



## Kommunala Funktionsrättsrådet Protokoll 2021-04-28 § 1-7

### Plats och tid

Stadshuset, kl. 18-21

### Ledamöter

Ann-Christin Holgersson (s), Ordförande, Kommunstyrelsen

Jan-Erik Adamsson, Afasiföreningen i Norra Älvsborg

Jan-Erik Herranen, Delaktighet Handlingskraft Rörelsefrihet

Gunilla Kämpe, Dyslexiförbundet i Fyrstad

Lena Andersson, FUB Trollhättan

Lars Sundman, Hörselskadades förening i Vänersborg-Trollhättan med omnejd

Marjo Syri, Neuroförbundet Trollhättan-Vänersborg

Linda Wright, Synskadades riksförbund Trollhättan-Lilla Edet

### Övriga närvarande

Jonas Boström, Omsorgsförvaltningen

Marianne Brattberg, Omsorgsförvaltningen

Frida Fredriksson, Kommunstyrelsens förvaltning

Joakim de Blanche, Sekreterare

### Vid anteckningarna

.....

Sekreterare, Joakim de Blanche

### Justeras

2021-08-19

.....

Ordförande, Ann-Christine Holgersson

.....

Justerande, Jan Erik Adamsson



### **KFR § 1 Mötets öppnande**

Ann-Christin Holgersson hälsar alla välkomna och öppnar mötet.

### **KFR § 2 Val av justeringsman**

Jan Erik Adamsson vals att justera protokollet.

### **KFR § 3 Kyld mat i hemtjänsten**

Jonas Boström Utvecklingsledare Omsorgsförvaltningen, informerar om kyld mat, Mat som levereras kyld men värms hemma. Brukaren beställer vilka dagar man vill ha mat som sedan levereras, kan i dagsläget inte välja mat.

Dagens system har man problem med värmekedjan, svårt att hålla 60 grader under tiden alla mat ska levereras.

Mindre stressmoment med värmd mat, håller alltid rätt temperatur och har bättre näringsinnehåll. I måltiden finns alltid grönsaker men då varma, färska grönsaker/råkost får man köpa till måltiden.

Omsorgsförvaltningen kommer bjuda in brukare, politiker med mera som ska testa de olika som leverantörernas mat. Går inte på billigast utan lagt in en kvalitets minimum för att vara med vidare i upphandlingen. Förpackningar, ska vara lätta att öppna, bonus om de är miljövänliga.

Jan- Erik Herranen - Hur är maten paketerad? Är det med i bedömningen, brukare kan vara skeptiska för mat som ska hålla en vecka.

Jonas - Krav på upphandling att maten skall hålla 8 dagar från att den kommit in i kylskåp. Industriella matlådor som är blixtkylda klarar 10-12dagar, så det skall inte vara några problem.

Gunilla Kämpe - Hur ska de veta vem det är som levererar maten?

Jonas - Krav på att personalen skall kunna jobba mot målgruppen och de ska bära synlig legitimation och kläder som visar var de kommer ifrån. Levererar in i kylskåp, de lämnar inte matlådorna i dörren. I vissa fall samkör de och vår personal där behov finns.

Linda Wright - Kan person med synskada veta vad som finns i lådorna? Fungerar det med skärmläsare?

Jonas - Beställningen ska gå att göra med talsyntes. Hänvisar till tillgänglighetsklausul men ska dubbelkolla om skärmläsare. Och meddelar att han tar med sig detta.

Linda Wright - Gravt synskadad kan vi inte se vem det är som kommer.

Jonas - Det kommer vara samma chaufför och samma tid och vill man så kan chauffören ringa innan.



Ann-Christin Holgersson, När Omsorgsnämnden beslutade att utreda kyld mat så var det uttalat att maten skall tillagas och köras ut i stadens regi. Det är dit vi ska men det behövs byggas ytterligare ett centralkök, när det är på plats så tar staden över!

## KFR § 4 Patient- och Kvalitetsberättelse

Marianne Brattberg, Socialt ansvarig samordnare, Omsorgsförvaltningen går igenom Patient och Kvalitetsberättelsen som ger en bild av hur kvalitetsutvecklingen fortgår. Syftet är att göra vården säkrare och enklare att anmäla felbehandlingar detta för att skapa en helhetssyn och kunna öka Kvalitén inom verksamheterna (Bilaga 1).

Marjo - Varför så stelbent att kommunen inte ger assistans efter 65 år?

Marianne - Det är reglerat i lagstiftningen, assistans upp till 65 efter hänvisar man till socialtjänstlagen. Den funktion som har det ser det inte som normalt åldrande men vi följer lagstiftarna. Man kan alltid få sin sak prövad om man har fått ett nej.

Lena Andersson - Hur säkerställer ni att det görs anmälningar Lex Sara/Maria

Marianne - Informerar varje år och säkerställer att vi gör rätt, vi gör det för att hitta systemfel. Folk gör inte saker för att vara elak utan oftast är det missförstånd.

Lena Andersson - Har ni samma system för brukare och personal

Marianne - Nej de är olika.

Jan-Erik Herranen - när brukare blivit drabbad, blir brukaren informerad efteråt?

Marianne - JA de informeras.

## KFR § 5 Tillgänglighet busshållplatser

Frida Fredriksson, Samhällsplanerare, Kommunstyrelsens förvaltning informerar om Elektrifiering av stadstrafiken samt att ledbussar införs på linje 24. (Bilaga 2)

Jan-Erik Herranen - Funnits en motion i fullmäktige om el bussar, blev avslag då, konstigt att det är ok nu?

Frida - Det är Västtrafik som är drivande, det kan räcka med depåladning men det beror på vad operatörerna som upphandlas.

Linda Wright - Där det stannar flera bussar på rad, kör inte alla bussar fram till kuren så som synskadad missar man lätt bussen. SRF kräver att alla bussar kör fram till kuren, för att man skall hinna med bussen. Utropet i bussarna funkar ibland inte.



Diskussion om var bussarna bör stanna och hur resenärer skall tas upp. Joakim de Blanche anser även att alla bussar bör stanna längst fram för att ta upp resenärer, hållplatsen utformades utifrån det.

Frida, tycker att det är bra synpunkter som hon tar med sig.

Frida och Joakim får i uppdrag att se var bussar ska ta in resenärer bara vid ledstråket eller efter hela sträckan? Går detta att lösa så alla bussar stannar vid kuren innan de åker?

### **KFR § 6 Nästa Möte**

Meddelas senare.

### **KFR § 7 Mötets avslutande**

Ann-Christin Holgersson avslutade mötet.

# Patient- och Kvalitetsberättelse

Vårdgivare som bedriver insatser enl. SoL/LSS *bör* upprätta en sammanhållen Kvalitetsberättelse varje år. (SOSFS 2011:9)

Vårdgivare som bedriver Hälso- och sjukvård *ska* upprätta en Patientsäkerhetsberättelse varje år. (Patientsäkerhetslag, SOSFS 2011:9 )



# Varför?

Syftet är bland annat att **göra vården säkrare** och att det ska bli **enklare för patienter/närstående att anmäla felbehandling**.

Vårdgivaren har fått ett tydligare ansvar att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador.

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen **ger en bild av hur kvalitetsutvecklingen fortgår**.

En sammanhållen kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse **skapar en helhetssyn** och **ger förvaltningen en möjlighet** till att samordna förbättringsåtgärder i syfte **att öka kvalitén** inom samtliga verksamheter.



# Ansvar

- **Nämnden** Ska ha ett ledningssystem för den verksamhet som denne bedriver. Nämnden ska fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.
- **Tjänstemän/verksamhetsansvariga** Leder och utvecklar verksamheten i samverkan med övrig personal. Ansvarar för den löpande verksamheten och dess kvalitet dvs hur kvalitén säkerställs i verksamheterna på såväl grupp som individnivå.



# **Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS** och, i tillämplig omfattning **MAR, ansvarar** enligt 4 kap. 6 § första stycket hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), nedan HSF, **för att**

1. patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde,
2. patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om,
3. journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (2008:355), PDL,
4. beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten,
5. det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för
  - a. läkemedelshantering,
  - b. rapportering enligt 6 kap. 4 § Patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, och
  - c. att kontakta läkare





## men också.....

- Ansvarar för det systematiska patientsäkerhetsarbetet, utifrån lagstiftning och styrdokument.
- Uppdraget innefattar att ta fram rutiner och riktlinjer som säkerställer en säker och ändamålsenligt hälso- och sjukvård.
- Utreder rapport om brister i hälso- och sjukvården samt säkerställer underlag för att kunna genomföra en god och säker vård.
- Säkerställer att samverkan mellan hälso- och sjukvård, myndighetsutövare och verkställare fungerar när patientens situation fordrar det, säkerställa att insatserna kommunen erbjuder är individuellt utformade samt ser till att anmälan till Inspektionen för vård och omsorg angående vårdskada, missförhållande/allvarligt missförhållande sker.



# Socialt ansvarig samordnare, SAS

- Ansvarar för det systematiska säkerhetsarbetet, utifrån lagstiftning och styrdokument. Uppdraget innefattar att säkra att brukarna får god omsorg och ändamålsenliga insatser av god kvalitet att dokumentation sker i den omfattning som föreskrivs i lag.
- Ska säkerställa att det finns rutiner och riktlinjer för det sociala omsorgsarbetet.
- Utreder rapporter om missförhållanden samt säkerställer och utvecklar en rättssäker myndighetsutövning.
- Säkerställa att samverkan mellan hälso- och sjukvård, myndighetsutövare och verkställare fungerar när brukarens situation fordrar det, säkerställa att insatserna kommunen erbjuder är individuellt utformade samt ser till att anmälan till Inspektionen för vård och omsorg angående, missförhållande/allvarligt missförhållande sker.



# Underlag

Underlag för analys av verksamhetens kvalitet utgår från:

- Statistik
- egna brukarundersökningar
- revisioner och tillsyn
- Verksamhetsuppföljningar
- egenkontroll/internkontroll
- avvikelser och synpunkter/klagomål som inkommit under året.

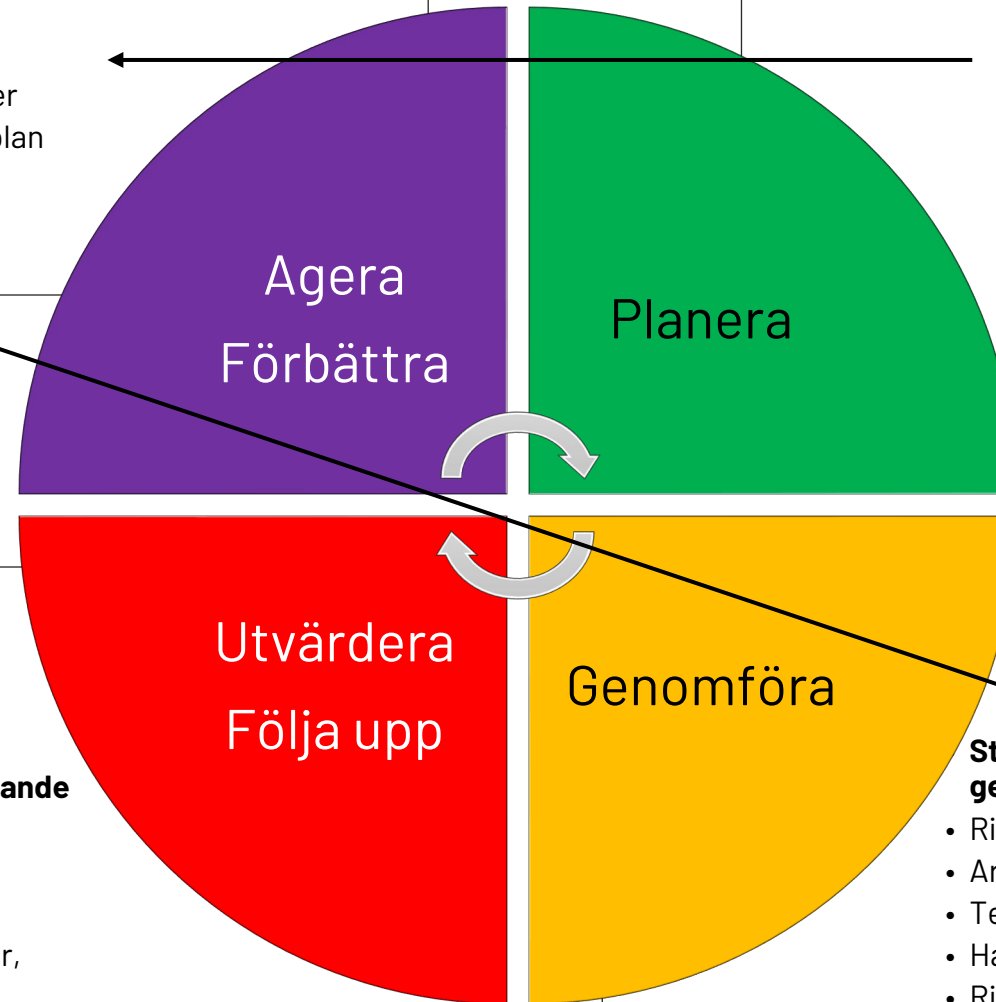


• **Agera och förbättra genomförandet**

- Kompetensutveckling
- Arbetsmetoder
- Revidering av riktlinjer, rutiner, instruktioner
- Revidering av styrdokument, verksamhetsplan
- Organisationsförändringar
- Processkartläggningar
- Förändra uppdrag och roller

• **Underlag som finns tillgängligt som planeringsunderlag**

- Mål, nämnd, verksamhet
- Värdegrund
- Servicedeklaration
- Lagar och regler
- Verksamhetsplan
- Kvalitets-/patientsäkerhetsberättelse
- Genomförda uppföljningar
- Fattade beslut



• **Metoder för att utvärdera och följa upp verksamhetens måluppfyllnad, genomförande**

- Egenkontroll, internkontroll
- Brukarundersökningar
- Enkäter
- Systematisk analys av hanterade avvikelser, synpunkter, Lex Sarah, Lex Maria
- Verksamhetsuppföljningar
- Granskningar

• **Stödmaterial som finns tillgängligt för genomförande**

- Riktlinjer, rutiner, instruktioner
- Arbeta enligt framtagna processer
- Team, SIP, nätverksmöten, ansvar, roller
- Hantera avvikelser, synpunkter och klagomål
- Risk, händelseanalyser, handledning
- Rapportera Lex Sarah, utreda Lex Maria
- Genomförandeplaner, omvårdnadsplaner
- Dokumentation,, handlingsplaner



# Covid-19 har påverkat årets resultat

## Negativt

- Egna egenkontroller/internkontroller har inte gjorts
- Vissa uppföljningar har inte gjorts
- Vissa projekt har inte kunnat slutföras
- Vissa projekt har senarelagts

## Positivt

- Förbättrad samverkan inom kommunen
- Förbättrad samverkan externt
- Förbättrad kunskap gällande basala hygienrutiner samt skyddsutrustning
- Ökad fokus på dokumentation och rapportering
- Ökad utveckling och effektivisering av informationsöverföring, t ex välfärdsteknik brukarnära samt digitala möten



# Nationell undersökning

Brükarenkät äldreomsorgen genomfördes mars-maj 2020, svarande var personer som hade hemtjänst eller särskilt boende i februari månad. Totalt svarade

➤ 54% av tillfrågade inom Hemtjänst och

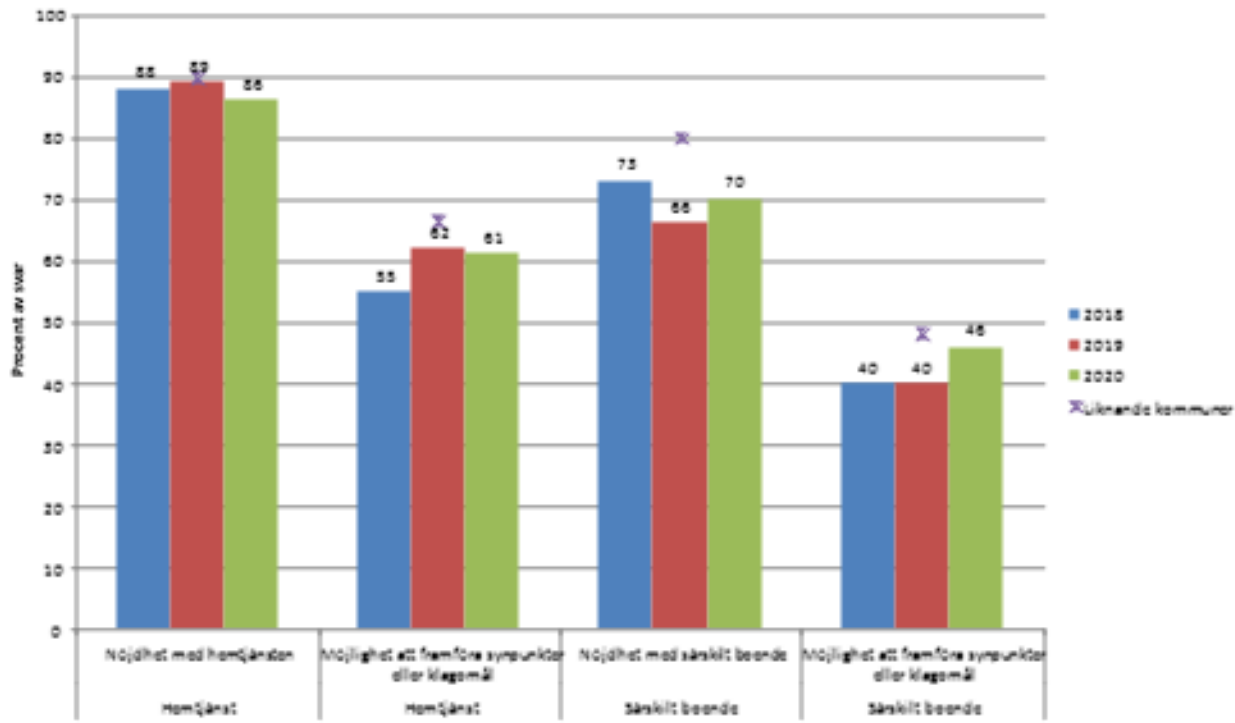
➤ 41% av tillfrågade inom Särskilt boende

båda verksamheterna har ca 10% lägre svarsfrekvens än tidigare år vilket till viss del kan förklaras av COVID-19

Den totala nöjdheten inom hemtjänst är hög, men något mindre än förra året. Den totala nöjdheten inom Vård och Omsorgsboende (särskilt boende) är låg men högre än förra året. Inom båda verksamheterna ligger man strax under snittet för jämförbara kommuner (enligt Kolada)



De äldres bedömning av omsorgen i sin helhet  
Trollhättan



Brugarundersökningen visar att vi har enheter som ligger bland de bästa i riket på många av frågorna, men även att vi har flera enheter som ligger väldigt lågt.

Inom både vård- och omsorgsboende (gruppboende) och hemtjänst kommer man lägga extra vikt på att analysera vilka framgångsfaktorer vi ser och vilka brister vi har, för att kunna skapa åtgärder i verksamhetsplanerna för både vård- och omsorgsboende samt Hemtjänst.



Under 2020 har totalt 153 synpunkter/klagomål diarieförts, vilket är en ökning sedan föregående år.

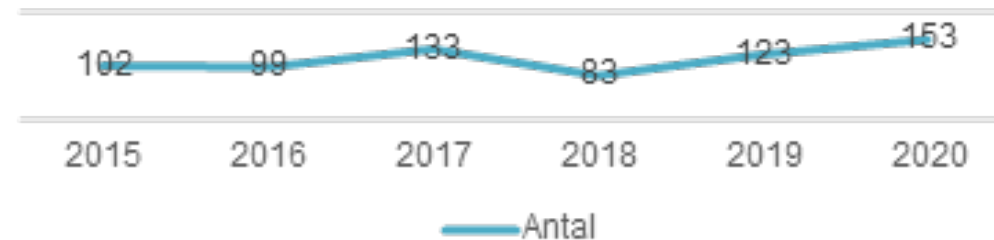
- OFF 38 stycken
- Tallbackens korttids/växelboende 6 stycken
- Ordinärt boende/hemtjänst 46 stycken
- Hälso- och sjukvård 5 stycken
- Bistånd 11 stycken
- Socialpsykiatri 3 stycken
- Vård och omsorgsboende 44 stycken

Av dessa har 11 klagomål inkommit till IVO som lämnar över 10 ärendet till omsorgsnämnden för att svara på. De flesta synpunkterna handlar om hur insatserna utförs hos den enskilde brukaren. I ett av ärendena har IVO öppnat en tillsyn inom OFF som vid årsskiftet än ej var avslutat.

De flesta synpunkterna avser hur insatserna utförts hos den enskilde, känsla av otrygghet, felaktiga avgifter samt bristande information. Flest synpunkter inkommer i de stora verksamheterna såsom vård- och omsorgsboendena, hemtjänsten och OFF:s verksamheter. 3 synpunkter avsåg positivt beröm.

# Synpunkter/klagomål

Synpunkter/klagomål, totalt





# Avvikelsehantering internt



Totalt har det under 2020 registrerats 6381 individuella avvikelser. En ökning med ca 9% sedan 2019.

77% av avvikelserna återfinns inom äldreomsorgens verksamheter vilket är en liten minskning sedan föregående år räknar man in hälso- och sjukvård under äldreomsorg blir utfallet 85% detsamma som året innan.

12% inom omsorgerna för funktionsnedsatta (OFF) och 3% inom socialpsykiatrin vilket är oförändrat.

Ett framträdande mönster är att fall, läkemedel och omsorgsavvikelser sticker ut med ett högre tal än övriga avvikelser.

Dessa avvikelser står för ca 85% av alla avvikelser totalt.

**Verksamheterna bör utveckla sitt arbete med risk- och händelseanalyser för att på ett mer strategiskt plan arbeta vidare med kvalitetssäkringen i genomförandet av insatser.**



# Omsorgsavvikelser

Omsorgsavvikelser är samlingsbegrepp för avvikelser som berör de service och omsorgsinsatser som brukaren har behov av.

Totalt har 852 omsorgsavvikelser registrerats vilket är en liten minskning från 2019 då 869 omsorgsavvikelser registrerades.

Omsorgsavvikelserna är indelade i 5 olika kategorier.

- **Insats utfördes inte** – stödet har uteblivit helt
- **Utförd delvis** – delar av stödet har genomförts
- **Utfört på fel sätt** – insatsen har utförts på ett felaktigt sätt
- **Insatsen gäller inte** – det har utförts insatser som ej är beviljade
- **Insatsen fördröjd** – insatsen har utförts men senare än planerat

***Insats utfördes inte är den avvikelsetyp som är mest förekommande i samband med omsorgsinsatser. Inom hemtjänst har dessa avvikelser ökat vilket troligen är en effekt av covid-19 och de neddragningar som gjorts.***



# Hot och Våld

	Hot och våld mellan brukare oc...	Hot och våld mellan brukare	Antal reg
Hemtjänst (hela)	5	1	6
Hälsa och sjukvård (hela)	2	2	4
OFF - Omsorg för funktionshindrade (hela)	20	40	60
Socialpsykiatri (hela)	1	20	21
Specialiserat Område (hela)	2	0	2
Vård och Omsorgsboende (hela)	32	21	53
Antal reg	62	84	146

Totalt finns 146 rapporterade avvikelser avseende hot och våld mellan brukare eller mellan personal och brukare.

Detta är exakt lika många som 2019.

En viss förskjutning mot hot och våld mellan brukare har skett.

Flest inrapporterade avvikelser återfinns inom OFF och vård och omsorgsboendena.

Skillnaden är dock att inom OFF är det dubbelt så många händelser mellan brukare än mellan brukare och personal men inom Vård- och omsorgsboendena är det tvärtom.

**Åtgärder som planeras är BPSD bedömningar samt fortsatt kompetensutveckling i lågaffektivt bemötande och kommunikation**



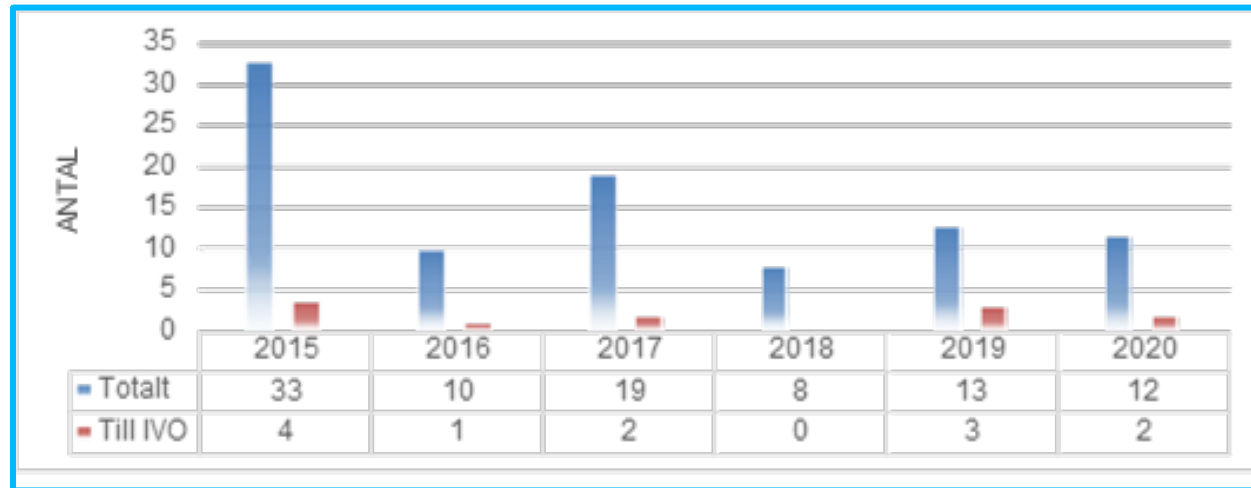
# Lex Sarah

Andelen inkomna Lex Sarah rapporter har minskat kraftigt sedan 2015 då förvaltningen införde systematisk avvikelshantering i digitalt verktyg.

Andelen anmälan till IVO har också minskat i samma takt som antalet rapporter.

Antal rapporter 2020 är 12, varav 2 anmälda som allvarliga missförhållande/påtaglig risk för allvarligt missförhållande till IVO.

Den vanligaste bristen är brister i utförande av insatser samt brister i bemötande.



**Omfattande åtgärdsplaner framtagna med anledning av dessa. Främst avseende lokala rutiner, kompetensutveckling och handledning.**



Felaktig dosering	Felaktig/ej delad dosett	Fördröjd signering	Förväxling av dos	Förväxling av läkemedel	Förväxling av person	Glömd signering	Läkemedlet saknas	Medicinering inaktuell	Utebliven dos	Antal reg
133	93	9	32	45	19	379	182	36	803	1731

## Läkemedelsavvikelser

Ca. 47% av avvikelserna handlar om utebliven dos.

Ca. 22% om glömd signering

Ca. 20% felaktig dos/förväxlingar läkemedel/förväxling brukare

Ca. 11% saknade läkemedel

**Två största angivna orsakerna** är att personal har inte följt gällande rutin och stress.



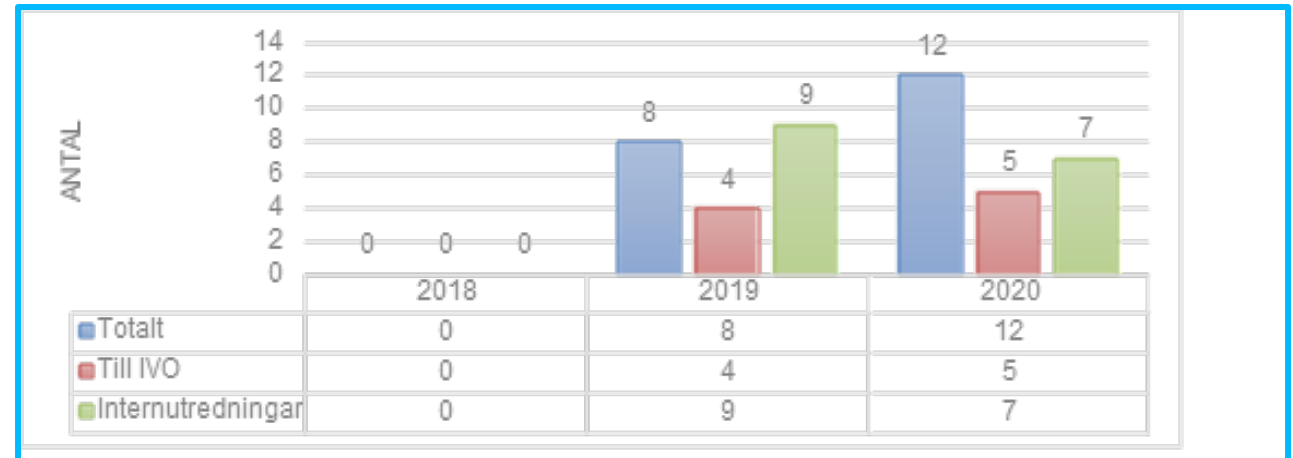
# Lex Maria

Under 2020 registrerades totalt 12 anmälningar (2019 – 10) varav 5 avsåg Lex Maria anmälningar till IVO.

Det gjordes 5 internutredningar som inte föranledde IVO anmälan men där interna åtgärder planerades.

Genomgående handlar dessa om brister i läkemedelshantering samt allvarigare avvikelser vid vård- och behandling vid omsorgssituationer.

De övriga 2 avsåg hantering av medicinsktekniska produkter.



# Samverkande sjukvård

Trollhättan har under 2020 påbörjat ett införande av Samverkande sjukvård.

Implementering pågår och beräknas vara klar 2021-04-15

Uppdrag som innefattas i Samverkande sjukvård i Trollhättan är

- **1177-uppdrag**, assistansuppdrag mellan vårdcentral, jourcentral, kommunal hälso- och sjukvård och ambulansvård. Trollhättan har detta redan sedan tidigare
- **MÄVA direkt**-patienter med kroniska medicinska sjukdomar som är 75 år och äldre kan läggas in direkt på MÄVA utan att passera akuten. Trollhättan har detta redan sedan tidigare
- **Assistansuppdrag** – från ambulans, hemsjukvård, hemtjänst, vård- och jourcentral, MÄVA och närsjukvårdsteam kan ge assistansuppdrag

**Uppdragsgivare**= hemsjukvård, ambulans, 1177, hemtjänst, vård/jourcentral, närsjukvårdsteam i Fyrbodalen och MÄVA.

**Utförare**= Sjuksköterska i ambulans eller sjuksköterska i hemsjukvård



# Kvalitetsregister

De Nationella Kvalitetsregistren har en central roll i flera framgångsrika förbättringsarbeten i vården. Data från registren kan användas för att se resultat och följa utvecklingen i den egna verksamheten men också för att jämföra med andra.

- Senior Alert- personer som riskerar att falla, få trycksår, minska i vikt, utveckla ohälsa i munnen och/eller har problem med blåsdysfunktion
- BPSD - Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens - drabbar någon gång alla som lever med en demenssjukdom. Dessa symtom kan exempelvis vara aggressivitet, oro, apati, hallucinationer eller sömnstörningar
- Palliativ registret - alla dödsfall inom förvaltningen registreras av sjuksköterskorna i HSV. Obs! Den vårdgivare som "äger sängen" registrerar dödsfallet i palliativ registret således inte alltid kommunen om dödsfall sker på sjukhus.

Demenssamordnare:

Projekt Utveckling av vårdsamordning för personer med demenssjukdom

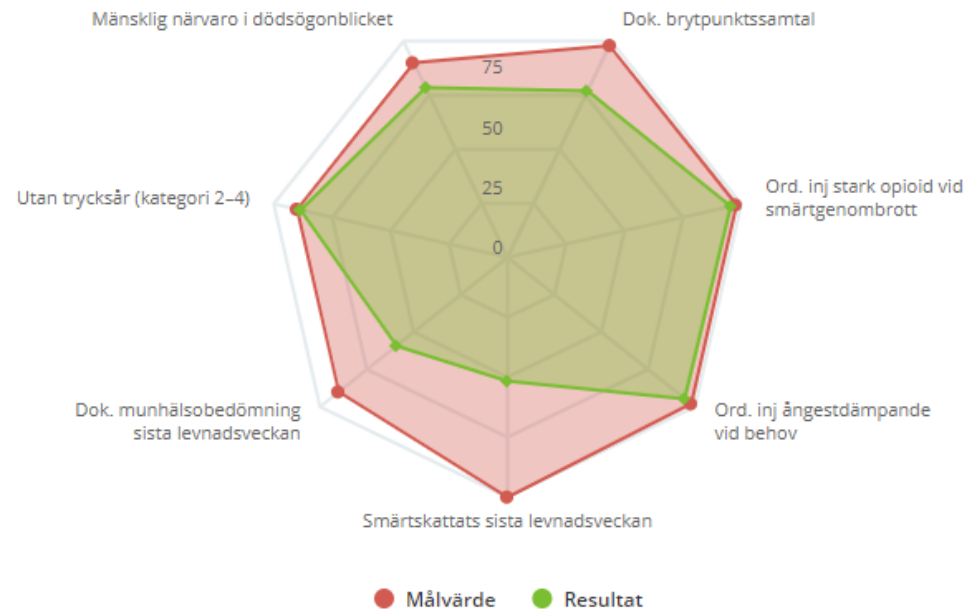




# Palliativ registret

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2020-01 - 2020-12



Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2020-01 - 2020-12

Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat
Dok. brytpunktssamtal	98,0	77,0
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	95,5
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98,0	94,6
Smärtskattats sista levnadsvecka	100,0	51,6
Dok. munhälsobedömning sista levnadsvecka	90,0	59,2
Utan trycksår (kategori 2-4)	90,0	88,5
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	78,6



# SIP - Samordnad Individuell Plan

En samordnad individuell plan, SIP, ska alltid upprättas tillsammans med den person som har behov av insatserna, det gäller oavsett personens ålder eller problem. Planen ska tydliggöra vem som gör vad och när.

Under 2020 genomfördes en enkätundersökning avseende SIP som verktyg för samverkan med sjukvård och socialtjänst.

61 medarbetare inom kommun och region svarade på enkätfrågor.

Av svaren framkommer följande.

- SIP måste ses som en process och inte som ett enskilt möte
- kvalitén bör stärkas
- kompetensen och kunskapen om SIP behöver ständigt fyllas på
- implementeringen behöver förstärkas så verktyget blir mer etablerat.



# Sammanfattning

År 2020 har varit ett specifikt år med en omfattande Pandemi, Covid-19, vilket inneburit en stor utmaning för vår kommun.

En del kvalitetsundersökning har gjorts och en del har man varit tvungen att skjuta på framtiden.

Det positiva har varit att vi har fått en ökad samverkan mellan vårdgivare, avsevärt ökad kunskap om skyddsutrustning samt basala hygienrutiner bland både personal och chefer.

Och för att inte förglömma det digitala mötes forum vi skapat.

Kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet inom omsorgsförvaltningens verksamheter har dock utvecklats i en positiv riktning, trots utmaningarna vi hade 2020 😊





# Anpassning av hållplatser

Funktionsrättsrådet 270421

# Nytt trafikavtal start dec 2022

- Elektrifiering av stadstrafiken. Eventuellt ändhållplatsladdning.
- Ledbuss ("dragspelsbuss") införs på linje 24. Vissa hållplatser behöver då förlängas.



# Hållplatsåtgärder år 2021

Hållplatser som under år 2021 tillgänglighetsanpassas:

- Nils Ericssongymnasiet, läge A och B (Linje 24)
- Hojums begravningsplats, läge A och B (Linje 24)

Anpassningar till ledbuss:

- Kronogårdstorg, läge B
- Hovslagaregatan, läge A och B
- Förrådsgatan, läge A och B
- Karlstorpsporten, läge A och B
- Granngården, läge A och B

Staden har sökt och fått statlig medfinansiering beviljad.



# Hållplatsåtgärder år 2022

- Familjehuset, läge A och B (Ej tillgänglighetsanpassad)
- Frostmätarevägen, läge A och B (Ledbuss, ej tillgänglighetsanpassad)
- Moskén, läge B (Ledbuss, ej tillgänglighetsanpassad)
- Guldvingen, läge A och B (Ledbuss)
- Myrgången, läge A och B (Ledbuss)
- Ryräcksparken, läge A (Ledbuss)
- Apollofjärilen (Ledbuss)
- Stallbacka terminal
- Kungsportsvägen (Ny hållplats pga ny väg)
- Hjul kvarn (Ny hållplats)
- Vårvik (Ny hållplats)
- Vårhaga

