



Omsorgsnämndens arbetsutskott

Plats och tid Digitalt via Netpublicator, 2021-11-04 kl 08:30-09:00

Beslutande ledamöter
Robert Lindén SD
Anders Fransson M
Daniel Berg S
Diana Sjöström M (i Monia Kress frånvaro)
Marion Lundh S

Ej beslutande ersättare
Deborah Lind KD, §§ 92-95
Viveka Söderdahl V, §§ 92-95

Övriga närvarande
Dusanka Reljanovic, regionchef Frösunda äldreomsorg, § 92
Agneta Nilsson, MAS/kvalitetsutvecklare Timansstenar, § 92
Camilla Kallentoft, tf verksamhetschef Timansstenar, § 92
Susanne Nyborg, LOV-handläggare, § 92
Åsa Högstedt, enhetschef, § 96
Annelie Kjellström, förvaltningschef
Lena Wilson-Ericsson, verksamhetschef
Camilla Eriksson, nämndsekreterare

Justerare Daniel Berg

Justeringens plats och tid Stadshuset, Sölvesborg, 2021-11-09

Underskrifter

Sekreterare Paragrafer 92-96
Camilla Eriksson

Ordförande
Robert Lindén

Justerare
Daniel Berg



Omsorgsnämndens arbetsutskott

ANSLAG/BEVIS

Protokollet är justerat. Justeringen har tillkännagivits genom anslag.

Organ

Omsorgsnämndens arbetsutskott

Sammanträdesdatum

2021-11-04

Datum då anslaget publiceras

2021-11-09

Datum då anslaget avpubliceras 2021-12-01

Förvaringsplats för protokollet

Omsorgsnämndens kansli

Underskrift


Camilla Eriksson



Omsorgsnämndens arbetsutskott

Ärendelista

§ 92	Redovisning av åtgärdsplan för Timansstenar	2020/156	4 - 17
§ 93	Redovisning av intern kontroll - Basal hygien	2021/30	18 - 21
§ 94	Ansökan om bidrag till bensinkostnader	2021/114	22
§ 95	Anmälan av delegationsbeslut	2021/12	23
§ 96	Ansökan om personlig assistans	2021/116	24

Omsorgsnämndens arbetsutskott

ONAU § 92

Dnr 2020/156

Redovisning av åtgärdsplan för Timansstenar

BESLUT

Omsorgsnämndens arbetsutskott godkänner redovisningen av åtgärdsplan för Timansstenar.

Ärendet i korthet

Dusanka Reljanovic, regionchef Frösunda äldreomsorg, Agneta Nilsson, MAS/kvalitetsutvecklare och Camilla Kallentoft, tf verksamhetschef redovisar åtgärdsplanen.

Enligt begäran ska åtgärdsplan och handlingsplaner ha reviderats till att bli ett sammanhållet dokument. Det ska i planen framgå hur Timansstenar arbetar och har arbetat med anmälningarna samt vilka åtgärder som planeras och är vidtagna.

Bakgrund

LOV-handläggaren begärde att Timansstenar skulle inkomma med en åtgärdsplan senast den 1 juli 2021 med anledning av de inkomna anmälningarna till IVO.

Handlingsplanerna, som efter beviljat uppskov inkom den 11 augusti 2021, togs upp på arbetsutskottet den 19 augusti 2021. Beslut togs om att en åtgärdsplan ska redovisas av representanter för Timansstenar på arbetsutskottets nästa sammanträde den 9 september 2021 vilket gjordes. Där beslutades att åtgärdsplan och handlingsplaner ska revideras till att bli ett sammanhållet dokument och att ny redovisning ska göras på arbetsutskottet den 4 november 2021.

Beslutsunderlag

Åtgärdsplan, Camilla Kallentoft, tf verksamhetschef, Agneta Nilsson, MAS/kvalitetsutvecklare och Dusanka Reljanovic, regionchef, 2021-10-15
Handlingsplan utifrån anonymt klagomål 2104 samt via IVO 210526 uppdaterad 211015 – bilaga 1
Handlingsplan utifrån anonymt klagomål till IVO 210616 uppdaterad 211015 – bilaga 2
Handlingsplan utifrån anonymt klagomål till IVO 210708 uppdaterad 211015 – bilaga 3

Camilla Kallentoft
Tf. Verksamhetschef
Agneta Nilsson
MAS/Kvalitetsutvecklare
Dusanka Reljanovic
Regionchef

21-10-15

Åtgärdsplan för Timansstenar

Bakgrund

Verksamheten har mottagit 3 klagomål som skickats till IVO under perioden 21-05-26 – 21-07-08 vilka är avslutade från IVO:s sida och överlämnade till verksamheten för fortsatt arbete enligt verksamheten systematiskt kvalitetsarbete. Utifrån de 3 klagomål som har inkommit har en handlingsplan/åtgärdsplan per klagomål upprättats och bifogas som bilagor till detta dokument.

Hur har verksamheten arbetat med inkomna klagomål

Regionchef har tillsammans med MAS/kvalitetsutvecklare och projektledare varit i verksamheten med kontinuerliga besök varje vecka sedan klagomål inkommit i april månad vilket även senare inkom via IVO 21-05-26.

Omgående inleddes information och samtal med de medarbetare som var i tjänst dag, kväll och natt utifrån det inkomna klagomålet. Genomgång genomfördes av alla punkter i klagomålet, samt granskning av avvikelser, egenkontroller, inkomna synpunkter mm sedan verksamhetens uppstart.

Handlingsplan/åtgärdsplan (bilaga 1) upprättades utifrån de identifierade förbättringsområdena i enlighet med företagets systematiska arbetssätt.

Därefter genomfördes ett arbete tillsammans med medarbetarna i smågrupper. Syftet var att informera om punkterna i klagomålet, delge resultat av genomförd granskning, handlingsplan samt ta del av deras synpunkter och förslag på åtgärder för det fortsatta förbättringsarbetet. Vid samma tillfälle genomfördes en repetition av hur man hanterar avvikelser och företagets nya ledningssystem då det var en av punkterna.

21-06-16, inkom klagomål gällande enskild kund. Granskning genomfördes utifrån avvikelse i ledningssystemet gällande ärendet. Närstående har tagit del av avvikelse och journalanteckningar samt att samtal har genomförts vid flera tillfällen. Rutin för informationsöverföring är uppdaterad. Handlingsplan/åtgärdsplan (bilaga 2) upprättades.

21-07-08, inkom anonymt klagomål från medarbetare med synpunkter som redan hanteras eller finns i upprättad handlingsplan/åtgärdsplan (bilaga 1 och bilaga 3)

Sammanfattning av identifierade förbättringsområden utifrån klagomål

Kommunikation

Kommunikation är en viktig del i allt arbete i en verksamhet. Vi har identifierat förbättringar gällande kommunikation till närstående, mellan medarbetare och mellan ledning och medarbetare. Åtgärder kan följas i handlingsplan/åtgärdsplan bilaga 1, 2 och 3.

Utbildning

Företaget har ett gediget utbildningspaket – "Frösunda akademien" som är byggd i flera steg för kompetensutveckling. Alla medarbetare ska genomföra utbildningar vid anställning planerade utifrån roll och uppdrag som första steg.

Förbättringsområdet gällande utbildningarna är att följa upp att medarbetaren har genomfört utbildningarna samt att medarbetaren förstår syftet och kan omsätta det i praktik.

Pandemiläget har försvårat uppföljningen samt att fokus på andra utbildningsinsatser har fått prioriteras för att tex säkerställa följsamhet till basala hygienrutiner, handleda och följa upp hantering gällande skyddsutrustning, följsamhet till rekommendationer från FHM, region, kommun och företag.

En gemensam praktisk brandutbildning har ej kunnat genomföras under pandemin dock finns rutiner för brand och brandombud finns. Åtgärder kan följas i handlingsplan/åtgärdsplan bilaga 1 och 3.

Organisation/ledning

Efter att tidigare verksamhetschef avslutat sin anställning påbörjades rekrytering av ny chef. Ansökningsunderlaget matchade inte den kravprofil som verksamheten efterfrågade.

Rekryteringsprocessen pausades och biträdande verksamhetschef tog tillfälligt över ansvaret, vilket inte har accepterats av vissa medarbetare och framkommer i de anonyma klagomålen. Rekryteringsprocessen och rekrytering av ny chef har återupptagits.

Planerade och vidtagna förbättringar

De identifierade förbättringsområdena/åtgärderna har genererat handlingsplaner/åtgärdsplaner som verksamheten arbetar med och följer upp 1 gång/vecka. Flera områden är redan åtgärdade och andra är åtgärdade men är återkommande fortlöpande förbättringsarbete i verksamhetens årshjul.

För närstående som har inkommit med klagomål har delaktigheten ökat i form av täta uppföljningsmöten och dialog.

Utbildningar som identifierats har planerats in och vissa är även genomförda. Utbildningar i form av värdegrundsarbete samt avvikelshantering är genomfört.

Biträdande verksamhetschef har övergått till rollen som teamledare och arbetar med personalplanering och administrativa arbetsuppgifter. Verksamheten har stöd på plats av projektledare (nuvarande tf. verksamhetschef), verksamhetschefer, MAS/kvalitetsutvecklare och regionchef vilket även fortsätter under rekryteringsprocessen och

fram till att ny chef är på plats och introducerad. Sedan övergår stödet till ny chef från mentor och regionchef.

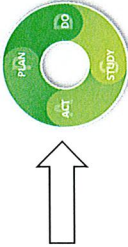
A handwritten signature in black ink, appearing to read "Lars Haller". The signature is fluid and cursive, with a long horizontal stroke at the beginning and a stylized, looped end.

Handlingsplan Timansstenar utifrån inkommit anonymt klagomål 2104 samt via IVO 210526 Bilaga 1

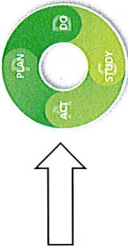
Uppdaterad 211015

Avvikelser/ (Förbättringsområden)	Mål	Aktivitet(er)* 	Ansvarig för genomförande	Tidsplan
1. Hälsoundersökning ej genomförd för nyanställd personal på natten	Hälsoundersökning ska erbjudas all nattpersonal	⇒ Intresseanmälan för erbjudande av hälsoundersökning är utlämnad v 17	Vik. VC, Prevent, medarbetarna	Maj Status: 7 nattmedarbetare erbjudna, var av 4 tackat ja. Två medarbetare har varit 2021-08-04
2. Brandutbildning ej genomförd med praktisk övning	Alla medarbetare ska ha genomgått teoretisk och praktisk brandutbildning	⇒ Påminnelse om att medarbetarna ska genomföra webbutbildning ⇒ Presto genomför teoretisk och praktisk utbildning	Vik. VC, medarbetare Vik. VC, Presto	Klart v 19 Klart v 23-26 Datum 7 och 9 september
3. Förflyttningsteknik	Alla medarbetare ska få utbildning i förflyttningsteknik	⇒ Utbildningstillfällen bokas in med Sollidens Fysio och At	Vik. VC	Klart 17/5 Kommer att löpa på med utbildningar enligt årshjulet.

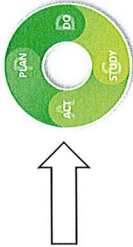
*Till varje förbättringsområde ska minst en PDSA – cykel biläggas.

Avvikelser/ (Förbättringsområden)	Mål	Aktivitet(er)* 	Ansvarig för genomförande	Tidsplan
4. Avvikelse registrering i TQM	Alla medarbetare ska ha fått genomgång i avvikelse hanteringen	⇒ Repetition/utbildning av avvikelsehantering i TQM	KVU/MAS	Klart 19 maj
5. Hantering av upprättande av lokala rutiner	Verksamheten ska ha aktuella rutiner så att trygg och säker vård och omsorg säkerställs	⇒ Genomgång av befintliga rutiner ⇒ Revidering av befintliga rutiner om behov finns ⇒ Upprättande av nya rutiner där behov finns ⇒ Lägga rutiner i TQM så att de är synliga och samlade på ett ställe	Vik. VC, KVU/MAS	Klart Pågår Pågår Läggs in fortlöpande
6. Användande av Sekoia	Säkerställa att alla medarbetare har grunden gällande rutiner och arbetssätt	⇒ Vilka insatser ska finnas i Sekoia? ⇒ Genomgång av Sekoia ⇒ Genomgång av Sekoia	Vik. VC, Vik. VC, KVU/MAS, kvalitetsgruppen Vik. VC, RC Möte med ansvariga från Sekoia.	V 24 V 22 20 maj kl.13 Avstämningar kommer att ske fortlöpande i syfte att utveckla systemet.

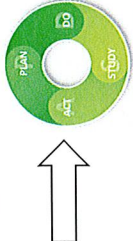
*Till varje förbättringsområde ska minst en PDSA – cykel biläggas.

Avvikelser/ (Förbättringsområden)	Mål	Aktivitet(er)* 	Ansvarig för genomförande	Tidsplan
		⇒ Utbilda Sekoia ombud. Pia E, Svetlana T, Jennie M och Helene J. Grundläggande utbildning för personalen på plats och djupare utbildning för ombuden.	Mia Hakros fr Sekoia	V 24. 15e och 16e Klart
7. Matsedel	Matsedel ska finnas tillgänglig för alla boende	⇒ Inköp av « bordspratare» så att matsedlar finns i köket. Matsedel finns sedan tidigare på whiteboard tavla i korridoren.	Vik.VC	Klart Kostekonom besöker verksamheten med regelbundenhet senast under v 22 och v 41
8. Rapport block	All information av vikt ska finnas i journalsystem	⇒ Genomgång med medarbetarna kring vad behovet är gällande rapportblock mellan arbetspass.	Vik.VC	Klart 18-19 maj Medarbetarna har valt att inte ha rapportblock.
9. Frösunda akademien	Alla medarbetare ska ha genomfört utbildningsblocken i Frösunda akademien	⇒ Genomgång av status för varje enskild medarbetares genomförda utbildningar i Frösunda akademien ⇒ Upprätta handlingsplan där utbildningar inte är genomförda	Vik.VC Vik.VC	Klart 20 maj Juni Stöd ges till medarbetare som har svårt att genomföra

*Till varje förbättringsområde ska minst en PDSA – cykel biläggas.

Avvikelser/ (Förbättringsområden)	Mål	Aktivitet(er)* 	Ansvarig för genomförande	Tidsplan
		⇒ Ny genomgång av statust för genomförda utbildningar i Frösunda akademin. ⇒ 17/8, medarbetare som ej påbörjat eller fullföljt utbildningarna har kontaktats och fått avsatt tid enbart för att genomföra utbildningarna under v. 34	Vik. VC Vik. VC	utbildningarna. Förloppande arbete med nyanställda- Augusti Genomfört 17/8. V.34 Flertalet medarbetare som inte hade påbörjat eller fullföljt utbildningarna har genomfört dem.
10. Värdegrund och värderingar	Alla medarbetare ska ha genomfört utbildning i Värdegrund och värderingar	⇒ Genomföra utbildning/repetition av Frösundas värdegrund och värderingar för medarbetare	KVU	APT augusti

*Till varje förbättringsområde ska minst en PDSA – cykel biläggas.

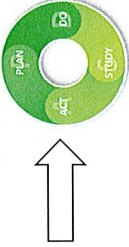
Avvikelser/ (Förbättringsområden)	Mål	Aktivitet(er)* 	Ansvarig för genomförande	Tidsplan
11. Teammöten/OVK	Fungerande mötesstruktur kring kunder	⇒ Plan för struktur och igångsättande av teammöten	Vik. VC, KVVU	Klart Teammöten igångsatta innan semester perioden. Följs upp v. 39.

*Till varje förbättringsområde ska minst en PDSA – cykel biläggas.

Handlingsplan Timansstenar utifrån anonymt klagomål inkommit till IVO 2021-06-16

Bilaga 2

Uppdaterad 21-10-15

Avvikelser/ (Förbättringsområden)	Mål	Aktivitet(er)*	Ansvarig för genomförande	Tidsplan
1. Informationsöverföring mellan verksamheten och närstående vid händelser.	Närstående ska ha aktuell information utifrån överenskommelse i genomförandeplan	 ⇒ Uppdaterad fallrutin att sjuksöterska alltid kontaktar närstående vid fall om inget annat framgår i genomförandeplanen. ⇒ Ny rutin upprättas gällande informationsöverföring mellan jour-sjuksköterska och ordinarie sjuksköterska.	Vik. VC, KVU/Mas Vik. VC	Klart 2021-03 Augusti 2021, klart 2021-08-05, Valjekliniken har fått rutin mailad.
2. Regelbunden uppföljning med närstående.	Närstående ska känna sig informerad och delaktig i makans vård och omsorg	⇒ Planerade uppföljnings möten erbjuds en gång per vecka.	Vik. VC, kontaktperson	Start juli månad 2021 Genomförs, den närstående har avböjt fortsatta avstämningar då han känner sig trygg med makans vård och omsorg. Samt att han känner sig trygg

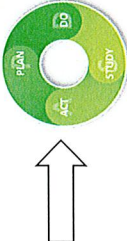
*Till varje förbättringsområde ska minst en PDSA – cykel biläggas.

Avvikelser/ (Förbättringsområden)	Mål	Aktivitet(er)* 	Ansvarig för genomförande	Tidsplan
		⇒ Boka möte för uppdatering av genomförandeplan.	Vik. VC, kontaktperson	med att mötena kan bokas in om behov finns. Augusti, prel. 18/8. Klart och godkänt av make.

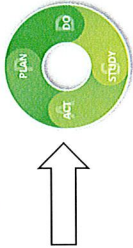
*Till varje förbättringsområde ska minst en PDSA – cykel biläggas.

Handlingsplan Timansstenar, anonymt klagomål inkommit till IVO 2021-07-08 Bilaga 3

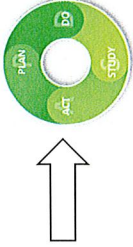
Uppdaterad 21-10-15

Avvikelser/ (Förbättringsområden)	Mål	Aktivitet(er)* 	Ansvarig för genomförande	Tidsplan
1. Aggressiv kund som ej är riskbedömd.	Alla kunder är riskbedömda enligt rutin	⇒ Se över riskbedömningarna enskild boende så att det finns på samtliga kunder	KVU/Mas VC	Klart 2021-07-22 Genomgång av samtliga kunder. Det finns riskbedömningar på alla kunder. Är ett fortlöpande arbete vid nyinflyttningar och vid kunds förändrade hälsofillstånd.
2. Nattpersonal som ej ersätts under sommaren	Bemanning utifrån beläggning och behov	⇒ Bedömning från natt till natt. 18 kunder när klagomålet lämnades. Planering med tre nattpersonal har inte ersatt alla gånger vid sjukdom på grund av behov hos kunder. Det ska alltid finnas minst två nattpersonal utifrån dagens behov och beläggning.	Vik VC	Bedömning av behov och bemanning genomförs vid varje vakans.

*Till varje förbättringsområde ska minst en PDSA – cykel biläggas.

Avvikelser/ (Förbättringsområden)	Mål	Aktivitet(er)* 	Ansvarig för genomförande	Tidsplan
3.Risk för bristande hygien på grund av att natten inte alltid ersätts.	God hygienisk standard	⇒ Prioritering av nattpersonal får göras när de är två på natten gällande städ. ⇒ Prioriteringslista över vad och vilka utrymmen som är mest aktuella att rengöras upprättas. ⇒ Repetition gällande basala hygienrutiner till dag och nattpersonal.(Ingen covid- smitta av kunder i verksamheten sedan vecka 3) ⇒ Se handlingsplan 1	Vik VC skriver en prioriteringslista. Personalen ansvarar för att förhålla sig till arbetsordningen.	Augusti 2021 Genomgång på APT v 41.
4. Brandutbildning ej genomförd med praktisk övning	Alla medarbetare ska ha genomgått teoretisk och praktisk brandutbildning	⇒ Se handlingsplan 1	Vik. VC	
5.Kundernas anhörig får komma in i verksamheten när som helst på dygnet	Trygga besök	⇒ Samtal med medarbetare kring påstående om besök dygnet runt i verksamheten.	Vik. VC	KVU/MAS Samtal med tjänstgörande dagpersonal 22/7. Medarbetare i tjänst upplevde inga problem kring detta. Har även

*Till varje förbättringsområde ska minst en PDSA – cykel biläggas.

Avvikelser/ (Förbättringsområden)	Mål	Aktivitet(er)* 	Ansvarig för genomförande	Tidsplan
		⇒ Vid kommande anhörig träff kommer information att ges gällande ev. besök kvällar,		talat med natperonal som ej upplevt detta som ett problem. Augusti/september. Verksamheten har avvakttat med anhörigträffar.
6. Introduktion till vikarier samt läkemedelsdelegering	Trygg omvårdnad och patientsäkerhet för kunderna	⇒ Genomgång av genomförd introdukt för vikarier.	Vik VC, CK	V 32, 33 Varje introduktion utvärderas och extra tillfällen bokas in om behov finns.

*Till varje förbättringsområde ska minst en PDSA – cykel biläggas.



Omsorgsnämndens arbetsutskott

ONAU § 93

Dnr 2021/30

Redovisning av intern kontroll - Basal hygien

BESLUT

Informationen tas till handlingarna.

Ärendet i korthet

Camilla Eriksson, nämndsekreterare, redovisar intern kontroll gällande basal hygien.

Bakgrund

Enligt beslutad internkontroll 2021 är ett av kontrollområdena basal hygien. I november ska kompetenshöjande insatser redovisas.

Beslutsunderlag

Presentation, Hanna Johansson, kvalitetsutvecklare

Justerandes sign

Utdragsbestyrkande



Intern kontroll – kontrollområde Basal hygien

Basal hygien

Identifierad risk	Kontrollmoment	Metod för kontroll	Kontrollfrekvens	Ansvarig för kontroll	Rapportering
Att upprätthållandet av basal hygien efter pandemins slut minskar.	Kompetenshöjande insatser för enhetschefer, hygienombud och övriga medarbetare.	Följa upp att beslutade utbildningsinsatser genomförs.	Kompetenshöjande insatser ska genomföras under våren och hösten.	MAS och kvalitetsutvecklare	Kompetenshöjande insatser redovisas på omsorgsnämndens arbetsutskott i juni och i november.
Att upprätthållandet av basal hygien efter pandemins slut minskar.	Genomföra mätningar för att säkerställa följsamhet av basal hygien.	Genomföra punktprevalens-mätning i SKR:s regi.	Mätningar ska genomföras minst två gånger per år.	MAS och kvalitetsutvecklare	Mätningar av följsamhet basal hygien redovisas på omsorgsnämndens arbetsutskott i april och december.

- Under våren har medarbetare genomgått utbildningen ”Basala hygienrutiner inom vård och omsorg” från Socialstyrelsen.
- Planeringen för hösten såg följande ut:
 - Stöd och utbildning från hygiensköterska på vårdhygien
 - Hygienrond på särskilt boende
 - Vidareutbilda hygienombuden
- Hygienrond har inte kunnat genomföras på grund av hygiensköterskans arbetsbelastning. Hygienronder är planerade inom hemsjukvård i november, särskilt boende i januari, inom hemtjänst i mars, inom LSS i april.
- Hygienombuden har inte kunnat samlas för utbildning då pandemin fortsätter att begränsa oss. MAS planerar för utbildning så fort det är möjligt.



Omsorgsnämndens arbetsutskott

ONAU § 94

Dnr 2021/114

Ansökan om bidrag till bensinkostnader

FÖRSLAG – Omsorgsnämnden

Omsorgsnämnden beslutar att bevilja ett anslag om maximalt 10 000 kr till Bokdungens gruppboende för 2022, avseende bensinkostnader. Beloppet får inte överskridas. Nämndens riktlinjer för beviljande av anslag till bensinpengar gäller.

Ärendet i korthet

Ansökan har inkommit till nämnden om bensinkostnader till boende på Bokdungens gruppboende.

Bokdungen har sedan flera år beviljats 10 000 kr för bensinkostnader.

Bakgrund

Omsorgsnämnden har riktlinjer för att bevilja anslag till bensinkostnader för privata bussar. Det finns en skriftlig överenskommelse kring att det är de gode männen som har ansvar för att fordonet är trafiksäkert och att samtliga boende på Bokdungen har tillgång till fordonet.

Beslutsunderlag

Ansökan, Thore Lagerstedt, god man, 2021-10-13

Justerandes sign

Uttdragsbestyrkande



Omsorgsnämndens arbetsutskott

ONAU § 95

Dnr 2021/12

Anmälan av delegationsbeslut

FÖRSLAG – Omsorgsnämnden

Anmälningarna läggs till handlingarna.

Ärendet i korthet

1. 452 st meddelade delegationsbeslut rörande hemtjänst och särskilda boenden under oktober 2021.
 - o Biståndshandläggare - 448 bifall
 - o Enhetschef - 3 bifall
 - o Verksamhetschef - 1 bifall
2. 28 st meddelade delegationsbeslut rörande lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade under oktober 2021.
 - o LSS-handläggare - 26 bifall, 1 avslag
 - o Arbetsutskottet - 1 bifall

Av ovanstående delegationsbeslut, SoL och LSS, redovisar Lena Wilson-Ericsson, verksamhetschef, 3 slumpmässigt utvalda ärenden mer ingående.

Justerandes sign

Utdragsbestyrkande



Omsorgsnämndens arbetsutskott

ONAU § 96

Dnr 2021/116

Ansökan om personlig assistans

BESLUT

Sökanden, PW, beviljas personlig assistans enligt 9 § 2 lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) till en omfattning av 86,5 timmar/vecka. För att Sölvesborgs kommun ska kunna utreda vidare och anpassa insatser till sökandens behov fattas detta beslut trots att sökanden inte längre, enligt gällande rättspraxis, är berättigad till personlig assistans enligt LSS. Han är dock i behov av samma typ av insats som han är beviljad idag men utifrån annan lagstiftning.

Beslutet gäller från och med 2021-11-01.

Ärendet i korthet

Anna Adamsson, LSS-handläggare har den 28 oktober gjort en utredning gällande ansökan om att få behålla insats biträde av personlig assistent enligt LSS med 86,5 timmar per vecka.

Bakgrund

Ärendet aktualiserades den 5 augusti 2021 genom att LSS-handläggare bokade tid för uppföljning av sökandens, PW, beviljade insats.

Beslutsunderlag

Utredning Anna Adamsson, LSS-handläggare och Åsa Högstedt, enhetschef,
2021-10-28

Exp.

Sökanden

Anna Adamsson, LSS-handläggare