefon och webbmöten.
- Minska miljöbelastningen av vår kosthållning genom en Klimatsmart dag per vecka i våra kök.
- Vi har en inköspolicy samt inkösrutiner som reglerar hur vi skall förhålla oss för att vara så miljöeffektiva som möjligt. Inköp ska vara miljöanpassade varor, så länge funktionen för ändamålet är tillfredsställande.
- Under året har en arbetsgrupp för cirkularitet och hållbarhet startats med målet att skapa nya styrdokument, rutiner och förhållningssätt kring cirkularitet, främst för möbler och inventarier. Arbetet kommer i nästa steg att involvera vår egen verksamhet för arbetsintegrering och därmed tas även ett steg för den sociala hållbarheten.
- För att reducera antalet transporter har vi en helhetsleverantör som förser oss med förbrukningsartiklar, omvårdnadsmaterial med mera på samtliga orter där vi finns representerade.
- Alla våra verksamheter källsorterar utifrån dokumenterade rutiner.

- En under året genomförd energikartläggning visar att vår allra största miljöpåverkan sker i våra större fastigheter i Göteborg och Falköping. Åtgärder genom förbättrade system för övervakning och styrning av energiförbrukning är planerade. Samtliga förbrukningssiffror följs årligen upp och sammanställs i Miljöberättelsen.
- Trafik- och resepolicyn reglerar vårt resande. Vi reser i första hand med tåg. Våra bilar är huvudsakligen miljöklassade och diesel-, el-, eller gasdrivna.
- Fortlöpande följa utvecklingen på miljöområdet för att hela tiden ha följsamhet i miljöarbetet.

Bräcke diakoni har under året tagit de första stegen mot en ny och sammanhållen struktur för hållbarhetsarbetet, genom att börja knyta ihop våra verksamheter för social hållbarhet med uppgifter för den miljömässiga hållbarheten. Inledningsvis innebär detta en tydligare koppling av verksamheten för arbetsintegrering och arbetsuppgifter inom cirkulära inventarie- och möbelflöden. Mot bakgrund av vår verksamhetsidé och vision ser vi det som naturligt att ta ansvar för miljömässig, social och ekonomisk hållbarhet.

Miljöarbetet beskrivs mer ingående i de årliga miljöberättelserna, hållbarhetsarbetet redovisas årligen i hållbarhetsrapporten.

## 14 Informationssäkerhet

Under 2021 har Bräcke diakoni fortsatt arbetet med en översyn av sitt informationssäkerhetsarbete för att hantera kraven i Dataskyddsförordningen genom att:

- Ge stöd till verksamheterna gällande risk- och konsekvensanalys.
- Förbättra lagring och sökbarhet av information om de register som hanterar personuppgifter i stiftelsens verksamheter.

Som stöd i arbetet med anpassning av verksamheten till Dataskyddsförordningen finns ett informationssäkerhetsråd med representanter från Kvalitets-, HR- och IT-avdelningen. Informationssäkerhetsrådet har fortsatt sitt arbete med att:

- Utarbeta och följa upp rutiner och instruktioner gällande informationssäkerhet inom Bräcke diakoni.
- Att på delegation från Personuppgiftsansvarig fatta beslut om en avvikelse ska anmälas till Integritetsskyddsmyndigheten som personuppgiftsincident.
- Följa upp eventuella personuppgiftsincidenter med avsikt att skapa lärande.
- Vara en kunskapsresurs för hela organisationen i frågor om informationssäkerhet.
- Vara ett rådgivande stöd till Dataskyddsombudet.
- Vara ett kunskapsstöd vid konsekvensbedömning avseende dataskydd.
- Rådet har träffats för möten 7 gånger under året.

## 15 Resultat för Hemtjänst Alingsås

I följande avsnitt presenteras resultaten av Hemtjänst Alingsås systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

### 15.1 Kvalitetsdialog

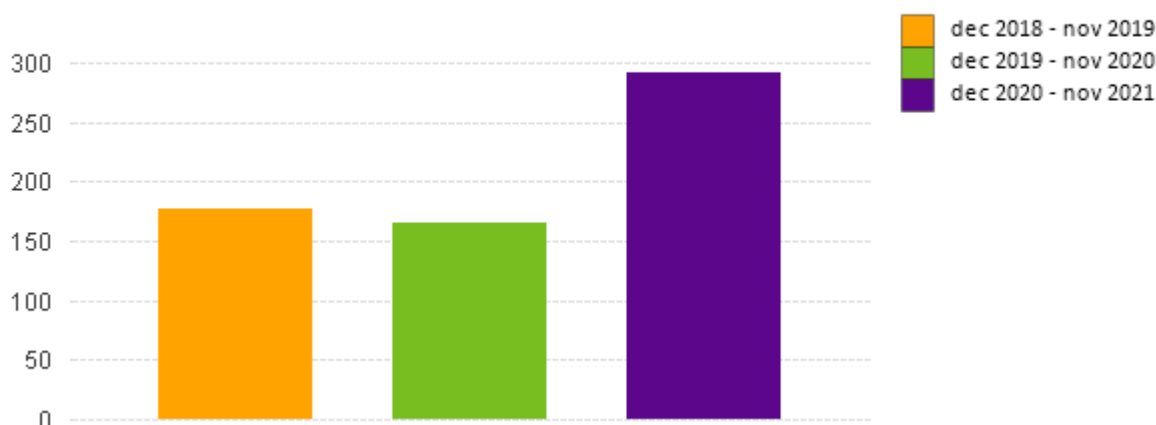
| Område                             | Struktur | Process | Resultat | Diff S | Diff P | Diff R |
|------------------------------------|----------|---------|----------|--------|--------|--------|
| 1. Styrdokument och ledningssystem | 2,0      | 2,7     | 2,5      | 0,00   | 0,33   | 0,50   |
| 2. Riskanalyser                    | 3,0      | 2,8     | 2,0      | 0,00   | 0,05   | -1,00  |
| 3. Avvikelsehantering              | 3,0      | 2,0     | 3,0      | 0,00   | 0,00   | 0,00   |
| 4. Egenkontroll                    | 2,5      | 3,0     | 2,0      | -0,50  | 0,33   | -1,00  |
| 5. Kunskap och kompetens           | 3,0      | 2,5     | 3,0      | 0,00   | 0,50   | 0,00   |
| 6. Samverkan                       | 2,0      | 2,5     | 3,0      | 0,00   | -0,50  | 0,00   |

Figur 2. Resultat från årets kvalitetsdialog. Medelvärden av självskattning med en tre-gradig skala.

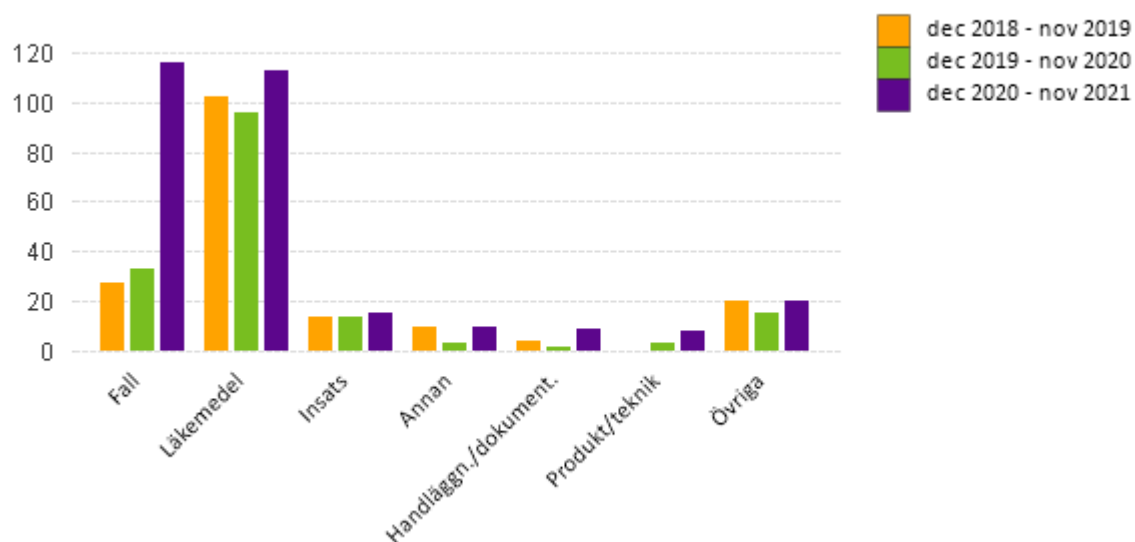
Hemtjänst Alingsås har flertalet områden med mycket god kvalitet men också områden med förbättringspotential som ligger inom såväl strukturer, processer och resultat. Generellt sett har verksamheten uppnått goda resultat under 2021 och minskningen sedan förra året kan kopplas till resursbrist bland annat på grund av coronapandemin. Verksamheten har förbättrat sina processer kring styrdokument och ledningssystem, egenkontroll och kunskap och kompetens. En del förbättringspotential var planlagd redan under 2021 men har inte kunnat genomföras pga pandemin och dess konsekvenser, t.ex. uppstart av anhörigråd och introduktionsutbildning till alla nyanställda. Dessa mål flyttas till 2022. Under 2022 kommer fokus även att ligga på att fortsätta öka andelen styrdokument i ledningssystemet, gå igenom ledningssystemet på APT och att öka antalet dokumenterade synpunkter.

### 15.2 Avvikelser

*Antal avvikelser (rullande 12-månader)*



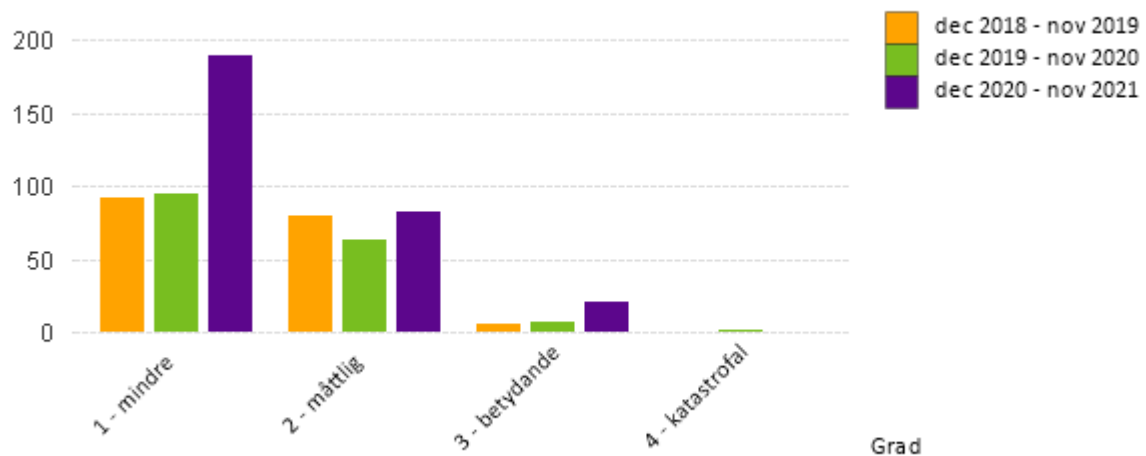
### Antal avvikelser per typ



**Figur 3.** Antal avvikelser totalt och per typ för 2021 samt förändringen mot tidigare år.

Det har skett en stor ökning av avvikelser under 2021 jämfört med tidigare år och det kan nästan helt förklaras av ökade antal fallavvikelser. Denna ökning har två orsaker; dels har hemtjänsten Alingsås ett delvis nytt kundunderlag där vissa nya kunder faller ofta och dels har verksamheten ändrat arbetsätt kring fall. Istället för att endast hjälpa kunden som fallit upp igen skriver man nu mer fallavvikelser och agerar förebyggande, t.ex. genom att informera anhörig om behov av vårdkontakt. Läkemedelsavvikelserna är fortsatt höga och planerade åtgärder är att arbeta som vi gjort tidigare men framför allt förkorta utredningsprocessen. Vi planerade under hösten även att MAS kommer till vårt APT under mars månad för att ge oss förslag kring hur vi kan arbeta vidare med åtgärder.

### Allvarlighetsgrad (antal)



**Figur 4.** Avvikelseernas allvarlighetsgrad för 2021 samt förändringen mot tidigare år.

Ökningen av avvikelser ligger främst inom mindre avvikelser, vilket reflekterar ett gott förebyggande arbete i och med att dessa hanteras innan de blir allvarligare. Dock har även en ökning skett bland betydande avvikelser, vilka är av varierande slag, de har handlat om att glömma låsa medicinskåp hos kund, feldelade dosetter dock ej orsakat hemtjänstpersonalen, tappad apodospåse, allvarlig fallolycka och borttappad nyckel till kund. Dessa har åtgärdats med nya rutiner och arbetssätt samt uppföljning sker för att säkerställa att rutinerna och nya arbetssätt följs.

#### 15.2.1 Lex Maria

Inga avvikelser är utredda enligt lex Maria.

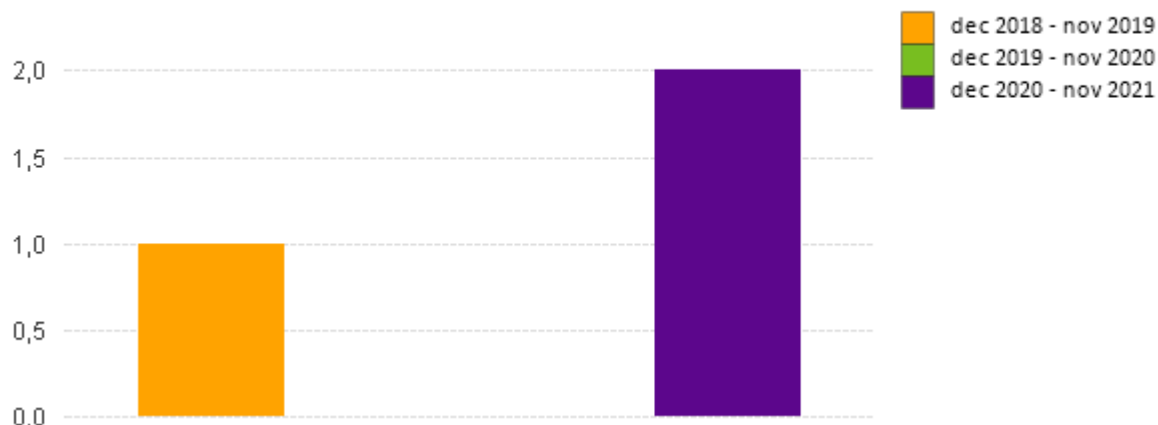
#### 15.2.2 Lex Sarah

En avvikelse angående trygghetslarm utreds enligt Lex Sarah, denna avvikelse är under utredning.

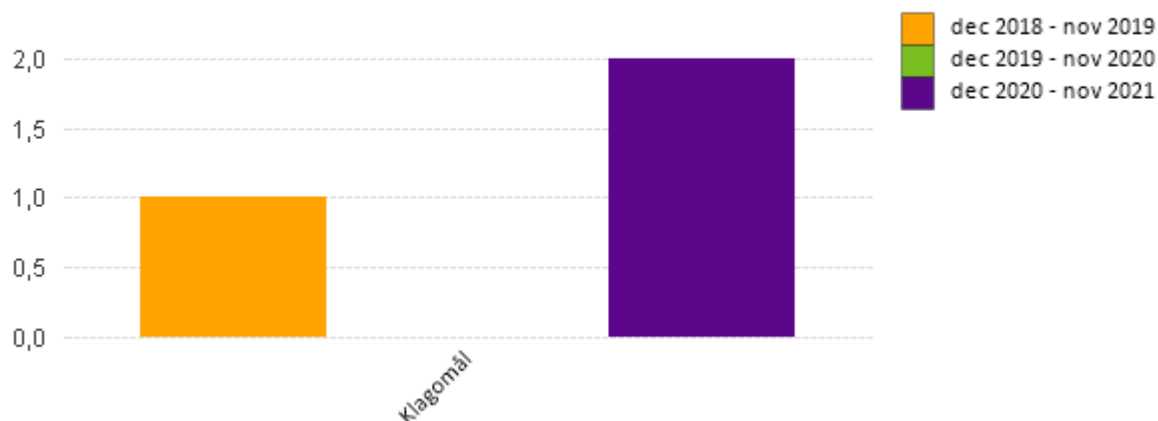


## 15.3 Synpunkter

Antal synpunkter (rullande 12-månader)



Antal synpunkter (rullande 12-månader)



**Figur 5.** Antal inkomna synpunkter totalt och per typ för 2021 samt förändringen mot tidigare år.

Få synpunkter har registrerats och dokumentation av synpunkter är ett mål för 2022. Båda synpunkterna handlade om felparkerade bilar.

## 15.4 Kvalitetsregister

### 15.4.1 Senior alert

Hemtjänsten hjälper PAS att fylla i dokumenten men har inte tillgång till Senior alert. Dock fås återkoppling via teamträffar i de fall en kunds behov kräver detta. Under 2021 har risker följts upp och åtgärdats tillsammans med PAS.

#### **15.4.2 BPSD-registret**

Hemtjänsten har först och främst använt BPSD under året vid bemötandeproblematik. Vi anser att BPSD fungera bra som ett verktyg när arbetsgruppen behöver en plan för bemötande. Och de planer som är gjorda under året har gett gott resultat. Vi ser direkta vinster i att både kunder och personal blir tryggare när det finns en likriktning i hur personalen bemöter kunden.

#### **15.5 Socialstyrelsens nationella undersökningar**

Under 2021 genomförde Socialstyrelsen inga nationella undersökningar inom äldreomsorgen.

#### **15.6 Egenkontrollprogram**

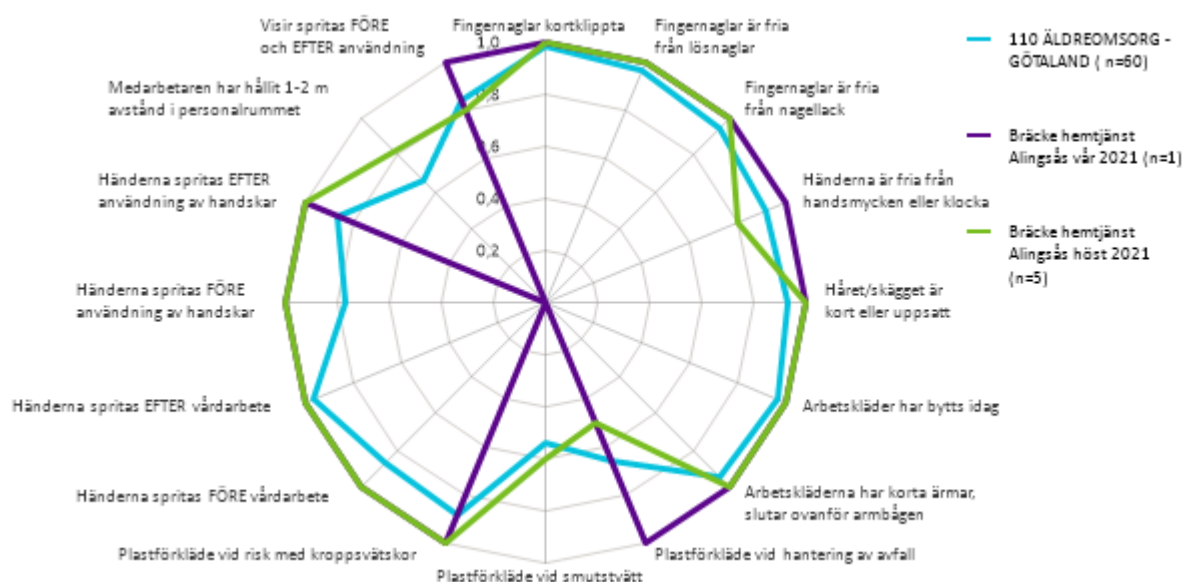
Egenkontrollen av genomförandeplaner visar på att aktuella genomförandeplanerna inte alls är lika många som tidigare år. Under 2021 har det varit svårt att avsätta tid för kontaktpersonerna att skriva nya eller göra uppföljningarna.

Egenkontroll av kundernas nyckelhantering har visat på att det har funnits brister i den vardagliga hanteringen. Åtgärder som gjordes var att avvikelser skrevs på de datum som inte nyckelhanteringen sköttes enligt den rutinen som finns. Processen för ut kvittering och inlämnande har diskuterats på APT. Vid senaste egenkontrollen i november visar på förbättringar av nyckelhanteringen.

Loggkontroller av Magna Cura har varit utan anmärkning.

Verksamheten har följt upp vaccinationsgraden av personal i verksamheten med hjälp av mentimeter. Mätningen har gjorts anonymt på frivillig basis. Denna mätning kan ha påverkat den ökade vaccinationsgraden som idag nästan är 100%.

### 15.6.1 Egenkontroll Basal hygien



Figur 6. Egenkontrollmätning av Basal hygien, diagrammet visar jämförelse mellan verksamhetens resultat för vår- och höstmätning 2021 och driftområdets resultat för hela 2021.

Egenkontrollerna bygger på att en personal observerar en annan. Eftersom största delen av dagen består av ensamarbete görs observationerna bland annat under morgonmötet när alla som arbetar den dagen är samlade och kan observeras, under dubbelbemanningar, samåkning i bilen och under andra gemensamma träffar under dagen. Nytt för i år har varit att den som observeras vid en tex dubbelbemanning meddelas innan. Användandet av Mentimeter har förenklat momentet när de skall göras. Vi får också ett tydligare resultat för de mätningar som görs och vi kan enkelt analysera resultatet och arbeta med förbättringsarbete där det behövs. Samtidigt som det är viktigt att arbetsgruppen även får en tydlig bild av vad de är duktiga på.

Hemtjänsten hade under våren svårt att hinna med att göra egen kontrollen och därför finns bara en mätning. Detta gör det svårt att dra några slutsatser från vårens resultat. Under hösten har fler kontroller gjorts och det leder till att resultatet är lättare att utläsa. Generellt sett har verksamheten god följsamhet till basala hygienrutiner och ofta bättre än Bräcke diakonis övriga äldreomsorgsverksamheter i Götaland. Den lägre följsamheten till att "Händerna är fria från handsmycken eller klockor" kan bero på att några medarbetare väljer att ta av sina klockor efter morgonmötet (men innan de möter kunderna). Dessa medarbetare är medvetna om att de skall tas av. Personalutrymmet ger inte alltid möjlighet till att hålla 1–2 m avstånd mellan varje stol, men oftast fungerar det och ytan är svår att ändra. Ute hos kunder så tas avfall med ut från kund och oftast går personal till ett soprum eller andra sopkärl för att slänga dessa avfallspåsar och har därför inte plastförkläde då det fungerar att följa rutinen inte i praktiken. Detsamma gäller vid tvätt, vilken tas med från kundens lägenhet till ett tvättrum där tvätten hanteras. Detta förfarande gör det svårt för personal att använda förklädet.

## 16 Hemtjänst Alingsås mål och strategier för det kommande året

| Fokusområde                       | Mål  | Aktivitet   | Ansvar                        | Klar senast                 |
|-----------------------------------|--|---|-------------------------------|-----------------------------|
| Diakoni i praktiken               | Bra bemötande – 100% i brukarundersökningen              | Varje dag ta tillvara möten med våra kunder.  | Samtliga i hemtjänst Alingsås | Dec 2022                    |
| Diakoni i praktiken               | Starta upp anhörigråd                                    | När covid-19 är över, inventera intresset hos anhöriga och bjuda in en mindre grupp till träffar. | VC                            | Dec 2022                    |
| Tillit och lärande                | Introubildning till alla nyanställda                     | Anmäla de som inte fått gå förra året och de som är nyanställda i år.                             | VC                            | När tillfällen erbjuds 2022 |
| Tillit och lärande                | Öka andelen dokumenterade synpunkter                     | Dokumentera de synpunkter som kommer in i DF Respons.   | VC/Kvalitetsombud             | 2022                        |
| Stolta och engagerade medarbetare | Nystart av Minnenas café och öka kundernas deltagande.   | Ombudet för Minnenas café ska erbjuda kunder att följa med till caféet.                           | Ombud för Minnenas café       | 2022                        |
| Tillit och lärande                | Reflektionsmöte onsdagar, minst 25 tillfällen under 2022 | När det finns utrymme för det planera in reflektionsmöte på onsdagar.                             | VC och Samordnare             | 2022                        |

|                     |                                |  |                             |            |
|---------------------|--------------------------------|--|-----------------------------|------------|
| Diakoni i praktiken | Öka kontinuiteten hos kunderna | Dela in geografiska områden efter hemsjukvårdens områden och om möjligt göra arbetsgrupper efter personalens önskemål. | VC, samordnare, medarbetare | Våren 2022 |
|---------------------|--------------------------------|--|-----------------------------|------------|



## **Kvalitets- och verksamhetsberättelse 2021**

# HemTrevnad



S E R V I C E – O M S O R G – R E S P E K T

**Vår verksamhet ska kännetecknas av ett gemensamt förhållningssätt som grundar sig på:**

- Service av hög kvalitet och kontinuitet
- Omsorg med fokus på bemötande och ett professionellt utfört arbete
- Respekt för den enskildes/kundens behov och önskemål

## Mål och riktlinjer

### HemTrevnads vård och omsorg skall:

- Kännetecknas av god kvalitet där individen står i centrum
- Bygga på en helhetssyn med respekt för den enskildes integritet
- Tillgodose brukarens behov av service och omvårdnad utifrån individens behov och önskemål
- Hålla en hög nivå på utbildning av samtlig personal
- Ett ledarskap på plats som är välutbildad och har god kunskap om lagar, allmänna råd och föreskrifter
- Ett nära samarbete med kunder, brukaren och dennes företrädare samt uppdragsgivaren

### Grundläggande principer för vårt förhållningssätt, synsätt och bemötande

- Verksamheten ska bedrivas utifrån ett professionellt förhållningssätt baserat på kompetens, vetenskap och beprövad erfarenhet.
- Den enskildes fysiska och psykiska behov skall tillgodoses.
- Den enskildes initiativförmåga och möjlighet till självbestämmande skall stimuleras
- Den enskilde skall bemötas med vänlighet, lyhördhet och respekt.
- Den enskilde skall få stöd att utveckla och ta tillvara det friska och aktiva hos sig som individ med personalens insatser som komplement.
- Sociala, kulturella och andliga behov skall beaktas.
- Goda relationer till anhöriga och närstående skall eftersträvas.
- Den enskilde skall ha rätt till ett värdigt omhändertagande vid livets slut.
- Den enskilde skall ha rätt att ställa krav och ha synpunkter på hur vården utförs.

### HemTrevnads kvalitetsmål

- minst 95 % av våra brukare och eller/deras närstående ska vara nöjda med den verksamhet vi bedriver
- att anmälningarna enl. Lex Maria och Lex Sarah ska vara noll

### Målen når vi genom

- att alltid sätta brukaren i centrum
- att upprätta kvalitetsmål för varje verksamhet
- att skapa delaktighet och inflytande hos brukare och närstående
- att skapa delaktighet hos medarbetarna
- att använda rätt kompetens och resurser

## HemTrevnad Service & Omsorgs AB ledningssystem enligt (SOSFS 2011:09)

### Vårt ledningssystem är ett system för att

- fastställa grundprinciper för ledning av verksamheten
- sätta upp mål i enlighet med kvalitetsområden/kraven
- följa upp och utvärdera dessa mål

Kravet på ledningssystem innebär att det ska finnas en organisatorisk struktur, ett uttalat och tydligt ansvar, dokumenterade rutiner identifierbara processer samt rutiner för uppföljning. Ledningssystemet underlättar ett integrerat arbetssätt när det gäller mål, utförande, resurser och resultat.

Arbetet med Ledningssystem genomsyras alltid av respekt och värdighet för brukaren.

*HemTrevnad har bl.a.*

- en rak och snabbt förändringsbenägen organisationsstruktur
- ett uttalat och tydligt ansvar som går igen i hela organisationen
- utarbetade rutiner för verksamheten och för måluppföljning.
- ett ingående arbete med kvalitetssäkring

Här bör poängteras att samtliga kunder omfattas av HemTrevnads kvalitetssäkring. Ledningssystemet utgår alltid från den enskildes behov och önskemål och säkerställer att vårdkedjan och arbetsmomenten löper smidigt, att fel elimineras samt att rutiner ständigt utvecklas och förbättras. Det bör klargöras att *samtliga medarbetare på HemTrevnad har en skyldighet att känna till rutinerna i vårt ledningssystem, det är genom dem som systemet hålls levande och ständigt utvecklas.*

### Så här jobbar vi

HemTrevnad har alltid fokus på kvalitetssäkring av verksamheten genom att

- Se den som en process i den dagliga driften
- Genomföra/ delta i kontinuerliga undersökningar till medarbetare, brukare och närstående.
- Arbeta med egenkontroll löpande under året genom avvikelssystem, uppföljning/revidering av rutiner och riktlinjer, stickkontroller, statistik och enkäter samt kompetensutveckling
- Återkoppla resultatet till uppdragsgivare och alla medarbetare
- Ha en ständig återkoppling och genomföra erforderliga förbättringsåtgärder

### Kvalitetssäkring

Utgångspunkten i vårt kvalitetsarbete är gällande lagstiftning (Socialtjänstlagen, Hälso-och Sjukvårdslagen, LSS, med flera lagar), kommunens riktlinjer för vård och omsorg. I såväl riktlinjer som lagstiftning hävdas den enskildes behov och önskemål, vilket påverkar vårt sätt att organisera arbetet. Tanken med ett Ledningssystem för kvalitet är att det på ett enkelt sätt dokumentera och mäta kvaliteten och åtgärdar de eventuella brister som uppstår i verksamheten.

De grundläggande värderingarna i arbetet är ständiga förbättringar, kundorientering, engagerat ledarskap och allas delaktighet. Det handlar inte bara om att beskriva vad vi gör utan också *hur vi gör det, i vilken omfattning vi gör det och vilka resultat det leder till.*

Kvalitetsarbetet är helt och hållet

- anpassat till vad som krävs avseende inriktning och omfattning för att uppnå verksamhetens mål
- så upplagt att medarbetarna görs delaktiga i arbetet
- uppföljningsbart i alla delar



Hela HemTrevnads system för internkontroll svarar mot gällande lagar, författningar, uppdragsgivarens krav samt våra egna kvalitetsmål. Det viktiga för att kvalitetsarbetet ska fungera är kopplingen mellan planering, genomförande och utvärdering.

Inom HemTrevnad kvalitetssäkrar vi fortlöpande vår verksamhet. Vårt Ledningssystem för kvalitet svarar mot gällande lagar, författningar, uppdragsgivarens kvalitetskrav enligt förfrågningsunderlag och avtal samt våra egna kvalitetsmål. Ledningssystem för kvalitet bygger på en **central del** och en **rutin del** med enkla tydliga rutiner.

Ledningssystem för kvalitet hjälper verksamheten med arbetssätt och metoder för att kvalitetssäkra verksamhetens olika delar.

Verksamhetens ledningssystem för kvalitet omfattas endast de delar som omfattas av Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd SOSFS 2011:9. Det innebär att frågor som rör personal och arbetsmiljö inte finns med i ledningssystemet. Trots det anser vi att delar i arbetsmiljön berörs till viss del i kvalitetsberättelsen, eftersom man analyserar kvaliteten i verksamheten och det som berör arbetsmiljön t.ex. möjligheten att rekrytera och behålla kompetent personal.

### **Vårt Ledningssystem för kvalitet= Kundfokus**

Vårt Ledningssystem för kvalitet sätter alltid den brukaren/kunden i fokus. Kvalitet innebär att uppfylla kundens krav och förväntningar. HemTrevnad fokuserar på följande områden:

- Förhållningssätt och bemötande
- Trivsel
- Inflytande och valfrihet
- Aktiviteter och gemenskap
- Tillgänglighet
- Individuell anpassning
- Trygghet
- Kommunikation
- Kontinuitet
- Säkerhet
- Medarbetarnas kunskap och kompetens

Kvalitetssäkring är en kontinuerlig process integrerad i den dagliga driften och är aldrig en färdig slutprodukt, därför människor med egna tankar och känslor är involverade. Kvalitetssäkring handlar om ständiga förbättringar som leder till verksamhetsutveckling.

### **Praktiskt kvalitetsarbete – och förbättringsarbete**

HemTrevnad har ett Ledningssystem för kvalitet som bygger på övergripande rutiner som är gemensamma för företaget, och fler lokalt verksamhetsanknutna rutiner. Våra kvalitetsrutiner avser ex. vård och omsorg, hemsjukvård, genomförandeplan, vård i livets slutskede, dokumentation, trygghetslarm, personalintroduktion mm.

De lokala rutinerna utgår ifrån det egna Ledningssystem för kvalitet, kommunens riktlinjer och gällande lagstiftning. Lokala anvisningar gäller som vägledning i personalens dagliga arbete. Rutinerna förankras hos personalen genom att vi på våra utvecklingsdagar och arbetsplatsträffar kontinuerligt följer upp, förbättrar och utvecklar vårt Ledningssystem för kvalitet enligt förutbestämt årshjul.

Vid regelbundna personalmöten sker en genomgång av periodens avvikelser och eventuella synpunkter och klagomål. Orsaken till avvikelserna eller synpunkt/klagomålet analyseras och rutiner arbetas fram för att motverka att liknande händelser återupprepas.

En sammanställning av avvikelserapporter behandlas av verksamhetschef. Behövliga åtgärder vidtas och rapporteras/informeras vid dessa möten.

## Syfte:

Ledningssystemets syfte att hjälpa till att utveckla och säkra kvaliteten i de aktuella verksamheterna ska nås genom att:

- Upprätta mål och planera
- Skapa/ändra/kvalitetssäkra rutiner
- Dokumentera kvalitetsarbetet
- Säkerställa kompetens
- Organisera kvalitetsarbetet
- Systematiskt hantera klagomål och synpunkter
- Analysera och hantera risker i verksamheten

## Kontinuerliga mätningar sker för att följa upp målen

### Kvalitetsrevision

Kvalitetsansvarig på central nivå ska i sin roll som rådgivande och vägledande funktion genomföra interna revisioner i verksamheten löpande. Följande ingår i revisionen:

- Diskussion, med personal om hur man arbetar med kvalitetsfrågor.
- Avstämning med lokal ledningsgrupp gällande händelserapporter/avvikelser.
- Stickprov görs bl.a. på individuell planering, uppföljning och dokumentation.

Efter kontroll, revision/enkäter görs en handlingsplan för att rätta till ev. brister och Förbättringsförslag.

**Intern/egenkontroll** genomförs en gång per år och kontrollerar att alla följer krav utifrån lagar och förordningar samt arbetar efter HemTrevnad Service & Omsorg AB koncept. Följande delar ingår i internkontrollen:

- Ledningssystemets krav Socialtjänstlagen.
- Ledningssystemets krav Hälso- och sjukvårdslagen.
- Arbetsmiljölagen.
- Rutiner, Riktlinjer och Policys.
- Personaladministration.
- Personalförsörjning.
- Kontroll av Basal hygien och matleverans/mathållning

**Internkontroll:** genomförs av Verksamhetscontroller och rapporteras till Verksamhetschef samt VD. Resultaten följs upp av HemTrevnad Service & Omsorg AB ledning/styrelse. Utifrån resultat görs en åtgärdsplan för de områden de behövs förbättring/utvecklingsmöjligheter.

**Egenkontroll:** utförs varje månad genom signeringslistor för utförda insatser. Detta för att vi ska säkerställa att vi utfört insatser hos brukarna som överenskommit och kunna följa upp och kvalitetssäkra vår egen verksamhet.

### Extern kontroll:

Offentlig kontroll av efterlevnad av livsmedelslagstiftning utförs av Miljöskyddskontoret Alingsås Kommun

Extern kontroll (Alingsås Kommun) sker genom Verksamhetsuppföljning 1gång per år, Ex. Dokumentationsgranskning dvs. att Dokumentationen utförs enligt gällande lagar, föreskrifter och Alingsås Kommuns riktlinjer.

Antal genomförandeplaner som upprättats inom 14 dagar.

Intervju med Verksamhetschef samt 5 personal.

Socialstyrelsens Öppna Jämförelser.

Socialstyrelsens undersökning ” Vad tycker de äldre om äldreomsorgen.”

## Covid 19 pandemin.

Några ord om att utföra hemtjänst/hemsjukvård under två år med pandemi. Anställda har visat stort prov på mod, omtanke och kompetens genom att ta fullt ansvar för sina medmänniskors hälsa genom att följa alla restriktioner som getts. Alla har ställt upp efter bästa förmåga och alla har ställt upp och varit engagerade. Det har gjort att HemTrevnad har klarat året med pandemin på ett mycket bra sätt. Vi har gemensamt sett till att alla vet hur och när man använder skyddsutrustning.

Under 2021 har Corona (Covid 19) medfört konsekvenser för verksamheten, både materiellt och personaladministrativt och ekonomiskt. Verksamheten har varit snabb att anpassa sig under rådande pandemi. Ny lagstiftning, rekommendationer från myndigheter har följts löpande under året. Under 2021 valde Folkhälsomyndigheten att införa restriktioner som innebar att anställda skulle stanna hemma om en anhörig var smittad även om man var symptomfri. Det har medfört stora påfrestningar på bemanningen under 2021 eftersom många varit hemma utan symptom. HemTrevnad har även haft inne extra personal alla dagar i veckan. Ingen extra tid har beviljats för vårdtagare som haft covid 19. Mer tid för personalen har krävts att använda smittskyddsutrustning inför/under besöken för att säkerställa att undvika smittspridning.

Personalen har fått vara ytterst flexibla och alla har gjort sitt bästa för att hjälpa till och ställa upp. Självklart medför detta till trots ändå en stor ökning av kostnaderna för att bedriva hemtjänst, med ökade sjukskrivningskostnader, vård av barn, samt kostnader för vikarier. Eftersom alla händer behövs kan ingen besparing göras genom att inte tillsätta vakanser.

Inga statliga bidrag har tilldelats privata utförare 2021. Vilket inneburit att verksamheten haft svårt att täcka kostnader för personal, ökade kostnader för smittskyddsutrustning mm under hela 2021.

I slutet av 2021 fick HemTrevnad besked via Alingsås Tidning att timersättningen till de privata utförarna skulle sänkas med 2,4% under 2022. Det medför att HemTrevnad under 2022 utför alla insatser till lägre ersättning/timme än vad man gjorde 2020.

Prisökningar har skett på nödvändig skyddsutrustning (handskar, munskydd, visir, förkläden) med ca 100-300%, elpriser och bensinkostnader samt priset för kontorsvaror såsom papper och toalettpapper har skjutit i höjden. HemTrevnad är verksam även i Alingsås glesbygd, vilket medför betydligt ökade resekostnader.

HemTrevnad har inte fått ta del av någon statlig kompensation för detta. Alingsås Kommun har i stället sänkt ersättningen per timme.

Det får flera följder för HemTrevnad:

- HemTrevnad kan inte effektivisera sin verksamhet på samma sätt som Alingsås kommuns egen regi. Hemtrevnad kan inte ha lokaler för personalen i varje område där verksamhet finns inga besparingar kan därför göras via lokalkostnader. En möjlig konsekvens som vi kan se är att Hemtrevnad drar sig tillbaka från glesbygdens områden och att medborgarna får en sämre valfrihet.
- Alingsås Kommun effektiviserade egen regi under 2 års tid inför en sänkning av ersättningen, men de privata utförarna fick en månad på sig.
- Anställningar av undersköterskor försvåras eftersom HemTrevnad får svårt att matcha de löner som begärs, utifrån det faktum att ersättningen sänkts och vi ersätts utifrån 2020 års nivåer.

## Kvalitetsmätning

Ärligen genomför Socialstyrelsen enkät "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen" en kvalitetsmätning på samtliga enheter inom företaget.

Under 2021 gjorde Socialstyrelsen ingen mätning, så vi inväntar nu 2022 års resultat.

## Medarbetarenkät 2021

De frågor som HemTrevnad fick bäst resultat i är:

Jag har förtroende för samordnarna (4,57)  
Jag har tillgång till skyddsutrustning för Covid-19 ( 4,90)  
93% är nöjda med sin arbetsituation.  
96% är stolta över att arbeta på HemTrevnad och  
96 % rekommenderar HemTrevnad som arbetsgivare till andra.

Utvecklingsområden är t.ex:

- Tydliggöra hur man skriver ett tillbud eller arbetsskada.
- 86% har inte utnyttjat friskvårdsbidraget under 2021, här kan vi bli bättre!
- 4 st har svarat att de inte vet hur man anmäler om man blivit utsatt för kränkande särbehandling, diskriminering, sexuella trakasserier eller våld och hot. Vi behöver därför informera tydligt om detta på kommande APT.

## Uppföljning av verksamhetens processer och rutiner

Om verksamheten inte når upp till krav och mål i författningar föreligger en avvikelse som verksamheten måste hantera. När en avvikelse uppmärksammas vidtas åtgärder och processer, aktiviteter och rutiner ses över. Åtgärderna ska vara ändamålsenliga och verksamheten ska arbeta systematiskt för att förbättra kvaliteten.

Föreskrifterna SOSFS 2011:9 och allmänna råden tydliggör flera olika sätt på vilka verksamheten kan få kännedom om de resultat man uppnår och förekomsten av eventuella avvikelser.

**Egenkontroll** – detta innebär att regelbundet följa upp verksamheten, med den frekvens och i den omfattning som krävs, för att säkra kvaliteten.

**Riskanalys** – innebär att verksamheten fortlöpande bedömer om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i kvaliteten. Genom en riskanalys uppskattas sannolikheten att något inträffar och vilka negativa konsekvenser som kan bli följden av en sådan händelse. Används vid t.ex. omorganisering, införande av nya system eller vid risk för hot och våld.

**Klagomål och synpunkter** – ett klagomål är ett uttryck för ett missnöje med en tjänst eller service som inte infriat den klagandes förväntningar. Synpunkt är en uppfattning/åsikt som även kan innehålla beröm och förslag. Klagomål och synpunkter ska tas tillvara och bemötas systematiskt.

**Avvikelse** – en avvikelse är något som avviker från det "normala" och som, i förlängningen hade kunnat innebära en risk om det upprepats. En avvikelse är alltid knuten till en enskild inom verksamheten.

**Rapporteringskyldighet enligt Lex Maria och Lex Sarah** – i lagstiftningen finns bestämmelser som reglerar skyldigheter att rapportera vård skada respektive missförhållande och risk för missförhållande. Framförallt är det bestämmelserna i 3 kap. 5 § patientsäkerhetslagen (2010:659) & HSLF-FS 2017:41 om anmälningskyldighet enligt lex Maria och SOSFS 2011:5 & (SOSFS 2013:6) om lex Sarah som reglerar verksamhetens rapporteringskyldighet

## Klagomål och synpunkter från brukare och närstående

Klagomål och synpunkter är en underskattad källa till verksamhetsutveckling. Genom att uppmuntra och underlätta för alla inblandade att lämna synpunkter på verksamheten ges det goda möjligheter till förbättring och verksamhetsutveckling. Extra viktigt att uppmärksamma är hur vi arbetar för att undanröja hinder förknippade med att brukare och anhöriga kan känna sig i beroendeställning gentemot verksamheten och dess företrädare. HemTrevnad ser på synpunkter och klagomål som att vi har fått en GÅVA – det är värdefullt för oss för att kunna utvecklas och bli bättre.

- Om brukaren har synpunkter på eller är missnöjd med vårdens utförande, bemötande, sin kontaktman eller liknande finns ett speciellt förfarande som tillämpas enligt Ledningssystemet.

Vid ett nytt ärende informeras den enskilde och anhörig hur de skall gå till väga om de har eller klagomål på något inom verksamheten. En blankett för ändamålet lämnas ut.

- Muntliga klagomål av enklare karaktär där vårdtagaren inte anser att ett skriftligt förfarande är nödvändigt bemöts, bedöms och åtgärdas omedelbart på lämpligaste sätt av verksamhetens personal.

Löpande synpunkter och klagomål om saker som inte fungerar som förväntat är av största vikt att de tas upp med ansvariga av verksamheten. Vår förmåga att ta fatt i detta, samtala med den det berör och vidta nödvändiga åtgärder är väldigt avgörande för brukarnas närståendes upplevelser av att bli tagna på allvar och visas respekt.

Ett klagomål är inget värt om det bara kommer in. Det måste hanteras och bemötas. Det måste spridas och bidra till verksamhetens utveckling – inte bara på den enheten som klagomålet (eventuellt) gällde.

Vi på HemTrevnad är mycket angelägna om att fånga upp brukarens synpunkter på verksamheten just denna förmåga är en viktig del i vårt kvalitetsarbete men vi vill framhålla att kvaliteten avgörs i det dagliga mötet mellan medarbetaren och brukaren.

## Avvikelsehantering

Rapportering av negativa händelser och tillbud, s.k. avvikelserapportering är en skyldighet och ett ansvar för all personal i verksamheten och utgör en av grunderna för förbättrad säkerhet för brukarna. Det är viktigt att sammanställa och analysera avvikelser och ge återkoppling till medarbetarna liksom att sprida kunskap till verksamheten, vilket görs på APT samt återkoppling till berörd personal vid behov.

Avvikelser är en icke förväntad/ icke önskvärd händelse i verksamheten, som medfört eller skulle kunna medföra risk eller skada för brukare, personal eller verksamheten i övrigt.

Med avvikelserapportering avses alla faser:

- Identifiering
- rapportering
- händelseförlopp
- analys
- bearbetning
- åtgärder
- vidarekoppling samt återföring till verksamheten, vilket syftar till ständiga förbättringar.

Systemet fungerar som en slags temperaturmätare på verksamheten och som en varningsklocka för att förhindra risksituationer. Att göra rätt första gången är målet, att rapportera alla avvikelser är ett medel att nå målet.

All personal är skyldig att rapportera avvikelser.

Kommunens egna riktlinjer följs vad gäller avvikelsehantering.

Arbetet med att hantera rapporterade avvikelser sker i första hand i modulen för avvikelsehantering i Magna Cura.

Anmälan enligt Lex Maria hanteras utifrån avvikelserapportsystemet och rutiner kring anmälan utarbetas efter verksamhetens och kommunens riktlinjer. Vårt ansvar är att agera och medverka i de fall vår personal upptäcker missförhållandet.

Allvarigare händelser då brukaren drabbas eller att det föreligger risk för någon att bli drabbad av skada i vården, anmäls av verksamhetschef till IVO (inspektionen för vård och omsorg.)

## Anmälan om missförhållanden Lex Sarah

### Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:5) om lex Sarah

Var och en som i sin yrkesutövning blir vittne till eller får kännedom eller misstanke om

ett allvarligt missförhållande i omsorgen om någon enskild skall genast anmäla detta till närmaste verksamhetschef. Verksamhetschefen skall omedelbart utreda den anmälda händelsen, det vill säga samma arbetsdag som anmälan görs samt underrätta VD och kommunens SAS. Om anmälan avser verksamhetschef, skall anmälan göras till dennes chef. Om det finns anledning att anta att en inträffad händelse är brottslig, ska nämnden tillsammans med den enskilde eller dennes ställföreträdare göra en polisanmälan.

SAS skall fortlöpande informeras om anmälda händelser och vilka åtgärder som vidtagits.

Samma dag som missförhållandena anmälts skall åtgärder vidtas för att förhindra att missförhållandena som utgör ett hot mot den enskildes liv, hälsa och säkerhet fortsätter.

Allvarligare händelser då brukaren drabbas eller att det föreligger risk för någon att bli drabbad av missförhållande i vården, anmäls till IVO (inspektionen för vård och omsorg.)

Lex Sarah är en del av det systematiska kvalitetsarbetet.

## **Syfte:**

Med bestämmelserna om lex Sarah är att verksamheten ska utvecklas och att missförhållanden ska rättas till. Det är viktigt att komma till rätta med brister i verksamheten och att förhindra att liknande missförhållanden uppkommer igen.

Centrala skyldigheter i bestämmelserna om lex Sarah är rapporteringsskyldigheten, utredningsskyldigheten, skyldigheten att avhjälpa eller undanröja missförhållandet och anmälningskyldigheten.

## **Med allvarliga missförhållanden avses:**

- ☒ Övergrepp och brister som utgör ett hot mot den enskildes liv, hälsa och säkerhet.
- ☒ Ett bemötande av äldre och funktionshindrade som klart avviker från grundläggande krav på respekt för självbestämmande, integritet, trygghet och värdighet.

Enligt bestämmelserna om lex Sarah i socialtjänstlagen, och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, ska:

- anställda genast rapportera missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden till den som bedriver verksamheten
- den som bedriver verksamheten utreda och avhjälpa eller undanröja det rapporterade missförhållandet utan dröjsmål
- den som bedriver verksamheten, om det visar sig att missförhållandet är allvarligt, snarast anmäla det till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Under 2021 har HemTrevnad haft en Lex Sara, det rörde sig då om en misstänkt stöld som upptäcktes.

## **Dokumentation av kvalitetsarbetet**

Dokumentationskravet omfattar alla delar av det systematiska kvalitetsarbetet, såväl ledningssystemets grundläggande uppbyggnad som det systematiska förbättringsarbetet.

Resultaten av kvalitetsarbetet dokumenteras och analyseras. Verksamheten arbetar med ett ständigt förbättringsarbete utifrån resultat och mätningar. God dokumentation är en förutsättning för att möjliggöra spridningseffekter för lärande och kvalitet.

Kontinuerligt sammanställs och redovisas resultat i verksamheten från Socialstyrelsens undersökningar, Alingsås Kommuns Verksamhetsuppföljning och andra mätningar och resultat av intern/extern kontroll.

## Nya och Uppdaterade Riktlinjer med kvalitetsarbetet 2021

- Riktlinje för Vårdhygien – fortlöpande utifrån pandemin.
- Riktlinjer för Covid 19 – fortlöpande utifrån pandemin.
- Riktlinje för Krishantering
- Riktlinje för Dokumentation och Genomförandeplan.
- Riktlinje om att barn far illa
- Riktlinje om våld och hot i nära relationer

## Sammanställning av SoL-avvikelser, synpunkter/klagomål 2020

- Bristande informationsöverföring Antal: 7
- Omvårdnadshändelse Antal: 26
- Bemötande Antal: 0
- Dokumentation Antal: 1
- Fall utan skada (person ej inskriven i hemsjukvården) Antal: 59
- Fall med skada (person ej inskriven i hemsjukvården) Antal: 11
- Lex Sarah Antal: 1
- Synpunkter/Klagomål Antal: 0
- Orosanmälningar till socialtjänsten Antal: 0

## Sammanställning av HSL-avvikelser 2020

- Fall med skada (inskrivna i HSL) Antal: 11
- Fall utan skada (inskrivna i HSL) Antal: 59
- Läkemedel Antal: 60
- Lex Maria Antal: 0
- Medicinsk utrustning Antal: 1

Inga vårdskador har uppkommit som har föranlett en Lex Maria.

## Sammanfattning av myndigheters inspektion/kvalitetsgranskning av verksamheten.

### Tillsyn av myndigheter 2020

Arbetsmiljöverket utförde en inspektion 28/1-2020. HemTrevnad uppfyller dom krav AMV har på verksamheten.

IVO utförde en tillsyn den 23/4-2020 med anledning av Covid 19. Uppgifter som framkom i tillsynen föranledde inte att IVO behöver vidta ytterligare granskning av verksamheten.

Eftersom dessa kontroller utfördes under 2020 har inga ytterligare kontroller utförts under 2021.

### Sammanfattning av inspektion/offentlig kontroll av livsmedelslagstiftningen

Inspektion/kontroll av verksamheten ej utförd på grund av Covid 19. Miljöskyddskontoret bedömning tidigare år är att HemTrevnad uppfyller livsmedelslagstiftningens krav och inga avvikelser noterats.

## Kraven i lagar, allmänna råd och föreskrifter skall uppnås.

HemTrevnad har god kännedom om de lagar, allmänna råd och föreskrifter som gäller för detta verksamhetsområde.

Samtliga våra verksamhetschefer får kontinuerlig utbildning och uppdatering på detta i vår organisation. Vi har tolkat det så att vår vision samt synen på ledarskap, kvalitetsfrågor kompetensutvecklingsfrågor samt kontinuerlig utbildning av personalen är en garanti för att vi med gott mod skall kunna säga till vår uppdragsgivare att vi uppnår de krav som finns angivna i förfrågningsunderlag, avtal samt regelverk.

För att ytterligare poängtera detta har vi ett Ledningssystem för kvalitet som utgår från att kvalitetssäkra att den enskilde garanteras de rättigheter som anges i lagar allmänna råd och föreskrifter samt följer de krav som uppdragsgivaren har på oss samt HemTrevnads vision, mål och krav.

Allt detta fångas upp i vårt Ledningssystem för kvalitet som regelbundet genererar avvikelser och förbättringsområden. Dessa avvikelser och förbättringsområden hanteras lokalt av det lokala kvalitetsteamet och återförs till arbetsgruppen för reflektioner, diskussioner och framför allt åtgärder.

Genom att hela tiden låta förbättringshjulet verka i våra enheter, kan vi så långt det göras kan garantera uppdragsgivaren att vi uppnår de krav som lagstiftningen allmänna råd samt föreskrifter anger för verksamheten.

## **Kartläggning och säkerställning av personal och kompetensförsörjning**

Enskilda som använder sig av de tjänster som verksamheten tillhandahåller befinner sig ofta i ett utsatt läge när det gäller till exempel hälsa, ekonomi och/eller egen förmåga att tillvarata sina intressen. Det är således viktigt att den personal som anställs har adekvat utbildning och att medarbetarna kontinuerligt erbjuds kompetensutveckling.

Den personal som arbetar inom verksamheten ska ha, för tjänsten, lämplig utbildning och/eller erfarenhet. Utdrag från belastningsregister vid nyanställning är obligatoriskt.

Att personal har rätt kompetens är en förutsättning för att de ska kunna medverka i kvalitetsarbetet och ge en god vård och omsorg. Utan rätt kompetens har personalen inte förutsättningar för att fullgöra sin rapporteringsskyldighet eller i övrigt delta i kvalitetsarbetet till exempel genom att lämna in klagomål och synpunkter. För att verksamheten ska kunna utveckla och säkra kvaliteten behöver vi därför planera för personalförsörjning och kompetensutveckling.

Föreskrifterna innehåller bestämmelser som påminner om personalens lagreglerade skyldigheter att delta i verksamhetens kvalitetsarbete. För att uppnå god kvalitet och hög patientsäkerhet är personalens engagemang och delaktighet nödvändig. Genom att den som bedriver verksamhet får in rapporter, klagomål och synpunkter avseende verksamhetens kvalitet från personalen skapas förutsättningar för verksamheten att kunna fullgöra sin skyldighet att utveckla och säkra kvaliteten. Därmed kan vårdskador, missförhållanden eller andra avvikelser förhindras. Vi ser därför att det är viktigt att uppmuntra personalen att delta i kvalitetsarbetet genom ett öppet klimat. Det gäller att inte se på inkomna rapporter, klagomål och synpunkter som något negativt utan i stället som en möjlighet för att utveckla verksamhetens kvalitet.

### **Varje chef med personalansvar**

Ansvarar för att verksamheten har tillräcklig bemanning för att utföra verksamhetens uppdrag. Chefen har ansvar för att personalen har den kompetens som krävs och att innan anställning kontrollera eventuell legitimering och adekvat utbildning för yrkesfunktionen. Chefen är vidare ansvarig för att det finns adekvata kompetensbeskrivningar som anger personalens ansvar och befogenheter. Vid nyrekrytering skall sökanden ha såväl god formell kompetens som personlig lämplighet för arbetet. Vi lägger stor vikt vid att personalens synsätt överensstämmer med vår verksamhetsidé och värdegrund.

Ett grundläggande krav är goda kunskaper i svenska språket, medarbetarna skall kunna uttrycka sig väl i tal och skrift. Övriga språkkunskaper kan vara värdefulla.

HemTrevnad Service och omsorg AB fastställer i det årliga medarbetarsamtalet en individuell utvecklings- och fortbildningsplan för de anställda som bygger på de faktiska behoven av utbildning och vidareutveckling. Vi lägger stor vikt vid kompetensutveckling i det dagliga arbetet. En plan för verksamhetens totala utbildning ingår i den årliga verksamhetsplanen Där görs en årlig planering så långt det går att överblicka.



## Fokusområden under 2021 Utbildning och kompetensutveckling:

- Magna Cura-utbildning till samtliga tillsvidareanställda + vikariat
- Introduktion.
- Utbildning har genomförts för samtlig personal inkl. timanställda.  
Via webbaserad utbildning har samtliga (100%) av medarbetarna tagit del av Socialstyrelsens två webbutbildningar: Basala hygienrutiner Introduktion & Basala hygienrutiner samt personlig skyddsutrustning. Intyg på utbildningar har lämnats till arbetsgivaren från samtliga anställda.  
*Krav på all nyanställd personal att man genomför utbildningarna och lämnar kopia på kursintyg.*
- Äldomsorgslyftet: En personal är klar under 2021, och ytterligare två har påbörjat utbildningen.
- Fokus på covid och pandemin i vardagen.
- I november månad genomfördes en utvecklingsdag för all personal. Vi var på Rydals Herrgård och under dagen gick vi igenom lagstiftningen för social dokumentation och genomförandeplaner. Vi övade praktiskt på att intervjua varandra för att kunna ta reda på hur vi vill genomföra våra insatser inför att upprätta en genomförandeplan. Vi lyssnade på digital föreläsning av Christina Stielli om arbetsglädje och vi genomförde en medarbetarenkät samt en arbetsmiljöanalys.

## Samverkan och samarbete

Samverkan med anhöriga, uppdragsgivaren, verksamheter inom kommunen som helhet och med andra aktörer etableras i olika samverkansformer med berörda personer och instanser.

Det är viktigt att verksamheten kan följas fortlöpande från kommunens sida. Vår erfarenhet är att ett öppet förhållningssätt skapar ömsesidigt förtroende.

Samverkan med kommunens sjuksköterskor ses som en naturlig del i verksamheten.

Bland enskilda inom verksamheten finns det personer som har komplexa behov som kräver samarbete och samverkan både inom verksamheten, med den enskildes anhöriga, med kommunen men också med andra myndigheter och med andra aktörer.

- Samverkan och samarbete är nödvändigt för att på bästa och mest effektiva sätt kunna ge den enskilde det stöd och den service som motsvarar den enskildes behov.
- Samverkan ska alltid ske med hänsyn till offentlighets- och sekretesslagstiftning samt med den enskildes integritet i åtanke.
- Samverkan såväl internt som externt är en förutsättning för att säkra kvaliteten på de insatser som ges.
- Samverkan ska bedrivas, till exempel mellan olika enheter eller andra organisatoriska delar och mellan olika personalgrupper.
- Samverkan ska möjliggöras med externa aktörer då kunden ofta rör sig mellan flera olika vård- och omsorgsgivare.
- Anhörigsamverkan.
- Samverka för att det finns en löpande dialog med anhöriga/närstående.

HemTrevnad har ett gott samarbete med legitimerad personal, varje vecka besöker de HemTrevnads kontor och då kan visst informationsutbyte ske. Kommunikationen sker annars via Magna Cura, men även genom teamträffar. Under 2021 ställdes dessa ofta in på grund av pandemin och för att digitala lösningar inte användes i full utsträckning. Det är betydelsefullt att då ha en fungerande kommunikation via andra kanaler. Under 2022 förväntas träffarna komma i gång som planerat.

## Patientsäkerhet och Hälso- och sjukvårdsfrågor

Under 2021 har flertalet **delegeringsutbildningar** genomförts. Här har Hemtrevnad uppmärksammat ett utrymme för förbättringar av förmedling av tider och samverkan. De privata utförarna släpps inte in i samma kanaler som egenregion, vilket i längden blir kostnadsdrivande och orsakar dubbelarbete för legitimerad personal, samt för Hemtrevnads personal och baspersonal. Vi ser att delegeringsproven är svåra för dem med utländsk härkomst och vissa språksvårigheter. HemTrevnad inför därför extra

utbildningstillfällen för den personal som skall få en delegering. Det är också svårare för privat anställda att hantera signeringslistor, kommunens personal har tillgång till dessa digitalt.

### **Digital signering**

används ej av privata utförare trots att tekniken finns tillgänglig. Det medför extra arbete genom sämre möjligheter att kontrollera att delegerade uppgifter blivit utförda eftersom det då registreras i pappersform på plats i brukarens eget hem. Legitimerad personal får också använda sin arbetstid till logistiska lösningar för att leverera papperslistor till utförarna osv. Här ser vi ett stort förbättringsområde inför kommande år och byte ett byte till ett bättre uppdaterat verksamhetssystem.

### **Verksamhetssystem**

HemTrevnad har noterat att Magna Cura inte följer gällande praxis med tanke på de arbetsmetoder som är tillgängliga, såsom IBIC och livsområden. Det gör att HemTrevnad halkar efter med tanke på brister som uppkommer i att inte kunna upprätta genomförandeplaner på rätt sätt. Vad vi förstår så skall ett nytt verksamhetssystem upphandlas; HemTrevnad välkomnar det.

### **Anhöriga / Socialt nätverk / Tillgänglighet**

För oss är ett nära samarbete och en god relation till anhöriga otroligt värdefullt i vårt arbete.

Kunskapen som den närstående har om den enskilde är viktig för att vi ska kunna ge en god och säker vård och omsorg. Vi inbjuder närstående att delta vid hembesök, vårdplaneringar och uppförande av genomförandeplan om den enskilde så önskar.

Vi ska stimulera till att bibehålla det sociala nätverket. Att ha goda relationer med anhöriga skapar trygghet för den enskilde. HemTrevnad delar ut informationsblad med kontaktuppgifter och meddelar alltid under vilka tider som kontorspersonal går att nå, baspersonal går alltid att nå 07,00-22,00. Det finns alltid en eller två samordnare på plats för att kunna ta tag i det dagliga som uppkommer och svara i telefon och ta emot besökare och frågor från anhöriga eller legitimerad personal mm.

HemTrevnad har anställda teamledare som arbetar under kvällar och helger. Deras uppdrag att ringa in vikarier vid någons frånvaro, ta emot samtal som inkommer från vårdtagare, anhöriga och t.ex SSK. Samt att kontakta Verksamhetschef och VD vid krissituationer eller annat som kan uppkomma när chef inte är i tjänst.

Vi följer Alingsås Kommuns rutiner och riktlinjer som tydliggör ansvar för extern samverkan och hur informationsöverföring ska ske. Så långt det är möjligt ska den enskilde ge samtycke vid överföring av information. Rutiner för att upprätthålla sekretessen finns och all personal skriver under en kvalificerad tystnadsplikt.

### **Säker vård och omsorg**

Personalen har alltid tillgång till de beställningar som inkommer till HemTrevnad och utför dessa enligt genomförandeplan. Om det inkommer en Hälso- och sjukvårdsinsats finns en vårdplan. Kontroll sker genom att personal schemalägger insatser och att personal signerar utförda insatser. Kontroll av signeringslistor sker månadsvis av verksamhetschef. Personalen har gällande delegeringar för de uppgifter de skall utföra.

Avvikelsehanteringen fungerar och personalen rapporterar de avvikelser som uppkommer. Kontakt med legitimerad personal tas i akuta fall då till exempel sjuksköterska behöver bedöma ett behov eller kontakta PAL.

Under 2021 har HemTrevnad fått tre nya hygienombud som är anmälda till utbildning i April 2022. Deras roll är att hålla sig uppdaterade och informera sina kollegor om hygienrutiner, vara ett kunskapsstöd samt utföra egenkontroller.

### **Trygghet och säkerhet**

Kunden har en utsedd kontaktperson, oftast är det en av dem som går mest frekvent till kunden. Att ha en fast kontakt med en upparbetad relation gör också att hen kan ta upp olika saker som har betydelse för att kunden skall vara nöjd med hur insatserna utförs. Hemtrevnad strävar alltid efter ett öppet klimat och ett professionellt bemötande.

HemTrevnad försöker minimera antalet olika personal som besöker kunderna, det ger en trygg tillvaro och en säker omvårdnad. Genomförandeplaner upprättas inom 14 dagar vid ett nytt beslut. All personal omfattas av kvalificerad tystnadsplikt vilket gör att den enskilde kan vara säker på att känslig information inte sprids till obehöriga.

HemTrevnad har nyckel till kunderna som förvaras inlåsta i skåp och enbart används vid besök hos kund. Om kunden har larm kommer HemTrevnad att gå in i hemmet med nyckel om larmet har gått och till exempel inget svar kommer när kontakt tas.

Personalen känner till hur man anmäler om barn far illa, och hur man upprättar Lex Sara och Lex Maria. All personal vet hur man kan göra en orosanmälan till socialtjänsten i Alingsås.

All personal har ett ID-kort – med namn som talar om att personen arbetar åt Hemtrevnad.

### **Självbestämmande och integritet**

Kunden har en central roll när insatserna skall planeras och ska kunna påverka innehållet till största delen om hur insatserna skall utföras. Viktigt är att HemTrevnad erbjuder samtal och bjuder in till dialog. Alla önskemål kanske inte kan uppfyllas men andra går bra. I största möjliga mån har stor hänsyn tagits till vem den äldre vill ska komma och utföra insatserna är, t.ex. manlig eller kvinnlig. Känsliga omvårdnadssituationer prioriteras i förhållande till larmbesök och inköp t.ex.

Vid upprättande av genomförandeplan skrivs speciella önskemål in, individanpassning sker. Insatserna ges så långt som möjligt på de tider som efterfrågas av kund.

Under 2021 har tolktjänster inte behövts tillkallas.

### **Personalkompetens och bemötande (Kunskapsbaserad verksamhet)**

Personal är utbildade och har kompetens för uppdraget. Under 2021 har HemTrevnad haft 88 % personal som har undersköterskeutbildning. En personal har blivit klar med Äldeomsorgslyftet och två personal har påbörjat sin utbildning under 2021.

En Verksamhetscontroller har anställts under hösten-2021

I rollen ligger bland annat följande uppgifter:

- Kontrollera att verksamheten uppfyller de lagar och regler som gäller för verksamheten.
- Egenkontroller- utföra och utvärdera
- Uppmärksamma utbildningsbehov
- Upprätta och följa upp Ledningssystemet
- Upprätta och följa upp Personaladministrativa processer genom en personalhandbok
- Upprätta och följa upp att HemTrevnad följer de AFS:ar som gäller för arbetsmiljön och arbetsmiljölagsstiftningen. (Arbetsmiljöhandbok)
- Hålla i introduktionsutbildningar- utvecklingsdagar.
- Vara ett kunskapsstöd för all personal i de frågor som uppkommer.
- Upprätta verksamhetsplaner och kvalitetsberättelser samt patientsäkerhetsberättelse.
- Löpande kvalitetsarbete- årshjul.
- Hålla förberedande utbildning inför delegering.

HemTrevnad skiljer på service och omvårdnadsinsatser genom att ha speciellt utbildad personal för städning och serviceinsatser som arbetar på vardagar. Det ger arbetsmiljövinster på så vis att personalen tar med egen väl utprovad städutrustning.

Medarbetarsamtal utförs i april månad utav verksamhetschef. Här inventeras utbildningsbehov för att medarbetaren skall ges möjlighet att nå upp till HemTrevnads mål.

Alla nyanställda genomgår utbildning i Magna Cura, som nämnts tidigare.

Vid rekrytering värdesätts personlig lämplighet och utbildning. Hemtrevnad påbörjade sin sommarrekrytering redan i januari månad. Sommarperioderna har löst sig fint, trots en del sena

lösningar. Alla semestervikarier får ett avtal tidigt på året, och tanken är att de ska kunna komma in i verksamheten för att vara "varma i kläderna" när semesterperioden kommer i gång. På så vis får vi en säker och god omvårdnad.

### **Information och kommunikation**

Information om förändringar ges utan dröjsmål och i samråd med den enskilde, i de fall som kunden av olika skäl inte har förmåga att föra talan i egen sak skall närstående eller god man informeras. Information om till vem och hur man inkommer med synpunkter och klagomål lämnas vid första hembesöket, samt en blankett.

### **Samverkan och samarbete som också resulterat i ett Riskförebyggande arbete 2021.**

- Senior Alert.
- Teammöte -ssk.
- Samordnad individuell planering.
- Samarbete med Närvårdsteamet genom kunder som varit inskrivna i Närvårdsteamet.
- Hembesök av verksamhetschef vid ny brukare, omprövning av beslut där anhörig alltid bjuds in, om den enskilde så önskar.

*" Eftersom kvaliteten ständigt ska utvecklas och säkras blir ett ledningssystem aldrig färdigt "*

### **Vi tackar Alingsås Kommun för ett gott samarbete 2021**

**2022-02-28**

### **HemTrevnad Service & Omsorg AB**

**Katarina Johansson**  
**VD**

**Claes Bergvall**  
**Verksamhetschef**

# Verksamhetsberättelse 2021

## **Bakgrund och sammanfattning**

Ruths Hemtjänst Alingsås AB har sedan den 2017-04-01 utfört omvårdnads- och servicetjänster till kunder som bor i eget boende och som på grund av ålder, funktionshinder eller sjukdom inte längre klarar sin dagliga livsföring på egen hand. Hemtjänstinsatserna baseras på biståndsbeslut enligt SoL. Vi utför hjälp till personer som bor i Alingsås kommun, inom områdena Haga, Centrum och Tuve och som väljer oss enligt kundvalsmodellen. Våra tjänster omfattar insatser som gör det möjligt för den enskilde att leva ett så normalt, självständigt, aktivt och värdigt liv som möjligt. Hjälpbehovet kan innefatta allt från städning en gång per månad till omfattande hjälptillfällen dygnet runt, årets alla dagar.

## **Processer och Rutiner**

Vi har arbetat kontinuerligt med att öka och säkra kvalitén för våra kunder genom att ha kompetenta medarbetare och arbeta med väl kända rutiner. Vi har arbetat med att göra enhetens rutiner kända för samtliga medarbetare via en rutinpärm (fysisk på kontoret samt digital) och genom att ha dagliga möten och regelbundna APT och planeringsdagar. Vi har bildat en kvalitetsgrupp som träffas regelbundet.

Våra kunder har haft en kontaktperson som ombesörjt det praktiska arbetet runt den enskilde och varit en förbindelselänk mellan denne, anhöriga, enheten och övriga samarbetspartners. Vi har strävat efter att ha en god relation med anhöriga, god man etc. och har haft ett kontinuerligt samarbete med primärvården och äldreomsorgens beställarenhet. Genom att arbeta med kontaktpersonskap stärks kundens inflytande över vem, när och hur hjälpen skall utformas. Verksamhetsansvarig har gemensamt med kunden upprättat en genomförandeplan där det framgår hur och när den beviljade hjälpen ska utföras. Vi har strävat efter att så få som möjligt utför insats hos kunden och vi har varit noga med (att kontinuerligt informera personalen om dokumentationsskyldighet) och dokumentera det vi utfört. Ruths Hemtjänst har medarbetare med bred utbildning och lång erfarenhet. Personalen har arbetat för god kvalitet så att våra kunder känner trygghet och ges möjlighet till inflytande i den hjälp som utförs. Under året har vi kontinuerligt arbetat med värdegrundsarbete.

Under tiden vi varit verksamma har vi vidareutbildat personalen inom olika områden där det är viktigt att ha en god kompetens. Innefattande de nationella riktlinjerna vid demenssjukdom, salutogent förhållningssätt, kost och nutrition, tandhälsa, värdegrundsarbete och utvecklat arbetet med basala hygienrutiner (med anledning av den pandemi som vi levt med under flera år och som fortfarande pågår). Vi använder Alingsås Kommuns IT-baserade dokumentationssystem Magna Cura.

## **Administrativa uppgifter:**

Ruths hemtjänst Alingsås AB är ett privat företag som bedriver hemtjänst i Alingsås. Vår verksamhet utgår från vårt kontor på Kolavägen 2c i Alingsås. Verksamhetsansvarig, verksamhetschef och enhetschef har delat ansvar:

Åsa Norberg, verksamhetsansvarig. Kolavägen 2 c, 441 55 Alingsås tel: 0761-416191  
[asa@ruthshemtjanst.se](mailto:asa@ruthshemtjanst.se)

Sara Lee, verksamhetschef. Kolavägen 2c, 441 55 Alingsås tel: 0705-477977 [sara@ruthshemtjanst.se](mailto:sara@ruthshemtjanst.se)

## **Organisations och ledningsansvar**

Enheten innefattar tre geografiska områden, Centrum, Tuve och Haga där en enhetschef har ansvar med stöd av verksamhetsansvarig och verksamhetschef. Verksamhetsansvarig har huvudsakligen ansvar för kvalitetsfrågor, strategiska frågor, social dokumentation, uppföljningar, kontakt med bistånd, kunder och närstående. Verksamhetschef har huvudsakligen ansvar för ekonomi, personal, avtal och arbetsmiljö. Enhetschef har huvudsakligen ansvar för personal, dagliga planeringen, handledning av personal samt kontakt med hemsjukvården.

Vi använder oss av planeringsverktyget Carefox vid schemaläggning och planering. Personalen får sina scheman via en app på sina smartphones. Carefox främsta fördel är att man kan vid varje daglig hemtjänstinsats skriva detaljerat hur kund vill ha sina insatser utförda, detta underlättar när timvikarier som inte känner kunderna på samma sätt som ordinarie personal arbetar. Det blir mindre fel och färre missförstånd. Schemaplanerare kan lätt ändra vid oväntade händelser och snabbt skicka ut scheman under pågående arbetspass.

Ledningsgruppen har möte varje vecka där vi diskuterar aktuella verksamhetsfrågor och planering av verksamheten.

Personalen har sin placering på Kolavägen 2c, där all verksamhet utgår ifrån.

Information och kommunikation sker ofta muntligt men all ordinarie personal har ett data konto och tillgång till stationära datorer på kontoret samt smarttelefoner.

## **Kunder/Brukare/ Klienter**

På Ruths hemtjänst benämner vi alla som anlitar oss kunder. Ordet kund har en högre status och hjälper våra kunder att kunna mer öppet uttrycka sina önskemål och sin vilja, att ställa krav på sin hemtjänst och att våga klaga om något inte är bra. På Ruths hemtjänst arbetar vi med kontaktperson på vårt eget sätt. Det är verksamhetsansvarig som upprättar genomförandeplanerna tillsammans med kunder och anhöriga. Då vi anser att det är viktigt att även chefer känner till kundens behov och vet hur det fungerar i det dagliga arbetet för personalen och i våra kunders hem.

Verksamhetsansvarig utser sedan vilken personal som är bäst lämpad till att hjälpa kund.

Kontaktpersonen blir sedan den som går kontinuerligt till kund, lär känna denna och deras närstående. Kontaktpersonen blir länken ut, ser och hjälper till när behov förändras och blir en trygghet för kunden.

## **Chef – och ledarskap**

Vår ledarskapsidé är att arbeta situations anpassat och operativt med våra medarbetare. Vi gör det genom att exempel vara närvarande i det dagliga arbetet och den dagliga planeringen på olika sätt. Samtliga chefer är ibland ute och arbetar ute i verksamheten och är delaktiga i den dagliga planeringen.

På våra möten skapar vi delaktighet. Vi har en öppen kommunikation på APT, gruppmöten och våra gemensamma planeringsdagar. Vi försäkrar oss om att medarbetarna tar del av minnesanteckningarna.

I vårt eget ledarskap kompetensutvecklar vi oss genom kurser, handledning, styr och stöddokument som sedan inplanteras i verksamheten.

Ledarskapet utvärderar vi genom handledning och resultat av medarbetarenkäten som vi arbetar med för att utveckla ledarskapet kvalitativt.

### **Risakanalys**

Vårt fokus har under 2021 har legat på personal och kundkontinuitetens uppbyggnad. Vi utför årligen (och vid behov) en riskanalys hemma hos kunden för att bedöma vilka riskområden som finns. Vid den kontrolleras eventuella riskfaktorer som kan medföra skada för kund eller för medarbetare. Tillsammans med kunden beslutas det vilka omedelbara åtgärder som kan utföras för att minska risken för brister. I samband med detta kan, med kundens medgivande, arbetsterapeut och fysioterapeut kontaktas för att bedöma vilka hjälpmedel eller åtgärder i hemmet som kan komma att behövas. Vid behov kontaktas även vårdcentral och biståndshandläggare. Medarbetarna tar också del av den information som framkommit genom analys av riskbedömningar för att trygga deras arbetsmiljö samt för att göra dem uppmärksamma på vilka riskfaktorer man bör hålla utkik efter vid förändringar hos kund. Ofta har de mycket god insyn i kundens situation och vid behov görs löpande förändringar i riskbedömningen för att den ska hållas aktuell. Uppföljning genom egenkontroll. För kunder har verksamheten en årlig kundenkät utöver socialstyrelsens kundenkät. Därutöver förs en löpande dialog med kunderna både genom verksamhetsansvarig, verksamhetschef, enhetschef och medarbetare. För att utvärdera relationen mellan medarbetare och chefer på företaget har vi regelbundna medarbetarsamtal (en gång per år) av verksamhetschef och enhetschef.

### **Rapporteringsrutiner**

Samtliga kunders digitala akter granskas och följs upp av verksamhetsansvarig löpande under året för att kontrollera att de stämmer överens med kundernas behovsbild. Ruths Hemtjänst har under året genomfört olika former av egenkontroll för att försäkra att kunden får den hjälp de är beviljade utförd. Vid uppstart har kunden oftast fått en genomförandeplan skriven inom två veckor. För befintliga kunder gjordes en omfattande uppföljning av genomförandeplanerna med start från november 2021 som fortfarande är pågående. Även hembesök för att etablera en personlig kontakt med kunderna genomförs regelbundet av verksamhetsansvarig för att säkerställa att rätt insatser utförs och behovet tillgodoses. Samtliga medarbetare har genomgått kommunens utbildning i Magna Cura och har fått tydliga instruktioner om vad som ska dokumenteras och hur. Samtliga anteckningar finns tillgängliga för alla medarbetare och verksamhetsansvarig har ansvar att följa upp.

En del arbete kvarstår 2022 i att göra genomförandeplaner tydligare ur kundens perspektiv och mer inkluderande av kundens önskemål. Den sociala dokumentationen har generellt varit bra men det krävs mer arbete med medarbetarna för att social dokumentation ska bli en fullt integrerad del av arbetet.

Det krävs även bättre förberedelser och mer extra personal att tillgå, framför allt vid korttidssjukskrivningar. Vi arbetar ständigt med att ligga i fas i rekryteringsarbetet. Vi upplever att det varit svårt att hitta utbildad personal.

Därutöver sker även avvikelserapportering löpande av medarbetare om något händer utöver det normala. Generellt arbetar Ruths Hemtjänst med såväl intern som extern rapporthantering. Vi har på APT diskuterat och gått igenom vad en Lex Sarah utredning/anmälan kan innehålla och omfatta. Skriftliga rutiner för vad som kan leda till en anmälan samt hur man ska gå till väga finns tillgängliga på kontoret. Där finns även information om vår skyldighet samt varför. Verksamhetsansvarig påtalar regelbundet att vi som utförare är skyldiga att rapportera allvarliga händelser. Samtliga större

avvikelser genomgås av verksamhetschefen. Vi har under 2021 mottagit synpunkter/klagomål i en större utsträckning än tidigare då det med mer personal uppkommer fler situationer där missförstånd kan uppstå.

### **Samverkan**

Samverkan sker löpande med biståndshandläggare, sjuksköterskor, läkare, arbetsterapeuter, dietister, fysioterapeuter. Vi strävar alltid efter hög lokal samverkan för att på bästa sätt tillgodose våra kunders behov och arbeta tätt och nära individen på ett aktivt sätt. När det uppstår en situation där vi upplever att andra professioner bör bli involverade kontaktar vi skriftligen men oftast även per telefon för att få råd om vidare åtgärd. Vi har nära kontakt med hemsjukvården och aktuella vårdcentraler. För att få så nära och korrekt kontakt som möjligt för kunden är det främst enhetschef som samverkar med hemsjukvården och aktuella vårdcentraler. Om en allvarlig försämring har skett i kundens tillstånd överlämnas samverkansansvaret till verksamhetsansvarig. För att undvika eventuella missförstånd eller att information går förlorad informerar verksamhetsansvarig enhetschef om aktuell situation, som i sin tur informerar relevanta medarbetare. Vi har även samverkan med kommunens verksamhet då vi inte har verksamhet dygnet runt. Vi uppdaterar och informerar ständigt medarbetare om de lokala rutiner som gäller, t.ex. informera den kommunalt drivna nattpatrullen om kunder inte är hemma av olika anledningar.

### **Mål inför 2022**

Vi kommer under 2022 att fortsätta med det löpande förbättrings- och kvalitetsarbete vi utgår ifrån dagligen, att bedriva en hemtjänst med relationen mellan kunder och hjälpgivare i fokus. Vi fortsätter bedriva vår verksamhet med respekt mot alla olika individer och deras olika styrkor. Vår öppenhet och insyn i allt vi gör kring våra kunder samt genomför det vi lovar, stärker vår tillit och gemenskap. Vi kommer fortsätta att se våra anställda som den viktigaste länken för att bedriva Alingsås bästa hemtjänst.



**Förhöjd  
habiliteringsersättning 2022**

**5**

**2022.064 VON**

Datum: 2022-05-04  
Handläggare: Henrik Larsson  
Direktnr: 0322-616009  
Diariernr: 2022.064 VON

Vård- och omsorgsnämnden

## Förhöjd habiliteringsersättning 2022

### Ärendebeskrivning

Vård och omsorgsnämnden beslutade den 30 november 2021 §75, om habiliteringsersättning för 2021. Habiliteringsersättningen uppgår till 0,125% av prisbasbeloppet och betalas ut till närvarande på daglig verksamhet enligt LSS. Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att under 2022 fördela medel till kommunerna i statsbidrag för habiliteringsersättning. Statsbidraget syftar till att införa, bibehålla eller höja en låg dagpenning till dem som deltar i daglig verksamhet enligt lag om stöd och service till vissa funktionshindrade.

### Förvaltningens yttrande

Alingsås kommun har ca 200 personer med beslut om daglig verksamhet enligt LSS och de erhåller habiliteringsersättning. Ersättningen betalas ut månadsvis och grundas på närvaro på daglig verksamhet. Ersättningen uppgår 2022 till 61 kr för heldag och 43 kr för del av dag. Det råder större osäkerhet kring hur deltagandet och närvaron kommer att se ut i år, jämfört med tidigare år. Statsbidraget ger möjlighet att inom befintlig budget höja habiliteringsersättningen med 110 procent för både hel och del av dag från och med januari till och med december 2022. Förvaltningen ser också möjligheten att göra en kompletterande utbetalning under hösten om närvaron på grund av pandemin skulle förändras.

### Ekonomisk bedömning

Förändringen medför ingen större ekonomisk förändring för förvaltningen.

### Förslag till beslut

Vård och omsorgsnämnden höjer habiliteringsersättningen med 110 procent under perioden januari till och med december 2022.

### Beslutet ska skickas till

Ekonomichef

Anita Hedström  
Förvaltningschef

Hanna Tenfält  
Controller



2022-05-10

§ 43 2022.064 VON

## **Förhöjd habiliteringsersättning 2022**

### **Ärendebeskrivning**

Vård och omsorgsnämnden beslutade den 30 november 2021 §75, om habiliteringsersättning för 2021. Habiliteringsersättningen uppgår till 0,125% av prisbasbeloppet och betalas ut till närvarande på daglig verksamhet enligt LSS. Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att under 2022 fördela medel till kommunerna i statsbidrag för habiliteringsersättning. Statsbidraget syftar till att införa, bibehålla eller höja en låg dagpenning till dem som deltar i daglig verksamhet enligt lag om stöd och service till vissa funktionshindrade.

### **Beredning**

Alingsås kommun har ca 200 personer med beslut om daglig verksamhet enligt LSS och de erhåller habiliteringsersättning. Ersättningen betalas ut månadsvis och grundas på närvaro på daglig verksamhet. Ersättningen uppgår 2022 till 61 kr för heldag och 43 kr för del av dag. Det råder större osäkerhet kring hur deltagandet och närvaron kommer att se ut i år, jämfört med tidigare år. Statsbidraget ger möjlighet att inom befintlig budget höja habiliteringsersättningen med 110 procent för både hel och del av dag från och med januari till och med december 2022. Förvaltningen ser också möjligheten att göra en kompletterande utbetalning under hösten om närvaron på grund av pandemin skulle förändras.

### **Beslut**

#### **Arbetsutskottets förslag till beslut i vård- och omsorgsnämnden**

Vård- och omsorgsnämnden höjer habiliteringsersättningen med 110 procent under perioden januari till och med december 2022.

### **Expedieras till**

Ekonomichef

# Lokalförsörjningsplanen 2022-2026

6

2022.099 VON

Datum: 2022-05-121  
Handläggare: Kerstin Frisk, Henrik Larsson  
Direktr:   
Diariern: 2022.099 VON

Vård- och omsorgsnämnden

## Lokalförsörjningsplan 2022-2026

### Ärendebeskrivning

Vård- och omsorgsnämndens lokalförsörjningsplan ligger tillsammans med övriga nämnders, till grund för den kommunövergripande lokalförsörjningsplanen. Enligt riktlinjer för strategisk lokalförsörjning, antagen av kommunfullmäktige den 8 mars 2021 § 37, omfattar planeringsperioden åren 2022-2026.

### Förvaltningens yttrande

Vård- och omsorgsnämnden har flera särskilda boenden för äldre men också bostäder med särskild service som inte klarar framtidens krav och behöver ersättas under de kommande fem åren. Utöver nya behov av bostäder och lokaler, kommer det också att krävas åtgärder på grund av skärpt lagstiftning inom olika områden.

I november 2021 antog kommunfullmäktige strategi för äldreomsorg 2022-2030, § 240 2021.508 KS. Den demografiska utvecklingen under slutet av 2020-talet och framförallt 2030-talet ger vård- och omsorgsnämnden omfattande utmaningar. Dessutom visar befolkningsprognosen från 2022 större ökning av antalet personer över 85 år under 2020-talet än vad som prognostiserades 2021. För att klara av de omfattande utmaningarna är det av yttersta vikt att planeringen och genomförandet av fler trygghetsbostäder startas. Dessutom behöver ett nytt äldreboende om 120 platser stå klart till 2027.

Allt sedan tillkomsten av lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), har volymerna inom funktionsstöd ökat mer än befolkningsökningen, dvs andelen av befolkningen som har insats enligt LSS har ökat. Det senaste året har vård- och omsorgsnämnden noterat att volymökningen avstannat och är mer stabil.

Volymerna minskar hos de mindre resurskrävande brukarna. Vård- och omsorgsnämnden ser därför ett minskat behov av servicebostäder. Antalet brukare inom gruppboende förväntas öka i samma takt som tidigare har kommunicerats, dvs med ungefär fyra brukare om året. Inom beståndet finns små boenden där det är svårt att uppnå personaleffektivitet. För att öka personaleffektiviteten, och därmed minska kostnaden, bör flera boenden ersättas.

### Ekonomisk bedömning

Ärendet medför inga ekonomiska konsekvenser.

### Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar att anta lokalförsörjningsplanen för vård- och omsorgsnämnden 2022-2026.

Anita Hedström  
Förvaltningschef

Kerstin Frisk  
Utvecklingsledare



# Lokalförsörjningsplan 2022–2026

## Vård- och omsorgsnämnden

---

**Typ av styrdokument:** Plan

**Beslutande instans:** Vård- och  
omsorgsnämnden

**Datum för beslut:** 2022-MM-DD

**Diarienummer:** 2022.XXX VON

**Gäller för:** Vård- och omsorgsförvaltningen

**Giltighetstid:** Tills vidare

**Revideras senast:** 2023-05-31

**Dokumentansvarig:** Avdelningschef  
Förvaltningskontoret



**ALINGSÅS**  
KOMMUN



## Innehåll

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Lokalförsörjningsplan Vård- och omsorgsnämnden 2022- 2026</b> ..... | <b>2</b>  |
| 1. Inledning.....  | 2         |
| 2. Sammanfattning .....  | 2         |
| 3. Verksamhetslokaler .....  | 3         |
| <b>3.1 Framtida lokalbehov</b> .....                                   | <b>6</b>  |
| 4. Förhyrda lokaler.....   | 8         |
| 5. Objektlista pågående projekt .....                                  | 8         |
| 6. Prognos och kostnadsutveckling .....                                | 8         |
| <b>6.1 Prognos för behov av särskilt boende för äldre</b> .....        | <b>9</b>  |
| Behovet av särskilt boende för äldre och pandemins påverkan .....      | 9         |
| <b>6.2 Behov av Bostäder med särskild service enligt LSS</b> .....     | <b>12</b> |
| <b>6.3 Kostnadsutveckling</b> .....                                    | <b>13</b> |

# Lokalförsörjningsplan Vård- och omsorgsnämnden 2022–2026

## 1. Inledning

Vård- och omsorgsnämnden ansvarar för att tillgodose de äldres behov av vård och omsorg i Alingsås kommun. En del i det ansvaret innebär att tillhandahålla bostäder i särskilt boende för äldre enligt Socialtjänstlagen, SoL. Inom äldreomsorgen finns även dagverksamhet för demenssjuka, flera träffpunkter för äldre, hemsjukvård, kostverksamhet mm.

Nämnden ansvarar också för att tillgodose behoven av bostäder med särskild service (BmSS) samt daglig verksamhet enligt LSS, Lag om särskilt stöd och service till vissa funktionshindrade.

Inom vård och omsorg består en stor andel av de förhyrda lokalerna av bostäder som hyrs ut i andra hand till brukare inom äldreomsorg eller funktionsstöd. Vid planering av bostäder för målgrupperna är det viktigt att hänsyn tas till begrepp som normalisering, självbestämmande och närhet bland annat. Oavsett ålder eller funktionsnedsättning ska boendet vara integrerat i samhället

## 2. Sammanfattning

Vård- och omsorgsnämnden har flera särskilda boenden för äldre men också bostäder med särskild service som inte klarar framtidens krav och behöver ersättas under de kommande fem åren.

Utöver nya behov av bostäder och lokaler, kommer det också att krävas åtgärder på grund av skärpt lagstiftning inom olika områden. Inte minst gällande brandskydd såsom krav på sprinkler som medför ökade kostnader för nämnden.

### Äldreomsorg

I november 2021 antog kommunfullmäktige strategi för äldreomsorg 2022-2030, § 240 2021.508 KS.

Det är av yttersta vikt att planeringen och genomförandet av fler trygghetsbostäder startas. Detta för att vård- och omsorgsnämndens ska klara av de omfattande utmaningar som krävs för att klara den demografiska utvecklingen under slutet av 2020-talet och framförallt 2030-talet till de resurser som förväntas finnas. Vård- och omsorgsnämnden har ännu inte fått någon information om att arbetet har inletts.

I strategin prognostiserades behovet av trygghetslägenheter fram till 2030 om ett tillskott på 250 trygghetslägenheter. Ungefär 100 av dem skulle tillskapas genom att nuvarande servicelägenheterna på Brunnsgården, Brunnen och Tuvegården konverteras till biståndsbedömda trygghetslägenheter. När Brunnsgården nu planeras att rivas försvinner möjligheten att konvertera servicelägenheterna på Brunnsgården. Varför vård- och omsorgsnämnden endast kan konvertera 70 servicelägenheter. Behovet av att andra aktörer tillskapar trygghetslägenheter fram till 2030 är då 180. Andra aktörer behöver involveras för att bidra till utvecklingen och uppnå önskad effekt på strategin.

För att klara av den demografiska utvecklingen behöver även ett nytt äldreboende om 120 platser stå klart till 2027. Detta för att trygga vård- och omsorgsnämndens behov av brukare med demensdiagnos och svårt somatiskt sjuka.

Befolkningsprognosen från 2022 påvisar en ökning av antalet personer över 85 år under 2020-talet än vad som prognostiserades 2021. Detta medför att behoven av olika typer av bostäder för äldre kan komma att behöva skrivas upp. Det behöver dock utredas vidare.

### **Funktionsstöd**

Allt sedan tillkomsten av lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), har volymerna inom funktionsstöd ökat mer än befolkningsökningen, dvs andelen av befolkningen som har insats enligt LSS har ökat. Det senaste året har vård- och omsorgsnämnden noterat att volymökningen avstannat och är mer stabil. Exakt vad det beror på, om det är tillfälligt och om det är en nationell trend är än så länge inte bekräftat.

Volymerna minskar hos de mindre resurskrävande brukarna. De som avses bor i en servicebostad med en mindre insats av personal. Vård- och omsorgsnämnden ser därför ett minskat behov av servicebostäder.

Antalet brukare inom gruppboende förväntas öka i samma takt som tidigare har kommunicerats, dvs med ungefär 4 brukare om året.

Vård- och omsorgsnämnden har givit förvaltningen i uppdrag att ta fram en strategi för funktionsstöd 2023-2030 i likhet med den för äldreomsorgen. Den förväntas inte kunna levereras förrän under slutet av 2023. Vård- och omsorgsnämnden kan dock redan nu kommunicera att det inom beståndet finns små boenden där det är svårt att uppnå personaleffektivitet. För att öka personaleffektiviteten, och därmed minska kostnaden, bör flera boenden ersättas.

Även övriga lokaler för verksamheten behöver ses över, särskilt för korttidstillsyn och korttidsverksamhet.

## **3. Verksamhetslokaler**

Utöver bostäder finns också verksamhetslokaler som är avsedda för aktiviteter för brukare, men också andra lokaler som krävs för att bedriva den omfattande verksamhet som åligger nämnden.

Nedan följer en beskrivning av de bostäder och en del av de lokaler som förekommer inom nämndens ansvarsområde.

### **Bostäder inom funktionsstöd, BmSS, bostad med särskild service**

#### Gruppboende

Lägenhet i gruppboende erbjuds personer som har så stora behov av tillsyn och omvårdnad, att det är nödvändigt att personal finns till hands hela tiden. Gruppboendet består av maximalt 6 lägenheter som är samlade kring gemensamma utrymmen. Personal som finns på gruppboendet nära brukarna. Även personalytor ska finnas i gruppboendet.

#### Servicebostad

En servicebostad består av ett antal lägenheter som har tillgång till gemensam service och personal. Varje boende erbjuds stöd i den egna lägenheten i den omfattning som

han eller hon behöver. Lägenheterna kan vara insprängda i det vanliga lägenhetsbeståndet med en lägenhet för gemensamma aktiviteter eller vara samlade i en gruppboenads likande byggnad.

#### Annan särskilt anpassad bostad

Det är främst ordinära lägenheter som hyrs ut i andra hand och som kan anpassas till funktionshindret. Dessa bostäder hyrs ut till personer med personlig assistans i den egna bostaden.

### **Övriga lokaler inom funktionsstöd**

#### Lokaler för korttidsverksamhet

Här erbjuds platser för kortare vistelser för barn och ungdomar med syftet att anhöriga ska få avlastning och utrymme för avkoppling, och att personen med funktionsnedsättning ska få rekreation och miljöombyte.

#### Lokaler för fritidsverksamhet (KTS)

För barn och ungdomar mellan 13 och 20 år finns lokaler för fritidsverksamhet.

#### Lokaler för daglig verksamhet

I ett antal lokaler på olika platser i kommunen ges personer med funktionsnedsättningar möjligheter till en meningsfull och varierande daglig verksamhet.

### **Bostäder inom äldreomsorg**

#### Servicelägenheter

Lägenheterna är utformade med standard som i en ordinär lägenhet med eget kök eller kokvrå.

#### Gruppboende för personer med fysiska och/eller somatiska funktionsnedsättningar

Inom en gruppboendeenhet ges möjlighet till mat, gemenskap och aktiviteter nära lägenheten, som inte har samma köksstandard som en ordinär lägenhet.

#### Gruppboende för personer med demenssjukdom

Utöver möjlighet till mat, gemenskap och aktiviteter i anslutning till lägenheten finns behov av särskild anpassning för att boendet skall bli tryggt för personer med demensdiagnos. Det kan handla om tydlighet och harmoni i utformning och färgsättning. Lägenheten har inte samma köksstandard som en ordinär lägenhet.

#### Korttidsboende

Inom korttidsboendet ges vård och omsorg för en kortare period innan man kan återgå till sin bostad efter exempelvis en sjukhusvistelse. Korttidsboende kan också vara ett tillfälligt boende i avvaktan på en bostad i någon av de övriga boendeformerna. Inom korttidsboendeformen ryms även möjligheter till växelvårds- och avlastningsplatser. Det ställs inte samma krav på lägenheternas utformning vid korttidsboende som vid permanent särskilt boende.

### **Övriga lokaler inom äldreomsorgen**

#### Lokaler för Träffpunkter

På de större äldreboendena finns Träffpunkter där aktiviteter erbjuds och ofta sker i samverkan med frivilligorganisationer.

#### Lokaler för dagverksamhet för demenssjuka.

På Hagagården finns en dagverksamhet för demenssjuka.

### Lokaler för hemtjänst.

På Lärkvägen och i Sollebrunn har hemtjänsten lokaler som särskilt utformats för deras behov. På Hagagården och Brunnsgården nyttjar hemtjänsten fortfarande lokaler och lägenheter som tagits i anspråk i äldreboendet.

### Kostlokaler

På de större äldreboendena finns tillagningskök och restauranglokaler.

## Övriga lokaler för verksamheten

### Lokaler för sjuksköterskeorganisationen

På Malmgatan finns lokaler för hemsjukvårdens sjuksköterskor.

### Lokaler för kommunal rehabilitering

På Kvarnbacken finns lokaler för arbetsterapeuter och fysioterapeuter och för hjälpmedel, både förråd och ytor för rekonditionering.

### Administrationslokaler

På Kungsgatan 9 finns förvaltningsledning och förvaltningskontor. På Sidenvägen finns kontor för alla enhetschefer inom funktionsstöd och de handläggare som handlägger LSS-beslut. På Östra Vattugränd finns kontor för de handläggare som handlägger SoL-beslut.

## Trygghetsboende

I en trygghetsbostad kan äldre bo med insatser från hemtjänsten och få social samvaro samt möjlighet att känna ökad trygghet. Trygghetsboende är mellanboendeform som avser att överbrygga klyftan mellan det ordinära boendet och det särskilda boendet. Trygghetsboendet består av lägenheter som präglas av en hög grad av fysisk tillgänglighet för de boende.

Det finns två typer av trygghetsbostäder, biståndsbedömt trygghetsboende och trygghetsboende med anvisningsrätt. I dag finns endast trygghetsboende med anvisningsrätt i Alingsås kommun.

I Alingsås har många servicelägenheter konverterats till trygghetsboende med anvisningsrätt, där den sökande står i fastighetsägarens bostadskö. Ur ett lokalplaneringsperspektiv har det varit en väl avvägd strategi.

### Trygghetsbostäder i Alingsås 2022:

| Namn         | Antal lägenheter | Kommunal anvisningsrätt | Ägs av         |
|--------------|------------------|-------------------------|----------------|
| Brunnsbo     | 8                | 8                       | AB Alingsåshem |
| Tuvebo       | 12               | 12                      | AB Alingsåshem |
| Hagabo       | 35               | 35                      | AB Alingsåshem |
| Bjärkebo     | 22               | 22                      | AB Alingsåshem |
| Afzelii      | 24               | 4                       | HSB            |
| <b>Summa</b> | <b>101</b>       | <b>81</b>               |                |

Det finns en Alingsåsmodell med ett antal kriterier som ska vara uppfyllda för att definieras som trygghetsboende.

Alingsåsmodellen kan användas, men även utvecklas, för anpassning till de krav och regelverk som är aktuella för den här typen av bostäder.

### 3.1 Framtida lokalbehov

Vård- och omsorgsnämnden har flera särskilda boenden för äldre men också bostäder med särskild service som inte klarar framtidens krav och behöver ersättas under de kommande fem åren.

Utöver nya behov av bostäder och lokaler, kommer det också att krävas åtgärder på grund av skärpt lagstiftning inom olika områden. Inte minst gällande brandskydd såsom krav på sprinkler som medför ökade kostnader för nämnden.

En satsning på fler trygghetsboenden för äldre som komplement till särskilda boenden de kommande fem till tio åren är avgörande för att klara framtida volymer av bostäder för äldre i kommunen.

#### Äldreomsorg

I november 2021 antog kommunfullmäktige strategi för äldreomsorg 2022-2030, § 240 2021.508 KS. I beslutet lämnade kommunledningskontoret följande yttrande:

*”Kommunledningskontoret ser positivt på det initiativ som vård- och omsorgsnämnden har tagit för att kunna genomföra den nödvändiga omställningen inom äldreomsorgen. Med tanke på ärendets principiella beskaffenhet och det faktum att en stor del av strategin handlar om lokal- och bostadsfrågor är det av vikt att kommunfullmäktige fattar beslut om strategin. Det behov av exempelvis fler trygghetsbostäder som framgår av strategin är ett arbete som behöver bedrivas gemensamt i kommunen och tillsammans med fastighetskoncernen. Vård- och omsorgsnämnden har inte själva möjligheten att driva detta arbete på egen hand utan det kräver en god samverkan inom kommunkoncernen.”*

Det är av yttersta vikt att planeringen och genomförandet av fler trygghetsbostäder startas. Detta för att vård- och omsorgsnämndens ska klara av de omfattande utmaningar som krävs för att klara den demografiska utvecklingen under slutet av 2020-talet och framförallt 2030-talet till de resurser som förväntas finnas. Vård- och omsorgsnämnden har ännu inte fått någon information om att arbetet har inletts.

I strategin prognostiserades behovet av trygghetslägenheter fram till 2030 om ett tillskott på 250 trygghetslägenheter. Ungefär 100 av dem skulle tillskapas genom att nuvarande servicelägenheterna på Brunnsgården, Brunnen och Tuvegården konverterades till biståndsbedömda trygghetslägenheter. Övriga 150 är utanför vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde.

Alingsåshem har informerat vård- och omsorgsnämnden att alla fastigheter på Brunnsgården kommer att rivas, det är planerat till 2025. Det innebär att de 30 servicelägenheter som finns på Brunnsgården rivs och inte kan konverteras. Därmed är behovet av trygghetsbostäder av andra aktörer 180 enligt strategin. Prognosen på antalet äldre har skrivits upp i nuvarande prognos och därför är behovet troligen i underkant, men det måste utredas vidare.

Avvecklingen av Brunnsgården för även med sig att de lokaler som det nu bedrivs verksamhet i behöver ersättas. Det gäller lokaler för äldreboende, hemtjänst, träffpunkt och storkök. Samtal kring olika lösningar pågår tillsammans med Alingsåshem och kommunledningskontoret.

Kökets avveckling medför att förvaltningens möjliga kapacitet för kosthantering reduceras. Nuläget är på marginalerna, så även om Hagagårdens kök tas i anspråk finns det inte utrymme för utökningar av antalet portioner. Det innebär att vid planering

för framtida äldreboende, måste nämnden även ta höjd för att bygga ett tillagningskök för att klara kommande volymökningar.

I samband med strategin antog vård- och omsorgsnämnden en plan för omställning för av Brunnsgården, § 54 2021.175 VON. Där redovisades nämndens vilja för att strategin skall bli verklighet, detta sammanfattades i:

- Cirka 55–60 lägenheter vid Brunnsgården och Brunnen konverteras till trygghetsbostäder.
- Ytterligare trygghetslägenheter för äldre uppförs inom området.
- Informationscentrum för äldre skapas.
- Träffpunkten vid Brunnsgården utvecklas till ett seniorcenter.
- Möjligheter att skapa en café/restaurangverksamhet.
- Hemtjänsten för Centrum lokaliseras i närområdet.

Det är Alingsåshem som beslutar om framtiden på fastigheten där Brunnsgården finns. Därför vill vård- och omsorgsnämnden framföra önskemål om lokaler för ovanstående verksamheter planeras så att strategin kan få önskvärd effekt. Det bör med fördel tas med i arbetet med att ersätta lokalerna på Brunnsgården så att de finns på plats i slutet av 2020-talet.

För att ersätta äldreboendena Brunnsgården och Brunnen (som är beroende av Brunnsgården) har Alingsåshem tillsammans med förvaltningen börjat utreda förutsättningar för om- och tillbyggnad av Ängabogården.

För att klara av den demografiska utvecklingen behöver även ett nytt äldreboende om 120 platser stå klart till 2027. Detta för att trygga vård- och omsorgsnämndens behov av brukare med demensdiagnos och svårt somatiskt sjuka.

Antalet brukare inom hemtjänsten prognosticeras öka under perioden. Detta innebär ökat krav på lokaler med högre kapacitet. Förutom att hemtjänstens lokaler på Brunnsgården behöver ersättas behöver även hemtjänstlokalerna på Hagagården ersättas. Dialog med Alingsåshem förs för att hitta en lösning som inbegriper de här aspekterna.

Avslutningsvis förväntas kommunens ansvar för hemsjukvård öka när antalet äldre ökar. Därför behöver lokalbehovet för sjuksköterskeorganisationen ses över, särskilt som lokalerna redan nu är otillräckliga.

## **Funktionsstöd**

Volymerna har de senaste året minskat hos de mindre resurskrävande brukarna. De som avses bor i en servicebostad med en mindre insats av personal. Vård- och omsorgsnämnden ser därför ett minskat behov av servicebostäder.

Antalet brukare inom gruppboende förväntas öka i samma takt som tidigare har kommunicerats. Det vill säga en ökning med ungefär 4 brukare om året.

Vård- och omsorgsnämnden har givit förvaltningen i uppdrag att ta fram en strategi för funktionsstöd 2023-2030 i likhet med den för äldreomsorgen. Den förväntas inte kunna levereras förrän under slutet av 2023. Vård- och omsorgsnämnden kan dock redan nu kommunicera att det inom beståndet finns små boenden där det är svårt att uppnå personaleffektivitet. För att öka personaleffektiviteten, och därmed minska kostnaden, bör flera boenden ersättas.

Vård- och omsorgsnämnden hyr lokaler på Sagagatan som omfattar 12 lägenheter och en gemensamhetslokal för personer med personlig assistans, som dessutom har beslut om BmSS, särskilt anpassad bostad. De dubbla besluten är ett arv från långt tid tillbaka vilket medför att vård- och omsorgsförvaltningen är hyresvärd och hyr ut i andra hand. Inom personlig assistans är det annars brukligt att brukarna har förstahandskontrakt i vanliga hyresrätter. Det är troligt att IVO inte skulle godkänna att verksamheten bedrivs i lokalerna vid en tillsyn. Hyresvärderna har fått föreläggande från räddningstjänsten om omfattande anpassningar gällande brandskydd vilket medför stora kostnader för förvaltningen. Förvaltningen gör bedömningen att kostnadsökningen och oklarheter om IVO's godkännande innebär att Sagagatan bör lämnas. Det medför att bostäderna behöver ersättas, antingen med andra BmSS, eller med vanliga hyresrätter.

Vård- och omsorgsnämnden har noterat volymökningar inom korttidsverksamheten för barn och ungdomar och fritidsverksamhet LSS(KTS). Gällande KTS så hyrs och samnyttjas skollokaler med både grundsärskolan och gymnasiesärskolan. Lokalerna är inte anpassade för verksamheten och är därutöver små. Båda verksamheterna behöver därför nya lokaler för att kunna bedriva sin verksamhet.

#### 4. Förhyrda lokaler

Förvaltningens kostnader för förhyrda lokaler uppgick under 2021 till ca 90 mnkr. Förhyrda objekt 2022 redovisas i bilaga 1.

#### 5. Objektlista pågående projekt

| Klart år | Verksamhet   | Kommentar   | Status   | Omfattning | Prel. ny årshyra |
|----------|--------------|---|--|------------|------------------|
| 2022     | Ängabogården | Utreda möjlighet till om- och nybyggnad på fastigheten Ängaboskolan 3 | VON beslutade att förvaltningen får i uppdrag att beställa en förstudie i april. | -          | -                |

#### Prognos och kostnadsutveckling

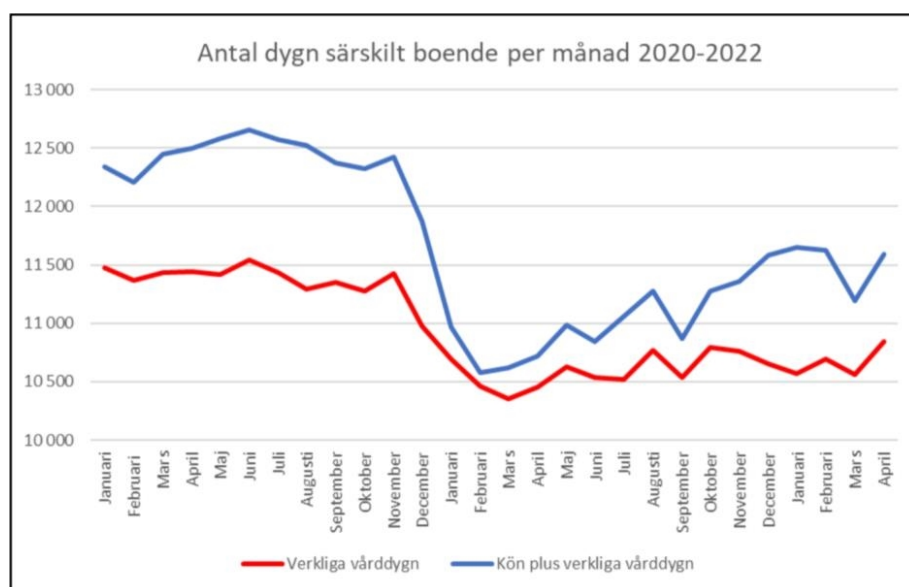
De äldre blir allt fler i Alingsås kommun, och det medför oundvikligen en stor påverkan på bostads- och lokalplanering framöver. Även inom LSS-området har Alingsås kommun av tradition haft en hög andel brukare bosatta och verksamma här sedan landstingets tid. Många av insatserna inom funktionsstöd på den tiden koncentrerades till Alingsås. Trenden att vilja söka sig till kommunen från kranskommunerna har hållit i sig sedan dess.



## 6.1 Prognos för behov av särskilt boende för äldre

### Pandemins påverkan på behovet av särskilt boende för äldre

Pandemin med Covid-19 har påverkat och påverkar fortsatt behovet av särskilt boende för äldre i Alingsås och i riket. Under pandemin sjönk behovet av särskilt boende för äldre. Det berodde dels på att Covid-19 smittan spreds på några av de särskilda boendena för äldre inom kommunen under den andra vågen. Detta fick till följd att fler avled än normalt under en kort period. En mer påtaglig anledning till ett lägre behov var att färre vågade ansöka om och flytta in på särskilt boende för äldre. Konsekvenserna av det illustreras i tabellen nedan. Kön plus verkliga vård dygn får betecknas som behovet av särskilt boende för äldre. Verkliga vård dygn är de som är verkställda. Som kan ses i diagrammet så har behovet av särskilt boende successivt ökat efter den andra vågen. Behovet är prognostiserat att öka mer under hösten då antalet äldre ökar samtidigt som fler förmodas våga använda sig av våra insatser eller inte längre klarar sig utan dem. Detta beskrivs inom vården som en "vårdskuld". Vård- och omsorgsnämnden har troligen en liknande situation, men den skulle bättre benämnas som en "vård- och omsorgsskuld".



Det fanns tidigare farhågor om att fler äldre Alingsåsare än prognostiserat hade avlidit på grund av covid-19 och att behovet av äldreboende och andra insatser därmed skulle bli lägre än tidigare prognoser visat. Befolkningsprognosen 2022 innebär dock att antalet äldre de kommande åren tvärt om skrivs upp något. Därför skrivs även behovet av insatserna upp. Med fortsatt stora osäkerheter kring det "verkliga" behovet väljer förvaltningen att använda sig av 2019 års siffror för att beräknas det framtida behovet av särskilt boende för äldre.

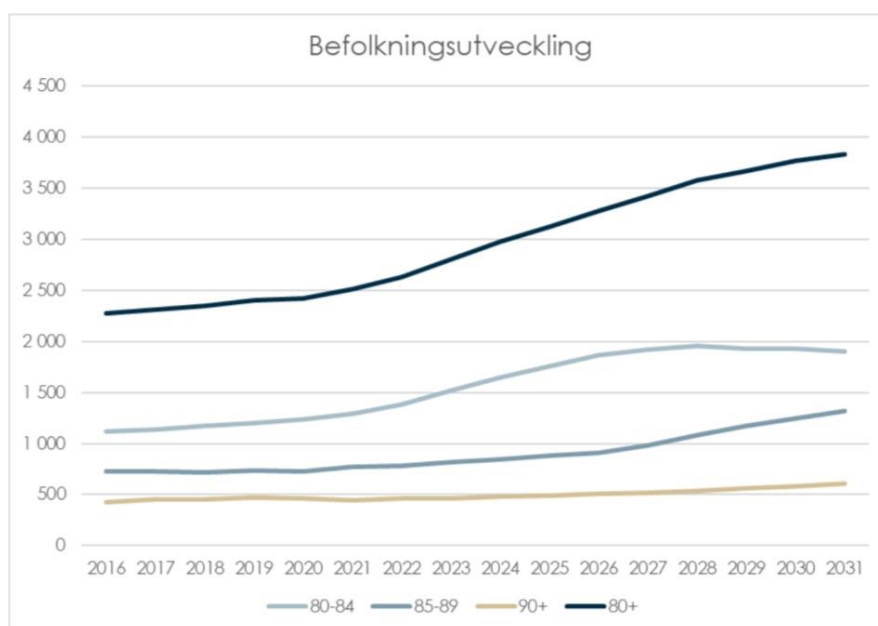
### Nuvarande behov av insatser

De två stora insatserna inom äldreomsorgen är hemtjänst och särskilt boende. För att bedöma hur stort behovet av framtida insatser är utgår man från hur många som har insats per åldersgrupp.

| Andel med insats i Alingsås per åldersintervall |           |                 |        |
|---|-----------|-----------------|--------|
|   | Hemtjänst | Särskilt boende | Totalt |
| 65-74   | 2%        | 1%              | 3%     |
| 75-79   | 4%        | 2%              | 6%     |
| 80-84   | 12%       | 4%              | 16%    |
| 85-89   | 21%       | 15%             | 36%    |
| 90+   | 37%       | 42%             | 79%    |
| Totalt 65 +                                     | 7%        | 5%              | 12%    |

Tabellen ovan visar procentuell andel av befolkningen som har hemtjänst, särskilt boende eller någon av insatserna. Det kan konstateras att det är en låg andel av befolkningen i åldersgruppen mellan 65–79 år som nyttjar äldreomsorgen. Det är betydligt fler i gruppen 85–89 och i gruppen över 90 år har nästan 4 av 5 beslut om någon av insatserna. I gruppen över 90 år är det dessutom fler som bor på särskilt boende än som har hemtjänst. Den höga andel som har beslut om insatser medför att demografiska förändringar för personer över 90 år kraftigt påverkar behovet.

### Befolkningsutveckling



I diagrammet ovan redovisas den prognostiserade befolkningsutvecklingen från 2016 - 2031. Under perioden 2016 - 2021 har ökningen varit måttlig i åldern 80+ och den stora ökningen har skett i gruppen mellan 80 - 84. I en grupp där endast en låg andel av befolkningen har särskilt boende.

Under perioden 2022 - 2026 sker en kraftigare ökning av antalet personer över 80 år. Men även då sker ökningen främst i gruppen 80 - 84 år, även om antalet i gruppen 85 - 89 börjar öka.

Från 2027 - 2030 är ökningen av 80+ på en lägre nivå än tidigare. Då sker ökningen främst i gruppen 85 - 89 samtidigt som gruppen 90+ ökar. Trots en lägre ökningstakt av 80+ så kommer behovet av särskilt boende att öka mer denna period än under tidigare, från i snitt 13 platser per år till ca 20 platser per år perioden 2027 - 2030.

Behovet av särskilda boendeplatser beräknas öka betydligt mer under 2030-talet när 40-talisterna blir 90+. Behovet av särskilt boende för äldre kommer statistiskt att öka med 70 platser fram till och med 2027.

## Teknisk framskrivning av behovet med utgångspunkt i 2019 års siffror



### Andra faktorer som påverkar

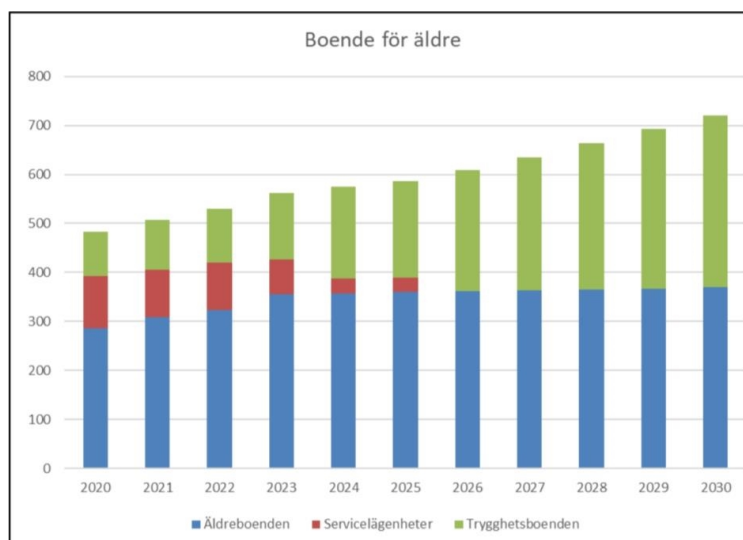
Det finns andra faktorer än enbart den demografiska utvecklingen som påverkar efterfrågan av boendeplaster. Behovet kan dessutom påverkas genom olika åtgärder, inte minst politiska beslut. Det handlar bland annat om förändringar inom regionens hälso- och sjukvård, läkemedelsutveckling, livslängd, hälsa, bostadspolitik och myndighetsutövning. Under 2020 och 2021 har efterfrågan dessutom starkt påverkats av pandemin covid-19.

De senaste 20 åren har andelen äldre som har behoven av särskilt boende minskat över tiden. Det beror på flera orsaker, men konkret har det skett en förskjutning av den ålder som brukare har när de får beslut om särskilt boende.

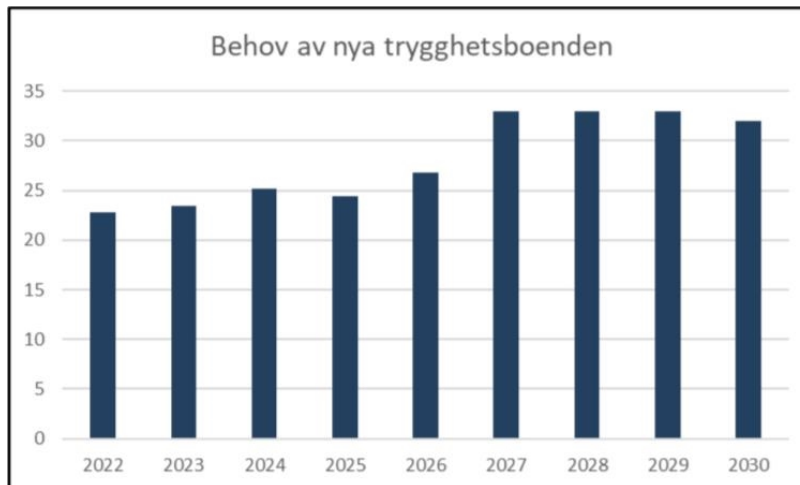
### Förändrad strategi för särskilda boenden för äldre

För att klara av framtidens utmaningar inom äldreomsorgen har kommunfullmäktige antagit en strategi i november 2021. För att genomföra strategin behövs satsningar på både trygghetsboenden och på förebyggande arbete för att minska behovet av särskilt boende för äldre. Kortfattat innebär det att brukarna ska kunna få den insats de behöver vid den tidpunkt när de behöver den.

Om strategin genomförs enligt plan är bedömningen att behovet av äldreboenden för äldre kommer att se ut enligt nedanstående diagram.



## Behov av trygghetsboenden



För att strategin skall vara möjlig krävs ett tillskott på ungefär 15 trygghetslägenheter om året fram till och med 2026. Därefter är behovet ungefär 20 trygghetslägenheter om året fram till 2030. Av de 250 trygghetslägenheter som behövs totalt fram till dess, krävs ett nytillskott om ca 180 trygghetslägenheter, primärt utanför vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde. Återstående 70 är de trygghetslägenheter som förvaltningen kommer att konvertera från servicelägenheter. Förvaltningen vill förtydliga två saker:

- En satsning på fler trygghetsboenden istället för fler särskilda boenden kommande fem till tio åren är avgörande för att klara framtidens krav. Behovet för att klara av strategin beräknas nu till minst 250 till 2030 men det är önskvärt med fler för att få en större effekt.
- Om inte fler trygghetsboenden tillkommer, kommer behovet av särskilt boende för äldre att bli högre både på kort och lång sikt.

Vård- och omsorgsnämnden anser att Alingsås kommun behöver tillse att trygghetsbostäder skapas för att skjuta upp inflyttningen till särskilt boende. Det finns kommuner som aktivt arbetar för att uppmuntra till byggandet av trygghetsbostäder, genom markanvisningstävlingar, ekonomiska incitament med mera. Strategierna förväntas minska utökningstakten av platser i särskilt boende och därmed minska kostnaderna för äldreomsorgen. Göteborg och Lidköping är exempel på kommuner som har haft uttalade strategier för att gynna byggandet av fler trygghetsbostäder.

### 6.2 Behov av Bostäder med särskild service enligt LSS

Allt sedan tillkomsten av lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), har volymerna inom funktionsstöd ökat mer än befolkningsökningen, dvs andelen av befolkningen som har insats enligt LSS har ökat. Det senaste året har vård- och omsorgsnämnden noterat att volymökningen avstannat och är mer stabil. Exakt vad det beror på, om det är tillfälligt och om det är en nationell trend är än så länge inte bekräftat.

Volymerna minskar hos de mindre resurskrävande brukarna. De som avses bor i en servicebostad med en mindre insats av personal. Vård- och omsorgsnämnden ser därför ett minskat behov av servicebostäder.

Antalet brukare inom gruppboendestad förväntas öka i samma takt som tidigare har kommunicerats. Dvs med ungefär 4 brukare om året.

### **6.3 Kostnadsutveckling**

2021 hade äldreomsorgen en total nettokostnad för äldreboendeplatser och verksamhetslokaler om ca 38,5 mnkr. Lokalhyreskostnaden inklusive kringkostnader som el och försäkringar uppgick till ca 71 mnkr och hyresintäkter och intäkter för särskild momskompensation uppgick till ca 32,5 mnkr.

2021 hade funktionsstöd en total nettokostnad för LSS-verksamheten och verksamhetslokaler om 8 mnkr. Lokalhyreskostnaden inklusive kringkostnader som el och försäkringar uppgick till 22 mnkr och hyresintäkter och intäkter för särskild momskompensation uppgick till 14 mnkr.

Under de kommande åren kommer nettokostnaden för lokaler att öka utöver den årliga generella hyresuppräknningen. Exakt hur mycket lokalkostnaderna kommer att öka är svårt känna till då exempelvis åtgärder för brandskydd är kostsamma men beroende av varje fastighets förutsättningar. Att kostnaden kommer att under perioden fram till 2026 med nybyggnation, åtgärder på fastigheterna och renoveringar står dock klart.

## Lokaler och bostäder inom vård- och omsorgsförvaltningen 2022

2022-05-05

### Lokaler för övergripande administration, hemtjänst och hemsjukvård

| Adress/<br>Fastighetsbeteckning | Typ  | Yta                | Verksamhet                            | Fastighetsägare                              | Årshyra<br>kr / kvm   | Årshyra    | Plan för 2022-2025 |
|---------------------------------|--|--------------------|---------------------------------------|--|-----------------------|------------|--------------------|
| Kungsgatan 9                    | Lokal  | 840 m <sup>2</sup> | Förvaltningskontor                    | Fabs   | 1104kr/m <sup>2</sup> | 947 316 kr | Lämnas ev. 2025    |
| Sidenvägen 7G/ Kolavägen 1      | Lokal  | 763 m <sup>2</sup> | Kontor Ec LSS<br>Kontor Myndighet LSS | Sinoma Stenen 5 AB,<br>c/o Balder            | 1143kr/m <sup>2</sup> | 888 792 kr |                    |
| Östra Vattugränd 4              | Lokal  | 522 m <sup>2</sup> | Kontorslokaler<br>Myndighetsavdelning | Amasten Vattugränd<br>AB                     | 1412kr/m <sup>2</sup> | 758 844 kr | Lämnas ev. 2025    |
| Malmgatan 8                     | Lokal  | 456 m <sup>2</sup> | Hälsa- och<br>sjukvårdslokaler        | TB Smedjebo<br>Fastighets AB                 | 1382kr/m <sup>2</sup> | 649 056 kr |                    |
| Gästgivargatan 8, Sollebrunn    | Lokal  | 517 m <sup>2</sup> | Hemtjänstlokaler                      | AB Alingsåshem                               | 1801kr/m <sup>2</sup> | 959 916 kr |                    |
| Lärkvägen 2                     | Lokal  | 481 m <sup>2</sup> | Hemtjänstlokaler                      | Bomullen Fastighets<br>AB                    | 1693kr/m <sup>2</sup> | 937 392 kr |                    |
| Norra Ringgatan 14-16           | Lokal  | 67 m <sup>2</sup>  | Träffpunktslokal                      | HSB Afzeliiparkens<br>Trygghetsboende Afzeli | 1317kr/m <sup>2</sup> | 91 992 kr  |                    |
| Verkstadsgatan 3                | Lokal med<br>tidsbegränsat<br>avtal pga<br>rivning | 71 m <sup>2</sup>  | Förråd<br>krisberedskapssängar        | Alingsåshem                                  | 565kr/m <sup>2</sup>  | 40 115 kr  | Lämnas ev. 2023    |
| Verkstadsgatan 4                | Lokal  | 86 m <sup>2</sup>  | Förråd för handsprit                  | Alingsåshem                                  | 698kr/m <sup>2</sup>  | 60 000 kr  |                    |

**Summa kontor och  
hemtjänst**

**5 333 423 kr**

### Bostäder och lokaler funktionsstöd

| Bostad med särskild<br>service, BmSS   |   |       |                    |   |                                   |                       |                      |   |
|--|---|-------|--------------------|---|-----------------------------------|-----------------------|----------------------|---|
| Adress/Fastighetsbeteckning  | Antal<br>bostäder   | P-lgh | Yta                | Verksamhet                                  | Fastighetsägare                   | Årshyra<br>kr / kvm   | Årshyra              | Plan för 2022-2025  |
| Jasmingatan 1  | 6st   | 1     | 366 m <sup>2</sup> | Gruppbostad                                 | Alingsåshem                       | 1050kr/m <sup>2</sup> | 397 476 kr           |   |
| Kavläsvägen 5  | 6st   | 1     | 403 m <sup>2</sup> | Gruppbostad                                 | Alingsåshem                       | 1455kr/m <sup>2</sup> | 606 612 kr           |   |
| Keramikgatan 9   | 5st   | 1     | 325 m <sup>2</sup> | Gruppbostad                                 | Alingsåshem                       | 1455kr/m <sup>2</sup> | 489 204 kr           |   |
| Klämmavägen  | 6st   | 1     | 450 m <sup>2</sup> | Gruppbostad                                 | Alingsåshem                       | 1632kr/m <sup>2</sup> | 778 000 kr           |   |
| Klämmavägen 2  | 6st   | 1     | 450 m <sup>2</sup> | Gruppbostad                                 | Alingsåshem                       | 1095kr/m <sup>2</sup> | 509 844 kr           |   |
| Linnevi/Ravinvägen   | 3st+3st   | 1     | 509 m <sup>2</sup> | Gruppbostad                                 | Alingsåshem                       | 1455kr/m <sup>2</sup> | 766 152 kr           |   |
| Lövekullevägen 12  | 6st   | 1     | 367 m <sup>2</sup> | Gruppbostad                                 | Alingsåshem                       | 1034kr/m <sup>2</sup> | 392 580 kr           |   |
| Lövskogsgatan 14+18D   | 5st+1st   | 1     | 354 m <sup>2</sup> | Gruppbostad                                 | HSB                               | kr/m <sup>2</sup>     | 432 297 kr           |   |
| Noitorns centrum 6   | 6st   | 1     | 330 m <sup>2</sup> | Gruppbostad                                 | Alingsåshem                       | 1243kr/m <sup>2</sup> | 424 488 kr           |   |
| Opalgatan 34   | 6st   | 1     | 423 m <sup>2</sup> | Gruppbostad                                 | Alingsåshem                       | 1455kr/m <sup>2</sup> | 636 708 kr           |   |
| Videgården/ Gräskärrsvägen 16  | 5st   | 1     | 430 m <sup>2</sup> | Gruppbostad                                 | Alingsåshem                       | 1273kr/m <sup>2</sup> | 565 956 kr           |   |
| Kungsängen/ Kungsängsgatan 1+3   | 4st+4st   | 2     | 597 m <sup>2</sup> | Gruppbostad+BmSS för<br>barn LSS §9:8       | Ante Fastigheter                  | 1339kr/m <sup>2</sup> | 821 772 kr           |   |
| Lapplandsgatan 5-21  | 8   | 1     | 638 m <sup>2</sup> | Servicebostad                               | Alingsåshem                       |                       | 1 520 000 kr         | Nytt. Prel. Hyra från Q2,<br>2022                               |
| Hallbovägen, Vinterg. 3C, Ö.<br>Kyrkog. 8 ?                                  | 5st + 2st   | 1     |                    | Servicebostad Hallbov m<br>fl ingår         | Alingsåshem                       |                       | 546 084 kr           | 1 lgh uppsagd fr o m 2022-<br>07-01. 1 lgh till KTS             |
| Källgatan, V. Ringg.5G+9A  | 8st+1st   | 1     | 535 m <sup>2</sup> | Servicebostad Källgatan<br>m fl ingår       | Alingsåshem                       |                       | 703 080 kr           | 1 lgh uppsagd fr o m 2022-<br>06-01                             |
| Plangatan, (tillkommer även<br>Torggatan, Ekhagegatan 8)                     | 7st + 1st   | 0     |                    | Servicebostad Plangatan<br>m fl ingår       | Nefast                            |                       | 591 771 kr           |   |
| Plangatan, (här ingår Kometg<br>2B+4B+4C, Nygatan 13E)                       | 6st   | 0     |                    | Servicebostad Plangatan<br>m fl ingår       | Alingsåshem                       |                       | 438 372 kr           |   |
| Plangatan 43 = Slussen= Ö. Ringg.<br>16 = Gemensamhetslokal för<br>Plangatan | 0   | 1     | ?                  |   | Alingsåshem                       |                       | 66 118 kr            |   |
| Rådmansvägen(+ 3 övr. adresser)  | 11st  | 1     |                    | Servicebostad<br>Rådmansvägen m fl<br>ingår | Alingsåshem                       |                       | 818 484 kr           | 1 lgh uppsagd fr o m 2022-<br>07-01                             |
| Wasagatan  | 9st   | 1     | 683 m <sup>2</sup> | Servicebostad                               | SBB Skara Stenbocken<br>AB/Newsec |                       | 621 904 kr           |   |
| Östtyckan, Oriongatan, Kometgatan,<br>Vintergatan                            | 13st  | 1     |                    | Servicebostad                               | Alingsåshem                       |                       | 1 034 400 kr         | 1 lgh uppsagd fr o m 2022-<br>07-01                             |
| Lägenhet i ordinarie bestånd<br>Arrendegatan                                 | 1 lgh/2 platser   |       |                    | BmSS för barn LSS §9:8                      |                                   |                       | 98 400 kr            |   |
| <b>Summa BmSS</b>  |   |       |                    | Lägenhet i ordinarie<br>bestånd             |                                   |                       | 13 259 702 kr        |   |
| Särskilt anpassad bostad(ASAP)   | 26 st<br>lägenheter                                       |       |                    |   | Olika fastighetsägare             |                       | <b>3 613 136 kr</b>  |   |
| Sagagatan (kostnaden är inräknad i<br>ovanstående rad för ASAP)              | 12st lägenheter<br>(varav 1<br>personallgh+ 1<br>tom lgh) | 1     |                    | Särskilt anpassad<br>bostad(ASAP)           | BRF Frigga                        |                       | 0 kr                 | Sagagatan utreds för<br>ombyggnation pga<br>brandskyddsåtgärder |
| <b>Summa BmSS/ASAP</b>   |   |       |                    |   |                                   |                       | <b>16 872 838 kr</b> |   |
| Sagagatan 1  | Lokal kopplad<br>till ovanstående<br>ASAP                 |       | 275 m <sup>2</sup> | Delvis tom<br>verksamhetslokal              | BRF Frigga                        | 1406kr/m <sup>2</sup> | 397 764 kr           | Sagagatan utreds för<br>ombyggnation pga<br>brandskyddsåtgärder |
|  |   |       |                    |   |                                   |                       | <b>397 764 kr</b>    |   |

| <b>Korttidshem och KTS för barn och ungdom enl LSS</b> |            |  |                     |                    |                               |                         |                     |                           |
|--|------------|--|---------------------|--------------------|-------------------------------|-------------------------|---------------------|---------------------------|
| <b>Adress/Fastighetsbeteckning</b>                     |            |  | <b>Yta</b>          | <b>Verksamhet</b>  | <b>Fastighetsägare</b>        | <b>Årshyra kr / kvm</b> | <b>Årshyra</b>      | <b>Plan för 2021-2025</b> |
| Korttidshem Tuvebo Badhusvägen 18                      | Lokal      |  | 270 m <sup>2</sup>  | Korttidsverksamhet | Alingsåshem                   | 1065kr/m <sup>2</sup>   | 295 704 kr          |                           |
| Korttidshem Myran/Arrendegatan 214                     | Lokal      |  | 266 m <sup>2</sup>  | Korttidsverksamhet | Alingsåshem                   | 1065kr/m <sup>2</sup>   | 293 052 kr          |                           |
| Korttidshem Lövet/ Oriongatan 4                        | Lokal      |  | 103 m <sup>2</sup>  | Korttidsverksamhet | Alingsåshem                   | 1305kr/m <sup>2</sup>   | 391 944 kr          |                           |
| KTS(Fritids) Ljuspunkten/Säterigatan 122               | Lokal      |  | 132 m <sup>2</sup>  | Korttidsverksamhet | Hemsö Vårdfastigheter AB      | 1691kr/m <sup>2</sup>   | 230 100 kr          | Uppsagd 2021-03-22        |
| KTS(Fritids) Karamellen/ Nohaga Allé 8                 | Lokal      |  | 175 m <sup>2</sup>  | Korttidsverksamhet | BOU/Särskolan Nohaga          | 780kr/m <sup>2</sup>    | 180 000 kr          |                           |
| KTS(Fritids) Alströmergymnasiet                        | Lokal      |  | 100 m <sup>2</sup>  | Korttidsverksamhet | KoU/ Särskolegymnasiet        |                         | 81 000 kr           |                           |
| KTS(Fritids-Lägerverksamhet)                           | Lokal      |  |                     | Korttidsverksamhet | Frälsningsarmén               |                         | 17 000 kr           |                           |
| <b>Summa korttidshem och KTS</b>                       |            |  |                     |                    |                               |                         | <b>1 488 800 kr</b> |                           |
| <b>Lokaler för Daglig verksamhet</b>                   |            |  |                     |                    |                               |                         |                     |                           |
| <b>Adress/Fastighetsbeteckning</b>                     | <b>Typ</b> |  | <b>Yta</b>          | <b>Verksamhet</b>  | <b>Fastighetsägare</b>        | <b>Årshyra kr / kvm</b> | <b>Årshyra</b>      | <b>Plan för 2021-2025</b> |
| Kristineholm/Aleforsvägen 18                           | Lokal      |  | 1019 m <sup>2</sup> | Daglig verksamhet  | Krattan Fastighets AB         | 1300kr/m <sup>2</sup>   | 1 401 660 kr        |                           |
| Sinneshuset/ Bolltorpsvägen 2                          | Lokal      |  | 810 m <sup>2</sup>  | Daglig verksamhet  | Aktiebolaget Bolltorp 2 (MIO) | 1030kr/m <sup>2</sup>   | 860 760 kr          |                           |
| Aktivitetshuset/ Norrlandsgatan 3                      | Lokal      |  | 1144 m <sup>2</sup> | Daglig verksamhet  | Alingsåshem                   | 949kr/m <sup>2</sup>    | 959 016 kr          |                           |
| Slussen/Utbildningens Hus Östra Ringgatan 16           | Lokal      |  | 156 m <sup>2</sup>  | Daglig verksamhet  | Alingsåshem                   | 425kr/m <sup>2</sup>    | 0 kr                | Övergår till BmSS 2022    |
| Kungegården/ Kungegårdsgatan 9                         | Lokal      |  | 554 m <sup>2</sup>  | Daglig verksamhet  | Alingsåshem                   | 381kr/m <sup>2</sup>    | 217 608 kr          |                           |
| <b>Summa DV</b>  |            |  |                     |                    |                               |                         | <b>2 037 384 kr</b> |                           |

## Bostäder och lokaler Äldreomsorg

| Äldreboende/<br>Blockförhyring             |                             |  |                     |   |                                   |                       |                      |  |
|--|-----------------------------|--|---------------------|---|-----------------------------------|-----------------------|----------------------|--|
| Namn/Adress/Fastighetsbet<br>eckning       | Antal<br>lägenheter         |  | Yta                 | Verksamhet  | Fastighetsägare                   | Årshyra<br>kr / kvm   | Årshyra              | Plan för 2022-2025   |
| Brunnsgården                               | 77+1                        |  | 5638 m <sup>2</sup> | Bostäder för äldre 30 gruppboendeplatser och 30 servicelägenheter, verksamhetslokaler för hemtjänst, Träffpunkt och boendet. Kost- och restauranglokaler. | AB Alingsåshem                    |                       | 11 546 076 kr        | I budgetberedningen 2020-10-07 beslutades att om- och tillbyggnad ej genomförs. Innebär behov av nya SÄBO-platser, hemtjänstlokaler, träffpunkt och kostlokaler. |
| Brunnen                                    | 26+1                        |  | 1861 m <sup>2</sup> | Bostäder för äldre i form av servicelägenheter  | AB Alingsåshem                    |                       | 2 096 772 kr         | Konverteras till trygghetsboende 2022.   |
| Tuvegården                                 | 51                          |  | 4572 m <sup>2</sup> | Bostäder för äldre, verksamhetslokaler för Träffpunkt och boendet. Kost- och restauranglokaler.   | AB Alingsåshem                    |                       | 7 331 136 kr         |  |
| Ångabogården (Österbo, Västerbo och Ången) | 7 lgh + 32 korttidsplatser  |  | 2357 m <sup>2</sup> | Bostäder för äldre samt korttidsvistelse och växelvårdsplatser.   | AB Alingsåshem                    |                       | 4 106 460 kr         | Österbo och Västerbo omvandlas till korttidsboende under 2022.   |
| Kaptenen                                   | -                           |  | 181 m <sup>2</sup>  | Avser personalyta och gemensamhetslokaler för boende.   | BRF Kaptenen                      | 784kr/m <sup>2</sup>  | 143 672 kr           |  |
| Kaptenen                                   | 24                          |  | 792 m <sup>2</sup>  | Bostäder för äldre och del i gemensamhetslokaler.   | BRF Kaptenen                      |                       | 1 571 904 kr         |  |
| Hemsjögården                               | 34                          |  | 2231 m <sup>2</sup> | Bostäder för äldre  | Estea Ingared 5:49 Kommanditbolag |                       | 4 799 196 kr         | Brandskyddsåtgärder (sprinkler) kommer att utföras under perioden.   |
| Hagagården                                 | 40                          |  | 4572                | Bostäder för äldre, verksamhetslokaler för hemtjänst, Träffpunkt och boendet. Kost- och restauranglokaler. Även LSS-boende Klämmavägen ingår.             | AB Alingsåshem                    |                       | 7 713 324 kr         | Översyn och utredning för kök och hemtjänstlokaler kommer att utföras under perioden. Sprinkler ska kompletteras på de enheter där det saknas.                   |
| Noltorpsgården                             | 38                          |  | 2357 m <sup>2</sup> | Bostäder för äldre  | AB Alingsåshem                    |                       | 5 093 304 kr         |  |
| Bjärkegården                               | 66                          |  | 6972 m <sup>2</sup> | Bostäder för äldre, verksamhetslokaler för Träffpunkt och boendet. Kost- och restauranglokaler.   | AB Alingsåshem                    | 1582kr/m <sup>2</sup> | 11 356 608 kr        |  |
| Ginstgården                                | 32                          |  | 1325 m <sup>2</sup> | Bostäder för äldre.   | AB Alingsåshem                    |                       | 4 851 840 kr         | Verksamheten drivs av Bräcke diakoni   |
| Kvarnbacken                                | 17 lgh + 10 korttidsplatser |  | 4400 m <sup>2</sup> | Bostäder för äldre. Korttidsvistelse och växelvårdsplatser. Kontor för rehab och träningslokaler  | AB Alingsåshem                    | 1184kr/m <sup>2</sup> | 6 304 669 kr         | Avd. 1 och 2 omvandlas till permanent boende för äldre under 2022.   |
| <b>Totalt äldreomsorg</b>                  |                             |  |                     |   |                                   |                       | <b>66 914 961 kr</b> |  |

|                              |                      |
|------------------------------|----------------------|
| <b>Totala hyreskostnader</b> | <b>93 045 170 kr</b> |
|------------------------------|----------------------|

| Kategori   | Årshyra              |
|--|----------------------|
| Lokaler för övergripande administration, utlokaliserad hemtjänst och hemsjukvård | 5 333 423 kr         |
| Bostäder med personallokaler inom Avdelningarna för funktionsstöd                | 17 270 602 kr        |
| Lokaler för korttidsverksamhet och daglig verksamhet inom LSS                    | 3 526 184 kr         |
| Bostäder med verksamhetslokaler och kostlokaler äldreomsorg                      | 66 914 961 kr        |
| <b>Summa</b>   | <b>93 045 170 kr</b> |



# Tilläggsavtal för Hemsjögården

7

2022.100 VON

Datum: 2022-05-05  
Handläggare: Anita Hedström  
Direktnr: 0322-616009  
Diariernr: 2022.100 VON

Vård- och omsorgsnämnden

## Tilläggsavtal för Hemsjögården

### Ärendebeskrivning

Hemsjögården i Ingared är ett särskilt boende för äldre med 34 lägenheter. Fastigheten ägs av Estea AB sedan 2021. En tillsyn har utförts av Alingsås och Vårgårda Räddningstjänstförbund på fastigheten vilket resulterade i att fastighetsägaren fick ett föreläggande enligt Lagen om skydd mot olyckor. I föreläggande framgår krav på att sprinkler skall installeras på samtliga boendeavdelningar på Hemsjögården. Myndighetskravet innebär att vård- och omsorgsnämnden riskerar att inte medges bedriva särskilt boende för äldre i fastigheten.

Fastighetsägaren har utrett vad som krävs för att installera sprinkler på Hemsjögården och har i dialog med vård- och omsorgsförvaltningen kommit överens om att fastighetsägaren står för investeringen och kostnaderna föreslås att regleras i ett tilläggsavtal till blockhyresavtalet.

Hyresavtal med en löptid på över 10 år ska godkännas av kommunfullmäktige enligt beslut i kommunfullmäktige den 23 april 2008, § 88.

### Förvaltningens yttrande

Det ligger i både fastighetsägarens och vård- och omsorgsförvaltningens intresse att ha ett långsiktigt samarbete när en större investering skall göras. Båda parter önskar därför teckna ett avtal som sträcker sig över 12 år. Dels för att få ned avskrivningskostnaden, dels för att trygga ett långt partnerskap.

### Ekonomisk bedömning

Vård- och omsorgsförvaltningen önskar teckna ett 12-årigt tilläggsavtal till blockhyresavtalet så att hyresnivån hamnar på en rimlig nivå. Ny årshyra kommer att vara 5 125 000, vilket innebär en hyresökning med 326 000 kr per år. Den ökade hyreskostnaden är hänförligt till installationen av sprinkler i fastigheten.

### Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar att medge vård- och omsorgsförvaltningen att teckna ett tilläggsavtal på 12 år för sprinklerinstallation vid äldreboendet Hemsjögården.

Vård- och omsorgsnämnden föreslår kommunfullmäktige att medge att tilläggsavtal tecknas enligt ovan.

**Beslutet ska skickas till**  
KS, KLK

Anita Hedström  
Förvaltningschef

Henrik Larsson  
Avdelningschef förvaltningskontoret

HYRESKONTRAKT  
för lokal

Nr \_\_\_\_\_

Undertecknade har denna dag träffat följande hyreskontrakt:

Kryss i ruta innebär att den därefter följande texten gäller.

|   |   |                                     |  |  |
|---|---|-------------------------------------|--|--|
| Hyresvärd   | Ingareds Vårdboende KB  |                                     | Personnr/orgnr<br>969678-7275  |  |
| Hyresgäst(er)   | Alingsås Kommun Vård och Äldre  |                                     | Personnr/orgnr<br>212000-1553  |  |
| Lokalens adress mm  | Kommun  | Alingsås                            |  | Fastighetsbeteckning<br>Ingared 5:49             |
|   | Gata  | Ingaredsgatan 70                    |  | Trappor  |
|   | Lägenhet nr   |                                     |  |  |
|   | Aviseringsadress<br>441 81 Alingsås   |                                     |  |  |
| Lokalens skick och användning   | Lokalen med tillhörande utrymmen uthyrs, om inte annat anges, i befintligt skick att användas till:<br>Äldreboende med där i ingående verksamhet  |                                     |  |  |
| Lokalens storlek och omfattning   | Butiksarea i plan   | Kontorsarea i plan                  | Lagerarea i plan   | Övrig area m <sup>2</sup>                        |
|   | m <sup>2</sup>  | m <sup>2</sup>                      | m <sup>2</sup>   | 1-3 ca 2 543m <sup>2</sup><br>se bilaga 1,2      |
| Angivna areor   |   |                                     |  |  |
| <input type="checkbox"/> har <input checked="" type="checkbox"/> har inte inför avtalets tecknande gemensamt mätts upp.   |   |                                     |  |  |
| Om i avtalet angiven area avviker från uppmätt area medför avvikelsen inte rätt för hyresgästen till återbetalning respektive hyresvärden rätt till högre hyra.   |   |                                     |  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Omfattningen av de förhyrda lokalerna har markerats å bifogade ritning(ar).   |   |                                     |  |  |
|   | tillfart för bil för i- och urlastning  | plats för skylt                     | plats för skyfiskskåp/automat  | parkeringsplats(er) för bil(ar)                  |
|   | <input checked="" type="checkbox"/>   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input checked="" type="checkbox"/>              |
|   |   |                                     |  | garageplats(er) för bil(ar)                      |
|   |   |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/> enl bilaga 2 |
| Inredning m m   | Lokalen uthyrs  |                                     |  |  |
|   | <input checked="" type="checkbox"/> utan särskild för verksamheten avsedd inredning   |                                     | <input type="checkbox"/> med särskild för verksamheten avsedd inredning enl bilaga |  |
| Vid hyresförhållandets upphörande skall hyresgästen, om inte annan överenskommelse träffats, bortföra honom tillhörig egendom och återställa lokalerna i godtagbart skick. Parterna är eniga om att senast sista dagen av hyresförhållandet gemensamt genomföra besiktning av lokalerna. Om till följd av hyresgästens åtgärder - vidtagna med eller utan hyresvärdens medgivande - lokalen vid avflyttningen innehåller material, som inte särskilt överenskomits att hyresvärden ansvarar för, skall hyresgästen avlägsna materialet eller ersätta hyresvärden dennes kostnader för kvittblivning såsom förekommande avfallsbaskatt, transport och avgift för deponering eller motsvarande. |   |                                     |  |  |
| Ledningar för telefoni  | <input checked="" type="checkbox"/> Hyresgästen bekostar erforderlig dragnig av ledningar för telefoni från den anslutningspunkt operatören anger till de ställen i lokalen som hyresgästen i samråd med hyresvärden väljer.          |                                     |  |  |
|   | <input type="checkbox"/> Hyresvärden bekostar motsvarande ledningsdragnig fram till lokalen. Ledningsdragnig inom lokalen utförs och bekostas av hyresgästen men skall ske i samråd med hyresvärden.                                  |                                     |  |  |
| Ledningar för datakommunikation   | <input checked="" type="checkbox"/> Hyresgästen bekostar erforderlig dragnig av ledningar för datakommunikation från den anslutningspunkt operatören anger till de ställen i lokalen som hyresgästen i samråd med hyresvärden väljer. |                                     |  |  |
|   | <input type="checkbox"/> Hyresvärden bekostar motsvarande ledningsdragnig fram till lokalen. Ledningsdragnig inom lokalen utförs och bekostas av hyresgästen men skall ske i samråd med hyresvärden.                                  |                                     |  |  |
| Hyrestid  | Från och med den  |                                     | Till och med den   |  |
|   | 2012-07-01  |                                     | 2022-06-30   |  |
| Uppsägningstid/<br>Förlängningstid  | Uppsägning av detta kontrakt skall ske skriftligen minst 60 månader före den avtalade hyrestidens utgång.   |                                     |  |  |
|   | i annat fall är kontraktet förlängt med 5 år för varje gång.  |                                     |  |  |
| Värme och varmvatten  | Erforderlig uppvärmning av lokalen ombesörjes av <input type="checkbox"/> hyresvärden <input checked="" type="checkbox"/> hyresgästen   |                                     |  |  |
|   | Varmvatten tillhandahålls <input checked="" type="checkbox"/> hela året <input type="checkbox"/> inte alls <input checked="" type="checkbox"/> Energikostnad erläggs av hyresgäst<br>se bilaga 2                                      |                                     |  |  |

Denna blankett är utskriven med HogiaHyra.

HYRESKONTRAKT  
för lokal

Nr \_\_\_\_\_

Undertecknade har denna dag träffat följande hyreskontrakt:

Kryss i ruta innebär att den därefter följande texten gäller.

|  |  |   |                                     |   |             |  |                                 |   |                                    |  |  |  |   |                          |   |  |                          |                                    |  |                          |
|--|--|---|-------------------------------------|---|-------------|--|---------------------------------|---|------------------------------------|--|--|--|---|--------------------------|---|--|--------------------------|------------------------------------|--|--------------------------|
| Hyra   | Kronor<br>4 483 000  | per år utgörande  | <input type="checkbox"/> total hyra | <input checked="" type="checkbox"/> hyra exkl nedan markerade tillägg |             |  |                                 |   |                                    |  |  |  |   |                          |   |  |                          |                                    |  |                          |
| Index-<br>klausul  | <input checked="" type="checkbox"/> Ändring av ovan angiven hyra sker i enlighet med bifogade indexklausul   |   |                                     |   | Bilaga<br>3 |  |                                 |   |                                    |  |  |  |   |                          |   |  |                          |                                    |  |                          |
| Kostnad för<br>värme och<br>varmvatten                   | <input checked="" type="checkbox"/> Bränsle/Värmetillägg utgår i enlighet med bifogade klausul   |   |                                     |   | Bilaga<br>2 |  |                                 |   |                                    |  |  |  |   |                          |   |  |                          |                                    |  |                          |
| Va-kostnad   | <input type="checkbox"/> Va-tillägg utgår i enlighet med bifogade klausul  |   |                                     |   | Bilaga      |  |                                 |   |                                    |  |  |  |   |                          |   |  |                          |                                    |  |                          |
| Kyla<br>Ventilation                                      | <input type="checkbox"/> Kostnader för drift av särskild kyl- och ventilationsanläggning ersätts i enlighet med bifogade klausul   |   |                                     |   | Bilaga      |  |                                 |   |                                    |  |  |  |   |                          |   |  |                          |                                    |  |                          |
| EI   | <input type="checkbox"/> ingår i hyran   | <input checked="" type="checkbox"/> hyresgästen har eget abonnemang                           |                                     |   |             |  |                                 |   |                                    |  |  |  |   |                          |   |  |                          |                                    |  |                          |
| Trapp-<br>städning                                       | <input type="checkbox"/> ingår i hyran   | <input checked="" type="checkbox"/> ombesörjs och bekostas av hyresgästen                     |                                     |   |             |  |                                 |   |                                    |  |  |  |   |                          |   |  |                          |                                    |  |                          |
| Emballage-<br>och sop-<br>hämtning                       | <p>I den omfattning det åligger hyresvärden att dels tillhandahålla utrymme för lagring av sopor/emballage dels ordna borttransport av sådant avfall, åligger det hyresgästen att sortera och placera avfall i avsett kärl på avsedd plats liksom att utan kompensation medverka till den ytterligare källsortering som hyresvärden kan komma att besluta.</p> <p>Emballage- och sophämtning</p> <p><input type="checkbox"/> ingår i hyran</p> <p><input type="checkbox"/> ombesörjs och bekostas av hyresgästen (dock åligger det hyresvärden att tillhandahålla sopkärl och erforderligt soputrymme)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ingår i hyran beträffande nedan markerade avfallsfraktioner. Det åligger hyresgästen att själv svara för och bekosta uppsamling, sortering, lagring och transport av hos hyresgästen förekommande avfallsfraktioner som inte markerats nedan.</p> <table border="0"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> hushållsavfall</td> <td><input type="checkbox"/> lysrör</td> <td><input type="checkbox"/> hårda plastförpackningar</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> grovsopor</td> <td><input type="checkbox"/> metallförpackningar</td> <td><input type="checkbox"/> farligt avfall enligt förordning (1996:971) om farligt avfall</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> komposterbart avfall</td> <td><input type="checkbox"/> ofärgade glasförpackningar</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> tidningspapper</td> <td><input type="checkbox"/> färgade glasförpackningar</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> batterier</td> <td><input type="checkbox"/> pappförpackningar</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> |   |                                     |   |             | <input checked="" type="checkbox"/> hushållsavfall | <input type="checkbox"/> lysrör | <input type="checkbox"/> hårda plastförpackningar | <input type="checkbox"/> grovsopor | <input type="checkbox"/> metallförpackningar | <input type="checkbox"/> farligt avfall enligt förordning (1996:971) om farligt avfall | <input checked="" type="checkbox"/> komposterbart avfall | <input type="checkbox"/> ofärgade glasförpackningar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> tidningspapper | <input type="checkbox"/> färgade glasförpackningar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> batterier | <input type="checkbox"/> pappförpackningar | <input type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> hushållsavfall       | <input type="checkbox"/> lysrör  | <input type="checkbox"/> hårda plastförpackningar   |                                     |   |             |  |                                 |   |                                    |  |  |  |   |                          |   |  |                          |                                    |  |                          |
| <input type="checkbox"/> grovsopor                       | <input type="checkbox"/> metallförpackningar   | <input type="checkbox"/> farligt avfall enligt förordning (1996:971) om farligt avfall        |                                     |   |             |  |                                 |   |                                    |  |  |  |   |                          |   |  |                          |                                    |  |                          |
| <input checked="" type="checkbox"/> komposterbart avfall | <input type="checkbox"/> ofärgade glasförpackningar  | <input type="checkbox"/>  |                                     |   |             |  |                                 |   |                                    |  |  |  |   |                          |   |  |                          |                                    |  |                          |
| <input type="checkbox"/> tidningspapper                  | <input type="checkbox"/> färgade glasförpackningar   | <input type="checkbox"/>  |                                     |   |             |  |                                 |   |                                    |  |  |  |   |                          |   |  |                          |                                    |  |                          |
| <input type="checkbox"/> batterier                       | <input type="checkbox"/> pappförpackningar   | <input type="checkbox"/>  |                                     |   |             |  |                                 |   |                                    |  |  |  |   |                          |   |  |                          |                                    |  |                          |
| Snöröjning<br>och sandning                               | <input checked="" type="checkbox"/> ingår i hyran  | <input type="checkbox"/> ombesörjs och bekostas av hyresgästen                                | <input type="checkbox"/> enligt bil |   | Bilaga      |  |                                 |   |                                    |  |  |  |   |                          |   |  |                          |                                    |  |                          |
| Fastighets-<br>skatt                                     | <input type="checkbox"/> ingår i hyran   | <input checked="" type="checkbox"/> ersättning härför erläggs enligt särskild överenskommelse |                                     |   | Bilaga<br>4 |  |                                 |   |                                    |  |  |  |   |                          |   |  |                          |                                    |  |                          |
| Oförutsedda<br>kostnader                                 | <p>Skulle efter avtalets tecknande oförutsedda kostnadsökningar uppkomma för fastigheten på grund av</p> <p>a) införande eller höjning av särskild för fastigheten utgående skatt, avgift eller påлага varom riksdag, regering, kommun eller myndighet kan komma att besluta</p> <p>b) generella ombyggnadsåtgärder eller liknande på fastigheten som ej enbart avser lokalen och som hyresvärden åläggs att utföra till följd av beslut av riksdag, regering, kommun eller myndighet</p> <p>skall hyresgästen med verkan från iträdd kostnadsökning erlägga ersättning till hyresvärden för på lokalen belöpande andel av den totala årliga kostnadsökningen för fastigheten.</p> <p>Lokalens andel är 100 procent. Har andelen ej angivits utgörs denna av hyresgästens hyra (exkl eventuell moms) i förhållande till i fastigheten utgående lokalhyror (exkl eventuell moms) vid tiden för kostnadsökningen. För ej uthyrd lokal görs därvid en uppskattning av marknadshyran för lokalen.</p> <p>Med skatt enligt a) ovan avses ej moms och fastighetskatt i den mån ersättning härför erläggs i enlighet med särskild överenskommelse. Med oförutsedda kostnader menas sådana kostnader som vid avtalets ingående inte beslutats av de under a) och b) angivna instanserna. Ersättning erläggs enligt nedanstående regler om hyrans betalning.</p>  |   |                                     |   |             |  |                                 |   |                                    |  |  |  |   |                          |   |  |                          |                                    |  |                          |

Denna blankett är utskriven med HogiaHyra.

# HYRESKONTRAKT för lokal

Nr \_\_\_\_\_

Undertecknade har denna dag träffat följande hyreskontrakt:

Kryss i ruta innebär att den därefter följande texten gäller.

|   |   |   |
|---|---|---|
| <b>Mervärdesskatt (moms)</b>  | <input checked="" type="checkbox"/> Fastighetsägaren/hyresvärden är skattskyldig till moms för uthyrning av lokalen. Hyresgästen skall utöver hyran erlägga vid varje tillfälle gällande moms.<br><br><input type="checkbox"/> Om fastighetsägaren/hyresvärden efter beslut av skattemyndigheten blir skattskyldig till moms för uthyrning av lokalen skall hyresgästen utöver hyran erlägga vid varje tillfälle gällande moms.<br><br>Momsen som erläggs samtidigt med hyran beräknas på angivet hyresbelopp jämte, enligt vid varje tidpunkt gällande regler för moms på hyra, på i förekommande fall enligt hyreskontraktet utgående tillägg och andra ersättningar.<br><br>Om hyresvärden till följd av hyresgästens självständiga agerande - såsom upplåtelse av lokalen i andra hand (även upplåtelse till eget bolag), eller överlåtelse - blir återbetalningskyldig för moms enligt bestämmelserna i mervärdesskattelagen skal hyresgästen fullt ut ersätta hyresvärden med det återbetalda beloppet. Hyresgästen skall vidare utge ersättning för den kostnadsökning som följer av hyresvärdens förlorade avdragsrätt för ingående moms på driftkostnaderna som uppstår genom hyresgästens agerande. |   |
| <b>Hyrans betalning</b>   | Hyran erläggs utan anfordran i förskott senast sista vardagen före varje  | postgiro nr _____<br>bankgiro nr <b>5421-5686</b>   |
|   | <input type="checkbox"/> kalendermånads början <input checked="" type="checkbox"/> kalenderkvartals början  | genom insättning på _____   |
| <b>Ränta Betalnings-påminnelse</b>  | Vid försenad hyresbetalning skall hyresgästen erlägga dels ränta enligt ränte lagen, dels ersättning för skriftlig betalningspåminnelse enligt lagen om ersättning för inkassokostnader m m. Ersättning för påminnelse utgår med belopp som vid varje tillfälle gäller enligt förordningen om ersättning för inkassokostnader m m.  |   |
| <b>Underhåll mm</b>   | Dock att hyresgästen svarar för <span style="float: right;">Bilaga</span>   |   |
|   | <input type="checkbox"/> Hyresvärden skall utföra och bekosta erforderligt underhåll av lokalerna och av honom tillhandahållen inredning.   | Hyresgästens underhållsskyldighet omfattar därutöver <span style="float: right;">Bilaga</span>  |
|   | <input type="checkbox"/> Hyresgästen skall utföra och bekosta erforderligt underhåll av ytskikt på golv, väggar och tak jämte av inredning tillhandahållen av hyresvärden<br><br>Om hyresgästen åsidosätter sin underhållsskyldighet och ej inom skäligen tid vidtar rättelse efter skriftlig anmodan äger hyresvärden rätt att fullgöra skyldigheten på hyresgästens bekostnad.  | <span style="float: right;">Bilaga</span><br><b>5</b>   |
| <input checked="" type="checkbox"/> Fördeiningen av underhållsansvaret framgår av särskild bilaga |   |   |
| <b>Skötsel och drift</b>  | Om inte annat överenskommit åligger det hyresvärden att i förekommande fall ombesörja skötsel, drift och underhåll av allmänna och gemensamma utrymmen.<br><br>Hyresgästen äger ej rätt att utan hyresvärdens skriftliga godkännande, i lokalen eller eljest inom fastigheten, utföra inrednings- och/eller installations- eller ändringsarbeten som direkt berör bärande byggnadsdelar eller för fastighetens funktion viktiga installationer såsom VA-, el-, ventilationsystem etc, tillhöriga hyresvärden.<br><br>Sprinklerhuvuden och anordningar för ventilation får inte av hyresgästen byggas in i inredning så att effekten av sådana anordningar försämras. Det åligger hyresgästen att vid utförande av inredningsarbeten se till att funktionen hos radiatorer och andra uppvärmningsanordningar i allt väsentligt behållas.   |   |
| <b>Revisionsbesiktningar</b>  | Om vid av myndighet påkallad revisionsbesiktning av el- och sprinkleranordningar konstateras fel och brister i hyresgästen tillhörig installation, åligger det hyresgästen att på egen bekostnad inom av myndigheten föreskriven tid utföra begärda åtgärder. Om hyresgästen inom nämnda tid ej åtgärdar fel och brister äger hyresvärden rätt att på hyresgästens bekostnad utföra sådana åtgärder som myndigheten föreskrivit.  |   |
| <b>Tillgänglighet till vissa utrymmen</b>   | Utrymmen som fastighetsskötare och personal från Energiverket, VA-verket, Telia AB eller motsvarande måste ha tillgång till, skall vad ankommer på hyresgästen hållas lätt tillgängliga genom att inte blockera tillträdet till sådana utrymmen med skåp, backar, varor och dylikt.   |   |
| <b>Byggvarudeklarationer</b>  | Om hyresgästen i enlighet med bestämmelser i detta avtal eller eljest utför underhålls-, förbättrings- eller ändringsarbeten avseende lokalen skall han för hyresvärden i god tid före arbetets utförande förete byggvarudeklarationer - i den mån sådana finns utarbetade - för de produkter och material som skall tillföras lokalen.   |   |
| <b>PBL-avgifter</b>   | Om hyresgästen utan erforderligt bygglov vidtar ändringar i lokalerna och hyresvärden till följd härav enligt reglerna i PBL tvingas utge byggnadsavgift eller tilläggsavgift skall hyresgästen till hyresvärden utge motsvarande belopp.   |   |
| <b>Nedsättning av hyra</b>  | Hyresgästen har inte rätt till nedsättning i hyran för tid då hyresvärden låter utföra arbete för att sätta lägenheten i avtalat skick eller annat arbete som särskilt anges i avtalet. <span style="float: right;">Bilaga</span>   |   |
|   | <input type="checkbox"/> Hyresgästens rätt till ersättning av hyran när hyresvärden utför sedvanligt underhåll av de förhyrda lokalerna eller fastigheten i övrigt regleras i bilaga.   |   |
| <b>Myndighetskrav m m</b>   | Det åligger   | att på eget ansvar och egen bekostnad svara för de åtgärder, som av försäkringsbolag eller byggnadsnämnd, miljö- och hälsoskyddsnämnd, brandmyndighet eller annan myndighet kan komma att krävas för lokalens nyttjande för avsedd användning. Hyresgästen skall samråda med hyresvärden innan åtgärder vidtas. |
|   | <input type="checkbox"/> hyresvärden <input checked="" type="checkbox"/> hyresgästen  |   |

Denna blankett är utskriven med HogiaHyra.


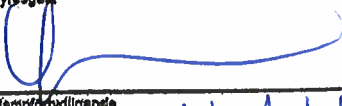

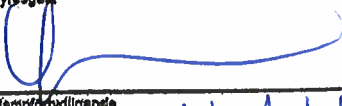

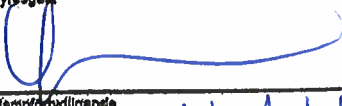


# HYRESKONTRAKT för lokal

Nr \_\_\_\_\_

Undertecknade har denna dag träffat följande hyreskontrakt:

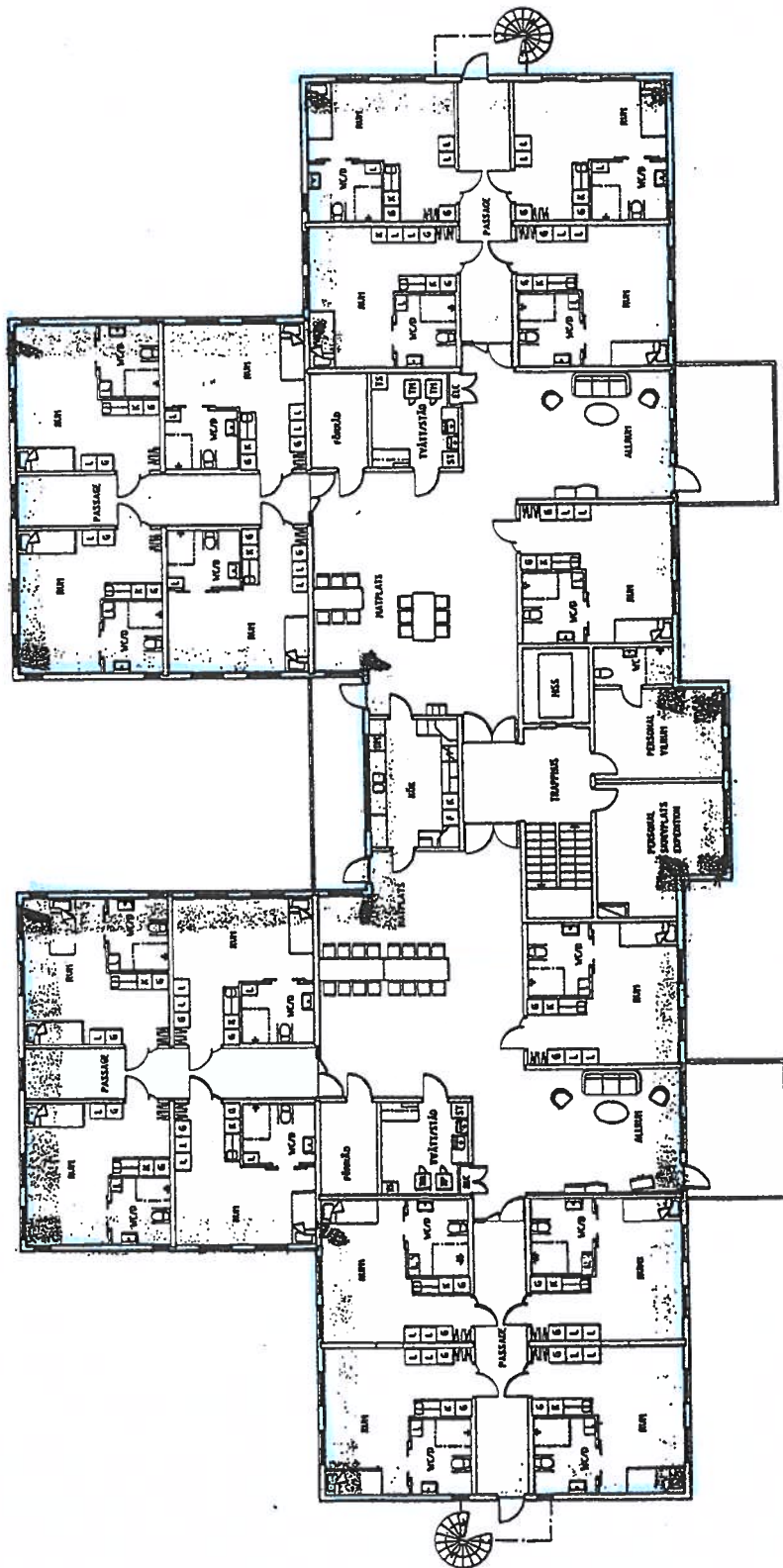
Kryss i ruta innebär att den därefter följande texten gäller.

|  |   |                         |                         |  |   |                   |                                     |
|--|---|-------------------------|-------------------------|--|---|-------------------|-------------------------------------|
| Skyltar, märkiser, fönster, dörrar etc   | <p>Hyresgästen äger efter samråd med hyresvärdens rätt att uppsetts för verksamheten sedvanlig skylt, under förutsättning, att hyresvärdens ej har befogad anledning vägra och att hyresgästen inhämtat erforderliga tillstånd av berörda myndigheter. Vid avfytning åligger det hyresgästen att återställa husfasaden i godtagbart skick.</p> <p>Vid mera omfattande fastighetsunderhåll såsom fasadrenovering åligger det hyresgästen att på egen bekostnad och utan ersättning nedmontera och åter uppmontera skyltar, märkiser och skyltar.</p> <p>Hyresvärdens förbinder sig att inte uppsetts automater och skyltskåp å ytterväggarna till de av hyresgästen förhyrda lokalerna utan hyresgästans medgivande samt medger hyresgästen optionerätt att uppsetts automater och skyltskåp å frågavarande väggar.</p> <p><input type="checkbox"/> Hyresvärdens<br/> <input checked="" type="checkbox"/> Hyresgästen svarar för skador på grund av åverkan å</p> <p style="text-align: right;"><input checked="" type="checkbox"/> fönster<br/> <input type="checkbox"/> skyltfönster<br/> <input checked="" type="checkbox"/> entrédörrar<br/> <input checked="" type="checkbox"/> skyltar<br/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Hyresgästen är skyldig att teckna och vidmakthålla glasförsäkring beträffande samtliga till lokalerna hörande skyltfönster och entrédörrar.</p> |                         |                         |  |   |                   |                                     |
| Läsanordningar   | <p>Det åligger <input type="checkbox"/> Hyresvärdens <input checked="" type="checkbox"/> Hyresgästen att utrusta lokalerna med sådana läs- och stilskyddsanordningar som krävs för hyresgästans affärs- eller företagsförsäkring.</p>   |                         |                         |  |   |                   |                                     |
| Force majeure  | Hyresvärdens frilägger sig från skyldighet att fullgöra sin del av avtalet och från skyldighet att erlagga skadestånd om hans åtaganden inte alla eller endast till onormalt hög kostnad kan fullgöras på grund av krig eller uppbopp, på grund av sådan arbetsinnehållelse, blockad, eldsvåda, explosion eller ingrepp av offentlig myndighet som hyresvärdens inte råder över och inte heller kunnat förutse.   |                         |                         |  |   |                   |                                     |
| Säkerhet   | <p>Förutsättning för detta avtals giltighet är att säkerhet i form av</p> <p><input type="checkbox"/> bankgaranti <input type="checkbox"/> borgen <input type="checkbox"/> _____</p> <p style="text-align: right;">lämnas senast den _____</p>  |                         |                         |  |   |                   |                                     |
| Särskilda bestämmelser   | Särskilda bestämmelser avseende drift och underhåll se bilaga. <sup>5</sup>   |                         |                         |  |   |                   |                                     |
| Underskrift  | <p>Detta kontrakt, som inte utan särskilt medgivande får inskrivas, har upprättats i två likvärdiga exemplar, av vilka parterna tagit var sitt. Tidigare avtal mellan parterna avseende denna lokal upphör att gälla fr o m detta avtals ikraftträdande.</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">Ort/Datum<br/>2019-03-21</td> <td style="width: 50%; border: none;">Ort/Datum<br/>2021-03-25</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Hyresvärd<br/></td> <td style="border: none;">Hyresgäst<br/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Namnförtydligande</td> <td style="border: none;">Namnförtydligande<br/>Anita Hedström</td> </tr> </table>   | Ort/Datum<br>2019-03-21 | Ort/Datum<br>2021-03-25 | Hyresvärd<br> | Hyresgäst<br> | Namnförtydligande | Namnförtydligande<br>Anita Hedström |
| Ort/Datum<br>2019-03-21  | Ort/Datum<br>2021-03-25   |                         |                         |  |   |                   |                                     |
| Hyresvärd<br> | Hyresgäst<br>   |                         |                         |  |   |                   |                                     |
| Namnförtydligande  | Namnförtydligande<br>Anita Hedström   |                         |                         |  |   |                   |                                     |
| Överens-<br>kommelse<br>m avfytning  | <p>På grund av denna dag träffad överenskommelse upphör kontraktet att gälla</p> <p>fr o m den _____ till vilken dag hyresgästen förbinder sig att avflytta.</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">Ort/Datum</td> <td style="width: 50%; border: none;">Ort/Datum</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Hyresvärd</td> <td style="border: none;">Hyresgäst</td> </tr> </table>  | Ort/Datum               | Ort/Datum               | Hyresvärd  | Hyresgäst   |                   |                                     |
| Ort/Datum  | Ort/Datum   |                         |                         |  |   |                   |                                     |
| Hyresvärd  | Hyresgäst   |                         |                         |  |   |                   |                                     |
| Övertåtelse  | <p>Ovanstående hyreskontrakt överlåtes</p> <p>fr o m den _____ på</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">Frånträdande hyresgäst</td> <td style="width: 50%; border: none;">Tillträdande hyresgäst</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;">Person/orgnr</td> </tr> </table>   | Frånträdande hyresgäst  | Tillträdande hyresgäst  |  | Person/orgnr  |                   |                                     |
| Frånträdande hyresgäst   | Tillträdande hyresgäst  |                         |                         |  |   |                   |                                     |
|  | Person/orgnr  |                         |                         |  |   |                   |                                     |
| Ovanstående<br>övertåtelse<br>godkännes  | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">Ort/Datum</td> <td style="width: 50%; border: none;">Hyresvärd</td> </tr> </table>  | Ort/Datum               | Hyresvärd               |  |   |                   |                                     |
| Ort/Datum  | Hyresvärd   |                         |                         |  |   |                   |                                     |

Denna blankett är utskriven med HöglaHyra.



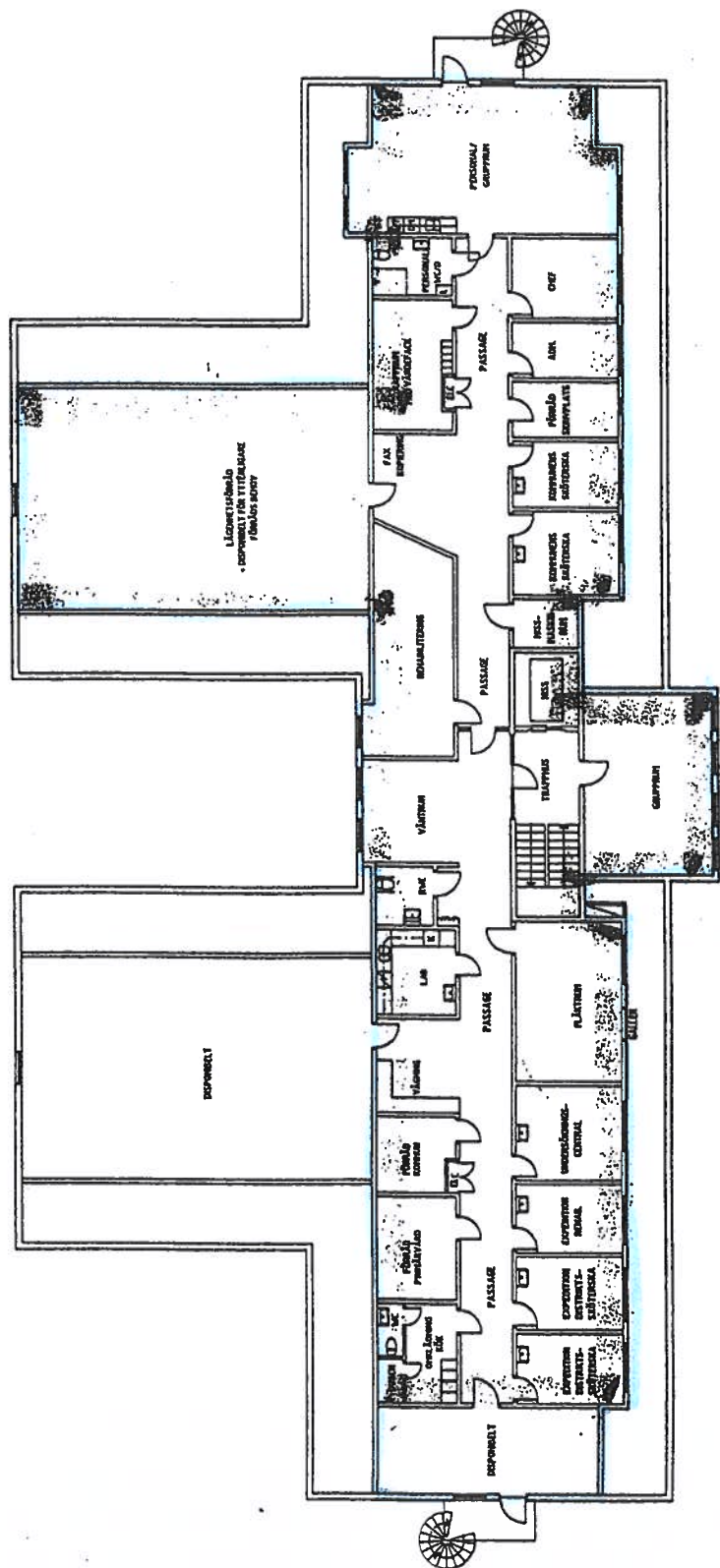




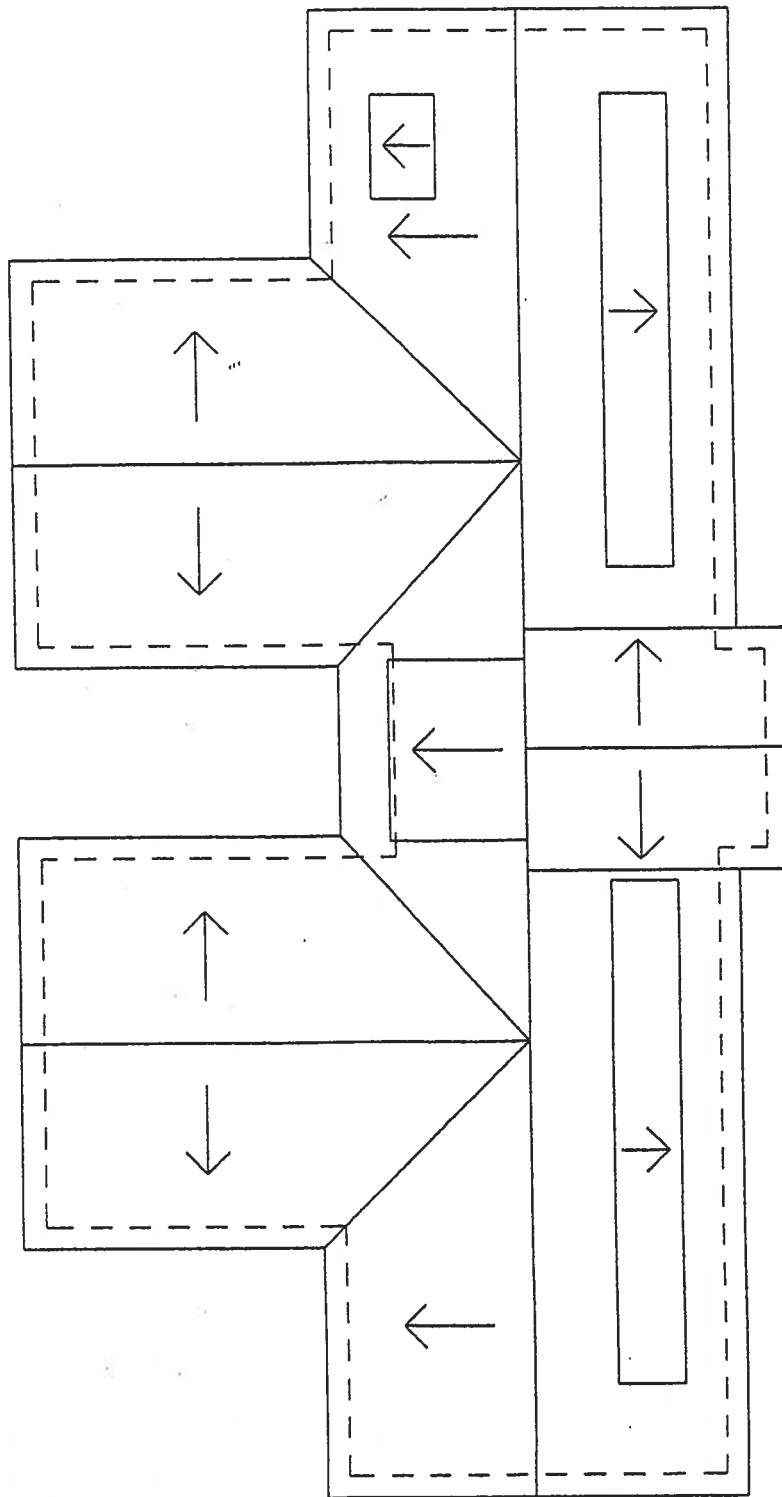
|  |                        |                          |                      |
|--|------------------------|--------------------------|----------------------|
| BYGGLOVHANDLING  | BYGGLOV                | BYGGLOV                  | BYGGLOV              |
| <b>PEABE</b>   |                        |                          |                      |
| ALFREDBORDE NGÅREDE<br>NGÅREDE 5:49<br>ALINGSÅS KOMMUN                               |                        |                          |                      |
| <b>FREDBLAD ARKITEKTER</b><br>VERKSTÄD<br>FREDRIKSBORGSGATAN 10<br>S-141 37 ALINGSÅS |                        |                          |                      |
| BYGGLOV NR<br>8673   | BYGGLOV<br>J. KRÄFTORS | BYGGLOV<br>A.-C. CÄSTNER |                      |
| BYGGLOV<br>2007-02-01  |                        |                          |                      |
| PLAN 2. 1 TRAPPA   |                        |                          |                      |
| BYGGLOV NR<br>1:100  | BYGGLOV NR<br>1:200    | BYGGLOV NR<br>1:500      | BYGGLOV NR<br>1:1000 |
|  |                        |                          | A30302               |

*Handwritten signatures and initials in blue ink.*

|   |                            |                              |                              |
|---|----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| BYGGLOVHANDLING                                     | BYGGLOV                    | BYGGLOV                      | BYGGLOV                      |
| <b>EPHABE</b>                                       |                            |                              |                              |
| ALFREDENDE NÅRHED<br>NØRHEI 5-49<br>ALINGSÅS KOMMUN |                            |                              |                              |
| <b>FREDEBLAD</b> ARKITEKTER                         |                            |                              |                              |
| PROSJEKTANT<br>8673                                 | PROSJEKTANT<br>J. RABEFOSS | PROSJEKTANT<br>A.-C. CASTLER | PROSJEKTANT<br>A.-C. CASTLER |
| 2001-02-01  |                            |                              |                              |
| PLAN 3, VINDSPJAN                                   |                            |                              |                              |
| 1:100   | 1:200                      | 1:200                        | 1:200                        |



*Handwritten initials/signature in blue ink.*



BYGGLOVHANDLING

**EPHABE**

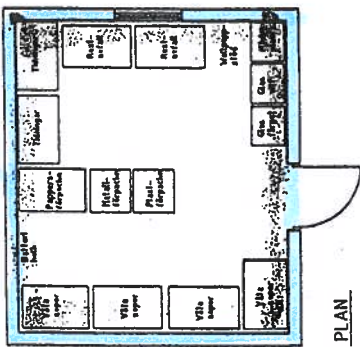
ÅLSTREDESGATE 14  
NO 0454  
ALINGSÅS KOMMUNE

FREDBLAD ARKITEKTER  
SINCE 1988

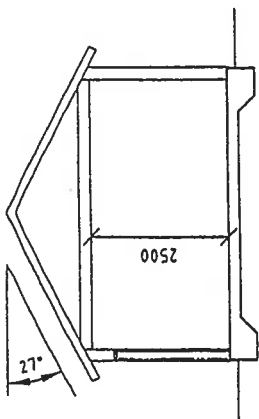
PROSJEKTANT  
J. KJØRSTAD  
2001-02-01

PLAN 4, TUNNEN

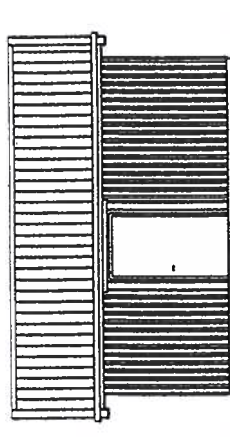
1:100 1200 A303.04



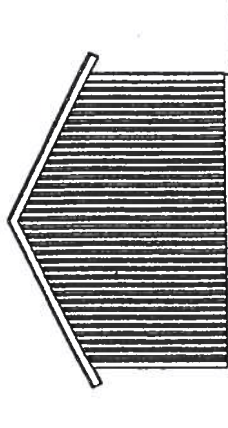
PLAN



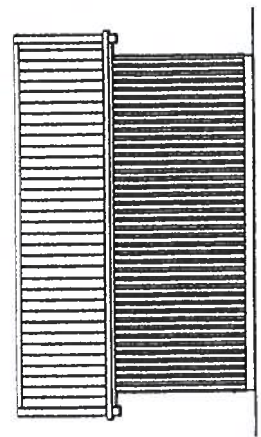
SEKTION



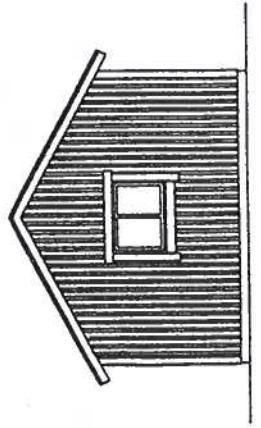
FASAD MOT SÖDER



FASAD MOT VÄSTER



FASAD MOT NORR



FASAD MOT ÖSTER

|  |  |                        |                       |
|--|--|------------------------|-----------------------|
| BYGGLOVHANDLING  | BYGGLOV  | BYGGLOV                | BYGGLOV               |
| <b>PEABE</b>   | ÅLDREBOENDE NÄRLED<br>BINGÅRD 3:4-9<br>ALINGSÅS KOMMUN |                        |                       |
| <b>FREDBLAD</b> ARKITEKTER                             | BYGGLOV<br>BYGGLOV<br>BYGGLOV                          |                        |                       |
| ÅLDREBOENDE NÄRLED<br>BINGÅRD 3:4-9<br>ALINGSÅS KOMMUN | BYGGLOV<br>8673  | BYGGLOV<br>A-C CASTLER | BYGGLOV<br>2001-02-01 |
| POLJÖSTATION<br>PLAN, SEKTION & FASADER                |  |                        | BYGGLOV<br>1/01       |

*Handwritten signatures and initials.*

## Bilaga 2 till Hyreskontrakt mellan Alingsås kommun och Ingareds Vårdboende KB

### Hyresobjektets area.

Hyresobjektet avser fastigheten Ingared 5:49 med följande fördelning

|  |                    |
|--|--------------------|
| Plan 1 Hela våningsplanet                      | 960 m <sup>2</sup> |
| Plan 2 Hela våningsplanet                      | 960 m <sup>2</sup> |
| Plan 3 Hela den inredda delen av våningsplanet | 595 m <sup>2</sup> |
| Sophus   | 28 m <sup>2</sup>  |

Lokalernas omfattning framgår av bilaga 1

Hyresgästen har rätt att hyra ut del av plan 3 till andrahandshyresgäst.

### Parkeringsplatser.

I hyresavtalet ingående p-platser fördelar sig enligt nedan.

Norr om Hemsjögården ingår ett 20-tal parkeringsplatser i huvudsak avsedda för personal.

I anslutning till entréen finns ett 5-10 parkeringsplatser i huvudsak avsedda för besök och handikapp.

Övriga parkeringsplatser.

Under 2009 utförde hyresvärden i samförstånd med hyresgästen ett 25-tal parkeringsplatser på kommunal mark sydväst om Hemsjögården. Tillfälligt bygglov erhöles 2009. Hyresgästen har säkerställt att Alingsås kommun (tekniska kontoret) svarar för drift och underhåll.

Hyresgästen svarar för ev. kostnader och åtagande som Alingsås kommun påför Hyresvärden. avseende parkeringsplatsen.

### Inredning.

Ansvar för skötsel, underhåll etc av inredning följer av upprättad krysslista. Bilaga 5.

### Värme, Energi och elförbrukning.

Fastighetens uppvärmning sker med värmepump och elpanna. Elabonnemanget för fastigheten ligger på Hyresgästen som därmed svarar för all energikostnad å fastigheten.

Hyresbeloppet har satts med denna utgångspunkt.

Parterna och ev. ytterligare hyresgäst å fastigheten kan överenskomma om annan reglering av energikostnaden.

Sign



### Överlåtelse av avtal samt andrahandsuthyrning.

I det fall kommunen överlåter verksamheten i Fastigheten för extern drift (ex. vis med tanke på LOV) är parterna överens om att Hyresgästen har rätt till andrahandsuthyrning för hela eller delar av Fastigheten. Om Hyresgästen önskar överlåta Hyresavtalet till ny driftsoperatör har parterna diskuterat detta och är överens om att Hyresvillkoren kan komma att justeras med beaktande av ev. ny hyresgästs soliditet och kreditvärdighet.

Hyresgästen hyr ut del av anläggningen som vårdcentral. Diskussioner har förts mellan Hyresgäst, Hyresvärd och andrahandshyresgäst om ev. utbyggnad av vårdcentralen inom oinredd vind. I det fall utbyggnad kommer till stånd är det Hyresgästs och Hyresvärds intention att gällande andrahandsavtal efter överläggning överlåts till Hyresvärden.


### Avtalets uppsägningstid och förlängning.

Kontraktstid, uppsägningstid och förlängning har satts med tanke på nuvarande detaljplan som är begränsad till industri och vårdändamål. Hyresvärden är beredd att förkorta uppsägningstid till 3 år och förlängning också till 3 år i fall detaljplanens ändamål ändras så den även omfattar Bostad.

Alingsås 2012-<sup>B-21</sup>

  
Ingareds Vårdboende KB

Alingsås 2012-<sup>21</sup> 03-25

  
Alingsås kommun


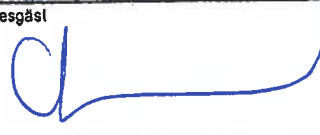
Vård & Äldre  
*omsorg*

*Anita Hedström*



# INDEXKLAUSUL för lokal BILAGA 3

Nr . . .

|             |  |   |
|-------------|--|---|
| Avser       | Hyreskontrakt nr<br>i fastigheten<br>Alingsås Ingared 5:49   |   |
| Hyresvärd   | Ingareds Vårdboende KB   |   |
| Hyresgäst   | Alingsås Kommun Vård och Äldre   |   |
| Klausul     | <p>Av det i kontraktet angivna hyresbeloppet - kronor 4483 000 skall 50 % eller kronor utgöra bashyra. Under hyrestiden skall med hänsyn till förändringarna i konsumentprisindex (totalindex med 1980 som basår) tillägg till hyresbeloppet utgå med en viss procent å bashyran enligt nedanstående grunder.</p> <p>För hyresavtal som börjar löpa någon gång under tiden 1/1 - 30/6 anses bashyran anpassad till indextalet för oktober månad året innan.</p> <p>För hyresavtal som börjar löpa någon gång under tiden 1/7 - 31/12 anses bashyran istället anpassas till indextalet för oktober månad under samma tid.</p> <p>Indextalet för den oktobermånad till vilken bashyran enligt ovan anses anpassad utgör bastal såvida inte annat avtalats enligt följande genom angivande av år.<br/>Annat överenskommet bastal, nämligen indextalet för oktober månad år 2011</p> <p>Skulle indextalet någon påföljande oktobermånad ha sänkt med minst tre (3,0) enheter i förhållande till bastalet, skall tillägg utgå med det procenttal varmed indextalet ändrats i förhållande till bastalet. I fortsättningen skall tillägg utgå i förhållande till indexändringarna, varvid hyresförändringen beräknas på basis av den procentuella förändringen mellan bastalet och indextalet för respektive oktobermånad. För att hyresändring i fortsättningen skall ske fordras att index för någon oktobermånad höjts eller sänkts med minst tre (3,0) enheter i förhållande till det indextal, som gällde vid det senaste tillfället då hyran ändrats enligt denna klausul.</p> <p>Utgående hyra skall dock aldrig sättas lägre än det i kontraktet angivna hyresbeloppet. Hyresändringen sker alltid fr o m 1 januari efter det att oktoberindex föranlett omräkning.</p> |   |
| Underskrift | Ort/datum<br>2012-03-21  | Ort/datum<br>2021-03-25   |
|             | Hyresvärd<br>   | Hyresgäst<br> |
|             |  | Hyresgäst<br>Anita Hejström   |


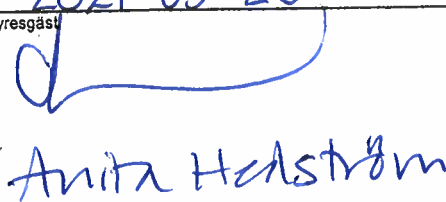
Denna blankett är utskriven med HogiaHyra.

# FASTIGHETSSKATTEKLAUSUL för lokal

BILAGA 4

Nr

Kryss i ruta innebär att den därefter följande texten gäller

|             |   |  |
|-------------|---|--|
| Tillhör     | Hyreskontrakt nr<br>i fastigheten<br>Alingsås Ingared 5:49  |  |
| Hyresvärd   | Ingareds Vårdboende KB  |  |
| Hyresgäst   | Alingsås kommun Vård och Äldre  |  |
| Klausul     | <p>Tillämpligt alternativ markeras med kryss i ruta och ifyllande av erforderliga uppgifter.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Hyresgästen skall utöver hyran erlagga sin andel av vid varje tillfälle utgående fastighetsskatt. Hyresgästens andel är procent. Fastighetsskattetilägget som för närvarande är 0 kr kr erläggs samtidigt i hyran.</p> <p><input type="checkbox"/> På lokalen belöpande andel av fastighetsskatten ingår i hyran och utgör för närvarande kr. Lokalens andel är procent. Hyresgästen skall samtidigt med hyran erlagga sin andel av, efter avtalets tecknande, inträffade ändringar (oavsett skälet härtill) av fastighetsskatten till den del ändringen överstiger den i hyran ingående fastighetsskatten.</p> |  |
| Underskrift | Ort/datum<br>2019-03-21   | Ort/datum<br>2021-03-25  |
|             | Hyresvärd<br>   | Hyresgäst<br> |

Denna blankett är utskriven med HogiaHyra.



## Krysslista som fördelar ansvar mellan

Hyresvärd - Hv Lägenhetshyresgäst - Lhg Lokalhyresgäst - Lokhg

Bilaga

5

Entreprenör (annan utförare än Lokhg i verksamheten)- E

### Hemsjögården

Fastighetsbeteckning: Ingared 5:49 Adress: Ingaredsgatan 70, 441 96 ALINGSÅS

|    | Utvändigt underhåll                  | Hyresvärd | Lgh Hyresgäst | Lokal Hyresgäst | Entreprenör |
|----|--------------------------------------|-----------|---------------|-----------------|-------------|
| 1  | Yttertak                             | X         |               |                 |             |
| 2  | Hängrännor, stuprör                  | X         |               |                 |             |
| 3  | Skärmtak, pergola                    | X         |               |                 |             |
| 4  | Fasader                              | X         |               |                 |             |
| 5  | Fönster                              | X         | X             | X               |             |
| 6  | Glasrutor                            | X         |               | X               |             |
| 7  | Dörrar                               | X         |               | X               |             |
| 8  | Entrébelysning                       | X         |               |                 |             |
| 9  | Skyltar/Markiser                     | X         |               | X               |             |
| 10 | Gångytor till entré                  | X         |               |                 |             |
|    | <b>Trädgård (Inhägnat område)</b>    |           |               |                 |             |
| 11 | Trädgårdsskötsel                     | X         |               |                 |             |
| 12 | Områdesbelysning                     | X         |               |                 |             |
| 13 | Utvändiga va-ledningar               | X         |               |                 |             |
| 14 | Staket                               | X         |               |                 |             |
| 15 | Pedagogiskt material                 |           |               | X               |             |
| 16 | Fristående förråd                    | X         |               |                 |             |
| 17 | Snöröjning                           | X         |               |                 |             |
|    | <b>Invändigt underhåll o skötsel</b> |           |               |                 |             |
| 18 | Värme                                | X         |               |                 |             |
| 19 | Luftbehandling                       | X         | X             | X               |             |
| 20 | Komfortkyla                          | saknas    |               |                 |             |
| 21 | Varm-/kallvatten                     | X         |               |                 |             |
| 22 | Avlopp                               | X         | X             | X               |             |
| 23 | Sanitet                              | X         |               |                 |             |
| 24 | Apparatrum, elcentral                | X         |               |                 |             |
| 25 | Hissar                               | X         |               |                 |             |

Sign

Sign

|    |                                    | Hyses-<br>värd | Lgh<br>Hyses-<br>gäst | Lokal<br>Hyses-<br>gäst | Entre-<br>prenör |
|----|------------------------------------|----------------|-----------------------|-------------------------|------------------|
| 26 | Storkök                            | X              |                       | X                       |                  |
| 27 | Kök övriga                         | X              |                       | X                       |                  |
| 28 | Övriga vitvaror                    | X              | X                     | X                       |                  |
| 29 | Konstruktion av golv,<br>vägg, tak | X              |                       |                         |                  |
| 30 | Ytskikt golv, vägg, tak            | X              | X                     | X                       |                  |
| 31 | Ytskikt fönster, dörrar            | X              |                       |                         |                  |
| 32 | Innerdörrar                        | X              |                       |                         |                  |
| 33 | Köksskåp och fast inred-<br>ning   | X              |                       |                         |                  |
| 34 | Elservis                           | X              |                       |                         |                  |
| 35 | Kraft och belysning                | X              |                       | X                       |                  |
| 36 | Porttelefon, signal                | X              |                       |                         |                  |
| 37 | Brandlarmanläggning                | X              |                       | X                       |                  |
|    | <b>Övriga nyttigheter</b>          |                |                       |                         |                  |
| 38 | Rikstelefon                        | X              |                       | X                       |                  |
| 39 | Snabbtelefon                       |                |                       | X                       |                  |
| 40 | Trygghetslarm                      |                |                       | X                       |                  |
| 41 | Inbrottslarm                       |                |                       | X                       |                  |
| 42 | Överfallslarm                      |                |                       | X                       |                  |
| 43 | Sophantering/Källsortering         | X              |                       | X                       |                  |
| 44 | Trappstädning, ej lokal            |                |                       | X                       |                  |
| 45 | Bevakning                          | X              |                       | X                       |                  |
| 46 | TV, Kabel-TV, Radio,<br>Antenner   | X              |                       | X                       |                  |
| 47 | P-platser                          | X              |                       |                         |                  |
| 48 | Underhållsplan                     | X              |                       |                         |                  |
| 49 | Förändringar                       | X              |                       | X                       |                  |
| 50 | Skador                             | X              | X                     | X                       |                  |
| 51 | El-förbrukning                     |                |                       | X                       |                  |

## Förklarande beskrivning till underhållsåtagandet för lokal

Fastighetsbeteckning: **Ingared 5:49** Adress: **Ingaredsgatan 70, 441 96 ALINGSÅS**

### Utvändigt underhåll och skötsel

1. **Yttertak** Alla typer av ytskikt inkl takläckage och inkl rengöring.
2. **Hängrännor/stuprör** Ansvar för funktion och värmekabel inkl rensning från ränna till dagvattenbrunn.
3. **Skärmtak/ pergola** Skall vara i anslutning till fasad och täckta entréer, uteplatser etc enl vad som ingår vid avtalets tecknande.
4. **Fasader** Yttervägg inkl balkonger, ventiler etc och klotter.
5. **Fönster** Utvändigt ytbehandling funktion, tätningslister, beslag etc. Hv levererar persienner - Lhg/ Lokhg ansvarar och reparerar persienner.
6. **Glasrutor** Ansvar för glasrutor inkl skada. Hv ansvarar för skador som skett utifrån, Lhg/ Lokhg för skador som skett inifrån. Huvudregel är att den som skadat är ersättningskyldig
7. **Dörrar** Utvändigt ytbehandling, funktion, tätningslister, beslag, dörrstängning, aut dörröppning, även innerdörr vid vindfång.
8. **Entrébelysning** Hv Ansvarar för armaturer på yttervägg och dess funktion inkl byte av lampor, lysrör, kupor etc.
9. **Skyltar/markiser** Hv Ansvar för funktionen för det som ingår vid avtalets tecknande. Ändringar och nya ansvarar Lokhg
10. **Gångtytor till entré** Sommar- och vinterrenhållning (snöröjning och sandning).

### Trädgård

#### **(Inom inhägnat område eller fristående fastighet)**

11. **Trädgårdsskötsel** Ansvar för gräsmattor, rabatter, grus och asfaltytor.
12. **Områdesbelysning** Belysningsstolpar och dess funktion, armaturer, ledningar inkl byte av lampor, lysrör, kupor etc.
13. **Utv VA-ledningar** Ansvar för ledningar i mark, dränering och brunnar på gården samt förebyggande underhåll såsom rensning av brunnar mm.
14. **Staket** Ansvar för staket och grind inkl skador (även av tredje man), motsvarande stålstaket av typ Gunnebo. Smålandsstaket betraktas som pedagogiskt material.
15. **Pedagogiskt material** Verksamheten har alltid ansvar för skötsel av planteringslådor och anvisad planteringsyta.
16. **Fristående förråd** Ansvar för drift och underhåll på det som ingår vid avtalets tecknande.
17. **Snöröjning/halkbekämpning** Snöröjning skall ske då snödjupet överstiger 4-5 cm och snöandet upphört Halkbekämpning sker så snart halkrisk uppstår och även omfatta utrymningsvägar.

## Invändigt underhåll och skötsel

18. Värme  
Allmänt Begreppet innefattar hela värmeinstallationen inkl styr- och regleringsutrustningen samt all övrig utrustning i apparatrum. Hv ansvarar.
19. Luftbehandling Hv ansvarar för drift och underhåll av all ventilationsutrustning med tillhörande automatik. Lgh/Lokhg ansvarar för skötsel och renhållning av ventilationsdon i respektive lokal/lägenhet.
20. Komfortkyla Förekommer inte i lokalerna.
21. Varm-/kallvatten Hv ansvarar för vattenförsörjningen.
22. Avlopp Hv Ansvarar för funktionen i vilken även fettavskiljare för storkök inräknas. Lgh/Lokhg ansvarar för att golvbrunnar hålls rena i respektive ansvarsyta. För nedspolning av fel vara bekostas rensning av den som är hyresgäst.
23. Sanitet Hv ansvarar. Begreppet omfattar WC-stolar, handfat, dusch, diskbänkar, all vvs-armatur.
24. Apparatrum och elcentral Hv ansvarar för ordning och reda samt städning .OBS! Apparatrum och elcentral får ej vara förråd.
25. Hissar Hv ansvarar för funktionen. Om serviceavtal finns skall en kopia finnas hos verksamheten.
26. Storkök Hv ansvarar för installationer, underhåll och reparationer. I storköksutrustningen ingår även separat ventilations- och kylanläggning för storköket.
27. Kök övriga Hv ansvarar för köksutrustningens funktion, typ lägenhetsstandard, som ingår vid avtalets tecknande. Lgh/Lokhg ansvarar för renhållning och att skötselinstruktioner efterföljs.
28. Övriga vitvaror Den som enligt kontraktet ansvarar för underhållet av kök skall även ansvara för övriga vitvaror såsom TM, TT m m. Lgh/Lokhg ansvarar för renhållning inkl filter och att skötselinstruktioner efterföljs
29. Konstruktion av golv, vägg, tak Ansvar för konstruktion samt golv, vägg, takskiva.
30. Ytskikt av golv, vägg och tak Hv Ansvar för matta, tapet, färg, akustikplattor, listverk, foder etc. Lgh/Lokhg ansvarar för skötsel enligt skötselanvisningar
31. Ytskikt fönster, dörrar Ytbehandling samt ytskiktet mellan ytter- och innerbåge.
32. Innerdörrar Ansvar för funktion, beslag, dörrstängare, aut. dörröppnare.
33. Köksskåp, fast inredning Begreppet omfattar garderober, klädhyllor etc.
34. Elservis Ansvar för elservisen fram till mätarutrustningen på det som ingår vid avtalets tecknande.
35. Kraft och belysning Ansvar för hela installationen inkl armaturer som ingår vid avtalets tecknande. Lgh/Lokhg ansvarar för byte av glödlampor, lysrör etc.

Sign  


Sign  


## Övriga nyttigheter

36. Porttelefon och entrésignal  
Ansvar för hela installationen vid avtalets tecknande
37. Brandlarmanläggning  
Hv ansvarar för installationen som ingår vid avtalets tecknande.  
**Lgh/Lokhg** ansvarar för de larm som leder till uttryckning men som ej är brand (falsklarm) samt utbildning och larmträning
38. Rikststelefon  
Hv ansvarar för hela installationen till apparatrum inkl. ledning, samt tillhandahåller befintlig kanalisering.
- 39-40. Snabbtelefon och trygghetslarm  
**Lokhg** ansvarar för hela installationen samt svarar för utrustning såsom underhåll och uppgradering
- 41 - 42. Inbrotts- och överfallsalarm  
Ansvar för hela installationen.
43. Sophantering  
Hv, som har abonnemang för sophämtning, tillhandahåller kärl för komposterbart samt osorterat avfall. Hv ansvarar för städning i soprum.  
**Lokhg** ansvarar för fraktioner för källsortering.  
Miljöfarligt avfall skall lämnas till miljöstation.
44. Trappstädning  
Kommunikationsvägar  
Trappor och kommunikationsgång samt där tillhörande inredning  
Skall skötas regelbundet enligt skötselinstruktioner av **Lokhg**.
45. Bevakning  
Ansvar för bevakning av själva fastigheten. **Lokhg** får själv beställa och bekosta bevakning av egen utrustning.
46. TV, kabel-TV, radio, antenner  
När det är central-TV-anläggning ansvarar Hv. Övriga antenner ansvarar **Lokhg** för.
47. P-platser  
Avser de p-platser som ingår i hyresavtalet.
48. Underhållsplan  
Verksamheten skall ha tillgång till en underhållsplan i vilken intervallerna för olika åtgärder skall framgå.
49. Förändringar  
Förändringar, i förhållande till det som ingår vid avtalets tecknande, som kan påverka någon parts åtaganden, skall meddelas och godkännas av berörd part före åtgärd.
50. Skador  
Huvudregel är att den som vållar skadan svarar för kostnaden.
- Brand  
Hv svarar för kostnaderna på fastigheten, dock ej inventarier.
  - Inventarier  
**Lghhg/Lokhg** ansvarar alltid för sina inventarier, oavsett vem som är vållande till skadan.
  - Inbrott  
**Lghhg/Lokhg** ansvarar för skadan på egna inventarier och utrustning enligt x-markering.
  - Vattenskada  
**Lghhg/Lokhg** är snarast anmälningsskyldig vid misstanke/upptäckt av vattenskada .
  - Regnskada  
Kostnaderna för att åtgärda skadan åligger den part som har underhållsåtagandet enligt x-markeringen.
  - Åsk-/stormskada  
Hv ansvarar för skadan.
  - Fukt-/mögelskada  
Kostnaderna för att åtgärda skadan åligger den part som orsakat skadan

Sign

Sign

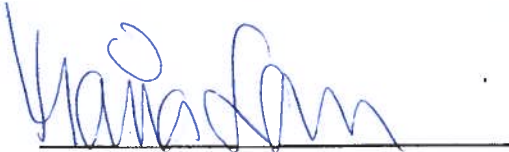
- Skadeinsekter

Lghhg/Lokhg har ansvaret för att vid behov bekämpa alla former av skadeinsekter där efter anmäla till Hv som har ett Skadedjursbekämpningsavtal.

51. El-förbrukning

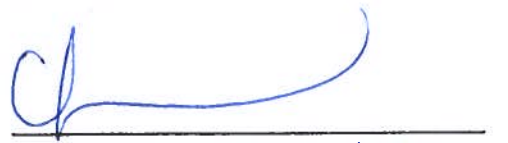
Lokhg står för elförbrukningen.

Hyresvärd:



---

Lokalhyresgäst:



---

Anita Helström

# Avtal om förlängning av hyresavtal m.m.

|                   |   |
|-------------------|---|
| <b>Hyresvärd</b>  | Estea Ingared 5:49 KB, org.nr 969678-7275 ("Hyresvärden") |
| <b>Hyresgäst</b>  | Alingsås Kommun, org.nr 212000-1553 ("Hyresgästen")       |
| <b>Fastighet</b>  | Alingsås Ingared 5:49 ("Fastigheten")                     |
| <b>Hyresavtal</b> | Avtal nr 510210-1001-01 ("Hyresavtalet")                  |

---

## 1 Bakgrund

- 1.1 Hyresgästen förhyr av Hyresvärden, i enlighet med Hyresavtalet, en kontorslokal inom Fastigheten ("Lokalen").
- 1.2 Den 13 mars 2018 utförde räddningstjänsten ett tillsynsbesök som resulterade i ett föreläggande den 30 april 2018 om att s.k. boendesprinklers ska installeras inom Lokalens samtliga fyra boendeavdelningar.
- 1.3 Då sprinklerinstallationerna anses utgöra fastighetstillbehör har parterna kommit överens om att Hyresvärden ska utföra och bekosta arbetena med sprinkler.
- 1.4 Med hänsyn till vad som bland annat angivits ovan har parterna nu kommit överens om nedanstående tillägg till Hyresavtalet.

## 2 Förlängning av Hyresavtalet m.m.

### 2.1 Hyrestid, uppsägning m.m.

- 2.1.1 Hyresavtalet förlängs att gälla från och med den 1 juli 2022 till och med den 30 juni 2034.
- 2.1.2 Uppsägning ska ske skriftligen senast 24 månader innan hyrestidens utgång.
- 2.1.3 Vid utebliven uppsägning är Hyresavtalet för varje gång förlängt med 5 år med en ömsesidig uppsägningstid om 24 månader.

### 2.2 Justerad hyra

- 2.2.1 Från och med den 1 juli 2022 ska bashyran uppgå till 5 125 000 kronor per år jämte mervärdesskatt.
- 2.2.2 Bashyran ska indexregleras till 100 %. Nytt bastal för beräkning av index ska vara indextalet för oktober månad 2021.

## 3 Installation av sprinkleranläggning m.m.

### 3.1 Installationsarbetena

- 3.1.1 Hyresvärden ska efter tecknande av detta avtal och på egen bekostnad installera en sprinkleranläggning som uppfyller de krav som uppställs i enlighet med räddningstjänstens föreläggande.
- 3.1.2 Berörda ytor för sprinkleranläggningen, inkluderande en vattentank utanför Lokalen, framgår av ritning, **bilaga 1**.

- 3.1.3 Arbetenas utförande är beroende av Hyresvärdens upphandling av en entreprenad samt leveranstider m.m. inom entreprenaden. Parterna är därför överens om att arbetena ska ske så snart som möjligt, men att arbetena av ovan nämnda skäl inte kan preciseras närmare i tiden. Hyresvärdens förpliktigar sig emellertid att samråda med Hyresgästen inför arbetenas utförande och meddela Hyresgästen senast två veckor innan arbetena ska utföras.
- 3.1.4 Hyresgästen förbinder sig att, under den period som arbetena ska genomföras, lämna Hyresvärdens och dennes entreprenörer erforderligt tillträde till Lokalen i syfte att kunna utföra arbetena. Hyresgästen ska därvidlag medverka till att i erforderlig utsträckning friställa lokalyta för arbetena, t.ex. genom omflyttning av del av verksamheten till andra delar av Lokalen. Sådan omflyttning ska utföras och bekostas av Hyresgästen.
- 3.1.5 Arbetena kommer i huvudsak att utföras under kontorstid mellan 07:00 och 16:00.
- 3.1.6 Hyresgästen är medveten om att arbetena kommer medföra vissa hinder och men i nyttjanderätten för Hyresgästen. Detta framförallt vad avser buller, dammbildning, tillfälliga avspärrningar och andra för byggverksamhet sedvanliga störningar. Hyresgästen ska inte ha rätt till nedsättning av hyra, skadestånd eller rätt att säga upp Hyresavtalet i förtid med anledning av ovanstående hinder och men i nyttjanderätten.

## 3.2 **Drift och underhåll m.m.**

- 3.2.1 Hyresvärdens ansvarar för att sprinkleranläggningen uppfyller vid var tid gällande myndighetskrav.
- 3.2.2 Hyresvärdens ansvarar således för drift, underhåll och utbyte av sprinkleranläggningen. Hyresgästen förpliktigar sig å sin sida att inte möblera Lokalen på ett sådant sätt som försämrar funktionen (t.ex. genom att blockera sprinklerhuvuden med möbler eller belysningsarmaturer).

## 4 **Andrahandsupplåtelse m.m.**

- 4.1 Hyresvärdens godkänner härmed att Hyresgästen upplåter delar av Lokalen i andra hand till Nötkärnan Sävelången Familjeläkare och BVC AB, org.nr 556779-7773, i enlighet med bilagt andrahandshyresavtal, **bilaga 2**.
- 4.2 Hyresgästen förpliktigar sig att inte, utan Hyresvärdens föregående skriftliga tillstånd, med andrahandshyresgästen avtala om ändringar i andrahandshyresavtalet.
- 4.3 För det fall andrahandshyresavtalet upphör, efter uppsägning, äger Hyresgästen en ensidig rätt att i förtid återlämna den del av Lokalen som omfattar andrahandsupplåtelsen enligt andrahandshyresavtalet ovan. Om Hyresgästen med anledning av upphörandet av andrahandshyresavtalet önskar återlämna nämnda lokaldel i förtid ska Hyresgästen skriftligen meddela Hyresvärdens härom, varvid återlämnandet ska ske vid det månadsskifte som inträffar närmast efter 6 månader från det skriftliga meddelandet.
- 4.4 Hyresgästens meddelande ska anses avsänt när det lämnats för postbefordran per rekommenderat brev. Till Hyresgästens meddelande ska fogas en kopia av uppsägningen av andrahandshyresavtalet. Om meddelandet inte uppfyller vad som anges i denna punkt är meddelandet utan verkan.
- 4.5 Den aktuella lokaldelen ska återställas, städas och återlämnas i enlighet med bestämmelserna i Hyresavtalet.



- 4.6 Efter återlämnandet av nämnda lokaldel ska bashyran justeras nedåt till 4 670 000 kronor jämte indexuppräkning enligt punkt 2.2.2 ovan.
- 4.7 Om den återstående hyrestiden enligt Hyresavtalet, vid tidpunkten för återlämnandet av lokaldelen, understiger tre år, ska Hyresgästen ersätta Hyresvärden för de återstående hyrestilläggen som Hyresvärden förlorar genom det förtida frånträddandet av den aktuella ytan. Ersättningen ska beräknas som de vid tidpunkten för återlämnandet utgående hyrestilläggen per månad, multiplicerat med antal återstående månader av hyrestiden, med ett påslag om 2 procent.

## 5 Övrigt

- 5.1 I övrigt ska Hyresavtalet gälla på oförändrade villkor.
- 5.2 Detta avtal villkoras för sin giltighet av att det signeras av respektive part.

---

Detta avtal har upprättats i två originalexemplar, varav parterna tagit var sitt.

**Ort:**

**Datum:**

ESTEÅ INGÅRE 5:49 KB

**Ort:**

**Datum:**

ALINGSÅS KOMMUN

---

Signatur/er

---

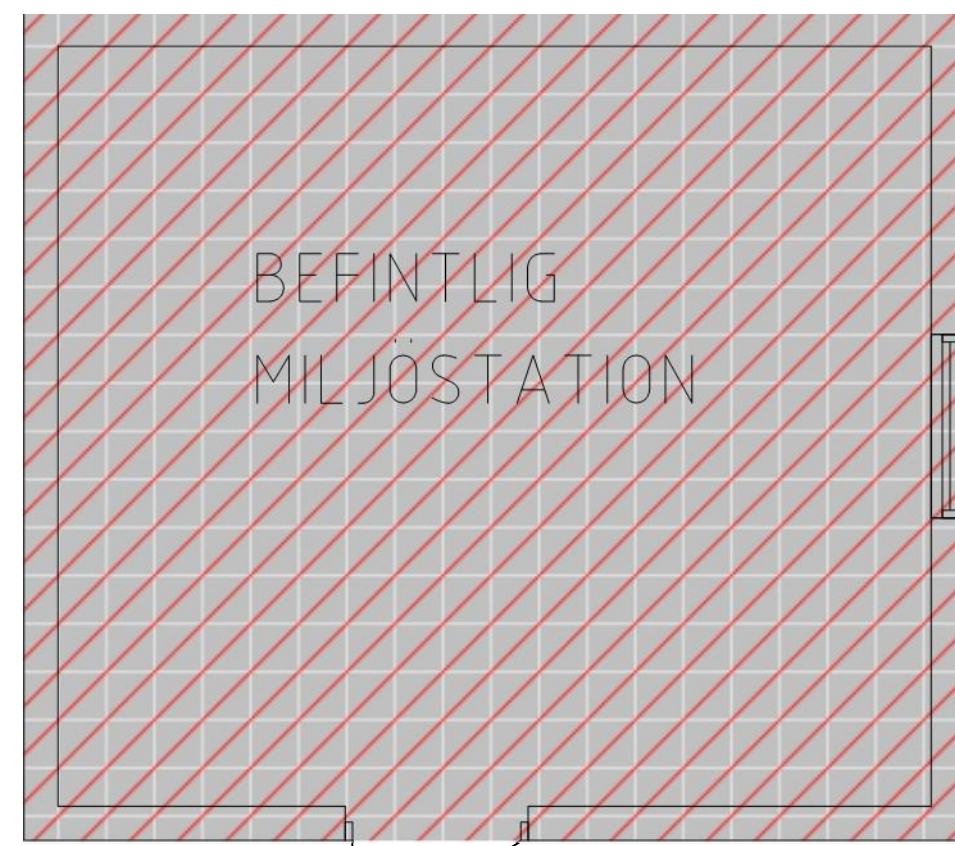
Signatur/er

---

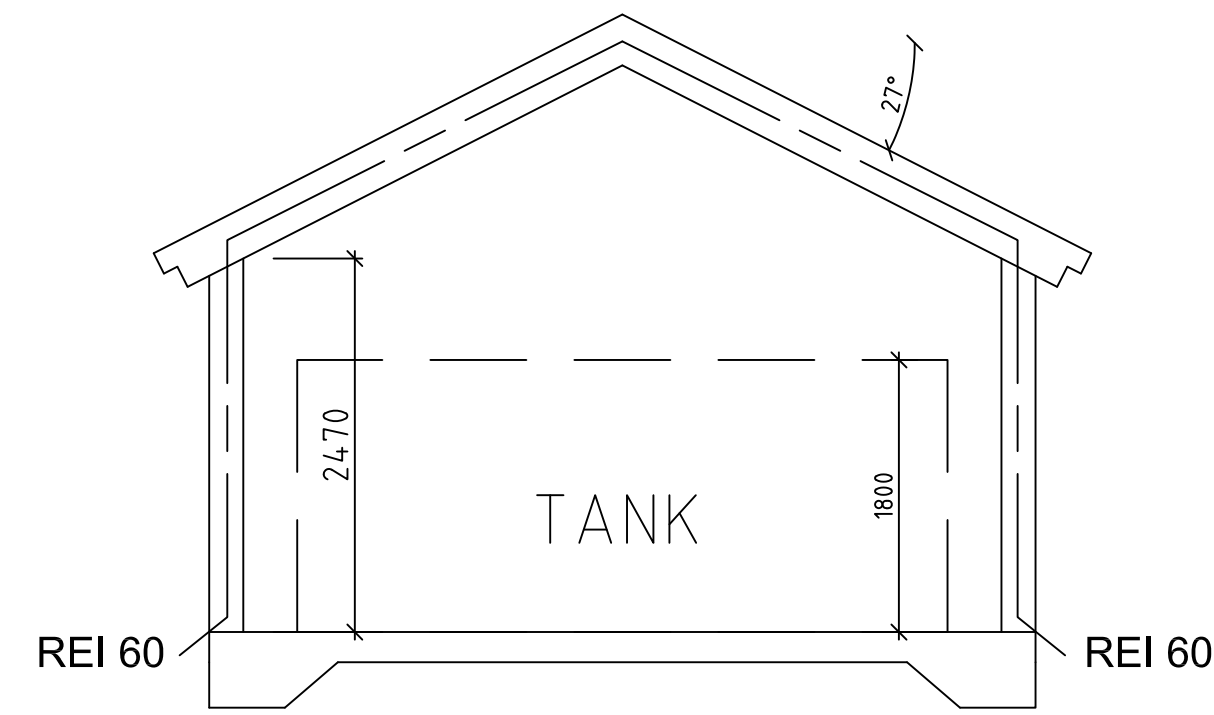
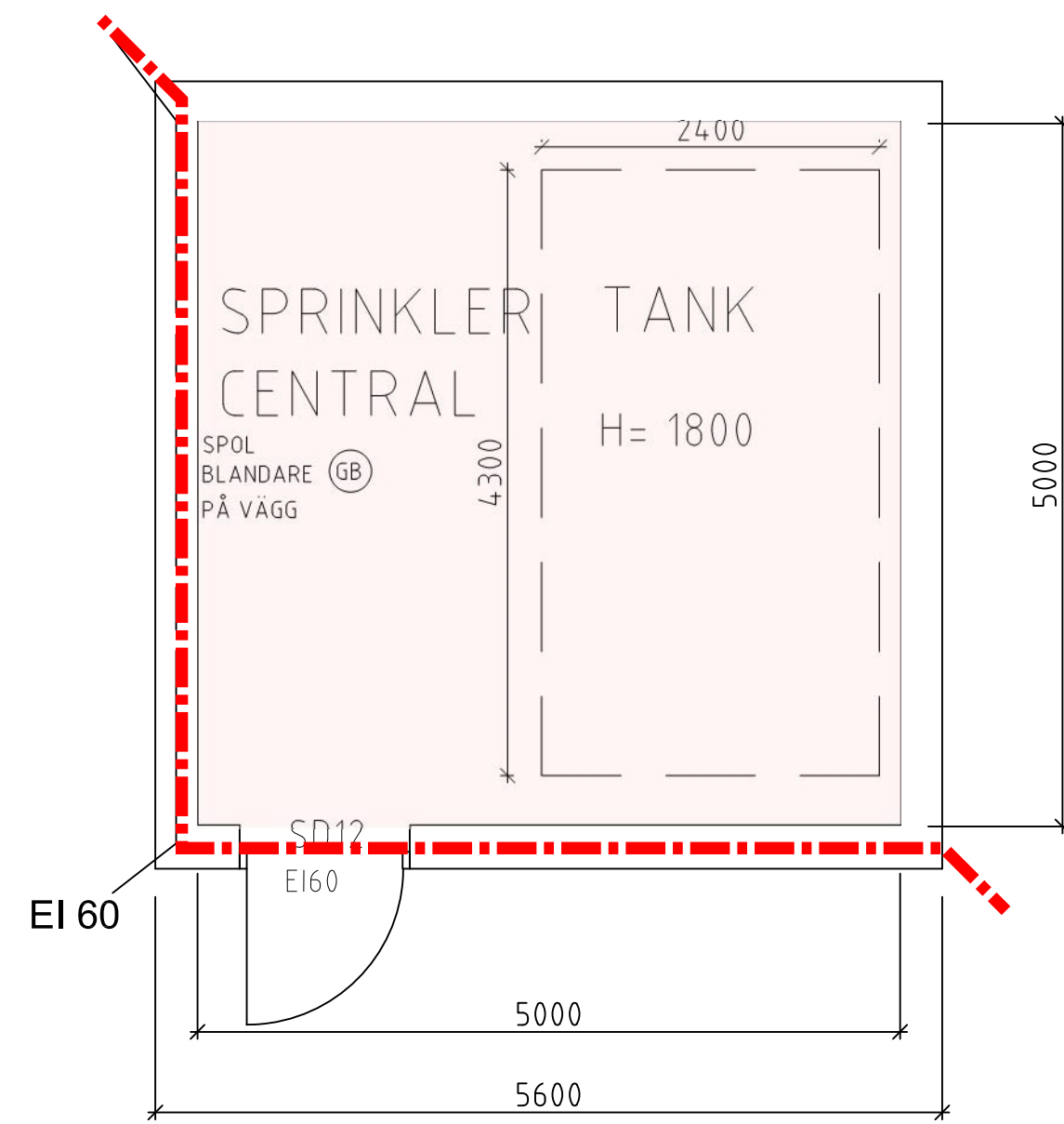
Namnförtydligande/n

---

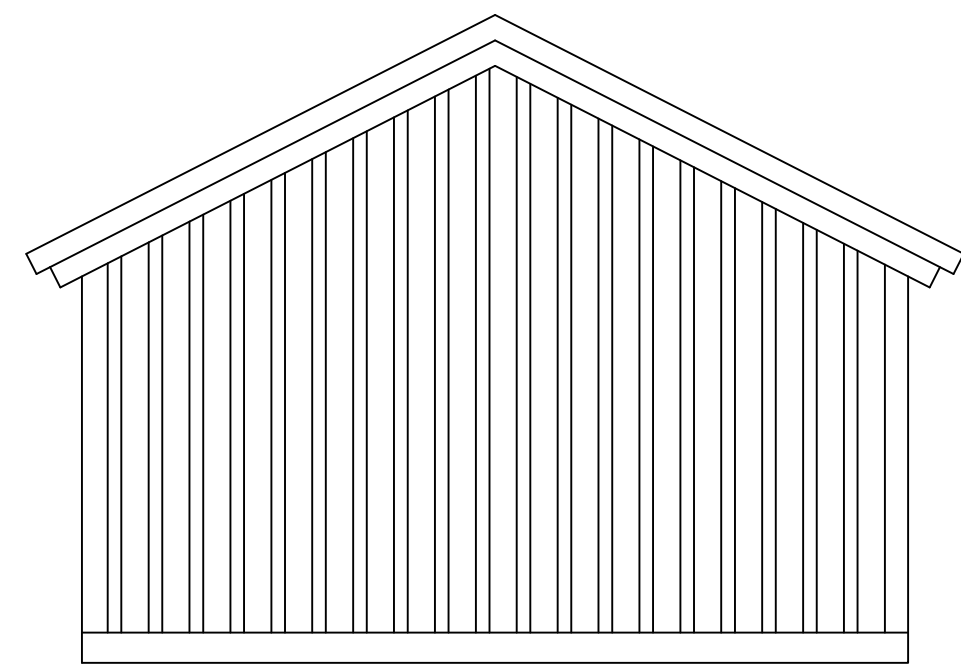
Namnförtydligande/n



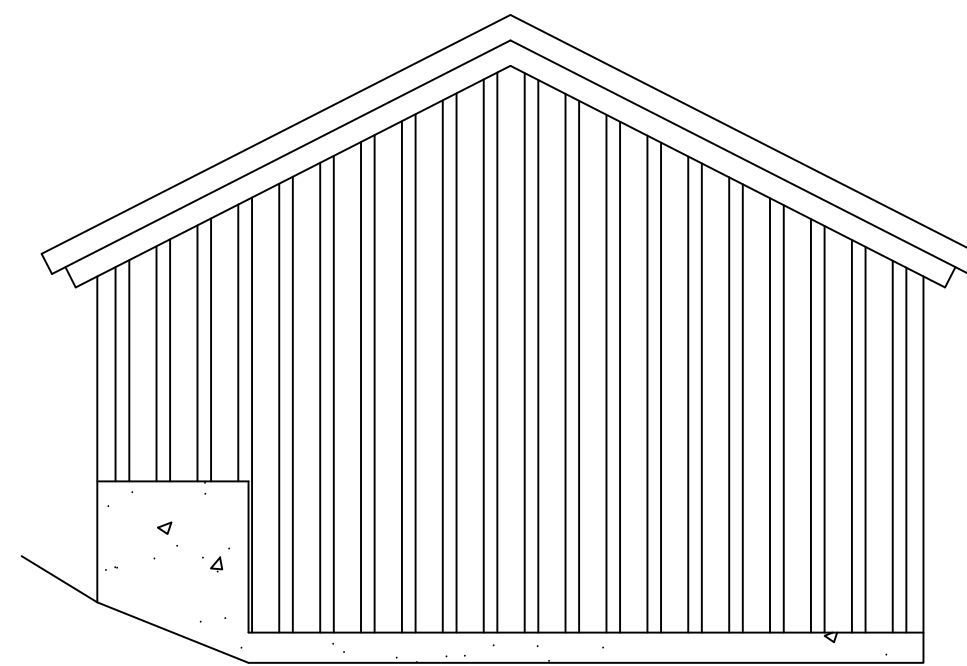
PLAN



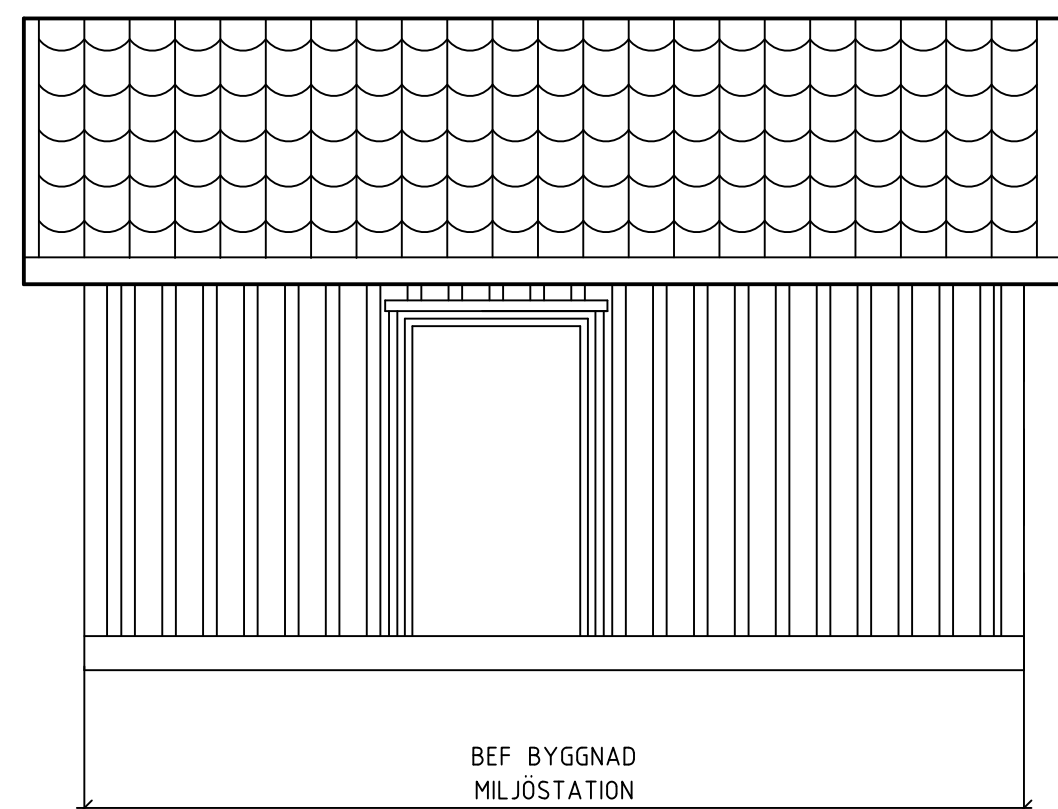
SEKTION



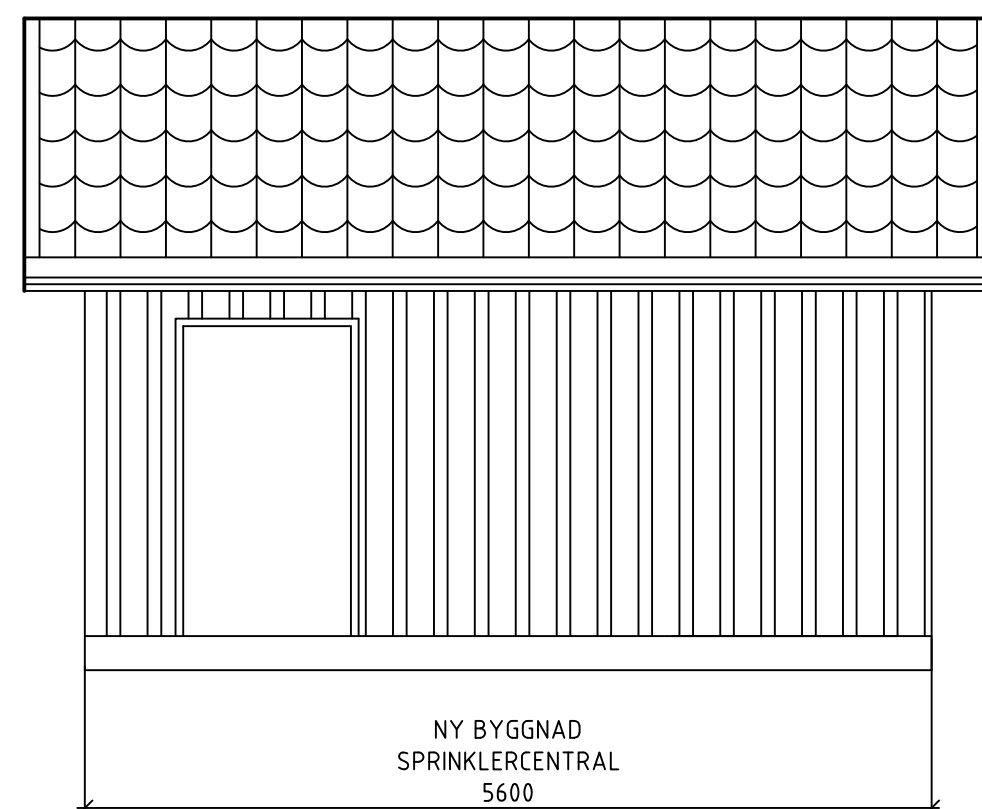
FASAD ÖSTER



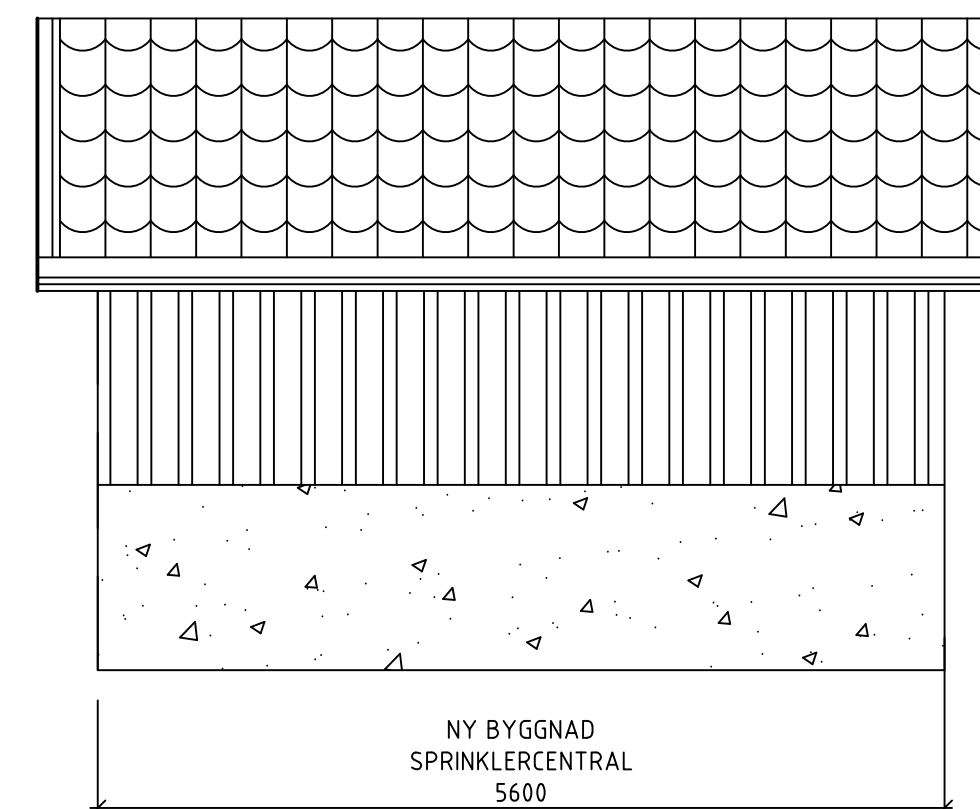
FASAD VÄSTER



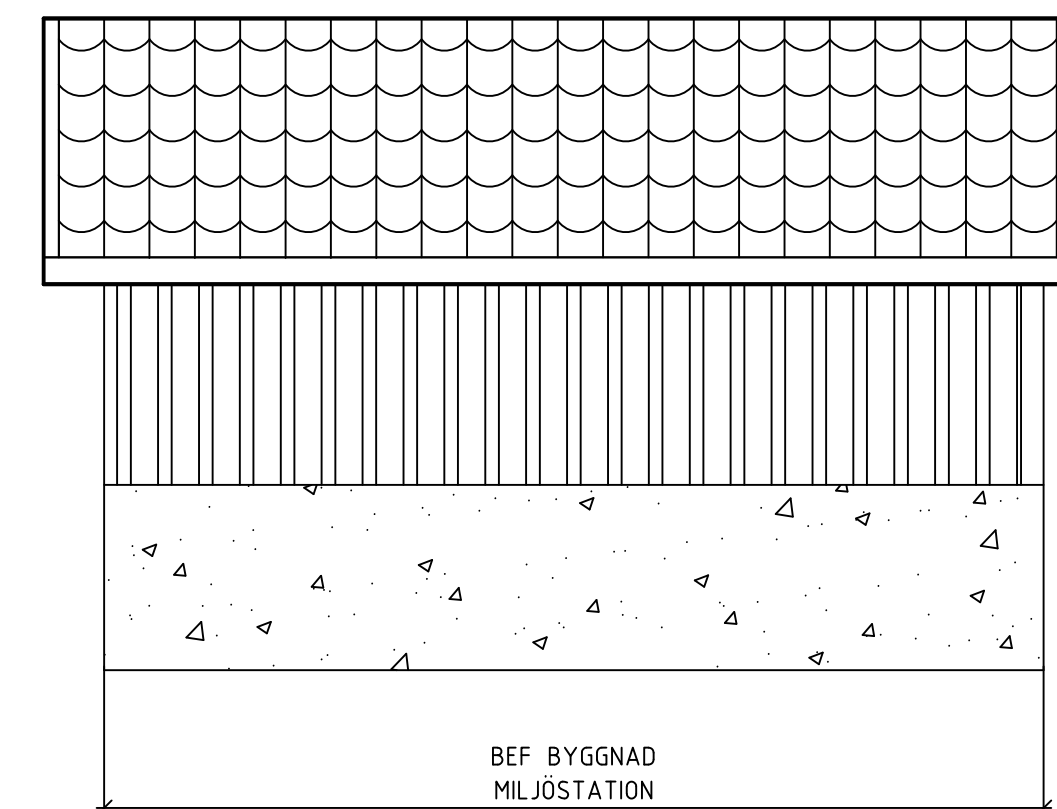
FASAD SÖDER



NY BYGGNAD  
SPRINKLERCENTRAL  
5600



NY BYGGNAD  
SPRINKLERCENTRAL  
5600



FASAD NORR

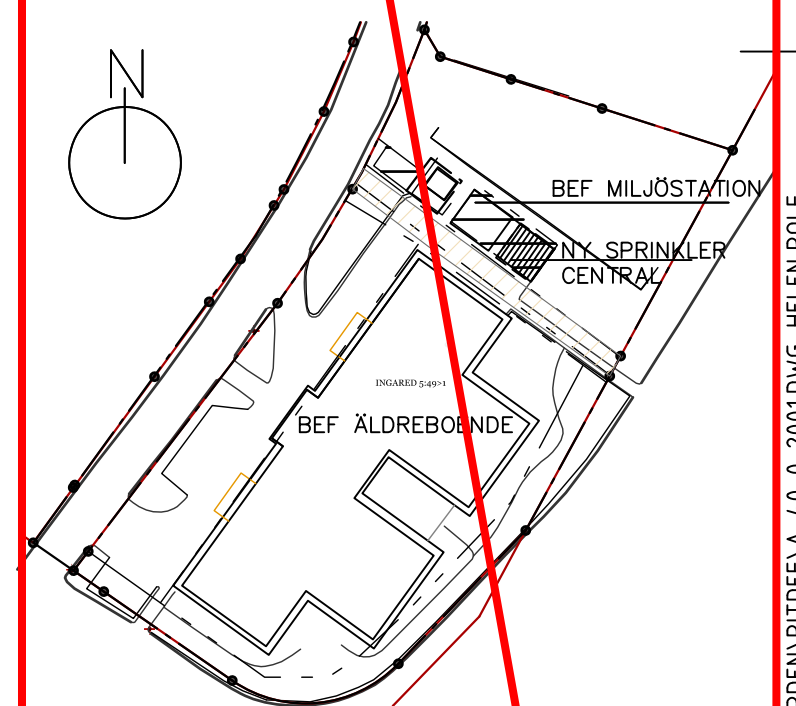
**Brandskiss**

# CONFIRE

Upprättad av: AP      Daterad: 2021-11-24

**Teckenförklaring**

- Brandcellsgräns EI 60
- Yttertak utförs REI 60 inom 8 meter från högre belägen fasad.
- Området förses med boendesprinkler
- Området omfattas inte av ändringen



| BET | ANT | ÄNDRINGEN AVSER | DATUM | SIGN |
|-----|-----|-----------------|-------|------|
|     |     |                 |       |      |

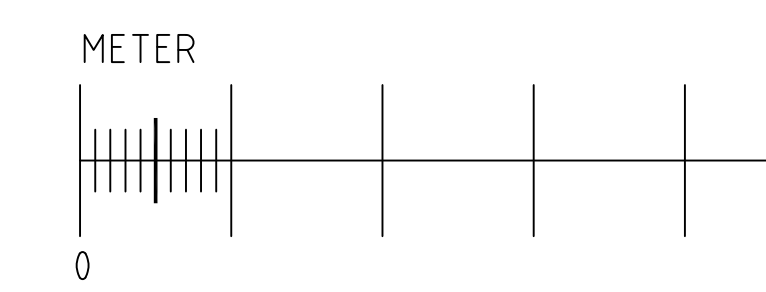
FÖRFRÅGNINGSUNDERLAG  
INGARED 5:49 HEMSJÖGÅRDEN



|   |   |         |             |
|---|---|---------|-------------|
| X | A | två++ab | 0708 500616 |
| K |   |         | TEL:        |
| E |   |         | TEL:        |
| V |   |         | TEL:        |
| W |   |         |             |
| B |   |         |             |

| UPPDRAG.NR | RITAD/KONSTR. AV | HANDLÄGGARE |
|------------|------------------|-------------|
| DATUM      | ANSVARIG         |             |
| 21 11 23   |                  |             |

|                        |             |     |
|------------------------|-------------|-----|
| SPRINKLERCENTRAL       |             |     |
| PLAN, SEKTION, FASADER |             |     |
| SKALA                  | NUMMER      | BET |
| A1 150                 | A-40-0-2001 |     |
| A3 1100                |             |     |



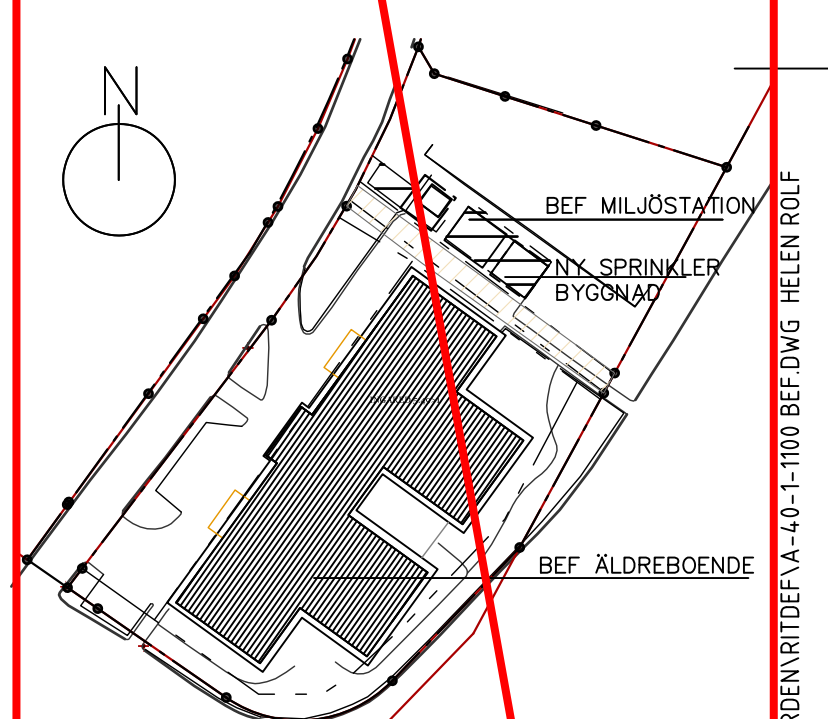




PLAN 1

FÖRKLARINGAR

- BEFINTLIG DÖRR
- NY DÖRR



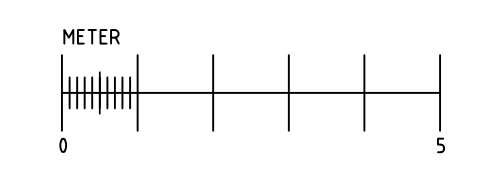
**Brandskiss**

**CONFIRE**

Upprättad av: AP      Daterad: 2021-11-24

**Teckenförklaring**

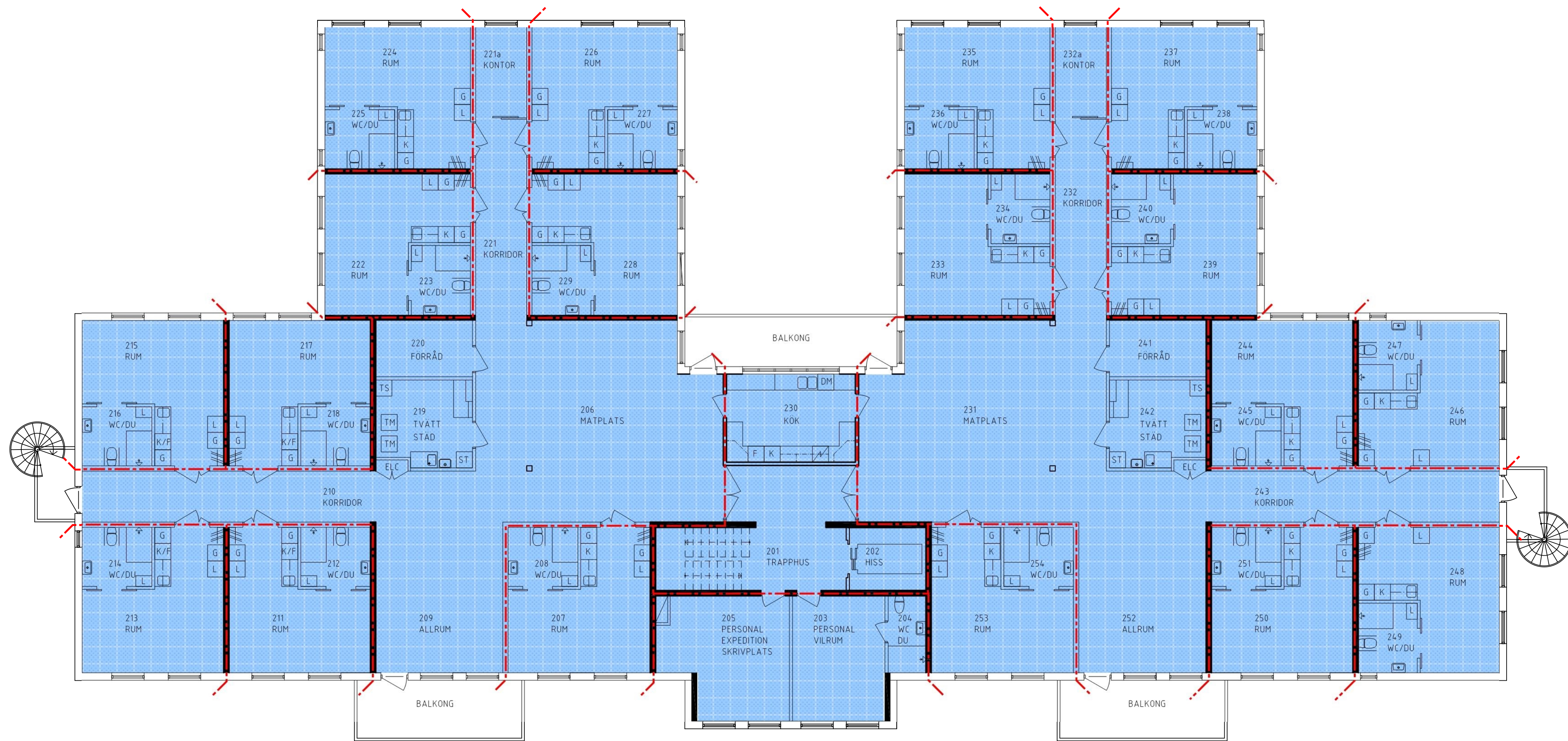
- Brandcellsgräns EI 60
- Yttertak utförs REI 60 inom 8 meter från högre belägen fasad.
- Området förses med boendesprinkler
- Området omfattas inte av ändringen



| BET                        | ANT | ÄNDRINGEN AVSER  | DATUM       | SIGN |
|----------------------------|-----|------------------|-------------|------|
|                            |     |                  |             |      |
| FÖRFRÅGNINGSUNDERLAG       |     |                  |             |      |
| INGARED 5:49, HEMSJÖGÅRDEN |     |                  |             |      |
| <b>NOVI</b><br>REAL ESTATE |     |                  |             |      |
| X                          | A   | t v å + + ab     | 0708 540616 |      |
|                            | K   |                  | TEL:        |      |
|                            | E   |                  | TEL:        |      |
|                            | V   |                  | TEL:        |      |
|                            | W   |                  |             |      |
|                            | B   |                  |             |      |
| UPPDRAG.NR                 |     | RITAD/KONSTR. AV | HANDLÄGGARE |      |
| DATUM                      |     | ANSVARIG         |             |      |
| 21 11 23                   |     |                  |             |      |
| PLAN 1                     |     |                  |             |      |
| SKALA                      |     | NUMMER           |             | BET  |
| A1 1:100                   |     | A-40-1-1100 BEF  |             |      |
| A3 1:200                   |     |                  |             |      |

PLC: 2013-11-08/45 E: HELEN.ROLF (SERVERUSER) FÖLDERSTRÄT 17/1000 VÄSTERÅS/INGÅRD 549 HEMSJÖGÅRDEN/RT/DEFA-40-1-1100 BEF/DWG HELEN ROLF

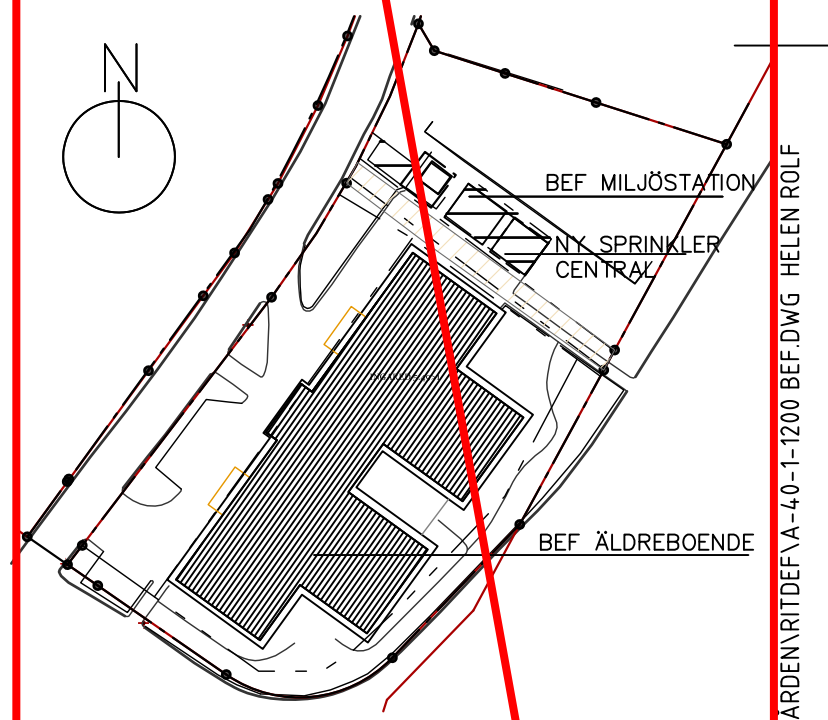




PLAN 2

FÖRKLARINGAR

- BEFINTLIG DÖRR
- NY DÖRR



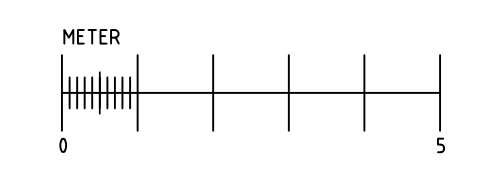
**Brandskiss**

**CONFIRE**

Upprättad av: AP      Daterad: 2021-11-24

**Teckenförklaring**

- Brandcellsgräns EI 60
- Yttertak utförs REI 60 inom 8 meter från högre belägen fasad.
- Området förses med boendesprinkler
- Området omfattas inte av ändringen



| BET | ANT | ÄNDRINGEN AVSER | DATUM | SIGN |
|-----|-----|-----------------|-------|------|
|     |     |                 |       |      |

FÖRFRÅGNINGSUNDERLAG  
INGÅRE 5:49, HEMSJÖGÅRDEN

**NOVI**  
REAL ESTATE

|   |   |           |             |
|---|---|-----------|-------------|
| X | A | t v s a b | 0708 540616 |
|   | K |           | TEL:        |
|   | E |           | TEL:        |
|   | V |           | TEL:        |
|   | W |           |             |
|   | B |           |             |

| UPPDRAG.NR        | RITAD/KONSTR. AV | HANDLÄGGARE |
|-------------------|------------------|-------------|
| DATUM<br>21 11 23 | I ANSVARIG       |             |

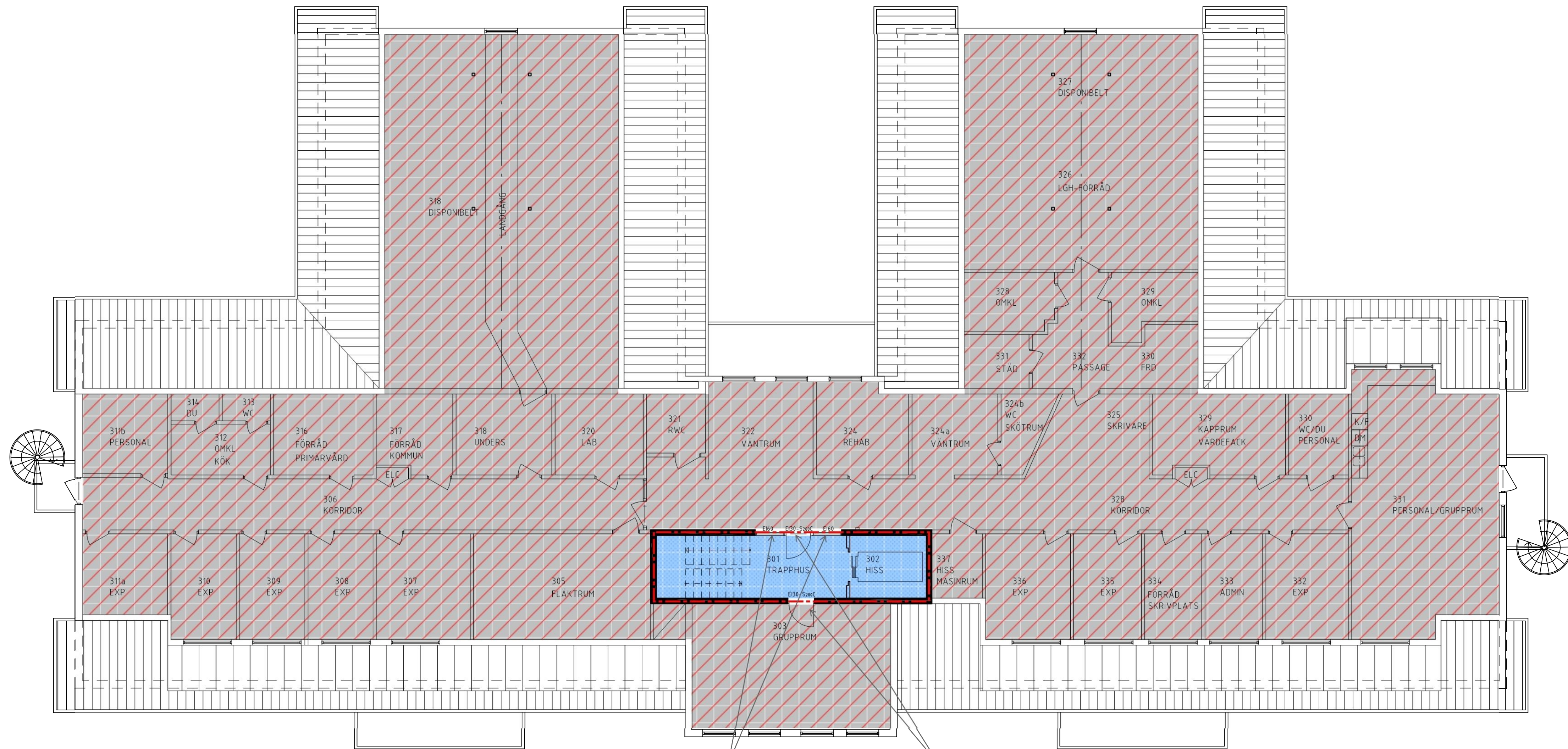
PLAN 2  
SKALA  
A1 1:100  
A3 1:200

NUMMER  
A-40-1-1200 BEF

BET

PLC: 2023-11-11 08:45 E:HELEN.ROLF I:SERVERUSER FÖLDER:NR17 PÅGÅENDE PROJEKT:VALINGSÅS,INGÅRE 5:49,HEMSJÖGÅRDEN,RT:DEFA-40-1-1200 BEF-DWG HELEN ROLF





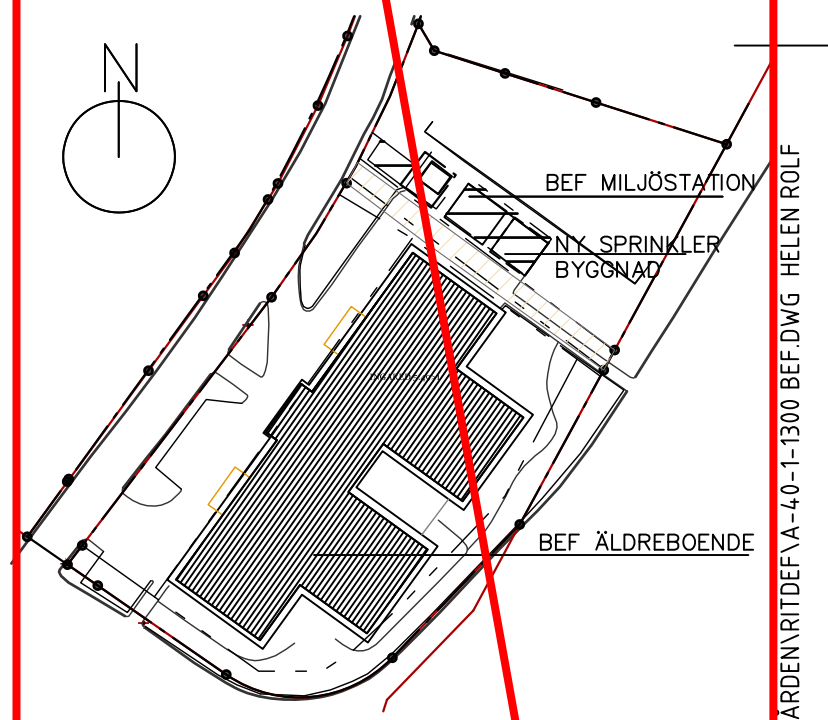
PLAN 3

Nya sidofönster/glas i lägst brandteknisk klass EI 60.

Nya dörrar i lägst klass EI 30 s200 C.

FÖRKLARINGAR

- BEFINTLIG DÖRR
- NY DÖRR



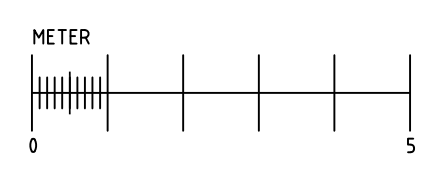
Brandskiss

**CONFIRE**

Upprättad av: AP Daterad: 2021-11-24

Teckenförklaring

- Brandcellsgräns EI 60
- Yttertak utförs REI 60 inom 8 meter från högre belägen fasad.
- Området förses med boendesprinkler
- Området omfattas inte av ändringen



| BET | ANT | ÄNDRINGEN AVSER | DATUM       | SIGN |
|-----|-----|-----------------|-------------|------|
| X   | A   | t v s a a b     | 0708 500616 |      |
|     | K   |                 | TEL:        |      |
|     | E   |                 | TEL:        |      |
|     | V   |                 | TEL:        |      |
|     | W   |                 |             |      |
|     | B   |                 |             |      |

|            |                  |             |
|------------|------------------|-------------|
| UPPDRAG.NR | RITAD/KONSTR. AV | HANDLÄGGARE |
| DATUM      | ANSVARIG         |             |
| 21 11 23   |                  |             |

PLAN 3  
SKALA  
A1 1:100  
A3 1:200

NUMMER  
A-40-1-1300 BEF

BET

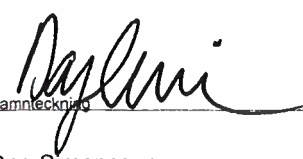
PLC: 2013-11-17 08:45 E:HELEN.ROLF I:SERVERUSER FÖLDER:NR17 PÅGÅENDE PROJEKT:VALINGSÅS/INGÅRED 5:4-9 HEMSJÖGÅRDEN/BEF A-40-1-1300 BEF-DWG HELEN ROLF



## HYRESAVTAL - LOKAL

Avtal nr 223141-3-01

|  |   |   |   |   |                            |
|--|---|---|---|---|----------------------------|
| <b>1. Avtalsparter</b>   | Hyresvärd<br>Vård och Äldreomsorgen, Alingsås Kommun  |   | Personnr/org nr<br>556779-7773  |   |                            |
|  | Hyresgäster/-er<br>Alingsås Familjeläkare AB  |   |   |   |                            |
|  | Adress<br>C/o Nötkärnan Vård och omsorg AB<br>Kungsgatan 32, 411 39 Göteborg  |   |   |   |                            |
| Aviseringsadress<br>Som ovan   |   |   |   |   |                            |
| <b>2. Hyresobjekt</b>  | Adress<br>Hemsjögården, Ingaredsgatan 70, 44165 Alingsås.   |   | Fastighetsbeteckning<br>Del av Alingsås Ingared 5:49  |   |                            |
|  | Lokalarea<br>220 kvm  | Övrig area<br>24 kvm  | Garageplats st<br><input type="checkbox"/> Varm<br><input type="checkbox"/> Kall <input type="checkbox"/> Med motorv. | Garageplats st<br><input type="checkbox"/> Med motorvärmare | Övrigt<br>Enligt bilaga nr |
|  | Omfattning<br>Enligt bilaga nr  | Inredning<br>Enligt bilaga nr   | Utformning/skick<br>Lokalen uthyres i befintligt skick om ej annat avtalats särskilt mellan parterna                  |   |                            |
| <b>3. Användning</b>   | Ändamål<br>Lokalen uthyres i befintlig omsorgslokal för att användas till vårdcentral.  |   |   |   |                            |
| <b>4. Hyrestid uppsägningstid mm</b>   | Fr o m<br>2009-09-15<br>T o m<br>2012-09-15   | Uppsägning av detta avtal skall ske senast 9 månader före hyrestidens utgång.<br>I annat fall är avtalet förlängt på 3 år varje gång med ovan angiven uppsägningstid. |   |   |                            |
| <b>5. Hyra</b>   | Årshyra (exkl. ev. avgifter enligt punkt 6, 7 och 8)<br>390 400 kronor, se bilaga 1.  |   | Hyran regleras under löpande hyrestid enligt indexklausul, bilaga 1   |   |                            |
| <b>6. Uppvärmning mm</b>   | <input checked="" type="checkbox"/> Avgift för av hyresvärden tillhandahållen värme mm ingår i den i punkt 5 angivna hyran, se bilaga 1<br><input type="checkbox"/> Avgift för av hyresvärden tillhandahållen värme mm erlägges av hyresgästen enligt bilaga nr   |   |   |   |                            |
| <b>7. Vatten och avlopp</b>  | <input checked="" type="checkbox"/> Avgift för av hyresvärden tillhandahållt vatten och avlopp ingår i den i punkt 5 angivna hyran, se bilaga 1<br><input type="checkbox"/> Avgift för av hyresvärden tillhandahållt vatten och avlopp erlägges av hyresgästen enligt bilaga nr   |   |   |   |                            |
| <b>8. El</b>   | <input checked="" type="checkbox"/> Avgift för el ingår i hyran, se bilaga 1<br><input type="checkbox"/> Avgift för el ingår ej i hyran   |   |   |   |                            |
| <b>9. Förfallodag</b>  | <input checked="" type="checkbox"/> Hyra och ev. avgifter enligt punkt 6, 7 och 8 erlägges kvartalsvis i förskott<br><input type="checkbox"/> Hyra och ev. avgifter enligt punkt 6, 7 och 8 erlägges månadsvis i förskott   |   | Postgiro-/Bankgirokonto nr  |   |                            |
| <b>10. Sopor och emballage</b>   | <input checked="" type="checkbox"/> Hyresvärden tillhandahåller sopkärl för kompost och osorterat avfall.<br><input checked="" type="checkbox"/> Hyresgästen svarar själv för riskavfall och avfall som inte kan ingå i den normala sophanteringen.   |   |   |   |                            |
| <b>11. Snöröjning Sandning Städning</b>  | <input checked="" type="checkbox"/> Hyresvärden utför snöröjning och sandning utan särskild ersättning från hyresgästen.<br><input type="checkbox"/> Hyresgästen ansvarar för och bekostar snöröjning och sandning för färdvägar till lokalens entréer.<br><input checked="" type="checkbox"/> Städning ingår inte i hyreskostnaden. Städning sker enligt gällande städavtal, debiteras hyresgästen separat.                                    |   |   |   |                            |
| <b>12. Underhåll</b>   | <input type="checkbox"/> Hyresvärden bekostar underhåll av lokalerna och av honom tillhandahållen inredning.<br><input checked="" type="checkbox"/> Hyresgästen bekostar underhåll av egen egendom/egna inventarier för verksamheten. Hyresvärden bekostar övrigt underhåll. <b>Se vidare punkt a. under allmänna avtalsvillkor.</b>  |   |   |   |                            |
| <b>13. Fönster- och dörrglas</b>   | <input checked="" type="checkbox"/> Hyresvärden bekostar utbyte av skadade glasrutor i fönster och entréer.<br><input type="checkbox"/> Hyresgästen bekostar utbyte av skadade glasrutor i fönster och entréer.<br><input type="checkbox"/> Hyresgästen åtager sig att teckna och vidmakthålla glasförsäkring för ovan nämnda glasrutor.  |   |   |   |                            |
| <b>14. Särskilda avtalsvillkor</b>   | <input type="checkbox"/> Hyresrätten enligt detta avtal är ej förenad med rätt till ersättning enligt hyreslagens 58b § eller rätt till anstånd med avflyttningen enligt hyreslagens 59§. Se närmare härom i särskilt avtal bilaga nr<br><input type="checkbox"/> Hyresrätten enligt detta avtal är förenad med krav på betalningsförbindelse enligt bilaga nr<br><input type="checkbox"/> Angående övriga särskilda avtalsvillkor se bilaga nr |   |   |   |                            |
| <b>15. Allmänt</b>   | Angående allmänna avtalsvillkor se omstående sida.  |   |   |   |                            |
| <b>16. Ordningsföreskrifter</b>  | Hyresgästen förbinder sig att i tillämpliga delar följa de ordningsföreskrifter för fastigheten som fastställts av hyresvärden eller av hyresvärden och organisation av hyresgäster gemensamt.  |   |   |   |                            |
| Detta avtal, som innefattar 2 st bilagor, är upprättat i två exemplar varav parterna tagit var sitt. |   |   |   |   |                            |

|   |   |
|---|---|
| Hyresvärdens underskrift  | Hyresgästens/ernas underskrift  |
| Datum 2009-06-23  | Datum 2009-06-23 Datum  |
| Namnsteckning  | Namnsteckning  |
| Magnus Haggren<br>Namnförtydligande   | Dag Simonsson<br>Namnförtydligande Namnförtydligande  |

## ALLMÄNNA AVTALSVILLKOR

- a. **Underhåll m.m.**  
HV svarar för yttre och inre underhåll i lokalen. HG svarar för underhåll av egen egendom/inventarier för den egna verksamheten.  
Vad gäller Decontaminator så ska service, kontroll och underhåll betalas gemensamt, utifrån beräknad livslängd samt användande. Övrig verksamhet ska ha tillgång till Decontaminator.
- Avlopp: HV ansvarar för funktionen. HG ansvarar för att golvbrunnar och vattenlås hålls rena i respektive ansvarsyta. För nedspolning av fel vara bekostas rensning av den som är hyresgäst.
- Kraft och belysning: HV ansvarar för installationen. HG ansvarar för byte av glödlampor, lysrör etc.
- TV, kabel-TV, radio, datanät: HV svarar för TV-anläggning. Övriga antenner, datanätet samt egen utrustning svarar HG för.
- Larm: HG svarar själv för eventuellt separat inbrottslarm för egna verksamheten.  
Brandlarm: HV svarar för installationen som ingår vid avtalets tecknande. HG svarar för de larm som leder till utryckning men som ej är brand (falsklarm) samt utbildning och larmträning. HG ska ha brandskyddsdokument för sin verksamhet.
- Skador:
- Brand; HV svarar för skador på fastigheten, dock ej inventarier.
  - Inventarier; HG ansvarar alltid för sina inventarier, oavsett vem som är vållande till skadan.
  - Inbrott, HG ansvarar för skadan på egna inventarier och utrustning.
  - Vattenskada, HG är snarast anmälningsskyldig vid misstanke/upptäckt av vattenskada.
  - Regnskada, kostnader för att åtgärda skadan åligger den part som har underhållsåtagandet.
  - Åsk-/Stormskada, HV ansvarar för för skadan.
  - Fukt-, mögelskada, kostnaderna för att åtgärda skadan åligger den part som orsakat skadan.
  - Skadeinsekter, HG har ansvaret att vid behov bekämpa alla former av skadeinsekter där efter anmäla till HV som har ett skadedjursbekämpningsavtal.
- P-platser: Fastigheten upplåtes med 20 antal p-platser för verksamheten. Hänvisning sker i övrigt till närliggande parkering. Vid etablering av eventuell ny parkeringsplats ska hyresgästen ej få ökad hyreskostnad för denna.
- Hyresgästen äger ej erhålla nedsättning i hyran för hinder eller men i nyttjanderätten till följd av att hyresvärden låter utföra arbete för att sätta lokalen i avtalat skick eller för att utföra sedvanligt underhåll av lokalen eller fastigheten i övrigt. För underhåll som, efter begäran av hyresgästen, icke utföres under normal arbetstid skall hyresgästen ersätta hyresvärden för därav uppkomna merkostnader.
- Vid utförandet av underhållsarbeten åligger det hyresgästen på egen bekostnad att vidtaga erforderliga åtgärder för skyddande av egna inventarier och varor samt ev erforderlig flyttning av dessa för att möjliggöra underhållsarbetet.
- HG ska närvara vid husmöten som sker 3 ggr per år.
- b. **Tillfälliga avbrott**  
Hyresgästen äger ej rätt till ersättning eller nedsättning av hyran för skada eller intrång i nyttjanderätten som förorsakas av tillfälliga avbrott i tillhandahållandet av värme, vatten, avlopp, elektricitet mm.
- c. **Ombyggnad och kompletteringsarbeten**  
Ombyggnad, ändringar eller kompletteringsarbete som hyresgästen på egen bekostnad önskar utföra får endast företagas efter särskilt godkännande av hyresvärden och, i förekommande fall, av berörda myndigheter. Angående återställningsskyldighet vid avflyttning se punkt e. nedan.
- Skulle hyresvärden åsamkas oförutsedda kostnader på grund av åtgärder som ålägges honom genom försäkringsbolag eller myndighets föreskrift eller beslut skall hyresvärden ersättas med skäligt belopp med hänsyn till kostnaderna.
- d. **Skyltar etc**  
Hyresgästen äger inte rätt att utan tillstånd av hyresvärden och, i förekommande fall, av berörda myndigheter uppsätta skyltar, markiser, antenner etc.
- Vid mera omfattande fastighetsunderhåll såsom fasadrenovering åligger det hyresgästen att på egen bekostnad och utan ersättning nedmontera och åter uppmontera sina skyltar, markiser, antenner o dyl.
- Hyresgästen är ansvarig för skada orsakad av honom uppsatta skyltar, markiser, antenner etc.
- e. **Återställningsskyldighet**  
Vid avflyttning skall hyresgästen, om ej annat överenskommes, bortföra sin egendom, återställa lokalerna i godtagbart skick samt rengöra lokalerna noggrant. Är nämnda åtgärder ej utförda senast vid hyresgästens avflyttning får hyresvärden avhjälpa bristerna på hyresgästens bekostnad. Hyresgästen skall dessutom ersätta hyresvärden för hyresförluster och andra skador som orsakas av hyresgästens underlåtenhet.
- f. **Nycklar**  
Hyresvärden äger, om så erfordras av förvaltningstekniska skäl, rätt att inneha reservnyckel till lokalerna. Vid avflyttning skall hyresgästen utan ersättning överlämna samtliga nycklar till hyresvärden, även om dessa anskaffats av hyresgästen.
- g. **Inteckning**  
Hyresgästen får icke utan hyresvärdens medgivande låta inteckna hyresrätten enligt detta avtal.
- h. **Force majeure**  
Arbetsinställelse, blockad, eller sådant, varöver hyresvärden inte råder, såsom krig, upplopp, eldsvåda, explosion eller ingripande av offentlig myndighet, fritager hyresvärden såväl från fullgörande av hans enligt detta kontrakt åliggande skyldigheter, i den mån de inte kan fullgöras annat än till onormalt höga kostnader, som ock från skyldighet att erlagga skadestånd.



## Bilaga 1

Hyreskostnaden för lokal i Hemsjögården, med en total yta på 244 kvm, utgörs av en grundhyra på 287 355 kr, ett tillägg på 24 400 för el, värme och vatten samt ett tillägg för den investering som gjorts i lokalen med 78 645 kronor per år. Denna investering avskrivs på en 9-årig tidsperiod. Hyresgästen ska senast 2009-07-15 inkomma med en borgensförbindelse för den investering som genomförts i lokalen. I denna förbinder sig Svenska Rehabiliteringssjukhus att gå i skuld så som för egna skulder för det eventuellt kvarvarande restvärde för utförda investering om hyresförhållandet skulle upphöra

### Indexklausul

Avser Lokal i Hemsjögården, Ingaredsgatan 70, Alingsås.

Fastighet Alingsås, Ingared 5:49

Hyresvärd Vård och Äldreomsorgen, Alingsås Kommun

Hyresgäst Alingsås Familjeläkare AB

Klausul Av det i kontraktet angivna hyresbeloppet, exklusive tillägg för investering, 311 755 kronor skall 50 % eller 155 877 kronor utgöra bashyra. Under hyrestiden skall med hänsyn till förändringar i konsumentprisindex tillägg till hyresbeloppet utgå med viss procent på bashyran enligt nedanstående grunder.

Bashyran skall vara anpassad till indextalet för oktober månad 2008. Detta tal är 305,56.

Om indextalet för någon påföljande oktobermånad har stigit i förhållande till bastalet, skall tillägg utgå med det procenttal varmed indextalet ändrats i förhållande till bastalet. I fortsättningen skall tillägg utgå i förhållande till indexförändringarna, varvid hyresförändringen beräknas på basis av den procentuella förändringen mellan bastalet och indextalet för respektive oktobermånad.

Utgående hyra skall dock aldrig sättas lägre än det i kontraktet angivna hyresbelopp. Hyresändringen sker alltid fr o m den 1 januari efter det att oktoberindex föranlett omräkning.

Underskrift Ort och datum 2009-06-27

Ort och datum 2009-06-23

Hyresvärd



Hyresgäst



### Anvisningar

#### Bastalet

Oberoende av när kontraktet tecknas skall, om inte annat speciellt avtalats, senast kända oktoberindex gälla som bastalet. Jämförelse mellan indextalen sker så snart årets oktoberindex blir känt.

#### Beräkning av tillägget

1. Skillnaden mellan aktuell oktoberindex och bastalet beräknas.
2. Om skillnaden är positiv, divideras den framräknade skillnaden med bastalet. Den procentuella skillnaden anges med två decimaler.
3. Tilläggets storlek beräknas genom att denna kvot multipliceras med bashyran.

2022-05-10

§ 41 2022.100 VON

## **Tilläggsavtal för Hemsjögården**

### **Ärendebeskrivning**

Hemsjögården i Ingared är ett särskilt boende för äldre med 34 lägenheter. Fastigheten ägs av Estea AB sedan 2021. En tillsyn har utförts av Alingsås och Vårgårda Räddningstjänstförbund på fastigheten vilket resulterade i att fastighetsägaren fick ett föreläggande enligt Lagen om skydd mot olyckor. I föreläggande framgår krav på att sprinkler skall installeras på samtliga boendeavdelningar på Hemsjögården. Myndighetskravet innebär att vård- och omsorgsnämnden riskerar att inte medges bedriva särskilt boende för äldre i fastigheten.

Fastighetsägaren har utrett vad som krävs för att installera sprinkler på Hemsjögården och har i dialog med vård- och omsorgsförvaltningen kommit överens om att fastighetsägaren står för investeringen och kostnaderna föreslås att regleras i ett tilläggsavtal till blockhyresavtalet.

Hyresavtal med en löptid på över 10 år ska godkännas av kommunfullmäktige enligt beslut i kommunfullmäktige den 23 april 2008, § 88.

### **Beredning**

Det ligger i både fastighetsägarens och vård- och omsorgsförvaltningens intresse att ha ett långsiktigt samarbete när en större investering skall göras. Båda parter önskar därför teckna ett avtal som sträcker sig över 12 år. Dels för att få ned avskrivningskostnaden, dels för att trygga ett långt partnerskap.

### **Beslut**

#### **Arbetsutskottets förslag till beslut i vård- och omsorgsnämnden**

1. Vård- och omsorgsnämnden beslutar att medge vård- och omsorgsförvaltningen att teckna ett tilläggsavtal på 12 år för sprinklerinstallation vid äldreboendet Hemsjögården.
2. Vård- och omsorgsnämnden föreslår kommunfullmäktige att medge att tilläggsavtal tecknas enligt ovan.

### **Expedieras till**

KS, KLK

# Arbetet med hållbar schemaläggning

8

2022.097 VON

Datum: 2022-05-03  
Handläggare: Henrik Larsson  
Direktr:   
Diariernr: 2022.097 VON

Vård- och omsorgsnämnden

## Arbetet med hållbar schemaläggning

### Ärendebeskrivning

Vård- och omsorgsnämnden gav 2022-03-29, § 26, 2022.057 VON, förvaltningen i uppdrag att informera nämnden om hur vård- och omsorgspersonalens arbete organiseras samt hur planeringen av schemaläggningen sker.

### Förvaltningens yttrande

Vård- och omsorgsförvaltningens samverkansgrupp (FSG) antog den 15 oktober 2018 en bemanningsstrategi som arbetats fram tillsammans med representanter från Kommunal vilken är berörd organisation. I bemanningsstrategin finns utformade riktlinjer för hur arbetet med bemanning och schemaplanering ska se ut i verksamheten. Brukarnas behov är alltid i fokus och stor hänsyn tas till såväl en god arbetsmiljö som en god ekonomisk hushållning.

Målet för bemanningsstrategin är att använda resurserna på ett så hållbart sätt som möjligt:

- Alla bemanningskrav ska utgå från brukarens behov
- Öka andelen arbetad tid av tillsvidareanställda
- Öka den interna rörligheten inom förvaltningen
- Skapa en hållbar schemaläggning
- Sänka ohälsotalen

Arbetet med hållbar schemaläggning utgår från bemanningshandboken Vård och Omsorg. Handboken innehåller information om bemanningsprocessen och beskriver de olika yrkesrollernas ansvar. Syftet med bemanningshandboken är att säkerställa att bemanningsprocessen sker utifrån de regler och riktlinjer som finns gällande anställning och arbetstidsförläggning och på så sätt verka för en god arbetsmiljö. Bemanningshandboken finns publicerad på Kommunportalen.

Förvaltningens svar på nämndens uppdrag finns redovisat i bilaga per avdelning.

### Ekonomisk bedömning

Ärendet medför inga ekonomiska konsekvenser.

### Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden noterar vård- och omsorgsförvaltningens redovisning gällande hållbar schemaläggning.

Anita Hedström  
Förvaltningschef

Henrik Larsson  
Avdelningschef förvaltningskontoret



## Arbetet med hållbar schemaläggning inom äldreboendeavdelningen

Ansvarig enhetschef utreder verksamhetens bemanningskrav och sedan lägger medarbetarna sitt schema i enlighet med verksamhetens behov. Medarbetarna har därefter en vecka på sig att ändra sitt schema och efter det gör schemaombud en sista korrigerig i samråd med ansvarig enhetschef. Vid behov ändrar enhetschefen schemat. Schemat godkänns, beräknas och fastställs av ansvarig enhetschef. Schemat ska fastställas senast 14 dagar innan schemat börjar gälla. Inför sommartjänstgöringen görs en längre planering, men schemat fastställs även då enligt bemanningshandboken.

Enhetschef har i ansvar att fortlöpande se över saldot för schemaperioden och det ackumulerade timbankssaldot samt eftersträva att saldot för den enskilda medarbetaren hamnar på plus/minus noll.

Heltidsmättet för en medarbetare vars arbetstid utgörs av minst 20 % nattarbete är 34,33 timmar per vecka. Innan förhandlingen 2021 låg antalet timmar för nattarbete på 35,33 timmar per vecka. Heltidsmättet för personal som arbetar obekvämt arbetstid är enligt Kommunals avtal 37 timmar per vecka och enligt Vårdförbundet 38,25 timmar per vecka.

Nattarbete innebär att medarbetaren har minst tre timmar av sin arbetstid förlagd mellan klockan 22.00 och klockan 06.00. Om en medarbetare arbetar natt 100 % motsvarar detta 22 nätter under sex veckor. Det innebär en ökning med ca en natt per sex veckor efter det att nio timmars nattarbete infördes. I de fall en medarbetare arbetar 67 % innebär detta att medarbetaren arbetar 15 nätter per sex veckor, vilket innebär en ökning med ca en natt per sex veckor efter att nio timmars nattarbete infördes.

Nattarbetet har olika start- och sluttid på avdelningens enheter, kl. 21.30-06.30, kl. 21.45-06.45 eller kl. 22.00-07.00. Det medför att viss dagpersonal behöver börja kl. 06.15 samt att viss kvällspersonal behöver arbeta till kl. 22.15.

På exempelvis Kvarnbacken börjar en person per avdelning sitt arbetspass kl. 06.30 och därefter påbörjar nästa person sin tjänstgöring kl. 07.00. Detta är en av två avdelningar som har sin arbetstid förlagd till kl. 22.00.

Helén Gillqvist

Avdelningschef Äldreboende

## Arbetet med hållbar schemaläggning på LSS-boende och daglig verksamhet

### Följande gäller generellt för boendeenheterna inom LSS

Majoriteten av medarbetarna arbetar med sovande jour och schemat har då bilaga J till AB 20, *Särskilda bestämmelser för viss jourtjänstgörande personal*, som grund.

Tre av enheterna har så kallad vaken natt, vilket innebär att medarbetaren inte sover något under arbetspasset. På en av enheterna saknas förutsättningar för ett hållbart schema med nio timmars arbetstid. Om tilldelade resurser inte möter bemanningskravet har ansvarig enhetschef ansvar för att lyfta detta till avdelningschef.

Schemat sträcker sig över sex veckor. Fem veckor innan det nya schemat börjar gälla blir schemat tillgängligt för medarbetarna och de får då möjlighet att diffa. Varje medarbetare ansvarar för att lägga in sitt önskade schema utifrån bemanningshandbokens riktlinjer samt de specifika schemareglerna som gäller i just den arbetsgruppen. Schemareglerna ser olika ut beroende på att behoven skiljer sig åt i de olika grupperna. När medarbetarna gjort detta diffar ansvarig enhetschef och schemaombuden de sista schemaändringarna. Schemat fastställs slutligt av ansvarig enhetschef 14 dagar innan schemat börjar gälla.

### Process schemaläggning daglig verksamhet

Öppettiderna på Daglig verksamhet är från kl. 08.15-16.15. Personalen är schemalagda från kl. 08.00-17.00. De flesta medarbetare arbetar 100 % och några få har själva valt att gå ner i tid. Daglig verksamhet arbetar med optimal bemanning över verksamhetsgränserna, vilket innebär att all frånvaro ersätts med befintlig personal. Varje morgon görs en inventering av personalgruppen i varje verksamhet för att se över hela verksamheten, så att varje enhet har rätt bemanning i enlighet med verksamhetens interna behovsbemanning. Den interna behovsbemanningen utgår från den absolut lägsta bemanning varje verksamhet kan ha för att kunna hantera dagens arbetsuppgifter. Omfördelning av personalresurser görs vid behov och då primärt av personalgrupperna själva. Vid behov går enhetschefen in och omfördelar personalresurserna.

Åsa Wallin

Avdelningschef LSS för boende och arbete



## Arbetet med hållbar schemaläggning på Hälso- och sjukvårdsavdelningen

Schemaläggningen görs i verksamhetssystemet TimeCare. I de fall en medarbetare har en heltidstjänst under dagtid, har medarbetaren 13 fridagar under en sexveckorsperiod. Medarbetare som arbetar 40 timmar per vecka har 12 fridagar per sex veckor. Dagpersonalen har fasta arbetstider och någon schemaläggning utöver detta görs således inte.

De medarbetare som tjänstgör nattetid lägger in önskemål om schema och diffar sina schemaförslag i verksamhetssystemet TimeCare. Enligt riktlinjerna för hållbar schemaläggning ska medarbetaren arbeta max fem arbetsdagar i följd, följt av en ledig dag. Maxantalet gällande tjänstgöring under natt är fyra nätter i rad följt av lediga dagar. Riktlinjerna i Bemanningshandboken säger även att medarbetaren inte ska arbeta morgonpass direkt efter ett kvällspass då målet är att medarbetaren ska ha elva timmars dygnsvila. Avdelningen strävar efter att följa dessa riktlinjer vid schemaplaneringen, men lyckas inte fullt ut.

Nattarbetande medarbetare använder sig av egna schemaförslag och fri förläggning av arbetstiden, vilket innebär att medarbetarna själva lägger ett önskemål för en sexveckorsperiod. Vissa medarbetare önskar arbeta två nätter i rad, andra medarbetare önskar arbeta fyra nätter i rad.

Efter att all personal lagt sina förslag på schema kontrollerar schemaombud schemaläggningen och korrigerar där det behövs. Därefter godkänner enhetschef schemat för ny period och meddelar samtliga medarbetare två veckor innan schemastart för det nya schemat.

Birgitta Strandin

T.f. avdelningschef Hälso- och sjukvårdsavdelningen

## Arbetet med hållbar schemaläggning inom hemtjänsten

Hemtjänstens schemaläggning omfattar oftast sexveckorsintervaller. Undantag är sommartid, då schemat läggs över fler veckor på grund av semesterplanering.

Schemaläggningen inleds med att ansvarig enhetschef gör en behovsanalys för verksamheten utifrån biståndsbedömda timmar. Det finns en särskild formel för att beräkna detta. All planering finns inlagd i verksamhetssystemet Time Care. Där kan medarbetaren se årets tider för inlämning samt tider för korrigerings. Det finns arbetsgrupper som valt att ha ett fast schema, där justeringar görs inför varje intervall.

Ansvarig enhetschef lägger ett bemanningskrav ned till 15 minuters intervall. Då detta är inlagt har medarbetaren en vecka på sig att lägga in sitt önskade schema. Därefter har medarbetaren två veckor på sig att korrigera så att schemat motsvarar det av ansvarig enhetschef inlagda bemanningskravet. Arbetslagets schemaombud ser sedan över schemat och gör sedan eventuella justeringar i samråd med enhetschef under högst en veckas tid. Efter det fastställer enhetschef schemat senast 14 dagar innan schemat träder i kraft. Därefter har enbart enhetschef behörighet att ändra det fastställda schemat.

Nedan följer ett exempel på hur arbetet med schemaläggning är en ständigt pågående process.

### **Vecka 1**

Medarbetarna lägger in sina förslag.

### **Vecka 2**

Ansvarig enhetschef gör en preliminär bedömning av verksamhetens behov under måndagen och medarbetarna diffar.

### **Vecka 3**

Schemaombudet diffar.

### **Vecka 4**

Medarbetarna får se över sitt schema i MA och återkopplar eventuella önskemål om förändring till schemaombud. Schemaombudet justerar det som är möjligt.

### **Vecka 5**

Schemat är klart och enhetschef fastställer schemat på måndagen, det vill säga 14 dagar innan schemat träder i kraft.

### **Vecka 6**

Schemat gäller.

Datum: 2022-05-02

Vård- och omsorgsnämnden

Därefter påbörjas arbetet med en ny schemaperiod.

Titti Bengtsson Davidson  
Avdelningschef Hemtjänst

## Arbetet med hållbar schemaläggning inom avdelningen personlig assistans och stöd

Det som ligger till grund för bemanningskravet inom avdelningen personlig assistans och stöd är ett beslut från Försäkringskassan eller en LSS-handläggare. Beslutet är beskrivet i sexmånadersintervaller och där framgår exakt hur många timmar som ska utföras. Bemanningsskravet läggs av ansvarig enhetschef och ändras endast när ett nytt beslut eller omprövning av beslut inkommer, vilket sällan händer.

Schemaperioden sträcker sig vanligtvis över sex veckor, förutom under sommaren då schemat läggs över en 12-veckorsperiod. Ansvarig enhetschef tillser och kontrollerar att medarbetarna har rätt sysselsättningsgrad i verksamhetssystemet Time Care planering samt att medarbetarnas timbankssaldo håller sig inom den ram som finns. Systemet är uppbyggt enligt de lagar och avtal som gäller för avtalsområdet och bevakar således att raster och veckovila är korrekt inlagda. Systemet varnar även användaren om dygnsvilan exempelvis är för kort inlagd.

### **Vecka 1**

När ansvarig enhetschef lagt in bemanningsskravet i systemet påbörjar medarbetarna arbetet med att lägga in sina schemaönskemål avseende hur man vill jobba, när man önskar eventuell semester eller annan ledighet, för nästkommande sex veckors schemaperiod. Bemanningsskravet visas i en graf där det framgår hur många medarbetare som behövs de olika dagarna. I det här läget kan medarbetaren enbart se sitt eget önskemål för att på så sätt undvika att påverkas av andra i gruppen. Underlaget för hur medarbetaren kan arbeta är de lagar och avtal som finns samt det bemanningsskrav som är lagt.

### **Vecka 2–3**

Schemaförslaget blir synligt för all personal i ett så kallat diffningsläge. Här kan personalen tillsammans med schemaombud och ansvarig enhetschef lösa eventuella luckor eller dubbelbokningar som uppstått under vecka ett.

### **Vecka 4**

Under denna vecka gör ansvarig enhetschef slutliga korrigeringar och hanterar de luckor och dubbelbokningar som gruppen inte löst själva. I slutet av den här veckan fastställer enhetschefen schemat vilket innebär att enbart enhetschef kan göra eventuella kommande förändringar.

### **Vecka 5–6**

Personalen delges det slutliga schemat och medarbetarna kan se hur de ska jobba under kommande sexveckorsperiod. Detta kallas för ett "färdigt schema".

Datum: 2022-05-02

Vård- och omsorgsnämnden

Därefter fortlöper planeringen i sexveckorsintervaller enligt ovan.

Eva Emanuelsson

Avdelningschef LSS personlig assistans och stöd

2022-05-10

§ 44 2022.097 VON

## Arbetet med hållbar schemaläggning

### Ärendebeskrivning

Vård- och omsorgsnämnden gav 2022-03-29, § 26, 2022.057 VON, förvaltningen i uppdrag att informera nämnden om hur vård- och omsorgspersonalens arbete organiseras samt hur planeringen av schemaläggningen sker.

### Beredning

Vård- och omsorgsförvaltningens samverkansgrupp (FSG) antog den 15 oktober 2018 en bemanningsstrategi som arbetats fram tillsammans med representanter från Kommunal vilken är berörd organisation. I bemanningsstrategin finns utformade riktlinjer för hur arbetet med bemanning och schemaplanering ska se ut i verksamheten. Brukarnas behov är alltid i fokus och stor hänsyn tas till såväl en god arbetsmiljö som en god ekonomisk hushållning.

Målet för bemanningsstrategin är att använda resurserna på ett så hållbart sätt som möjligt:

- Alla bemanningskrav ska utgå från brukarens behov
- Öka andelen arbetad tid av tillsvidareanställda
- Öka den interna rörligheten inom förvaltningen
- Skapa en hållbar schemaläggning
- Sänka ohälsotalen

Arbetet med hållbar schemaläggning utgår från bemanningshandboken Vård och Omsorg. Handboken innehåller information om bemanningsprocessen och beskriver de olika yrkesrollernas ansvar. Syftet med bemanningshandboken är att säkerställa att bemanningsprocessen sker utifrån de regler och riktlinjer som finns gällande anställning och arbetstidsförläggning och på så sätt verka för en god arbetsmiljö. Bemanningshandboken finns publicerad på Kommunportalen.

Förvaltningens svar på nämndens uppdrag finns redovisat i bilaga per avdelning.

### Beslut

#### Arbetsutskottets förslag till beslut i vård- och omsorgsnämnden

Vård- och omsorgsnämnden noterar vård- och omsorgsförvaltningens redovisning gällande hållbar schemaläggning.

# Riktlinje hantering av händelser

9

2022.094 VON



Datum: 2022-05-03  
Handläggare: Anita Hedström  
Direktr: 0322-616009  
Diariernr: 2022.094 VON

Vård- och omsorgsnämnden

## Riktlinje hantering av händelser

### Ärendebeskrivning

Vård- och äldreomsorgsnämnden beslutade 2011-11-22 med diarienummer: 2011.234 VÄN om en riktlinje för hantering av händelser. Dokumentet har sedan uppdaterats i olika omgångar. Senaste tillfället för uppdatering var 2019-09-05 och då utan nämndbeslut.

Förvaltningen har nu tagit fram ett förslag till en ny reviderad riktlinje "Rapporteringskyldighet och hantering av händelser med tillhörande manual".

Denna typ av riktlinje avser hur rapportering ska ske och nämndbeslut krävs inte, utan detta är ett förvaltningsbeslut. Att rapportering ska ske är lagstyrkt och riktlinjen beskriver hur det ska ske.

### Förvaltningens yttrande

Förvaltningen behöver se över huruvida riktlinjer ska fastställas genom nämndbeslut eller ej. I detta fall fastställer MAS och SAS samt FC riktlinjen och kommunicerar ut den i förvaltningen.

### Ekonomisk bedömning

Beslutet innebär ingen ekonomisk påverkan på verksamheten.

### Förslag till beslut

Vård- och äldreomsorgsnämnden beslutade 2011-11-22 med diarienummer 2011.234 VÄN om en riktlinje för hantering av händelser. Vård- och omsorgsnämnden överlåter beslutet till förvaltningen när det gäller riktlinje "Rapporteringskyldighet och hantering av händelser med tillhörande manual".

### Beslutet ska skickas till

Förvaltningen

Anita Hedström  
Förvaltningschef

Henrik Larsson  
Avdelningschef förvaltningskontoret



2022-05-10

§ 45 2022.094 VON

## **Riktlinje hantering av händelser**

### **Ärendebeskrivning**

Vård och omsorgsnämnden beslutade 2011-11-22 med diarienummer: 2011.234 VÄN om en riktlinje för hantering av händelser. Dokumentet har sedan uppdaterats av förvaltningens SAS Kerstin Frost och dåvarande MAS, Kristina Bornhall. Senaste tillfället för uppdatering var 2019-09-05 och då utan nämndbeslut.

Förvaltningens MAS Annika Fallqvist och Ingela Oscarsson samt SAS Kerstin Frost har nu tagit fram ett förslag på en ny reviderad riktlinje "Rapporteringsskyldighet och hantering av händelser med tillhörande manual".

Denna typ av riktlinje avser hur rapportering ska ske och nämndbeslut krävs inte, utan detta är ett förvaltningsbeslut. Att rapportering ska ske är lagstyrt och riktlinjen beskriver hur det ska ske.

### **Beredning**

Förvaltningen behöver se över huruvida riktlinjer ska fastställas genom nämndbeslut eller ej. I detta fall fastställer MAS och SAS samt FC riktlinjen och kommunicerar ut den i förvaltningen.

### **Beslut**

#### **Arbetsutskottets förslag till beslut i vård- och omsorgsnämnden**

Vård och omsorgsnämnden beslutade 2011-11-22 med diarienummer 2011.234 VÄN om en riktlinje för hantering av händelser. Vård- och omsorgsnämnden överlåter beslutet till förvaltningen när det gäller riktlinje "Rapporteringsskyldighet och hantering av händelser med tillhörande manual".

### **Expedieras till**

Förvaltningen

# Utnämning av dataskyddsombud

10

2022.095 VON

Datum: 2022-05-03  
Handläggare: Anita Hedström  
Direktnr: 0322-616009  
Diariernr: 2022.095 VON

Vård- och omsorgsnämnden

## Utnämning av dataskyddsbud

### Ärendebeskrivning

Dataskyddsförordningen reglerar att varje personuppgiftsansvarig offentlig myndighet ska utse dataskyddsbud som övervakar den personuppgiftsansvariges efterlevnad av dataskyddsförordningen.

Våren 2020 tecknade Alingsås kommun ett avtal med Göteborgsregionens kommunalförbund (GR) som innebär att GR tillhandahåller två dataskyddsbud som tillsammans ansvarar för Ale kommun, Alingsås kommun, Härryda kommun, Lerums kommun, Lilla Edets kommun, Partille kommun, Stenungsunds kommun samt Öckerö kommun.

Malin Ericsson tillträder sin tjänst som dataskyddsbud på GR den 1 maj 2022, och behöver därför utses som dataskyddsbud för kommunstyrelsen. Johan Bergström är sedan tidigare utsedd som dataskyddsbud för kommunstyrelsen och de båda kommer framgent att dela på ansvaret som dataskyddsbud för Alingsås kommun.

### Förvaltningens yttrande

Kommunledningskontoret föreslår att Malin Ericsson utses som dataskyddsbud för kommunstyrelsen.

Kommunledningskontoret förordar även att kommunstyrelsen föreslår att respektive nämnd samt Alingsås och Vårgårda räddningstjänstförbund beslutar enligt ovanstående förslag.

### Ekonomisk bedömning

Förslaget innebär inga ekonomiska konsekvenser.

### Förslag till beslut

Malin Ericsson utses som dataskyddsbud för vård- och omsorgsnämnden från och med 1 maj 2022.

### Beslutet ska skickas till

IMY, GR

Anita Hedström  
Förvaltningschef

Ann-Sofie Bengtsson  
Tf. Förvaltningssekreterare



2022-05-10

§ 46 2022.095 VON

## **Utnämning av dataskyddsbud**

### **Ärendebeskrivning**

Dataskyddsförordningen reglerar att varje personuppgiftsansvarig offentlig myndighet ska utse dataskyddsbud som övervakar den personuppgiftsansvariges efterlevnad av dataskyddsförordningen.

Våren 2020 tecknade Alingsås kommun ett avtal med Göteborgsregionens kommunalförbund (GR) som innebär att GR tillhandahåller två dataskyddsbud som tillsammans ansvarar för Ale kommun, Alingsås kommun, Härryda kommun, Lerums kommun, Lilla Edets kommun, Partille kommun, Stenungsunds kommun samt Öckerö kommun.

Malin Ericsson tillträder sin tjänst som dataskyddsbud på GR den 1 maj 2022, och behöver därför utses som dataskyddsbud för kommunstyrelsen. Johan Bergström är sedan tidigare utsedd som dataskyddsbud för kommunstyrelsen och de båda kommer framgent att dela på ansvaret som dataskyddsbud för Alingsås kommun.

### **Beredning**

Kommunledningskontoret föreslår att Malin Ericsson utses som dataskyddsbud för kommunstyrelsen.

Kommunledningskontoret förordar även att kommunstyrelsen föreslår att respektive nämnd samt Alingsås och Vårgårda räddningstjänstförbund beslutar enligt ovanstående förslag.

### **Beslut**

#### **Arbetsutskottets förslag till beslut i vård- och omsorgsnämnden**

Malin Ericsson utses som dataskyddsbud för vård- och omsorgsnämnden från och med 1 maj 2022.

### **Expedieras till**

IMY, GR



Kompletteringsval av  
ersättare i vård- och  
omsorgsnämndens  
arbetsutskott efter Philip  
Perdin

11

2022.113 VON

Datum: 2022-05-11  
Handläggare: Svea Handläggare  
Direktr: 0322-616009  
Diariernr: 2022.113 VON

Vård- och omsorgsnämnden

## **Kompletteringsval av ersättare i vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott efter Philip Perdin**

### **Ärendebeskrivning**

Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott består av fem ordinarie ledamöter och fem personliga ersättare samt ordförande och vice ordförande.

Vård- och omsorgsnämnden har nu att utse en ny ledamot till arbetsutskottet efter Philip Perdin (M), som avsagt sig sitt uppdrag 5 mars 2022 som ledamot i vård- och omsorgsnämnden och därmed också som ersättare i arbetsutskottet.

### **Beredning**

Kommunfullmäktige beslutade 5 mars 2022, § 112, att utse Eva Hult till ny ledamot i vård- och omsorgsnämnden för tiden fram till 2022-12-31.

### **Ekonomisk bedömning**

Ingen ekonomisk påverkan.

### **Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden utser NN till ledamot i arbetsutskottet från dagens datum till 2022-12-31.

### **Beslutet ska skickas till**

KLK-lön,

Anita Hedström  
Förvaltningschef

Ann-Sofie Bengtsson  
Förvaltningssekreterare



**Månadsuppföljning 2022**

**12**

**2022.092 VON**

Datum: 2022-05-1209  
Handläggare: Henrik Larsson  
Direktr:   
Diariernr: 2022.092 VON

Vård- och omsorgsnämnden

## Fördjupad månadsuppföljning per april 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 vågen av covid-19 pandemin har haft stor påverkan på verksamheten under första kvartalet. Förvaltningen har haft ökade personalkostnader och ökade kostnader för att förhindra smittspridning. De sjunkande volymerna inom äldreomsorgen, under pandemin har fortfarande inte återhämtat sig. Volymerna är betydligt lägre än planerat och förvaltningen gör fortsatt bedömningen att nedgången inte är långsiktig.

Förvaltningen har samtidigt erhållit och aviserats omfattande statsbidrag vilket ger positiva effekter på arbetet med kvalitetshöjande åtgärder och ger samtidigt positiva effekter på ekonomin.

Förvaltningen är samtidigt inne i en långsiktig omställning för att bli mer effektiv i linje med vård- och omsorgsnämndens förväntningar. Det är en turbulent tid med stora krav på förändring. Förvaltningen är trygg i bedömningen att verksamheten klaras inom tilldelad ram men det innebär att arbetet med effektiviseringar måste hålla ett fortsatt högt tempo.

### Ekonomisk bedömning

Ärendet medför inga ekonomiska konsekvenser.

### Förslag till beslut

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

### Beslutet ska skickas till

KS

Anita Hedström  
Förvaltningschef

Henrik Larsson  
Avdelningschef förvaltningskontoret





# Fördjupad månadsuppföljning 2022 vård- och omsorgsnämnden



# Fördjupad månadsuppföljning 2022

## Drift

| Belopp i tkr                        | Budget 2022       | Prognos helår 2022 | Avv. prognos/budget 2022 |
|-------------------------------------|-------------------|--------------------|--------------------------|
| Verksamhetens intäkter              | 195 144           | 217 382            | 22 238                   |
| Personalkostnader                   | -717 534          | -727 148           | -9 615                   |
| Lokalhyror                          | -93 004           | -93 826            | -822                     |
| Köp av tjänster                     | -160 751          | -165 185           | -4 434                   |
| Övriga kostnader                    | -77 411           | -84 779            | -7 368                   |
| <b>Verksamhetens kostnader</b>      | <b>-1 048 700</b> | <b>-1 070 938</b>  | <b>-22 238</b>           |
| <b>Verksamhetens nettokostnader</b> | <b>-853 556</b>   | <b>-853 556</b>    | <b>-22 238</b>           |
| Kommunbidrag                        | 853 556           | 853 556            | 0                        |
| Finansnetto                         | 0                 | 0                  | 0                        |
| <b>Årets resultat</b>               | <b>0</b>          | <b>0</b>           | <b>0</b>                 |

### Inledande sammanfattning

Den fjärde vågen av covid-19 pandemin har haft stor påverkan på verksamheten under första kvartalet. Det har varit mycket personal frånvarande och svårt att få tag på vikarier vilket har medfört höga kostnader för övertid. Vidare har förvaltningen haft ökade kostnader för att förhindra smittspridning. Användning av skyddsmaterial och snabbtester är fortfarande hög och i början av året var smittspridningen omfattande. Ovanstående faktorer har en inverkan på den egna regin och försvårar det pågående arbetet med effektiviseringar.

Förvaltningen har samtidigt erhållit och aviserats omfattande statsbidrag vilket ger positiva effekter på arbetet med kvalitetshöjande åtgärder och ger samtidigt positiva effekter på ekonomin. Totalt har vård- och omsorgsförvaltningen ansökt om 51,1 mkr i riktade statsbidrag under 2022. Det är högst oklart om förvaltningen både beviljas och kan tillgodoräkna sig beloppen då det är svårt att klara av kriterierna samt kort framförhållning från staten. Något som ständigt påtalas från SKR.

De sjunkande volymerna inom äldreomsorgen under pandemin har fortfarande inte återhämtat sig. Volymerna är betydligt lägre än planerat och förvaltningen gör fortsatt bedömningen att nedgången inte är långsiktig. Flera myndigheter och kommuner gör bedömningen att det finns en stor "vårdskuld". Medborgare som haft ett behov av äldreomsorg har avstått på grund av rädsla för att bli smittad.

Förvaltningen är samtidigt 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. De största upphandlingarna just nu är en upphandling för trygghetslarm, en gemensam upphandling för nytt verksamhetssystem och planeringsverktyg. Upphandlingarna och framförallt implementeringen av nya arbetssätt kommer till stor del att finansieras med statsbidrag.

Förvaltningen agerar i en turbulent tid med stora krav på förändring. Det innebär stor osäkerhet med vilka kostnader och intäkter nämnden kommer att ha under 2022. Därmed kommer det att bli förändringar på kontogruppernivå under året. Förvaltningen är trygg i bedömningen att verksamheten klaras inom tilldelad ram men det innebär att arbetet med effektiviseringar måste hålla ett fortsatt högt tempo.

## Prognos

### Intäkter

Intäkterna prognostiseras per april avvika positivt med 22,2 mkr. Avvikelsen beror på riktade statsbidrag. Avvikelsen kommer troligen att öka då det finns fler statsbidrag som beviljas om kriterierna uppfylls. Statsbidragen kräver dock en kostnadsökning varför nettokostnaden inte beräknas påverkas. Fler statsbidrag som ännu inte utannonserats kan tillkomma och komma att påverka verksamhetens intäkter positivt. Utöver statsbidragen påverkas nämndens intäkter negativt av tomgång på äldreboenden. Intäkterna prognostiseras per april att vara 3,0 mkr lägre än budgeterat.

### Personalkostnader

Personalkostnaderna prognostiseras avvika negativt med 9,6 mkr. Avvikelsen beror framförallt på att vissa verksamheter har problem med budgetföljsamheten. Delvis beror verksamheternas budgetavvikelser på effekter som den fjärde vågen av covid-19 medfört. Avvikelsen förstärks även av de statsbidrag där utbildningar medför ökade kostnader för vikarier. Den negativa avvikelsen vägs delvis upp av volymminskningar inom äldreomsorgen och vakanser på förvaltningskontoret.

### Lokalhyror

Lokalhyror prognostiseras att avvika negativt med 0,8 mkr. Avvikelsen beror på högre lokalkostnader på Kvarnbacken efter att det delvis konverterats från korttidsboende till äldreboende.

### Köp av tjänster

Köp av tjänster prognostiseras avvika negativt med 4,4 mkr. Avvikelsen beror framförallt på att förvaltningen erhållit fler brukare med omfattande behov där platser initialt behövts köpas

externt. Förvaltningen prognostiserar även med högre kostnader för konsulter då förvaltningen ska implementera flera nya digitala system med start hösten 2022.

### **Övriga kostnader**

Övriga kostnader prognostiseras avvika negativt med 7,4 mkr. Den största anledning är kopplad till att smittskyddsåtgärderna fortsatt är på en hög nivå i verksamheterna. Därutöver fortsätter förvaltningen med testning av personal tills nya beslut fattas. Förvaltningen räknar med att smittåtgärderna och testningen kommer att fasas ut under året.

## **Prognosförändring**

### **Intäkter**

Inga större förändringar mot marsprognosen.

### **Personalkostnader**

Personalkostnaderna prognostiseras avvika med 2,7 mkr mer än mot mars. Anledningen är att förvaltningen räknar med något högre volymer inom äldreomsorgen.

### **Lokalhyror**

Lokalhyror prognostiseras till 4,0 mkr högre än i mars. Det beror på att förvaltningen nu fått nytt kontrakt och därmed ny kostnad för äldreboendet Kvarnbacken.

### **Köp av tjänster**

Köp av tjänster prognostiseras avvika negativt med 6,7 mkr mindre än i marsprognosen. Anledningen är främst att förvaltningen skrivit ned behovet av köpta externa platser.

### **Övriga kostnader**

Övriga kostnader prognostiseras avvika med 2,8 mkr mer än i marsprognosen. Anledningen är att förvaltningen redan sett prisökningar och prognostiserar att de fortsätter under 2022.

## Investeringar

| Belopp i tkr           | Budget 2022  | Prognos helår 2022 | Avv. prognos/ budget 2022 |
|------------------------|--------------|--------------------|---------------------------|
| <b>Reinvestering</b>   | <b>5 300</b> | <b>5 300</b>       | <b>0</b>                  |
| Investeringar          | 4 200        | 4 200              | 0                         |
| Vårdhjälpmedel         | 350          | 350                | 0                         |
| Sängar                 | 750          | 750                | 0                         |
|                        |              |                    |                           |
| <b>Totala utgifter</b> | <b>5 300</b> | <b>5 300</b>       | <b>0</b>                  |

### Prognos

Vård- och omsorgsnämnden prognostiserar att de tilldelade anslagen för investeringar kommer att användas under 2022. Bland annat kommer anslagen täcka investeringsbehov i det nya LSS-boendet Lapplandsgatan.

**Anmälan av  
delegationsbeslut 2022**

**13**

**2022.018 VON**

# Nyanställda

**Organisation:** Vård och Omsorgsförvaltning **Ålder:** Alla åldrar **Anställnings- och löneform:** Tillsvidarean

| Rekryteringsväg        | Befattning                   | Anställningsdatum | Organisation                   | Sysselsättning: |
|------------------------|------------------------------|-------------------|--------------------------------|-----------------|
| Rekryteringsväg saknas | 3158 Biståndshandläggare     | 2022-04-21        | Bistånd och boende handläggare | 100%            |
| 6 Fr privat föret      | 1984 Vårdbiträde             | 2022-04-25        | Bjärkegården K 81461           | 90%             |
| 3 Fr annan kommun      | 1650 Undersköterska          | 2022-04-01        | Brunnsgården 2:2 81162         | 100%            |
| 1 Från samma förv      | 1650 Undersköterska          | 2022-04-11        | Brunnsgården 8:1 81141         | 100%            |
| Rekryteringsväg saknas | 1650 Undersköterska          | 2022-04-01        | Demens Kvarnbacken             | 100%            |
| 1 Från samma förv      | 1650 Undersköterska          | 2022-04-01        | Demens Kvarnbacken             | 90%             |
| 6 Fr privat föret      | 1353 Distriktsarbetsterapeut | 2022-04-04        | Distriktsarbetsterapi          | 100%            |
| 6 Fr privat föret      | 1353 Distriktsarbetsterapeut | 2022-04-08        | Distriktsarbetsterapi          | 100%            |
| 1 Från samma förv      | 3518 Stödassistent           | 2022-04-22        | GRB Jasingatan                 | 100%            |
| 6 Fr privat föret      | 6779 Stödpedagog             | 2022-04-11        | GRB Kavläsvägen                | 100%            |
| 1 Från samma förv      | 3518 Stödassistent           | 2022-04-01        | GRB Lövekullevägen             | 100%            |
| 1 Från samma förv      | 1650 Undersköterska          | 2022-04-18        | Kaptenen A 81764               | 100%            |
| 2 Från annan förv      | 3518 Stödassistent           | 2022-04-25        | Korttidshem Myran              | 100%            |
| 1 Från samma förv      | 9783 Personlig assistent HÖK | 2022-04-01        | Personlig assistans 51314      | 100%            |
| 1 Från samma förv      | 9783 Personlig assistent HÖK | 2022-04-01        | Personlig assistans 51315      | 100%            |
| 1 Från samma förv      | 9783 Personlig assistent HÖK | 2022-04-01        | Personlig assistans 51423      | 100%            |
| 1 Från samma förv      | 3518 Stödassistent           | 2022-04-06        | SERVB Källan                   | 100%            |
| 4 Från landsting       | 1137 Sjuksköterska           | 2022-04-19        | Sjuksköterskor Haga Inne       | 100%            |
| 1 Från samma förv      | 1137 Sjuksköterska           | 2022-04-01        | Sjuksköterskor söder           | 100%            |
| 6 Fr privat föret      | B513 Mas Sjuksköterska       | 2022-04-01        | Stab VoO                       | 75%             |
| 6 Fr privat föret      | 1650 Undersköterska          | 2022-04-18        | Stampen                        | 100%            |
| 5 Från staten          | 9053 Förvaltningssekreterare | 2022-04-04        | VoO Kanslienhet                | 100%            |

ställd månadsavlönad **Sysselsättning:** Heltid+Deltid **Avtal:** Alla exklusive förtroendevalda **Vilande:** Ej vilar



ide **Datum:** 2022-04-01 - 2022-04-30

## Delegationsbeslut

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| Datum                       | Dnr   |
| 2022-05-02                  | 2022.018 VON -  |
| Nämnd                       | Vård- och omsorgsnämnden  |
| Beslutande                  | Eva-Lotta Pamp, ordförande vård- och omsorgsnämnden   |
| Enligt beslut om delegation | 2.1.1 Beslut i alla ärenden, där ärendet är så brådskande att vård- och omsorgsnämndens avgörande inte kan avvaktas (ordförandebeslut), 2.2.1 Yttrande till Förvaltningsrätten i överklagat ärende enligt LSS |
| Ärende                      | Anmälan av delegationsbeslut 2022   |
| Beslut                      | Yttrande, daterat 2022-04-22 och undertecknat 2022-04-27, till förvaltningsrätten med anledning av överklagat delavslagsbeslut om personlig assistans, enligt 7§ och 9§ p 2 LSS, som fattades 2022-03-22.     |

Eva-Lotta Pamp  
Ordförande vård- och omsorgsnämnden