



**Hässelholms  
kommun**

2016-06-27

Uppdaterad i oktober 2016

# Omvärlds- och verksamhetsanalys

Omsorgsnämnden

Antagen av omsorgsnämnden 2016-06-21; §44

---

# Innehållsförteckning

1	Förord .....	3
2	Verksamhet och omvärld .....	4
2.1	Lever vi upp till de lagstiftade kraven? .....	4
2.2	Hur ser måluppfyllelsen ut? .....	5
2.2.1	Var målen rätt formulerade, fanns det några målkonflikter? .....	5
2.3	Nyckeltal (jmf inom och med andra kommuner) .....	6
2.3.1	Förvaltningsövergripande nyckeltal .....	6
2.3.2	Kostnad per brukare .....	7
2.3.3	Hemtjänst .....	9
2.3.4	Särskilt boende och korttidsvård .....	10
2.3.5	Funktionsnedsättning stöd och service .....	12
2.4	Demografisk utveckling .....	13
2.5	Kostnads- och volymutveckling .....	14
2.5.1	Nuläge .....	14
2.5.2	LSS-utjämningsystem (2008:342) .....	15
2.6	Finansiella medel och framtida behov .....	17
2.6.1	Behov av resurser på kort sikt (1-3 år) .....	17
2.6.2	Behov av resurser på lång sikt (5-10 år) .....	19
2.7	Folkhälsa .....	21
2.8	Hälso- och sjukvård .....	22
2.9	Ekologisk hållbar utveckling .....	23
2.10	Lagstiftning, föreskrifter, statliga utredningar och PM .....	24
2.10.1	Tillgång till personal dygnet runt i äldreboende .....	24
2.10.2	Förändring i personuppgiftslagen .....	24
2.10.3	Ny patientlag .....	24
2.10.4	Nya regler kring ingrediensförteckning till matdistributionen (EU-förordning 1169/2011) .....	25
2.10.5	Trygg och effektiv utskrivning från slutna vård (SOU 2015:20) .....	25
2.10.6	Socialstyrelsens föreskrifter, basal hygien i vård omsorg (SOSFS 2015:10) .....	25

2.10.7	Nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen (Dir 2015:72, S 2015:03).....	26
2.10.8	Offentlighetsprincipen i offentligt finansierad privat utförd vård och omsorg samt utbildning inom vissa skol- och utbildningsformer (Dir 2015:92, S 2015:04) samt .....	26
2.10.9	Program för uppföljning av privata utförare - Mål och riktlinjer.....	27
2.10.10	Ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården (Dir. 2015:127, S 2015:07) .....	28
2.10.11	Hjälpmiddel, teknik och metoder för delaktighet och självbestämmande (Dir. 2015:134, S 2015:08) .....	28
2.10.12	Myndigheten för vård- och omsorgsanalys .....	29
2.10.13	Nationell strategi kring demens.....	30
2.11	Samarbete inom Kommunen och med andra aktörer.....	30
2.11.1	Samarbete barn och unga.....	30
2.11.2	Samarbetsavtal mellan socialnämnden och omsorgsnämnden.....	30
2.11.3	Ansvarsfördelning och utveckling av hälso- och sjukvården i Skåne .....	30
2.11.4	Gemensam hjälpmedelsverksamhet .....	31
2.11.5	Lokalt VO college i Nordöstra Skåne .....	31
2.11.6	Pilotprojekt i samarbete med tekniska förvaltningen (fd HTAB) .....	31
2.12	Personal- och kompetensförsörjning.....	32
2.12.1	Rekryteringsbehov.....	32
2.12.2	Kompetensutveckling.....	33
2.12.3	Öka andelen tillsvidareanställd personal .....	34
2.12.4	Analys.....	35
2.13	Lokaler och bostäder enligt SoL och LSS .....	36
2.14	Välfärdsteknologi, E-tjänster och administrativt IT-stöd.....	37
2.14.1	Översiktlig beskrivning av utvecklingen nationellt.....	37
2.14.2	Nuläge .....	38
2.14.3	Framtiden .....	38
2.15	Organisation och ledning .....	40
3	Utmaningar och strategiska vägval .....	41

# 1 Förord

Omsorgsförvaltningen redovisade en omvärlds- och verksamhetsanalys till omsorgsnämnden i juni 2014. Omsorgschefens målsättning var då att redovisa en reviderad analys årligen. På grund av andra prioriteringar reviderades omvärlds- och verksamhetsanalysen inte under 2015.

Syftet med omvärlds- och verksamhetsanalys är att kunna beskriva nuläget och framtida utmaningar. Analysen ska fungera som ett underlag vid omsorgsnämndens revidering av mål, indikatorer och målvärde i verksamhetsplan.

Analysen innehåller även en redovisning av tillkommande behovet av lokaler, bostäder och förväntade volymökningar och därmed tillkommande kostnader. På så sätt blir dokument även ett viktigt underlag för samtliga politiska parti, inte minst inför budgetberedning och beslut i kommunfullmäktige om budgetramar för de kommande år.

Omsorgsförvaltningen maj 2016

Annika Andersson  
*Omsorgschef*

## 2 Verksamhet och omvärld

### 2.1 Lever vi upp till de lagstiftade kraven?

Omsorgsnämnden fullgör kommunens uppgifter inom socialtjänsten avseende äldreomsorg, funktionsnedsättning och socialpsykiatri enligt vad som sägs i lag inom dessa områden och har även ansvar för hälso- och sjukvården upp till sjuksköterskenivå enligt hälso- och sjukvårdslagen.

I februari 2014 beslutade omsorgsnämnden om ett kvalitetsledningssystem enligt SOSFS 2011:9. Förvaltningen har sedan dess arbetat med att beskriva ledningsprocessen, huvudprocesser och stödprocesser i syfte att säkerställa ett systematiskt kvalitetsarbete. Det systematiska förbättringsarbetet är ett ständigt pågående arbete.

Omsorgsnämnden utdömdes inga särskilda avgifter<sup>1</sup> under 2015. Under 2013/2014 straffades omsorgsnämnden för fem icke verkställda beslut om kontaktperson enligt LSS 9:4 med totalt 80 tkr samt 850 tkr för två icke verkställda beslut om gruppbostad enligt LSS 9:9.

Bemanningen inom gruppbostad är låg och brukarnas möjligheter till fritidsaktiviteter enligt lagstiftningens intentioner är begränsade. Även inom äldreomsorgen kan det finnas skäl att titta på hur omsorgsnämnden säkerställer att intentionerna i Socialtjänstlagen följs. Till exempel ska omsorgsnämnden enligt 5 kapitlet säkerställa att

- äldre får möjlighet att **leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra** (4 §)
- äldre så långt det är möjligt, kan **välja när och hur stöd och hjälp** i boendet och annan lättåtkomlig service **ska ges** (5 §)

---

<sup>1</sup> Särskild avgift (sanktionsavgift) när en kommun inte verkställer sitt eget gynnandebeslut om bistånd enligt Socialtjänstlagen/Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade inom skälig tid.

## **2.2 Hur ser måluppfyllelsen ut?**

I april 2016 redovisade förvaltningen en kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse som finns publicerad på kommunens hemsida. Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen visar på en positiv utveckling, men ger även en tydlig bild kring förbättringsområde. De kvalitetsmätningar som har genomförts finns redovisade i kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen.

### **2.2.1 Var målen rätt formulerade, fanns det några målkonflikter?**

Omsorgsnämnden har beslutat om en verksamhetsplan för mandatperioden. Inte minst med tanke på uppföljning av hur mål formulerats, sker en årlig revidering av verksamhetsplanen. Varje år finns det några mål som vid uppföljningen visar sig vara felformulerade eller inte möjliga att mäta.

Arbetet med att säkerställa realistiska mål och mätbara indikatorer har utvecklats och den typ av målkonflikter som redovisades 2014 förekom inte 2015. Diskussioner kring målkonflikter utgår idag framför allt ifrån ambitionsnivå kopplat till budgetförutsättningar.

## 2.3 Nyckeltal (jmf inom och med andra kommuner)

I detta kapitel redovisas relevanta nyckeltal med jämförelser för de tre senaste åren. I förekommande fall görs jämförelser med riket och andra kommuner. För närvarande ingår ca 90 kommuner i samarbetet med KP.B. Hässleholm är en av 5 skånska kommuner som deltar, dessa kommuners nyckeltal jämförs i denna rapport. Eftersom flertalet nyckeltal avseende 2015 års utfall ännu ej är publicerade i KP.B och Kolada, avser jämförelsen med andra kommuner 2014 års utfall.

### 2.3.1 Förvaltningsövergripande nyckeltal

<b>EKONOMI, mnkr</b>	<b>2015</b>	<b>2014</b>	<b>2013</b>
Intäkter (exkl. förvaltningsinterna intäkter)	136,4	122,6	128,3
Kostnader (exkl. förvaltningsinterna kostnader)	1 005,9	934,4	909,6
<b>Verksamhetens nettokostnad</b>	<b>869,6</b>	<b>811,8</b>	<b>781,3</b>
Budgetavvikelse drift	-34,7	-4,7	-27,4
<b>Nettoinvesteringar</b>	<b>5,2</b>	<b>1,1</b>	<b>1,0</b>
Budgetavvikelse investeringar	3,3	3,6	0
<b>NETTOKOSTNADSAVVIKELSE<sup>2</sup></b>			
<b>Äldreomsorg, andel (%)</b>	<b>-4,1</b>	<b>-8,1</b>	<b>-6,7</b>
<b>LSS, andel (%)</b>	<b>-9,5</b>	<b>-10,9</b>	<b>-12,8</b>
<b>PERSONAL</b>			
Antal tillsvidareanställningar	1 613	1 538	1 534
Antal visstidsanställningar (exkl timanst)	339	329	314
Antal årsarbetare tillsvidare	1 302	1 224	1 197
Antal årsarbetare visstid (exkl timanställningar) <sup>3</sup>	271	259	243
Sjukfrånvaro - andel av total arb.tid, %	7,7	7,0	6,5
- sjukfrånvaro > 60 dgr, andel av ovan, %	37,7	33,9	31,8
<b>MYNDIGHETSKONTORET</b>			
<b>Antal vårdplaneringar på sjukhus</b>	<b>864</b>	<b>850</b>	<b>850</b>
<b>Antal fattade beslut inom SoL:</b>			
Hemtjänst	1 709	1 850	1 501
Matdistribution	812	970	956
Trygghetslarm	1 542	1 736	1 519
Trygghetsuppringning	13	11	22
Dagverksamhet	40	50	59
Service	2	1	312
Avlösning	50	69	47
Korttidsplats	504	520	598
Särskilt boende	220	253	239
Parboende	4	10	0
SA:	4 896	5 470	5 253
Beslut handläggare/år	408,0	455,8	437,8
Beslut handläggare/mån	34,0	38,0	36,5
Beslut handläggare/v	7,9	8,8	8,5
<b>Antal ärende per handläggare (riket inom parentes)</b>	ca 150	165	180 (127)

<sup>2</sup> En indikation på om en kommun har högre eller lägre kostnader än de som motiveras av den egna strukturen enligt det kommunalekonomiska kostnadsutjämningsystemet. Nettokostnadsavvikelse är avvikelse i procent mellan nettokostnad och strukturårsjusterad standardkostnad, kr/inv.

<sup>3</sup> I antal visstidsanställda ingår även de med vilande anställning, som innebär att de har en tillsvidareanställning i botten.

## 2.3.2 Kostnad per brukare

Förvaltningen har under tre års tid arbetat med Kostnad per brukare (KPB). KPB är en metod för att beräkna kommunens kostnader för olika insatser och koppla kostnaderna till den enskilde brukaren. Materialet som framställs utgör grunden för uppföljning ur olika perspektiv.

Uppgifterna möjliggör analyser och jämförelser på enhetsnivå inom kommunen, men även med andra kommuner som använder verktyget. Metoden som används är densamma bland de kommuner som deltar, vilket gör det möjligt att jämföra kommunens egna nyckeltal med andra.

Hässleholms kommuns totala kostnader för insatser enligt SoL och LSS har legat under medelvärdet för övriga KPB-kommuner under 2013 och 2014, sett till kostnad per invånare och kostnad per brukare. 2015 års resultat är ännu ej färdigställda för övriga kommuner, därför kan ännu ingen jämförelse göras för 2015. Kostnaden per invånare och per brukare har ökat mellan åren, ökningen är störst mellan 2014 och 2015. En orsak till ökningen är högre volymer inom äldreomsorgen, men även andra verksamheter påverkar den totala kostnadsbilden.

### Extern jämförelse kostnad per invånare och brukare

	2015	2014	2013
Kostnad per invånare SoL och LSS	17 544	15 464	14 272
<i>Medelvärde för KPB-kommuner</i>	<i>17 847</i>	<i>15 824</i>	<i>15 636</i>
Kostnad per brukare SoL och LSS	249 156	233 700	220 929
<i>Medelvärde för KPB-kommuner</i>	<i>266 175</i>	<i>261 456</i>	<i>257 208</i>

### KOSTNADSNYCKELTAL KPB - INSATSER ENLIGT SOL

Utifrån kostnadsanalysen för 2014 och 2015 genom KPB finns en sammanställning över kostnader och antalet brukare med insatser enligt SoL, fördelat i åldersgrupper och i förhållande till antal invånare i kommunen. Totalt sett har kostnaden för brukare med insatser enligt SoL ökat med närmare 47 mnkr, vilket motsvarar ca 9 %. Den största ökningen finns i åldergrupperna > 75 år där kostnaderna ökat med mer än 14 %. Åldergruppen > 90 år har ökat med 39 brukare och kostnaderna med 33 mnkr till 192 mnkr 2015. För åldergruppen < 75 år har kostnaderna minskat med ca 7 %.

**Tabell 1** Fördelning brukare med insatser enligt Sol i åldersgrupper i förhållande till antalet invånare i Hässleholm kommun för åren 2014 och 2015. (Källa: KPB-slutpresentation 2016-04-25 och 2015-04-27)

#### 2015

Åldersgrupp	Kostnad SoL	Antal invånare	Kostnad/inv.	Antal brukare	Kostnad/brukare
0-19 år	1 321 723	11 231	118	14	94 409
20-49 år	19 424 600	18 512	1 049	241	80 600
50-64 år	27 152 701	9 535	2 848	196	138 534
65-69 år	12 770 400	3 287	3 885	110	116 095
70-74 år	39 240 765	3 039	12 912	209	187 755
75-79 år	62 169 289	2 168	28 676	299	207 924
80-84 år	103 106 347	1 533	67 258	512	201 380
85-89 år	139 466 401	1 083	128 778	684	203 898
90- år	192 159 334	660	291 151	667	288 095
<b>Totalt</b>	<b>596 811 560</b>	<b>51 048</b>	<b>11 691</b>	<b>2 932</b>	<b>203 551</b>



2014

Åldersgrupp	Total kostnad	Antal invånare	Kostnad/inv.	Antal brukare	Kostnad/brukare
0-19 år	1 544 685	11 033	140	15	102 979
20-49 år	20 501 376	18 584	1 103	223	91 934
50-64 år	28 715 986	9 383	3 060	198	145 030
65-69 år	15 317 585	3 341	4 585	103	148 714
70-74 år	40 961 040	2 914	14 057	211	194 128
75-79 år	54 877 953	2 074	26 460	296	185 398
80-84 år	96 237 727	1 517	63 440	529	181 924
85-89 år	132 585 971	1 087	121 974	683	194 123
90- år	159 261 077	632	251 995	628	253 600
<b>Totalt</b>	<b>550 003 400</b>	<b>50 565</b>	<b>10 877</b>	<b>2 886</b>	<b>190 576</b>

### YTTERFALL – INSATSER ENLIGT SoL (låg tidigare under hemtjänst)

Med ytterfall insatser enligt SoL menas att den årliga kostnaden per brukare uppgår till mer än 600 tkr. Andelen ytterfall har ökat mellan åren 2013 till 2015. Trots ökningen ligger Hässleholm lägre än genomsnittet för andra KPB-kommuner. Den största förklaringen är att kostnaden per brukare i särskilt boende har gått över gränsen för definitionen av ytterfall, d.v.s. 600 tkr/år.

	2015	2014	2013
Brukare med insatser enligt SoL, andel ytterfall	13,4 %	6,5 %	4,2 %
Rikets genomsnitt för KPB-kommuner	13,6 %	12 %	11 %

### KOSTNADSNYCKELTAL KPB - INSATSER ENLIGT LSS

I nedanstående tabeller visas en sammanställning över hur kostnaderna för insatser enligt LSS fördelar sig mellan olika åldersgrupper, antal brukare i respektive åldersgrupp och i förhållande till antalet invånare i kommunen. Andelen brukare är oförändrad mellan 2014 och 2015 men kostnaden per brukare har ökat mellan åren med ca 7 %, vilket motsvarar totalt ca 22 mnkr. Av kostnadsökningen förklaras 3 % med ökade löner. Vårdtyngden har ökat i boenden.

**Tabell 2** Fördelning åldersgrupper och kostnader inom LSS i förhållande till antalet invånare i Hässleholm kommun. (Källa: KPB-slutpresentation 2016-04-25)

2015

Åldersgrupp	Kostnad LSS	Antal invånare	Kostnad/inv.	Antal brukare	Kostnad/brukare	Andel brukare %
0-12 år	11 612 195	7 234	1 605	54	215 041	0,7%
13-19 år	22 270 321	3 997	5 572	79	281 903	2,0%
20-29 år	61 504 396	6 297	9 767	153	401 990	2,4%
30-39 år	30 394 863	5 510	5 516	73	416 368	1,3%
40-49 år	28 411 454	6 705	4 237	65	437 099	1,0%
50-59 år	41 296 833	6 527	6 327	73	565 710	1,1%
60-64 år	16 189 476	3 008	5 382	34	476 161	1,1%
65- år	42 377 852	11 770	3 600	86	492 766	0,7%
<b>Totalt</b>	<b>254 057 390</b>	<b>51 048</b>	<b>4 977</b>	<b>617</b>	<b>411 762</b>	<b>1,2%</b>

2014

Åldersgrupp	Total kostnad	Antal invånare	Kostnad/inv.	Antal brukare	Kostnad/brukare	Andel brukare %
0-12 år	9 583 825	7 017	1 366	48	199 663	0,7%
13-19 år	24 407 483	4 016	6 078	76	321 151	1,9%
20-29 år	54 967 180	6 391	8 601	152	361 626	2,4%
30-39 år	26 028 915	5 368	4 849	72	361 513	1,3%
40-49 år	28 558 571	6 825	4 184	65	439 363	1,0%
50-59 år	33 267 022	6 324	5 260	70	475 243	1,1%
60-64 år	19 100 256	3 059	6 244	32	596 883	1,0%
65- år	36 044 601	11 565	3 117	86	419 123	0,7%
<b>Totalt</b>	<b>231 957 852</b>	<b>50 565</b>	<b>4 587</b>	<b>601</b>	<b>385 953</b>	<b>1,2%</b>

## YTTERFALL – INSATSER ENLIGT LSS

Med ytterfall insatser enligt LSS menas att den årliga kostnaden per brukare uppgår till mer än 1000 tkr. Andelen ytterfall har ökat från 4,5 % 2013 till 11,5 % 2015. Trots ökningen ligger Hässleholm lägre än genomsnittet för andra KPB-kommuner.

### Andel ytterfall LSS, kostnad per brukare >1 000 tkr/år

	2015	2014	2013
Brukare med insatser enligt LSS, andel ytterfall	11,5 %	10,6 %	4,5 %
Rikets genomsnitt för KPB-kommuner	16,1 %	14,7 %	13,7 %

## 2.3.3 Hemtjänst

Hässleholms kommun har i jämförelse med andra en relativt hög andel brukare med hemtjänst. Det är dock förhållandevis många brukare som har få insatser vilket är en förklaring till att kostnaden per invånare för hemtjänst ligger lågt i jämförelse med andra. En analys av volymerna inom hemtjänsten visar att det bara sker små förändringar mellan åren sett till antalet personer med hemtjänstinsats, men den totala brukartiden har ökat mellan 2013 och 2015 med drygt 16 %. I genomsnitt har alltså varje brukare i hemtjänsten mer insatser 2015 jämfört med 2013.

Kvalitetsnyckeltalen enligt den nationella brukarundersökningen inom hemtjänsten ligger generellt högre än rikets medelvärde. Det övergripande måttet om brukarna är nöjda med ”Hemtjänsten i sin helhet” har sjunkit något mellan 2014 och 2015 till 92 % men ligger fortfarande över rikets medelvärde 89 %.

## VOLYMER

Antal personer med hemtjänstinsats	2015	2014	2013
Hemtjänst i kommunal regi per den 31/12 <sup>4</sup>	1 538	1 524	1 571
Hemtjänst i enskild regi (serviceinsatser) <sup>5</sup>	32	47	101

### Andel personer med hemtjänstinsats

Invånare 65+ som var beviljade hemtjänst, %	7,2	7,4	8,0
Rikets genomsnitt alla kommuner	7,2	7,1	7,2

### Antal utförda brukartimmar i hemtjänsten

Hemtjänst i kommunal regi <sup>6</sup>	410 700	389 800	353 000
Hemtjänst i enskild regi (serviceinsatser)	5 189	5 335	5 491

## RESURSER

Kostnadsnyckeltal (kr)	2015	2014	2013
Hemtjänst i egen regi, kr/tim enl. KPB	385	331	406
Rikets genomsnitt för KPB-kommuner	467	440	435

Hemtjänst, kostnad per invånare 65+ Hässleholm	17 844	16 656	15 433
Rikets genomsnitt alla kommuner	19 020	18 301	17 433

<sup>4</sup> En och samma person kan både ha hemtjänst i kommunal regi och i enskild regi

<sup>5</sup> En och samma person kan både ha hemtjänst i kommunal regi och i enskild regi. Källa: Socialstyrelsens oktoberstatistik.

<sup>6</sup> Debiterade timmar inkl tid för dubbelbemanning och delegerad hälso- och sjukvårdsinsatser

Andel ytterfall i ordinärt boende enl KPB	2,4	2,0	1,4
Rikets genomsnitt för KPB-kommuner	2,6	2,5	2,3

**Tabell 3** Jämförelser med riket och andra KPB kommuner i Skåne, hemtjänst (värden och belopp avser 2014)

Kommun	Invånare 65+ som var beviljade hemtjänst, andel	Kostnad hemtjänst ÅO, kr per invånare 65+	Andel ytterfall i ordinärt boende (KPB > 600 tkr)
Båstad	6,1	21 518	0,5
Eslöv	6,0	18 107	1,2
Kristianstad	7,2	20 629	2,8
Simrishamn	6,1	16 713	1,3
Hässleholm	<b>7,4</b>	<b>16 656</b>	<b>2,0</b>
Medel riket	<b>7,1</b>	<b>18 301</b>	<b>2,5</b>

#### KVALITETSMÅTT (Riket inom parentes)

##### Kvalitetsnyckeltal enligt nationell brukarundersökning<sup>7</sup>

Brukarna om hemtjänsten	2015	2014	2013
Hemtjänst i sin helhet	92 (89)	93 (89)	91 (89)
Tillräckligt med tid	86 (82)	87 (82)	88 (82)
Möjlighet påverka tider	63 (61)	63 (61)	63 (61)
Hänsyn till åsikter och önskemål	88 (87)	88 (87)	90 (86)
Möjlighet att framföra synpunkter...	61 (62)	61 (62)	58 (62)
Bemötande	98 (97)	98 (97)	80 (76)
Trygghet	85 (86)	85 (86)	43 (46)

### 2.3.4 Särskilt boende och korttidsvård

Inom särskilt boende har antalet platser minskat under det senaste decenniet, vilket även har varit trenden i riket. För Hässleholms kommun har det ökade behovet de senaste åren gjort att denna trend har vänt. Andelen invånare över 80 år som bor i särskilt boende ökade från 8,1 % 2013 till 10,1 % år 2014. Andelen är fortfarande lägre än rikets medelvärde som var 13,3 % för 2014. Behovet av särskilt boende ökade kraftigt 2014, vilket har lett till högre kostnader för såväl korttidsvård som särskilt boende.

Kostnaden per dygn i särskilt boende enligt KPB var under 2013 och 2014 förhållandevis låg i jämförelse med andra KPB-kommuner. Från 2014 satsades ytterligare resurser för att öka bemanningen i särskilt boende, vilket medförde att kostnaden per dygn ökade 2014 och 2015.

Beläggningsgraden i särskilt boende för 2014 var enligt KPB 97,8 % (range 95—100%), vilket kan jämföras med beläggningsgraden för rikets KPB-kommuner som var 96,1 %. Beslut om särskilt boende som inte är verkställda inom 3 månader skall rapporteras till IVO (Inspektionen för Vård och Omsorg).

<sup>7</sup> Värdena anger hur stor andel av de svarande som upplever sig mycket nöjd eller ganska nöjd alternativt alltid eller oftast på respektive indikator. För ytterligare beskrivning av indikatorerna, se [www.socialstyrelsen.se/publikationer](http://www.socialstyrelsen.se/publikationer) 2015/2015-10-10

**VOLYMER**

<b>Antal personer särskilt boende och korttid<sup>8</sup></b>	<b>2015</b>	<b>2014</b>	<b>2013</b>
Särskilt boende i kommunal regi	466	456	454
Särskilt boende i enskild regi	96	89	95
Korttidsvård och korttidsboende i kommunal regi	39	54	56
Korttidsvård och korttidsboende i enskild regi	29	18	5

**Andel personer i särskilt boende**

Invånare 80+ i särskilt boende, andel	11,1	10,1	8,1
<i>Rikets genomsnitt alla kommuner</i>	<i>13,1</i>	<i>13,3</i>	<i>13,4</i>

**RESURSER**

<b>Bemanningsnyckeltal exkl natt</b>	<b>2015</b>	<b>2014</b>	<b>2013</b>
-somatik (budgeterad åa/plats)	0,60	0,60	-
-demens (budgeterad åa/plats)	0,70	0,70	-
-bemanningsgrad i genomsnitt (åa/plats)	0,65	0,65	0,60

**Kostnadsnyckeltal (kr)**

	<b>2015</b>	<b>2014</b>	<b>2013</b>
Säbo i egen regi, kostnad per dygn enl. KPB	1 760	1 611	1 571
<i>Rikets genomsnitt för KPB-kommuner</i>	<i>1 809</i>	<i>1 751</i>	<i>1 728</i>
Säbo extern regi, kostnad per dygn enl KPB	1 576	1 599	1 339
Kostnad särskilt boende äo, kr/inv 65+	34 492	29 298	30 155
<i>Rikets genomsnitt alla kommuner</i>	<i>33 955</i>	<i>33 598</i>	<i>33 657</i>
Korttidsvård, kostnad per dygn enl. KPB	2 477	2 108	2 215
<i>Rikets genomsnitt för KPB-kommuner</i>	<i>2 320</i>	<i>2 233</i>	<i>2 197</i>
Andel ytterfall i särskilt boende enl KPB	37,6	14,4	6,8
<i>Rikets genomsnitt för KPB-kommuner</i>	<i>37,2</i>	<i>34,8</i>	<i>33,6</i>

**Tabell 4** Jämförelser med andra KPB-kommuner i Skåne, särskilt boende (värden och belopp avser 2014)

<b>Kommun</b>	<b>Invånare 80+ i särskilt boende, andel</b>	<b>Särskilt boende kr/dygn enl KPB</b>	<b>Andel ytterfall i särskilt boende (KPB &gt;600 tkr)</b>
<b>Båstad</b>	8,5	1 719	27,0
<b>Eslöv</b>	15,1	1 647	12,0
<b>Kristianstad</b>	14,9	1 761	40,9
<b>Simrishamn</b>	14,5	1 857	40,5
<b>Hässleholm</b>	<b>10,1</b>	<b>1 611</b>	<b>14,4</b>
<b>Medel riket</b>	<b>13,3</b>	<b>1 751</b>	<b>34,8</b>

<sup>8</sup> Källa: Socialstyrelsens oktoberstatistik

**KVALITETSMÅTT** (riktet inom parentes)**Kvalitetsnyckeltal enligt nationell brukarundersökning<sup>9</sup>**

<b>Brukarna om sitt äldreboende</b>	<b>2015</b>	<b>2014</b>	<b>2013</b>
Särskilt boende i sin helhet	85 (82)	85 (83)	85 (83)
Tillräckligt med tid	75 (72)	78 (72)	68 (72)
Möjlighet påverka tider	65 (60)	61 (60)	55 (59)
Hänsyn till åsikter och önskemål	79 (79)	84 (79)	75 (79)
Bemötande	94 (94)	97 (94)	53 (58)
Trygghet	89 (89)	89 (89)	55 (51)
Trivsamma gemensamma utrymmen	67 (65)	75 (65)	71 (66)
Trivsamt utomhus	69 (67)	66 (67)	69 (67)
Maten	77 (76)	80 (75)	75 (77)
Måltidsmiljö	72 (69)	75 (69)	72 (70)
Möjligheten att komma utomhus	62 (58)	60 (58)	51 (58)
Sociala aktiviteter	70 (63)	62 (63)	62 (63)

**2.3.5 Funktionsnedsättning stöd och service**

Kostnadsutvecklingen inom FSS-området har varit markant de senaste åren. Ökningen har varit störst inom verksamheterna personlig assistans och boende enligt LSS. Volymökningen av LSS-insatser får även effekt på LSS-utjämningsystemet, se vidare i avsnitt 2.5.2.

Hässleholm kommun har en förhållandevis hög andel brukare inom LSS som är 65 år och äldre, vilket är en förklaring till att andel personer med beviljade insatser enligt LSS är högre än riket. Vid nedläggningen av de stora institutionerna fanns många privata vårdboende, vilket troligen kan förklara den stora andelen över 65 år.

**VOLYMER****Antal personer med insats enl LSS<sup>10</sup> per den 1 oktober**

	<b>2015</b>	<b>2014</b>	<b>2013</b>
Boende barn och vuxna	206	206	204
Daglig verksamhet	262	269	248
Personlig assistans	48	43	45
Ledsagarservice	84	85	78
Kontaktperson	172	202	191
Avlösarservice	29	31	26
Korttidsvistelse utanför hemmet	50	45	42
Korttidstillsyn för skolungdomar över 12 år	13	13	27

**RESURSER****Kostnadsnyckeltal enligt KPB (kr)**

	<b>2015</b>	<b>2014</b>	<b>2013</b>
Gruppbostad egen regi, kostnad per dygn	2 257	2 040	1 901
Gruppbostad extern regi, kostnad per dygn	2 912	2 754	4 707
Servicebostad, kostnad per dygn	1 340	1 316	1 010
Personlig assistans, SFB, kostnad per timme	47	44	79
Boendestöd, kr per brukare	51 552	54 474	69 204
Daglig verksamhet, kostnad per dygn	363	323	343

<sup>9</sup> Värdena anger hur stor andel av de svarande som upplever sig mycket nöjd eller ganska nöjd alternativt alltid eller oftast på respektive indikator. För ytterligare beskrivning av indikatorerna, se [www.socialstyrelsen.se/publikationer](http://www.socialstyrelsen.se/publikationer) 2015/2015-10-10

<sup>10</sup> LSS Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade

**Tabell 5** Jämförelser med andra KPB-kommuner i Skåne, LSS (värden och belopp avser 2014)

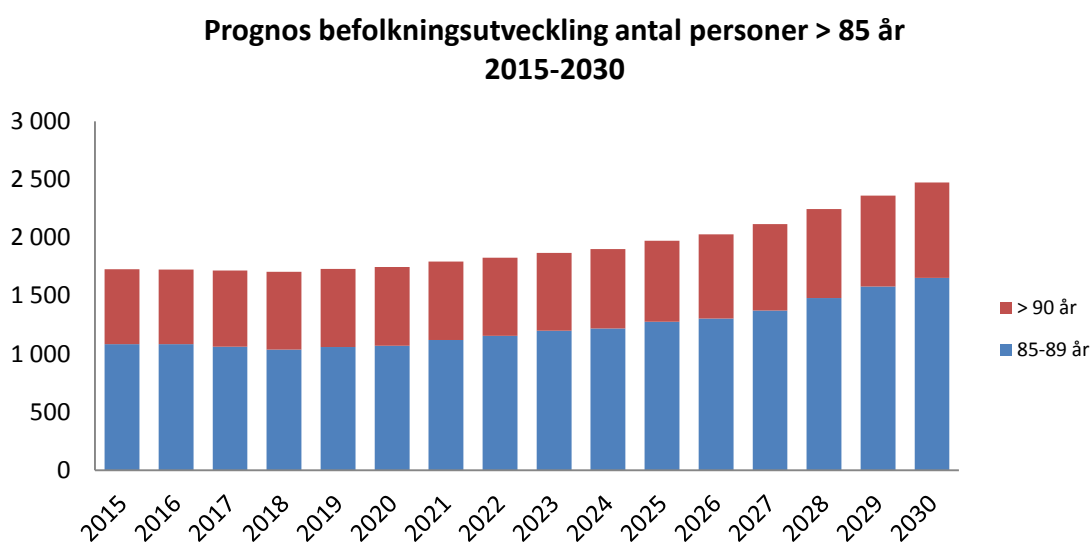
Kommun	Kostnad per dygn i gruppbo- stads för vuxna enl LSS	Kostnad per dygn i servicebo- stads för vuxna enl LSS	Nettotimkostnad för personlig assistans, SFB	Kostnad per dag med beslut om daglig verksamhet enl LSS	Andel ytterfall inom LSS, %
Båstad	3 892	2 136	78	456	12,1
Eslöv	2 444	1 287	75	419	8,5
Kristianstad	2 619	1 387	101	520	14,1
Simrishamn	3 054	2 519	97	494	22,8
Hässleholm	<b>2 040</b>	<b>1 316</b>	<b>44</b>	<b>323</b>	<b>10,6</b>
<i>Medel riket</i>	<i>2 727</i>	<i>1 414</i>	<i>75</i>	<i>493</i>	<i>14,7</i>

## 2.4 Demografisk utveckling

Medellivslängden har ökat dramatiskt under 1900-talet och prognoser visar en fortsatt ökande medellivslängd inom överskådlig tid, vilket medför att gruppen äldre kommer att fortsätta växa. Det innebär en resurs- och kvalitetsutmaning.

Antalet hushåll med äldreomsorg förväntas öka kraftigt framöver; 40 % fram till 2030 och 60 % fram till 2050. Det innebär att äldreomsorgen i snitt kommer att öka med 1,3-1,4 % per år fram till 2050 beroende på hälsoscenario. (Delresultat från LEV-projektet, regeringskansliet).

För Hässleholms kommun visar befolkningsprognoser från SCB att antalet personer 85 + förväntas öka från drygt 1700 personer 2015, till 2500 personer 2030, dvs. en ökning med ca 700 personer, vilket illustreras i figuren nedan.



**Figur 1** Befolkningsprognos antal invånare +85 år fram till 2030 Hässleholm kommun (Källa SCB 2012)

## 2.5 Kostnads- och volymutveckling

### 2.5.1 Nuläge

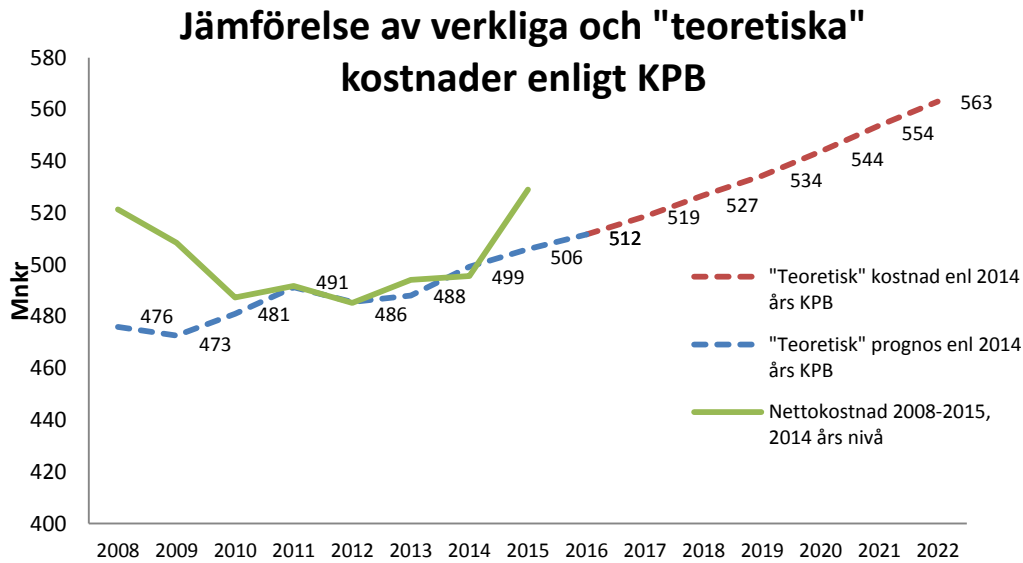
En analys av omsorgens kostnader har gjorts för åren 2009-2015 för att illustrera kostnadsutvecklingen inom förvaltningens olika verksamhetsområden. Kostnadsökningar på grund av inflation och löneökningar har beräkningsmässigt eliminerats mellan åren för att göra en så jämförbar analys som möjligt. Även omsorgsnämndens kostnader för tomhyror på trygghetsboendet Pärlan för 2013 har exkluderats. I tabellen nedan visas ökning respektive minskning av nettokostnader i förhållande till föregående år. Även förändringen av bidraget i LSS-utjämningsystemet visas nedan.

**Tabell 6** Kostnadsutveckling 2009-2015 samt förändring i LSS-utjämningsbidrag. Beloppen avser förändring i förhållande till föregående år i mnkr.

År (belopp i mnkr)	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Faktisk ökning/minskning</b>	<b>- 10</b>	<b>- 20</b>	<b>+ 13</b>	<b>+ 10</b>	<b>+ 18</b>	<b>+ 14</b>	<b>+ 40</b>
Äldreomsorg	- 12	- 20	+ 4	- 6	+ 3	+ 7	+ 33
FSS	+ 2	+ 2	+ 8	+ 15	+ 11	+ 16	+ 11
Adm, övr mindre vht	0	- 2	+ 1	+ 1	+ 4	- 3	- 4
<i>Förändring i LSS-utjämningsbidrag till kommunen (mnkr)</i>	<i>+12</i>	<i>+ 9</i>	<i>+ 6</i>	<i>- 1</i>	<i>+ 3</i>	<i>+ 4</i>	<i>+ 7</i>

En kraftig kostnadsökning noteras från 2014 till 2015, verksamheten blev 40 mnkr dyrare. Kostnadsökningar inom äldreomsorgen står för en stor del av förändringen. Särskilt boende och korttidsvård står för ca två tredjedelar av kostnadsökningen, resterande del ligger inom hemtjänsten. Även kostnader för HSL-insatser har ökat mellan åren. En analys av befolkningsutvecklingen mellan åren visar att gruppen 90 år och äldre har ökat mer än vad tidigare prognostiserats. Det bekräftas i KPB att just den åldersgruppen står för en stor kostnadsökning mellan 2014 och 2015. Det är både antalet personer och kostnaden per brukare, det vill säga omfattningen av vårdinsatserna per brukare, som ökar.

I nedanstående diagram görs en jämförelse av den verkliga kostnadsutvecklingen för äldreomsorgen under åren 2008 till 2015, med en ”teoretisk” kostnadsutveckling. Den ”teoretiska” kostnadsutvecklingen grundar sig på kostnad per brukare och invånare enligt KPB, för utfall 2014. Antagandet är, att om samma konsumtion av insatser som fanns 2014, skulle vara lika för alla andra år, så skulle kostnadsutvecklingen se ut som den streckade linjen i diagrammet. Den heldragna linjen visar verkligt utfall (justerat för inflation och löneökningar).



**Figur 2** Jämförelse av verklig och ”teoretisk” kostnadsutveckling, historik och prognos.

De besparingar som gjordes 2008 och 2009 (minskade platser i särskilt boende, bland annat) ledde till att äldreomsorgen sänkte sina totala kostnader. Mellan 2010 och 2014 följde kostnaderna väl den befolkningsutveckling som skedde. 2015 ser vi dock att kurvan viker uppåt, kostnaderna ökade mer än förväntat. En analys till orsaken är påbörjad, där följande faktorer förklarar delar av kostnadsökningen:

- Budgettillskott 2014 fick full effekt 2015, 5 mnkr
- Högre sociala avgifter för unga, 2 mnkr
- Högre andel äldre, 11 mnkr
- Omställningskostnader pga. omorganisationer, 1 mnkr

Kostnadsökningen behöver analyseras vidare. Faktorer såsom myndighetsutövning, produktivitet inom hälso- och sjukvård, förfinad analys av volymökningar på insatsnivå är exempel på faktorer som kommer att granskas.

## 2.5.2 LSS-utjämningsystem (2008:342)

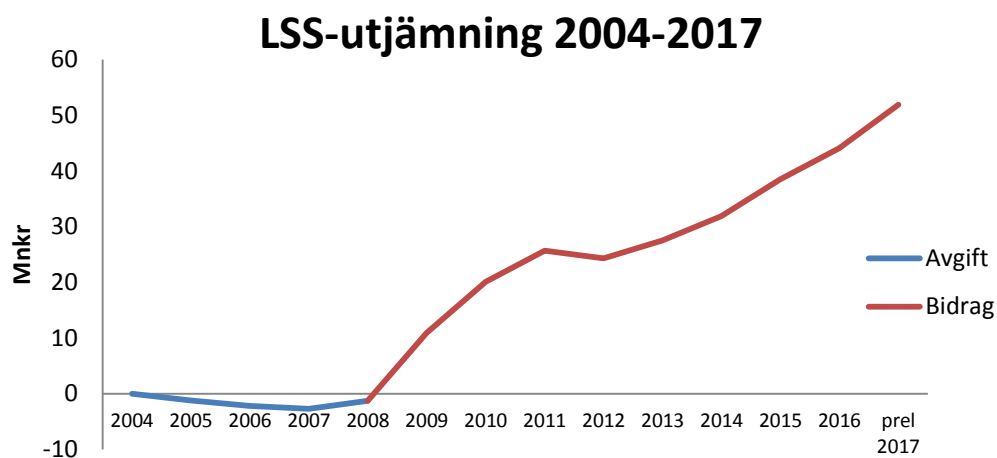
Ett kostnadsutjämningsystem för verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS 1993:387) infördes 2004. Utjämningsystemet för LSS-kostnader ingår inte i det ordinarie kostnadsutjämningsystemet men har samma principiella uppbyggnad. Kommuner med en beräknad strukturell kostnad för verksamhet enligt LSS som överstiger genomsnittet i riket erhåller ett utjämningsbidrag från staten. Bidraget finansieras med en utjämningsavgift till staten som betalas av kommuner med en beräknad strukturell kostnad för verksamhet enligt LSS som understiger genomsnittet i riket. Systemet har två års eftersläpning, vilket innebär att bidrag 2016 utgår från kostnader 2014.

En grundläggande tanke med utjämningsystemet på LSS-området är att det ska stimulera till utbyggnad av LSS-verksamhet i de kommuner där de berörda personerna bor. Tanken är också att det ska löna sig att inrätta verksamheter som lever upp till de kvalitetskrav som ställs i LSS.



Utvecklingen för Hässleholms kommun i LSS-utjämningsystemet illustreras i diagrammet nedan. Under åren 2005 till 2008 betalade Hässleholm in till utjämningsystemet. Från 2009 och framåt har kommunen istället fått bidrag i systemet. Med det ökade behovet av gruppboendestplatser som kommer att tillgodoses under de närmaste åren, förväntas bidraget öka ytterligare.

Storleken på bidraget i LSS-utjämningsystemet är beroende dels av de volymer av insatser enligt LSS som kommunen har, dels av kostnadsnivån. Detta jämförs sedan med genomsnittet för övriga kommuner. För att bidraget skall öka, måste ökningen således även vara högre än den genomsnittliga ökningen för riket. Ökningen av bidraget till Hässleholms kommun mellan 2016 och 2017 (prel) förklaras delvis av ökningen av personalkostnader inom boende LSS som skedde mellan åren 2014 och 2015. En minskning av personaltäthet skulle följaktligen kunna leda till en minskning av bidraget, givet att alla andra parametrar är lika.



**Figur 3** Förändring av LSS-utjämning för Hässleholms kommun under åren 2004-2017.

## 2.6 Finansiella medel och framtida behov

Omsorgsnämndens kostnader är låga jämfört med andra kommuner. Nettokostnadsavvikelse<sup>11</sup> inom äldreomsorgen är på -8,1 % och för LSS på -10,9 %. Uttryckt i pengar innebär det att äldreomsorgen är drygt 40 mnkr och LSS-verksamheten ca 25 mnkr billigare än förväntat.

Kostnad för äldreomsorg, andel (%) av total driftskostnad i Hässleholm kommun låg 2014 på 21,6 % vilket kan jämföras med ovägt medel i Riket som låg på 22,7 %. Det motsvarar 31 mnkr för äldreomsorgen.

### 2.6.1 Behov av resurser på kort sikt (1-3 år)

#### Driftbudget – prognosticerat tillkommande behov per år

Tabell 7 Prognosticerat tillkommande behov 2017-2019

(mnkr)	2017	2018	2019
Hemtjänst	13,2	4,8	5,0
Hemsjukvård	3,9	0,3	1,4
Boendeplatser ÄO (volym och pris)	19,0	7,8	5,1
Ökad bemanning ÄO, stimulansmedel upphör			11,0
Trygghetslarm	0,5	0,5	
Satsning välfärdsteknologi	2,0		-2,0
Bemanningsenhet	-2,0		
Nya gruppboendestäder inkl internhyra (delårseffekt -17, 12 pl, helår -18, 18 platser)	4,2	13,1	0,5
Boende LSS, bemanning egen regi	8,9		
Boende LSS, köpta platser	1,5		
Boende SoL, köpta platser (volym och pris)	2,4	2,5	2,6
Daglig verksamhet, bussar	0,6	0,2	-0,3
Korttidstillsyn	0,5		
Personlig assistans (volym och pris)	5,6	4,3	4,7
<b>Summa</b>	<b>60,3</b>	<b>33,5</b>	<b>28,0</b>
Helårseffekter av beslutade besparingar 2016	-4,2	0	0
<b>Summa efter besparingar</b>	<b>56,1</b>	<b>33,5</b>	<b>28,0</b>

<sup>11</sup> Nettokostnadsavvikelsen jämför kommunens nettokostnad med standardkostnaden ("statistiskt förväntad kostnad"). En avvikelse över 0 indikerar ett högt kostnadsläge, vilket kan bero på en hög ambitionsnivå eller en låg effektivitet. (Kolada)

### Tillkommande behov i omsorgsnämnden 2017-2019 efter beslut om åtgärder 2016-08-30 (reviderat 161010)

Mnkr	2017-2019	2017	2018	2019	2020
Redovisade behov	121,8	60,3	33,5	28,0	19,7
Beslutade besparingar 2016 ON §4	-4,2	-4,2			
<b>Behov enligt omvärldsanalys Tabell 7</b>	<b>117,6</b>	<b>56,1</b>	<b>33,5</b>	<b>28,0</b>	<b>19,7</b>
<i>Tillkommer behov av investering i köken</i>	<i>4,0</i>	<i>1,3</i>	<i>1,3</i>	<i>1,3</i>	<i>1,3</i>
<b>Summa redovisade behov</b>	<b>121,6</b>	<b>57,4</b>	<b>34,8</b>	<b>29,3</b>	<b>21,0</b>
<b>Nya beslut av ON enligt framlagt förslag</b>					
Sänkt bemanning SÄBO	-5,0	-5,0			
Avveckla resor daglig verksamhet	-3,0	-3,0			
<i>LSS-bostäder psykiatri<sup>1)</sup></i>	<i>-10,5</i>			-10,5	
<b>Summa nya beslut av ON</b>	<b>-18,5</b>	<b>-8,0</b>	<b>0,0</b>	<b>-10,5</b>	<b>0,0</b>
<b>Förvaltningens egna åtgärder:</b>					
Ytterfall	-0,6	-0,6			
Reducera antal portioner i SÄBO	-0,3	-0,3			
Elbilar	-0,6	-0,2	-0,2	-0,2	
Nytt arbetssätt i hemtjänsten, Lapscare mm <sup>2)</sup>	-15,0	-5,0	-5,0	-5,0	
Hotellbokning i växelvärdar	-0,6	-0,6			
Ljusglimten 0,38 årsarbetare	-0,2	-0,2			
Översyn av sjuksköterskebemanning 3 tjänst	-1,8	-1,8			
Verksamhetsvaktmästare	-0,7	-0,7			
<b>Summa förvaltningens egna åtgärder</b>	<b>-19,8</b>	<b>-9,4</b>	<b>-5,2</b>	<b>-5,2</b>	<b>0,0</b>
<b>Översyn måltidsorganisation</b>					
Skansnhemmet	-1,5	-1,5			
Matdistribution	-2,5	-2,5			
<i>Ej nödvändig framtida investering i köken</i>	<i>-4,0</i>	<i>-1,3</i>	<i>-1,3</i>	<i>-1,3</i>	<i>-1,3</i>
<b>Summa översyn måltidsorganisation</b>	<b>-8,0</b>	<b>-5,3</b>	<b>-1,3</b>	<b>-1,3</b>	<b>-1,3</b>
<b>NETTOBEHOV</b>	<b>75,3</b>	<b>34,7</b>	<b>28,3</b>	<b>12,3</b>	<b>19,7</b>

### Investeringsbehov

Omsorgsnämnden har i flerårsbudgeten de närmsta åren en planerad investeringsbudget för inventarier på 2,2 mnkr årligen. Under 2016 finns även en budget för investering av trygghetslarm inom såväl särskilt boende, som ordinärt boende. Installationen av trygghetslarm inom särskilt boende pågår och slutförs under 2016. Inom ordinärt boende finns avsatta investeringsanslag för att byta ut analoga larm mot digitala. Upphandling pågår och beräknas vara avslutad i augusti 2016. De senaste årens budgeterade och redovisade investeringar framgår av tabell 8 nedan. Under åren 2013-2015 har investeringsbudgeten för inventarier använts dels till behov av

inventarier i nya verksamheter men även till larm inom ordinärt boende och inventarier i befintlig verksamhet där behovet varit som störst, exempelvis inom köken och för utbyte av sängar.

**Tabell 8** Investeringar historik perioden 2013-2015 samt prognos 2016

	2013	2014	2015	2016 prognos
<b>Investeringsbudget</b>	<b>1 000</b>	<b>4 700</b> (varav 3 700 larm säbo)	<b>8 440</b> (varav 6 240 avser larm)	<b>5 501</b> (varav 3 301 avser larm)
Möbler/inventarier /sängar	694	200	2 105	2 200
Larm ordinärt boende	300	500	411	2 189
Larm särskilt boende	0	60	2 528	1 112
Köken	0	300	114	0
<b>Summa</b>	<b>994</b>	<b>1 060</b>	<b>5 157</b>	<b>5 501</b>
Avvikelse	6	3 640	3 283	0

Den redan planerade investeringsbudgeten för inventarier på 2,2 mnkr årligen väntas täcka, liksom tidigare år, investeringar för nya verksamheter, vårdssängar och andra återkommande årliga behov, till exempel möbler i boenden. Utöver det finns behov av riktat investeringsanslag för satsningar på till exempel välfärdsteknologi.

**Tabell 9** Investeringsbehov perioden 2014-2018

Typ av investering	Avskrivnings- period	2016 (tkr)	2017 (tkr)	2018 (tkr)	2019 (tkr)
Trygghetslarm ordbo	5 år	2 189	0	0	0
Trygghetslarm säbo	5 år	1 112	0	0	0
Inventarier ospecificerat	10 år	2 200	2 200	2 200	2 200
Välfärdsteknologi	5 år		500	500	500
<b>SUMMA</b>		<b>5 501</b>	<b>2 700</b>	<b>2 700</b>	<b>2 700</b>

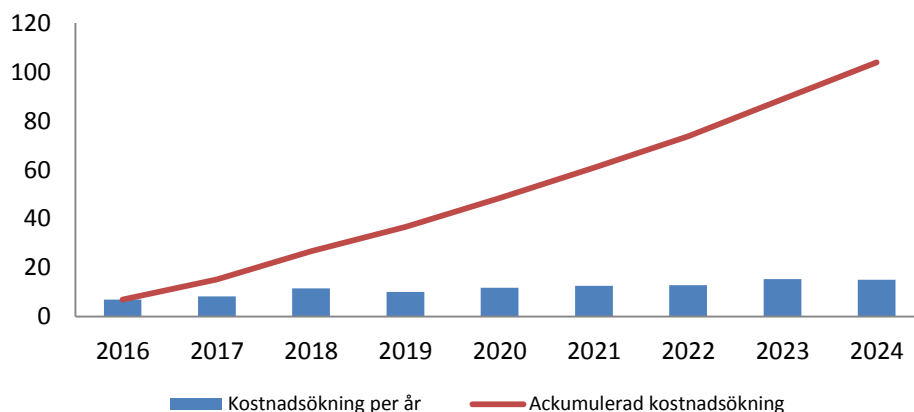
## 2.6.2 Behov av resurser på lång sikt (5-10 år)

### Äldreomsorg

Omsorgsnämnden står inför stora utmaningar på lång sikt. Den befolkningsutveckling av äldre som väntas, kommer att vara lägre de närmsta tio åren, för att sedan tillta från cirka år 2025 och framåt. Inom äldreomsorgen kan befolkningsprognoser, tillsammans med underlag från Kostnad per brukare, användas för att beräkna förväntade kostnadsökningar och framtida behov. Satsningen på välfärdsteknologi kommer att spela en stor roll för den framtida kostnadsutvecklingen.

Om ett antagande görs att år 2024 så erhåller lika stor andel av befolkningen insatser i ordinärt och särskilt boende till en lika stor kostnad per brukare som 2015, så skulle kostnadsökningen uppskattas drygt 100 mnkr vilket illustreras i nedanstående diagram.

### Kostnadsökning insatser enl SoL baserat på befolkningsutveckling 2016-2024



**Figur 4** Kostnadsökning insatser enligt SoL baserat på befolkningsutveckling 2016-2024.

SKL skriver i sin rapport 'Äldreomsorgens kostnader – historik och framtid' (januari 2016), att det kan anses felaktigt att göra beräkningar utifrån en konstant kostnad för vårdinsatser och ställa det mot en prognostiserad demografisk utveckling. Man kan inte förutsätta att den vård som en 90-åring kräver idag, är densamma som en 90-åring behöver om tio eller tjugo år. Vad SKL även menar är dock att kostnaden per brukare ökat historiskt sett, och bör antas att fortsätta öka. En orsak till detta är ständigt ökande kvalitetskrav. Dessa två ”felaktiga” bedömningar tar till stor del ut varandra. Därför kan den bedömning som görs i detta avsnitt om totala, befarade kostnadsökningar antas vara relevanta.

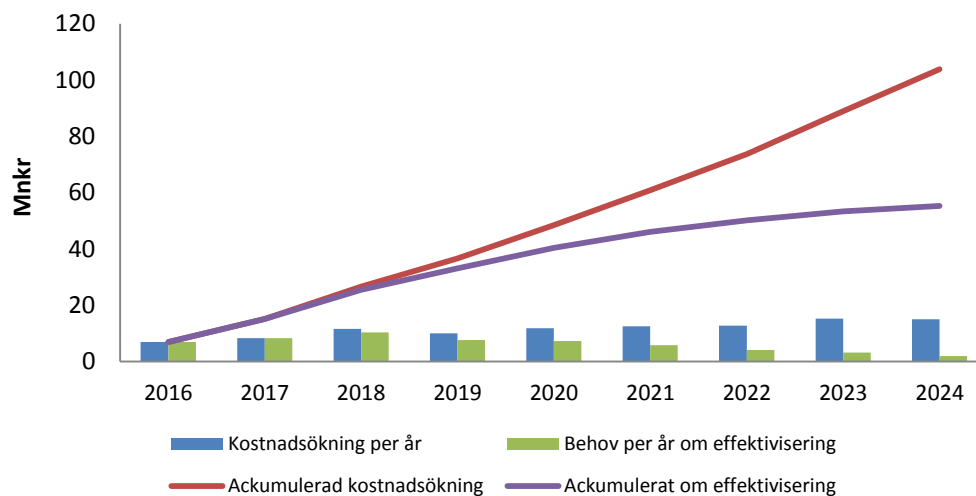
Andra faktorer, såsom nya tekniska lösningar och utveckling av mer kostnadseffektiva arbetssätt, kan givetvis även påverka den framtida kostnaden. Myndigheten för delaktighet redovisar ett antal nyttokostnadsstudier inom området välfärdsteknologi. Resultaten från dessa visar att välfärdsteknologi är samhällsekonomiskt lönsamt. Välfärdsteknologi kan bidra till ökad aktivitet, delaktighet, trygghet och självständighet. Detta är positivt, men har inte räckt för att implementera välfärdsteknologi i den utsträckning som kan förväntas. I många kommuner anses bristande ekonomiska resurser vara ett av de största hindren för att implementera välfärdsteknologi.

Västerås stad har gjort beräkningar över ekonomiska effekter av implementering av välfärdsteknologi inom hemtjänsten. Resultaten visar på en kostnadsminskning på mellan 11 och 25,9 mkr per år vid 300 e-Hemtjänstanvändare jämfört med om e-Hemtjänst inte införs. Från detta ska dras en kostnad för e-Hemtjänst på c:a 5,3 mkr vilket ger en ekonomisk nettoeffekt på mellan 5,7 och drygt 20 mkr.\*

I diagrammet nedan illustreras hur en befarad kostnadsökning inom Hässleholms kommun kan påverkas av en satsning på välfärdsteknologi. Beräkningen grundar sig på att effekter börjar ses på kostnaderna från 2018 och att effekterna motsvarar 5 % av den befarade kostnadsökningen.

\* Källa: Projekt Behovsstyrt IKT-stöd-Prognos aug 2012 Västerås Stad

### Kostnadsökning insatser enl SoL baserat på befolkningsutveckling 2016-2024, med och utan effektivisering



Figur 5 Kostnadsökning insatser enligt SoL baserat på befolkningsutveckling 2016-2024.

#### Funktionsnedsättning stöd och service

Inom FSS-området är det svårare att analysera den framtida kostnadsutvecklingen och behovet av finansiella medel på lång sikt. Med stor sannolikhet kommer ökade kostnader inom LSS-området även att leda till högre bidrag i LSS-utjämnningen, förutsatt att modellen inte förändras och att andra påverkande faktorer är förhållandevis lika. I planeringsdokumentet för FSS redogörs för framtida behov, men bedömningen är svår då den påverkas av flera faktorer som inte alla går att förutse eller påverka. In- och utflyttning av personer med specifika behov, politiska ambitioner – nationellt och kommunalt, och hur stor andel av insatser som ansöks om och beviljas, är exempel på faktorer som är svåra att förutse.

## 2.7 Folkhälsa

Ett tecken på att folkhälsan i Sverige har blivit allt bättre är att medellivslängden har ökat under flera decennier. År 2015 var medellivslängden 84 år för kvinnor och drygt 80 år för män. Den beräknas till 89 år för kvinnor och nästan 87 år för män år 2060, det vill säga en ökning med fem år för kvinnor och med drygt sex år för män. Den viktigaste orsaken till att medellivslängden har ökat är att dödligheten minskat kraftigt i hjärt- och kärlsjukdomar. Minskningen har varit snabbare bland män och könsskillnaderna i dödlighet har minskat. En ökad medellivslängd påverkar volymerna inom omsorgsnämndens verksamheter.

Livsvillkoren och våra levnadsvanor påverkar vår hälsa. Det är den grundläggande utgångspunkten för allt folkhälsoarbete. En investering i hälsosamt åldrande, där insatserna inriktas på att främja och bevara hälsan, ökar tillgången på arbetskraft och minskar risken för att människor pensioneras i förtid.

Folkhälsomyndigheten vill öka medvetenheten om att äldre människors deltagande och engagemang är en samhällsinvestering och en tillgång för den enskilda människan. De vill också öka kunskapen om tillgängliga aktiviteter och åtgärder som främjar ett hälsosamt åldrande. Det sker bland annat genom att följa upp och analysera hälsoutvecklingen bland äldre, fungera som nationell kunskapsmyndighet för folkhälsoinsatser för äldres hälsa och genom särskilda regeringsuppdrag.

Folkhälsomyndighetens primära målgrupp inom området är personer i den s.k. tredje åldern. Tredje åldern beskrivs som den för många långa och relativt friska tiden som ålderspensionär. Det vill säga innan man blivit beroende av andras hjälp för sitt dagliga liv.

De allra flesta barn och vuxna uppger att de har en bra eller mycket bra hälsa. Samtidigt är det vanligt med psykiska och somatiska besvär. Bland barn är sömnsvårigheter vanligast och bland vuxna trötthet. Under det senaste decenniet har besvären ökat något bland barn, medan de har minskat bland vuxna. Det tyder på att den psykiska hälsan försämrats bland barn och förbättrats bland vuxna.

Sverige har ännu ingen strategi, policy eller handlingsplan för psykisk hälsa, däremot har regeringen tagit fram en [plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa](#) som gäller för åren 2012-2016.

Som en del i genomförandet av regeringens PRIO-plan har Socialstyrelsen bland annat ett pågående regeringsuppdrag, [Samordnad nationell kunskapsstyrning – psykisk ohälsa](#). Uppdraget genomförs tillsammans med Folkhälsomyndigheten, Läkemedelsverket, Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV). Folkhälsomyndighetens medverkan i uppdraget innebär att föra in ett främjande och förebyggande perspektiv. Läs mer om uppdraget och arbetet under 2015 i Socialstyrelsens senaste [delrapport](#).

## 2.8 Hälsa- och sjukvård

Hälso- och sjukvården har genomgått stora strukturella förändringar. Teknik, nya behandlingsmetoder, mer avancerade läkemedel och ökad specialisering har gjort vården mer kompetenskrävande. Samtidigt ökar behovet av sjukvård i befolkningen på grund av demografin, det vill säga att allt fler blir allt äldre. Forskningen går snabbt framåt och fler sjukdomar går att bota eller lindra i dag jämfört med bara några år sedan. I denna värld av ständigt nya behandlingsmetoder och en till synes omättad efterfrågan på sjukvård måste sjukvårds-personalen organisera sitt arbete på bästa tänkbara sätt.

För att svensk hälso- och sjukvård kontinuerligt ska utvecklas och förbättras krävs uppföljningar med såväl indikatorer som andra metoder inom hälso-och sjukvårdens alla delar och på alla nivåer. En allsidig och nyanserad bild av kvaliteten i hälso- och sjukvården innebär dels att den speglar processer, resultat och kostnader utifrån kraven på god vård, dels att den tillgodoser olika intressenters behov av information om hälso- och sjukvården. Att följa upp effektiv hälso- och sjukvård handlar om att följa upp kvalitet, vilket står för måluppfyllelse, i förhållande till insatta resurser, mätt i kostnader.

Omsorgsförvaltningen måste inom ramen för kvalitets och ledningssystemet utveckla indikatorer som passar för den hälso- och sjukvård som bedrivs. Därtill behövs nyckeltal för att kunna ge en bild av i vilken omfattning hälso- och sjukvård bedrivs idag kopplat till bemanning. Detta är en

förutsättning för att möta framtidens behov av resurser till en ökad population och nytt samarbetsavtal som reglerar hälso- och sjukvården 2015.

## 2.9 Ekologisk hållbar utveckling

En hållbar utveckling handlar om att samhället ska utvecklas på ett sätt som är bra för både människa, djur och natur, både idag och i framtiden. En sådan utveckling förutsätter förändrade vanor, i synnerhet i vår hantering av jordens resurser. Med hjälp av olika styrmedel som miljölagstiftning och miljömål påverkas utvecklingen i en mer hållbar riktning. Begreppet hållbar utveckling blev allmänt känt genom Brundtland-rapporten (FN-rapporten *Vår gemensamma framtid* från 1987) där det definierades som *en utveckling som tillfredsställer dagens behov utan att äventyra kommande generationers möjlighet att tillfredsställa sina behov*. Hållbar utveckling handlar således inte bara om en god miljö, utan växer fram i samspelet mellan ömsesidigt beroende delar – ekologisk, ekonomisk och social hållbarhet.

Kommunfullmäktige fastställde i maj 2015 en måltidspolicy. Måltidspolicyn ger information och vägledning för att erbjuda god och hälsosam mat med hänsyn taget till hälsa, miljöpåverkan samt god långsiktig resurshushållning. Policyn ska även utgöra en bra information för elever, föräldrar, anhöriga och andra intresserade. För dessa grupper klargör kommunens måltidspolicy vilka förväntningar man kan ställa på offentligt finansierad mat och måltider. Måltidspolicyn ska också utgöra underlag för budget, verksamhetsplaner och nämndernas kravspecifikationer.

Utifrån kommunfullmäktiges övergripande mål ”Hässleholm kommun ska ha en socialt och ekologiskt hållbar utveckling har omsorgsnämnden fastställt följande mål i sin verksamhetsplan:

### **Andelen ekologiska livsmedel ska öka**

År 2014 uppgick andelen ekologiska livsmedel till 20,5 % för att ett år senare ha ökat till 23,8 %. Ökningen beror delvis på rätt ställda krav i livsmedelsupphandlingen som möjliggör ekologiska inköp. Detta möjliggör i sin tur att köken kan informera och produktionsplanera mat och måltider med ekologiska livsmedel.

### **Tjänsteresor skall ske med miljöklassade bilar alternativt med kollektivtrafik**

Under våren 2016 har förvaltningen genomfört en ny fordonsupphandling. Utöver miljöklassade gas- och dieselfordon är det numera möjligt att beställa el-bilar. Det upphandlade fordonet kan köra upp till 16 mil på en laddning och är därför ett realistiskt alternativ för stora delar av omsorgsförvaltningens verksamheter. Även om el-bilen kan laddas i ett vanligt vägguttag så är det bättre att använda särskilda laddstolpar eftersom laddningstiden förkortas. Förvaltningen deltar i planering av infrastruktur för laddning av elbilar under ledning av kommunens miljöstrateg.

### **Bilkörningen i tjänsten skall minska**

Förvaltningen arbetar ständigt med olika åtgärder för att minska miljöpåverkan av transporter. Det sker en kontinuerlig översyn av områdesindelningen i hemvården för att bland annat minimera antalet transporter mellan brukare. Hemtjänsten kommer att använda alternativa



transportmedel som t ex elcyklar. Vårdplanering via webb kommer att introduceras och användning av cykel, tåg och buss vid tjänsteresor kommer att öka.

Tillsammans med Hässleholm Miljö AB har Kaptensgården arbetat med ett lyckat projekt kring minskat blöjfall. Målsättningen är att implementera arbetssättet på samtliga enheter. Projektet har rönt stor nationell uppmärksamhet.

## **2.10 Lagstiftning, föreskrifter, statliga utredningar och PM**

I detta avsnitt redogörs för förändringar i lagstiftning och föreskrifter som påverkar omsorgsnämndens ansvarsområden. Vidare redovisas ett urval av statens offentliga utredningar och PM och uttalanden från myndigheter. Via dessa kan omsorgsnämnden få en uppfattning om vilka frågor som kan bli aktuella på sikt. Utredningarna som är pågående leder inte alltid till förändringar av de förutsättningar som påverkar omsorgsnämnden i form av lagar eller föreskrifter. Utredningarna bör bevakas och vissa områden som utredningarna berör bör beaktas vid förändringar i omsorgsnämndens verksamhet.

### **2.10.1 Tillgång till personal dygnet runt i äldreboende**

Regeringen anser att tillgång till personal dygnet i runt äldreboendet är så viktig att den ska regleras i förordningen och inte i en myndighets föreskrift. Av bl.a. detta skäl avlog regeringen Socialstyrelsens begäran om medgivande till bemanningsföreskrifter. Istället införs en ny bestämmelse i socialtjänstförordningen om tillgång till personal i särskilda boenden för äldre. Ändringen innebär ett förtydligande av ansvaret om att det ska finnas tillgång till personal dygnet runt som utan dröjsmål kan uppmärksamma om en boende behöver stöd och hjälp. Den nya bestämmelsen börjar gälla 15 april 2016. Förvaltningen bedömer att grundbemanning efter utökning med stimulansmedel för ökad bemanning inom äldreomsorgen är tillräcklig, men utifrån individuella behov kan bemanningen periodvis behöva utökas.

### **2.10.2 Förändring i personuppgiftslagen**

Det pågår en utredning kring hur nuvarande lagstiftning påverkar möjligheter till en god och säker vård och omsorg till vuxna som saknar beslutsförmåga och troligen kommer det ske en förändring i personuppgiftslagen.

### **2.10.3 Ny patientlag**

Ny patientlag gäller från 1 januari 2015. Syftet med lagen är att stärka och tydliggöra patientens ställning och att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Den nya patientlagen ger patienten möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad primärvård och öppen specialiserad vård i hela landet. Det innebär att landstingens skyldighet att erbjuda öppen vård utvidgas till att gälla patienter som omfattas av annat landstings ansvar för hälso- och sjukvård. Patientlagen innebär även att informationsplikten gentemot patienten utvidgas och förtydligas. Möjligheten för en patient att få en ny medicinsk bedömning har utvidgas. Den nya lagens krav kan innebära att det kommer krävas utökade resurser i den kommunala hälso- och sjukvården.

## 2.10.4 Nya regler kring ingrediensförteckning till matdistributionen (EU-förordning 1169/2011)

I december 2014 skärptes kraven för märkning av livsmedelsinformation om innehållande livsmedel som kan orsaka allergi. Detta innebär att det finns en skyldighet att informera muntligt eller skriftligt om matens innehåll, ifall detta efterfrågas. Det är 14 allergener som man har skyldighet att kunna informera om samt produkter som är framställda från dessa.

## 2.10.5 Trygg och effektiv utskrivning från slutna vård (SOU 2015:20)

Det finns ett förslag att nuvarande betalningsansvarslag upphävs och ersätts av en ny lag – lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. Syftet med den nya lagen är att patienter som inte längre har behov av den slutna vårdens resurser så snart som möjligt ska kunna lämna slutenvården på ett tryggt sätt. Patienter ska inte vara på sjukhus när de inte behöver. Målgruppen för den föreslagna lagen är patienter som efter utskrivning från den slutna vården behöver insatser från den kommunalt finansierade socialtjänsten eller hälso- och sjukvården och som också kan ha behov av insatser från den landstings-finansierade öppna vården, inklusive primärvården.

Bland annat innebär förslaget att betalningsansvaret för medicinskt färdigbehandlade patienter övergår till kommunen efter tre dagar inom den somatiska vården (idag 5 dagar). Även inom den psykiatriska vården föreslås betalningsansvaret övergå till kommunerna efter tre dagar (idag 30 dagar).

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har ställt sig positiv till förslag till förändringar som syftar till en mera strukturerad utskrivningsprocess från slutna vård till öppen vård och som har fokus på samarbete och samverkan mellan huvudmän. SKL är även positiv till att lösningarna i första hand ska vara lokala och lokalt anpassade.

## 2.10.6 Socialstyrelsens föreskrifter, basal hygien i vård omsorg (SOSFS 2015:10)

Föreskriften börjar gälla från 160101 och ska tillämpas i verksamheter som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och har utökats med socialtjänstlagen (2001:453), SoL, vid insatsen som avser hemtjänst i ordinärt boende samt i boende som avses i 5 kap. 5 eller 7 § SoL. Även i verksamheter som omfattas av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, ska föreskrifterna tillämpas vid genomförande av insatsen bostad med särskild service enligt 9 § 8 eller 9 LSS.

Föreskriften innebär att vid arbetsmoment som innebär fysisk kontakt och i situationer där det finns risk för överföring av smittämnen ska arbetskläder med korta ärmar användas. Kläderna ska kunna bytas dagligen samt vid behov om de förorenas.

Om kläderna riskerar att komma i kontakt med kroppsvätskor eller annat biologiskt material under ett vård- eller omsorgsmoment, ska plastförkläde, skyddsrock eller motsvarande skyddskläder användas utanpå arbetskläderna.

Underarmar ska hållas fria från armbandsur och smycken, naglar ska vara korta och fria från konstgjorda material.

Händerna ska desinfekteras med ett alkoholbaserat handdesinfektionsmedel, eller något annat medel med motsvarande effekt, omedelbart före och efter ett vård- eller omsorgsmoment.

Skyddshandskar, avsedda för engångsbruk ska användas, om händerna riskerar att komma i kontakt med kroppsvätskor under ett vård- eller omsorgsmoment.

Konsekvenser för verksamheten är behov av utbildning i de verksamheter som tidigare inte varit berörda samt en kostnad för inköp av arbetskläder och i vissa fall iordningställande av omklädningsrum. Även skyddsutrustning ska tillhandahållas.

### **2.10.7 Nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen (Dir 2015:72, S 2015:03)**

Regeringen har gett en särskild utredare uppgiften att ta fram ett förslag till en nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen. Syftet är att genom långsiktiga insatser inom strategiskt viktiga områden säkra utvecklingen av god kvalitet i den framtida äldreomsorgen. Utredaren ska lägga fram förslag som syftar till:

- högre kvalitet och ökad effektivitet,
- bättre förebyggande och rehabiliterande insatser
- tryggad personalförsörjning
- översikt av särskilda boendeformer
- flexibla former för beslut om äldreomsorg
- användning av välfärdsteknologi

Ovan redovisade områden ses som deluppdrag vilka kan avrapporteras i delbetänkande innan slutrapporten i slutet av mars 2017.

**Reflektion:** Den pågående utredningen om en nationell kvalitetsplan tar i stort upp många områden som beskrivits på andra ställen i detta dokument. Omsorgsnämnden bör följa utredningen eftersom direktivet är skrivet som deluppdrag vilka kan avrapporteras i delbetänkande innan slutrapporten i mars 2017.

### **2.10.8 Offentlighetsprincipen i offentligt finansierad privat utförd vård och omsorg samt utbildning inom vissa skol- och utbildningsformer (Dir 2015:92, S 2015:04) samt**

En särskild utredare ska lämna förslag om hur offentlighetsprincipen i praktiken kan införas ibland annat privat utförd offentligt finansierad vård och omsorg. Utgångspunkten ska vara att finna former för ett genomförande som inte onödigtvis ökar administrationen för utförarna inom

vård, skola och omsorg. Ytterligare en utgångspunkt är att patienternas, barnens, elevernas och andra brukares integritet ska skyddas.

Utredaren ska:

- utreda hur en reglering för privata utförare inom offentligt finansierad vård och omsorg kan utformas för att offentlighetsprincipen ska kunna tillämpas hos de privata utförarna eller hur insynen i verksamheten på annat sätt kan öka,
- överväga om det behöver göras någon ändring i sekretessregleringen, och i så fall föreslå hur en sådan ändring bör se ut,
- överväga om och i så fall i vilken utsträckning kommunallagens (1991:900) som rör insyn hos privata utförare fortfarande kommer att fylla en funktion mot bakgrund av utredarens förslag i övriga delar och
- lämna nödvändiga författningsförslag

Arbetet ska redovisas den 1 oktober 2016.

**Reflektion: Se avsnitt 2.9.10**

## 2.10.9 Program för uppföljning av privata utförare - Mål och riktlinjer

Fullmäktige ska inför varje mandatperiod anta ett program med mål och riktlinjer för privata utförare som driver verksamhet på uppdrag av kommuner, landsting och regioner. Syftet är att kontrollen och insynen ska bli bättre. SKL har tagit fram ett stödmaterial för programarbetet.

Typ och storlek av verksamheten avgör nivån på kommunens krav på kontroll och insyn. Högre krav på kontroll och insyn måste ställas på verksamhet som invånarna är beroende av och/eller får stora tillskott av skattemedel. Programmet med mål och riktlinjer ska omprövas varje mandatperiod. Förändringen i kommunallagen gäller från och med 1 januari 2015. Mer information återfinns i nedanstående länk.

<http://skl.se/demokratiledningstyrning/politiskstyrningfortroendevalda/fullmaktigestyrelserochnamnder/fullmaktigeuppdragochutveckling/programforuppfoljningprivatautforaremalochriktlinjer.3897.html>

**Reflektion för avsnitt 2.9.9-10:** Utredningen i avsnitt 2.9.9 bör följas eftersom den kan förändra omsorgsnämndens förutsättningar för att göra uppföljning av externa aktörer. När Kommunfullmäktige antagit ett program enligt avsnitt 2.8.11 bör omsorgsnämnden också ha en plan varvid nedanstående skall beaktas.

I kommunallagens 6 kap 7§ beskrivs att nämnden ansvarar för att verksamheten bedrivs i enlighet med mål o riktlinjer från fullmäktige samt för verksamheten gällande föreskrifter. Vidare beskriver Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd om lex Sarah (SOSFS 2011:5) 4 kap 1§ att berörd nämnd ska informeras om lex Sarah-rapporter som mottagits av extern utförare där nämnden har beslutat om insatser för den enskilde.

Det framkommer att Kommunförbundet Skåne (KFSK) genom ramavtal med extern utförare (Avtalsvillkor Enskilda platser i Särskilt boende 2012) redan idag har rätt till uppföljningsbesök i extern utförarens verksamhet. Information om kvalitetsarbetet samlas även in genom enkät från

KFSK till extern utförare. I avtalet framkommer att kopia på lex-Sarah rapporter samt lex Sarah anmälningar till inspektionen för vård och omsorg ska skickas till placerande kommun. Även kopia på lex Maria-anmälningar ska skickas till medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Det finns idag stöd i lag och avtal som möjliggör en kontroll av kvaliteten hos externa utförare. I omsorgsnämnden finns det ingen tydlighet i hur uppföljning av externa utförare genomförs.

Omsorgsnämnden bör se över och skapa förutsättningar för hur externa verksamheter, där enskilde brukare har insatser, uppfyller krav i föreskrifter och avtal. Omsorgsnämnden behöver vidta åtgärder för att ta emot och systematiskt följa upp externa utförarens lex Sarah-rapporter. Omsorgsnämnden har inget ansvar för den externa utförarens utredning. Däremot har omsorgsnämnden ett ansvar för att den enskilde brukaren får en god omsorg. För att kvalitetssäkra omsorgen behöver nämnden arbeta aktivt med analys av externa utförarens kvalitet.

### 2.10.10 **Ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården (Dir. 2015:127, S 2015:07)**

En särskild utredare ska överväga och lämna förslag till hur en ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården kan uppnås. Syftet med uppdraget är att säkerställa att den hälso- och sjukvård som erbjuds befolkningen är kunskapsbaserad och jämlik och ges på samma villkor till kvinnor och män.

Utredaren ska bl.a.

- kartlägga de olika initiativ och samarbeten kring ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd som pågår på olika nivåer inom hälso- och sjukvården,
- utreda förutsättningarna för samt behovet och lämpligheten av att göra nationella riktlinjer inom hälso- och sjukvård i någon form obligatoriska eller mer bindande, samt
- lämna de förslag som bedöms vara ändamålsenliga för att uppnå en ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd

Uppdraget ska redovisas senast den 1 mars 2017.

**Reflektion:** Utifrån utredningens direktiv görs bedömningen att kvaliteten kommer att öka inom galler vård och omsorg. Det kommer krävas att någon bevakar nytillkomna nationella kunskapsstöd. Vidare behövs utbildningsinsatser och implementering av kunskapsstödet. När kunskapsstödet är implementerat bör det följas upp genom egenkontroll. För att underlätta för användarna hade det varit en fördel om ett kunskapsstöd kunde integreras i verksamhetssystemet. Det säkerställt följsamheten att systemet använts på rätt sätt.

### 2.10.11 **Hjälpmedel, teknik och metoder för delaktighet och självbestämmande (Dir. 2015:134, S 2015:08)**

En särskild utredare ska se över tillgången till och användningen av hjälpmedel och lämna förslag i syfte att öka likvärdigheten och minska skillnaderna i fråga om avgifter och regelverk samt därvid se över frågan om nationell reglering och ett samlat huvudmannaskap.

- Utredaren ska vidare lämna förslag som skapar förutsättningar för att hjälpmedelsverksamheten hos berörda myndigheter och huvudmän bedrivs effektivt.

Detta ska ske med hänsyn till den enskildes delaktighet och självbestämmande och ett effektivt utnyttjande av de befintliga ekonomiska resurserna.

- Utredaren ska även analysera om kompetensen hos förskrivare och andra relevanta yrkesgrupper i fråga om hjälpmedel är adekvat och tillräcklig.

Utredningens förslag ska vara kostnadseffektiva ur ett samhällsekonomiskt perspektiv och inte öka det offentliga åtagandet på området. Om förslag eventuellt leder till ökade kostnader ska de vara försedda med väl underbyggda finansieringsförslag. Förslagen ska skapa förutsättningar för en långsiktigt hållbar ekonomisk utveckling på området.

Uppdraget ska redovisas senast den 28 februari 2017.

**Reflektion:** Utredningen bör följas framöver eftersom direktivet tar upp en rad punkter som kan påverka omsorgsnämndens verksamhet.

## 2.10.12 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

### *Samordnad vård och omsorg (PM 2016:1)*

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har skrivit ett PM om utmaningarna som rör samordningen av vård och omsorg. De ser att det i huvudsak är fyra förutsättningar som vård- och omsorgssystemet behöver uppfylla för att en mer samordnad vård och omsorg ska uppnås:

1. en patient- och brukarcentrerad organisationskultur som arbetar för en gemensam vision av en samordnad vård och omsorg
2. systemövergripande policyer, lagar och riktlinjer som ger förutsättningar för samordning
3. samverkan mellan organisationer som skapar förutsättningar för samordning över organisationsgränser
4. administrativa system som underlättar samordning

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys för fram att det finns en avsaknad av gemensam syn på vad begreppet samordnad vård och omsorg innebär. De vill lyfta fram en definition på vad begreppet innebär utifrån ett patient- och brukarperspektiv.

*”Ur patientens och brukarens perspektiv är vården och omsorgen samordnad när alla aktiviteter aktivt organiseras som en väl fungerande helhet ur hens perspektiv och där hen ges möjlighet att, efter förmåga och preferenser, delta som en aktiv medskapare.”*

**Reflektion:** De åtgärder som kan vara aktuella att vidta i omsorgsnämnden utifrån PM:et är:

- Skapa en kultur som stödjer en patient- och brukarcentrerad vård och omsorg
- Öka kunskapen för chefer och medarbetare om vad samordning innebär
- Högt deltagande i vid upprättande av samordnad individuell plan

### **2.10.13 Nationell strategi kring demens**

I februari 2016 gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram ett underlag till en nationell strategi kring demens. Arbetet ska vara klart sommaren 2017.

I dagsläget kostar demensvården i Sverige cirka 65 miljarder kronor om året, enligt beräkningar som forskaren och distriktsläkaren Anders Wimo har gjort åt Socialstyrelsen. 70 % faller på kommunerna, 15 % på landstingen och resterande 15 % på anhöriga. Beräkningar som är gjorda visar att det idag finns 150 000 personer med demenssjukdomar i Sverige, varav 120 000 har alzheimer. År 2030 bedöms det totala antalet vara uppe i 230 000, beroende på antalet äldre. Hög ålder är den största riskfaktorn.

## **2.11 Samarbete inom Kommunen och med andra aktörer**

Förvaltning och nämnd har många samarbetspartners som bland annat utgår ifrån samarbetsavtal som redovisas nedan. Andra samarbetsaktörer är arbetsförmedlingen, försäkringskassan och Kristianstad högskola (forskningsplattformen).

### **2.11.1 Samarbete barn och unga**

Barn- och utbildningsnämnden, omsorgsnämnden och socialnämnden har av kommunfullmäktige fått i uppdrag att samverka kring barn och unga med särskilda behov. De tre nämndernas presidier är tillsammans med förvaltningscheferna styrgrupp för samarbetet, dit även anhörigstödsfrågor har kopplats. Styrgruppen för samarbetet mellan nämnderna föreslog revidering av mål för samarbetet samt förslag på organisation för ledning och styrning som godkändes av respektive nämnd hösten september 2015.

### **2.11.2 Samarbetsavtal mellan socialnämnden och omsorgsnämnden**

Det finns även ett samarbetsavtal mellan omsorgsnämnden och socialnämnden för att tydliggöra gränsdragning och samarbete mellan nämnderna (KF 120611 § 72). Enligt gällande lagstiftning är det kommunen som har ansvar att ge det bistånd som sökande har rätt till oavsett hur kommunen har valt att organisera sin socialtjänst. För att veta vilken nämnd som ansvarar för vad och hur nämnderna ska samarbeta har detta avtal upprättats. Revidering av samarbetsavtalet pågår.

### **2.11.3 Ansvarsfördelning och utveckling av hälso- och sjukvården i Skåne**

Arbetet med ett nytt hälso- och sjukvårdsavtal för Skåne påbörjades redan våren 2013. Ett första förslag till avtal presenterades för kommunerna i maj 2015. Efter en remisskonferens inkom

samtliga av Skånes kommuner med skriftliga yttrande gällande avtalsförslaget. Utifrån yttrandena har avtalsförslaget omarbetats. Några områden som särskilt lyfts fram och som beaktats i revideringen är frågor om uppföljning, utvärdering och tvister, möjligheten till uppsägning, juridiska aspekter samt ekonomi. Kommunförbundet Skånes styrelse beslutade enhälligt 2016-02-26 att ställa sig bakom förslaget till nytt hälso- och sjukvårdsavtal och rekommenderar kommunerna att politiskt anta avtalet, under förutsättning att Regionfullmäktige gör det samma. Omsorgsnämnden beslutade 2016-04-25 att föreslå kommunfullmäktige att anta avtalet om ansvarsfördelning och utveckling av hälso- och sjukvården i Skåne som ska börja gälla från 2016-09-01. Mer om det nya hälso- och sjukvårdsavtalet går att läsa om på Kommunförbundet Skånes hemsida.

Nordöstra Skåne har en lång tradition av samarbete kring hälso- och sjukvårdsfrågor. Ansvarsfördelningen finns tydliggjord i olika [samarbetsavtal](#).

### 2.11.4 Gemensam hjälpmedelsverksamhet

Hässleholm har tillsammans med Bromölla, Kristianstad, Osby, Simrishamn, Sjöbo, Skurup, Tomelilla, Ystad och Östra Göinge sedan 1 januari 2003 avtal om en gemensam hjälpmedelsnämnd. Kristianstad kommun är värdkommun för den gemensamma nämnden. Den gemensamma nämnden fullgör de samverkande kommunernas uppgifter beträffande tekniska hjälpmedel. I detta ingår funktioner för inköp, lagerhållning, teknisk service, rådgivning/utprovning, recirkulation, distribution, utbildning, utveckling, information, ekonomisk redovisning, IT-stöd samt sammankallande för sortimentgrupp.

### 2.11.5 Lokalt VO college i Nordöstra Skåne

Vård- och omsorgscollege är ett samarbete mellan arbetsgivare, fackförbund och utbildare som arbetar för att öka intresset för utbildningar och yrken inom vård och omsorg. De utbildningar som ingår är Vård- och omsorgsprogrammet och Barn- och fritidsprogrammet socialt arbete med inriktning mot funktionsnedsatta.

Målsättningen är att säkerställa att eleverna får en modern och attraktiv utbildning och den kompetens de behöver för att få jobb. Redan anställda ska kunna utvecklas i sitt arbete. Certifieringen till VO-College är en kvalitetsstämpel.

Hässleholm kommun (BUF, AK och OF) kommer tillsammans med Osby, Perstorp, Östra Göinge, Bromölla och Kristianstad att bilda ett lokalt VO College i Nordöstra Skåne. Målsättningen är att ha en ansökan klar under 2016. En styrgrupp och arbetsgrupp har bildats. Ordförande i styrgruppen är omsorgschefen i Hässleholm kommun.

Förvaltningen samverkar sedan tidigare med Flexvux och Jakobsskolan i så kallat ”programråd” och genom VO College ska denna samverkan kunna fördjupas och utvecklas.

### 2.11.6 Pilotprojekt i samarbete med tekniska förvaltningen (fd HTAB)

Hemtjänsten identifierade i samband med införande av resursfördelningsmodell att insatsen tvävt genererar mycket kringtid i förhållande till brukartid och såg skäl att hitta effektiva alternativ. I



november 2015 startade ett pilotprojekt mellan dåvarande HTAB och omsorgsförvaltningen. Projektet innebar att HTAB:s tvätteri inledningsvis tvättade cirka 30 brukares tvätt inom centrums hemtjänst. Efter att projektet har utökats med hemtjänst Norr, Väster 1 och Väster 2 har projektet omfattat 60 brukare. Brukarna har varit mycket nöjda. Verksamheten bedömer att det är lättare att göra en bra planering när insatsen tvätt lagts över till Tvätteriet. Bedömningen är att det är enheter som har många brukare som inte har en tvättstuga i sin bostad som kan dra fördelar av tekniska förvaltningens tjänster. Det är således i nuläget inte aktuellt att lägga över all tvätt till tekniska förvaltningen.

## 2.12 Personal- och kompetensförsörjning

### 2.12.1 Rekryteringsbehov

Omsorgsförvaltningen har utifrån pensionsavgångar ett rekryteringsbehov på 384 personer fram till 2025 (tabell 10). Merparten avser rekrytering av vårdpersonal (324 personer).

**Tabell 10** Pensionsavgångar inom omsorgsförvaltningen fram till 2025.

Yrkeskategori	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Totalt
Vårdpersonal	33	23	24	34	36	32	19	44	43	36	324
Kokerskor	1				3			1			5
Ekonomibiträden	3	3	3		2		1	1	5		18
Administrativ personal	2	1		2	1	1	2		1	2	12
Chefer		2	2		1		1		2	1	9
Sjuksköterskor	1	2	2	2	1	3	2		1		14
Arbetsterapeut			1					1			2
<b>Summa</b>	<b>40</b>	<b>31</b>	<b>32</b>	<b>38</b>	<b>44</b>	<b>36</b>	<b>25</b>	<b>47</b>	<b>52</b>	<b>39</b>	<b>384</b>

Förutom pensionsavgångar ser förvaltningen utifrån förväntad volymökning inom hemtjänsten ett behov av en utökning motsvarande 48 årsarbetare år 2025.

Även volymökning inom FSS innebär rekryteringsbehov. Redan 2017 kommer tre nya gruppboendestäder vara inflyttningsklara, vilket innebär ett personalbehov om 25 årsarbetare.

En ökning med 182 platser i särskilt boende till år 2030 innebär med nuvarande personaltäthet en utökning med 118 årsarbetare för dag/kväll och 35 årsarbetare för natt.

Det motsvarar ett rekryteringsbehov av minst 1 undersköterska i veckan under de närmsta tio åren.

#### Utökning biståndshandläggare

Socialstyrelsens statistik visar att en biståndshandläggare som arbetar heltid i genomsnitt ansvarar för 127 ärenden. Variationen i riket ligger mellan 67 upp till 360 ärende per handläggare. Det anses att en rimlig arbetsbörda bör ligga runt 100 ärenden per handläggare. Inom äldreomsorgen i Hässleholms kommun ansvarar i snitt varje handläggare för ca 150 ärenden. Framöver ska biståndsbedömningar och uppföljningar utföras även på brukare i särskilda boenden, vilket gör att varje handläggare får ansvar för 190 ärenden. Nuvarande personalstat behöver således utökas för att få en rimlig arbetsbörda.

#### Utökning legitimerade personal

Den vårdförskjutning som pågår mellan specialistvården och öppenvården kommer att kräva en utökning av legitimerad personal. Kortare vårdtider kommer att kräva mer legitimerad personal i kommunen. Då tillgången till legitimerad personal är liten bör övervägas att anställa specialistundersköterskor och rehabassistenter som arbetar nära den legitimerade personalen.

### **Öka andelen baspersonal med formell utbildning**

Möjligheter för vuxenutbildning inom vård- och omsorg måste utökas för att klara framtida rekryteringsbehov. Idag prioriteras vuxenutbildning till personer som saknar gymnasieutbildning, men det finns ett stort behov för dem som vill ”omskola sig”.

### **Utökning inom IT**

Utifrån utvecklingen inom it och e-tjänster bedömer förvaltningen ett utökat behov med en årsarbetare inom 1-3 år.

### **Utökning enhetschefer**

Målsättning bör vara att ingen enhetschef har mer än 30 underställa medarbetare. I takt med att ny verksamhet startar måste förvaltningen även beräkna tillkommande behov av utökning av enhetschefer.

## **2.12.2 Kompetensutveckling**

För att omsorgsförvaltningen ska nå sina mål krävs att medarbetaren har rätt kompetens för sina arbetsuppgifter. Rätt kompetens är en strategisk fråga och en långsiktig investering för omsorgsförvaltningen. Förvaltningen har tagit fram en kompetensutvecklingsplan vars syfte är att säkerställa att förvaltningen kan erbjuda de utbildningar som medarbetarna behöver för att säkerställa en god kvalitet i verksamheterna. Kompetensutvecklingsplanen är även en del av Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)

Nedan redovisas ett antal områden som kommer att prioriteras framöver:

- Biståndshandläggarna är i behov av regelbunden fortbildning för att hålla sig uppdaterade inom styrande riktlinjer, lagar och aktuella prejudicerande domar.
- Behovet av specialistutbildade undersköterskor ökar i takt med att hälso- och sjukvården blir allt mer kunskapsintensiv och specialiserad. Vårdens organisation har förändrats med korta, intensiva vårdtider i akutsjukvården, ökat ansvar för primärvården och kommunal hälso- och sjukvård.
- Specialistsjuksköterskor kommer behövas inom många områden för att möta ett nytt samverkansavtal där mest sjuka oavsett ålder kommer ingå i kommunernas ansvar. Specialistsjuksköterska inom äldre, akutsjukvård, sjuksköterskor inom barn och sjuksköterskor med psykiatribakgrund för att möta utmaningarna inom LSS och neuropsykiatriska funktionsnedsättningar.
- Leg personal kompetensutveckling utifrån sin legitimation
- Utbildning i förskrivningsrätt för kommunanställda sjuksköterskor på 30 poäng där bland annat läkemedel inom äldre finns.
- Ökade kunskaper kring palliativ vård för vårdpersonal

- Ökade kunskaper demensvård, t ex bemötande av personer med BPSD-symtom (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens)
- Handledarutbildning för att säkerställa att studenterna vid sin arbetsplatsförlagda utbildning erhåller professionell handledning
- Ökade kunskaper kring neuropsykiatri
- Samhällets utformning av stödinsatser till personer med funktionsnedsättning har genomgått stora förändringar. Nya former av stöd har utvecklats. Enskildas rätt till självbestämmande och integritet, inflytande och medbestämmande påverkar personalens yrkesroll. Samtidigt som personalen ska förhålla sig till enskildas behov och önskemål har de ofta ett stort inflytande över dem som får stöd, service och omsorg och utövar emellanåt en stark styrning. Det medför ett ständigt behov av reflektion kring yrkesrollen, behov av fortlöpande kompetensutveckling men även legitimerad personal som är utbildade för att möta målgruppen
- Bemötande
- Kunskap för att kunna hantera hot och våldssituation
- Förstekokerska med högskoleutbildning
- Kompetenshöjning inom förebyggande arbete för alla anställda. Eftersom det förebyggande arbetet kommer få en framträdande roll om kommunerna ska kunna möta framtidens krav och en ökad befolkningsmängd.
- Fortsätta utbildningsinsatser inom Case Management metodiken
- Vägledare för delaktighetsmodellen
- Externt chefsstöd

### 2.12.3 Öka andelen tillsvidareanställd personal

Omsorgsnämnden har utifrån lönekostnadsanalyser sett att andelen tillsvidaranställda måste öka. Förvaltningen arbetar kontinuerligt med att minska behovet av timvikarier och öka andelen tillsvidareanställd personal. Införandet av önskad sysselsättningsgrad har inte fått önskad effekt. En bidragande orsak är att många som begär utökad sysselsättningsgrad får så kallad resurstid när utökningen inte kan hanteras i schema. Resurstiden innebär att medarbetaren ofta måste arbeta på flera enheter. Förvaltningen har nu infört möjligheten att ansöka om önskad sysselsättningsgrad året om.

Från och med juni 2016 tillkommer också timbankstid som ytterligare ett verktyg. Timbankstid är en flexibel förläggning av arbetstid, som innebär att timbankstiden inte är utlagd i schemat, utan utförs då det uppstår en vakans på arbetsplatsen. Timbankstid innebär större möjligheter att hantera arbetstiden på den egna arbetsplatsen.

## 2.12.4 Analys

Samtidigt som befolkningen växer och blir äldre och behoven av välfärd ökar uppnår många medarbetare pensionsålder. En av omsorgsnämndens största utmaningar är att klara framtida personal- och kompetensförsörjning samt skapa en personal- och kostnadseffektiv verksamhet.

Sveriges kommuner och landsting (SKL) har redovisat att Välfärdssektorn behöver rekrytera över 420 000 medarbetare under perioden 2010 till 2019. SKL bedömer att 225 000 nya medarbetare kommer att behövas inom vården och omsorgen fram till 2023 om inga förändringar görs i arbetssätt och bemanning.

Stora pensionsavgångar samt ökat behov av vård och omsorg, då antal äldre bli fler, innebär att kompetensförsörjningen inom vård och omsorg kommer att kräva omfattande aktiva åtgärder vad gäller framtida rekryteringar. Det kommer att bli hårdare konkurrens om arbetskraften de närmaste åren. Det är viktigt att omsorgsförvaltningen ligger i framkanten med att marknadsföra sig som en god arbetsgivare med en verksamhet i utveckling och attraktiva arbetsvillkor. Det kan till exempel handla om att säkerställa att kompetensen används på rätt sätt, att locka nya grupper till jobben, utveckla arbetsmiljö och arbetsorganisation, utnyttja tekniken bättre, samt skapa bättre löne- och karriärmöjligheter.

Antal personer som utbildas inom omvårdnadssektorn är för få i relation till antalet som pensioneras. Ungdomsgymnasiet har inte tillräckligt antal sökande till sina vårdutbildningar för att täcka ett framtida arbetskraftsbehov. För att kunna täcka efterfrågan på vårdpersonal måste utbildningsanordnare utöka möjligheterna till vuxenlärande. Omsorgsförvaltningen måste fortsätta att utveckla samarbetet med utbildningsanordnare både på gymnasial- och högskolenivå och i syfte att öka utbildningsplatser inom vård och omsorg samt att även påverka innehållet i utbildningen för att säkra rätt kompetens. Genom att höja kvalitén på handledning av elever under utbildning, kan vi öka sannolikheten för att de återkommer som anställda. Certifiering för VO-College kräver att handledare har en 100p utbildning (gymnasiepoäng).

Aktiva insatser behövs för att få in fler män inom vårdsektorn. En höjd genomsnittlig sysselsättningsgrad, med möjlighet till heltidsanställning, marknadsanpassade löner och ökad anställningstrygghet kan öka attraktionen för vårdarbete avseende båda könen. Alternativa arbetstidsmodeller med möjlighet till eget inflytande över förläggning av arbetstiden kan underlätta en bra balans mellan arbete och fritid. Möjligheten att få in mångfaldsperspektivet genom arbetskraftsinvandring och omskolning av redan invandrade måste beaktas. En översyn av arbetsuppgifter och arbetssätt som säkerställer att tillgänglig kompetens tas tillvara på ett effektivt sätt.

Det handlar inte bara om att säkra bemanningen i verksamheten utan även att bemanna rätt. Genom att använda redan anställda tillsvidareanställda medarbetare med förhöjd sysselsättningsgrad för att täcka frånvaro i verksamheten borde antalet timavlönade medarbetare, övertidskostnader och kostnader för fyllnadslön kunna minskas. Det i juni 2016 införda lokala kollektivavtalet om timbankstid förväntas också minska behovet av timvikarier. Utifrån analysen av fördelning av lönekostnader är omsorgsnämndens målsättning att 80 % av lönekostnaderna ska avse tillsvidareanställda medarbetare. Om den målsättningen nås bör det innebära minskade kostnader för introduktion av timvikarier, vilken för 2013 beräknas till drygt 1,2 mnkr. Samtidigt som det kan förväntas leda till bättre kontinuitet för så väl brukare som medarbetare, nöjdare medarbetare vilket sammantaget borde öka vår attraktionskraft.

Det är även viktigt att erbjuda en god arbetsmiljö och stödja äldre medarbetare att vilja och orka arbeta längre.

När verksamheten vad gäller brukarnas behov blir mer föränderlig och mer varierad så kräver detta en större variation av kompetenser.

Som exempel kan nämnas att för att kunna möta kvalitetskrav samt följa aktuella direktiv och lagstiftning inom området kommer behovet av yrkeskompetent personal framför allt inom demensvården att öka. Krav kommer även att ställas på att personalen, förutom baskunskaper inom vård och omsorg även har kunskaper inom IT och teknik.

Omsorgsnämnden har tilldelats statliga stimulansmedel för år 2016 och 2017 på 12 mnkr årligen, för att öka bemanningen inom den av kommunen finansierade vården och omsorgen om äldre. Syftet är att skapa ökad trygghet och kvalitet för den enskilde.

## 2.13 Lokaler och bostäder enligt SoL och LSS

Förvaltningen redovisar framtida behovet av bostäder enligt SoL och LSS i två planeringsdokument som finns på kommunens hemsida.

- *Planeringsdokument för strategisk boendeplanering inom äldreomsorgen (2015)*
- *Planeringsdokument för strategisk planering inom Funktionsnedsatta Stöd och Service (2016)*

Planeringsdokumenten utgör också underlag för en prioriteringslista över lokal- och bostadsbehov som årligen redovisas till lokalförsojningsenheten (Bilaga 1). Genom att omsorgsnämnden antar omvärlds- och verksamhetsanalysen så har beslut också fattats om bilaga 1 samt att överlämna den till Tekniska nämndens lokalförsojningsenhet.

Hemvård norr kommer att flytta in i nya mer ändamålsenliga lokaler i oktober 2016. Även centrums hemtjänst skulle behöva nya lokaler för att frigöra de tre lägenheter som hemvården idag använder på Ehrenborg. Här tittar förvaltningen tillsammans med tekniska förvaltningen på möjligheten att flytta till Högalid eller andra externa lokaler.

Samlokalisering av dagverksamheten för personer med demenssjukdom från 4 april 2016 har inneburit att Väster Tre fått tillgång till större lokaler på Kaptensgården.

Hässlehem har lämnat in bygglovsansökan för tre nya gruppboheter som kommer att vara inflyttningsklara under 2017. Två kommer att byggas på P2 och en på Finjasjöpark. En förtätning med en lägenhet pågår även inom gruppboheten på Backstugevägen. En dyr investering motiveras av ett årligt LSS-utjämningsbidrag på drygt 700 tkr.

Ombyggnad av Garnisonsmatsalen på P2 pågår. Dit kommer myndighetskontoret, enhetschefer inom FSS och flera grupper inom daglig verksamhet att flytta in under våren 2017.

Omsorgsförvaltningen har i nuläget ansvar för hela hanteringen av bostadshyror inom verksamheten inbegripet hyressättning, hyresförhandling, kontraktsskrivning och debitering. Det finns fördelar med en samordning inom kommunen. Bland annat skulle det innebära enhetliga regler för hyressättningen. Det skulle kunna leda till att hyrorna inom gruppboheter skulle kunna komma i nivå med övriga hyror på marknaden. En samordning skulle också kunna underlätta framtagandet av nya hyressättningsmodeller.

## 2.14 Välfärdsteknologi, E-tjänster och administrativt IT-stöd

### 2.14.1 Översiktlig beskrivning av utvecklingen nationellt

Omsorgsnämnden står inför betydande utmaningar med en åldrande befolkning, i kombination med brist på personal och ekonomiska resurser. Välfärdsteknologi, e-tjänster och förbättrat administrativt stöd är viktiga faktorer för att framöver kunna bevara kvalitén och tillgängligheten i vården och effektivisera personalens arbete. Detta område är en angelägenhet för hela kommunen, som framöver kommer att ställas inför behov av beslut kring strategiska vägval.

Myndigheten för delaktighet:

”Välfärdsteknologi är kunskapen om välfärdsteknik – digital teknik för att behålla eller öka trygghet, aktivitet, delaktighet eller självständighet.”

Det finns redan idag goda exempel på hur ny teknik förbättrat vården med digitala journaler och tidsbokning och rådgivning via nätet etc. Trygghetstelefoner kopplade till larmcentral har funnits en tid. Dörrlås som öppnas med hjälp av mobiltelefonen är ett annat exempel. Men det finns många fler områden som kan inkluderas. Genom ny teknik kan vårdskador undvikas och därmed ökar patientsäkerheten.

Inom hemsjukvården kan ny teknik användas för att stärka egenvård, vård av anhörig och rådgivning m.m. Med hjälp av videosamtal kan brukaren komma i kontakt med personal. Med medicinsk utrustning i hemmet kan resultaten skickas digitalt. Det förbättrar kvaliteten och tillgängligheten i vården, det sparar både tid och pengar samtidigt som många äldre får en trygg och daglig kontakt med vårdpersonal.

Andra exempel är tillsyn via kamera, kontakt med vårdpersonal via webben samt möjligheten att skicka provsvar från hemmet digitalt till vårdgivaren. Någon kommun utbildar äldre i att använda surfplatta vilket bland annat har fått till följd att brukarna kan beställa mat via webben. Dessa funktioner ökar möjligheten för självständighet för våra brukare och personalen kan använda sin tid till de personer som måste ha fysisk hjälp.

E-tjänsterna används ständigt i vårt samhälle och har ökat tillgängligheten till vården på ett positivt sätt. Idag finns tidsbokning till vårdcentral via webben, patienter har tillgång till egna journaler via webben. I många kommuner ansöker brukare om bistånd via webben och är inte styrda till telefon- och öppettider.

Vårdplanering via webb är också något som ligger i nutid i många kommuner. En förutsättning är samverkan mellan region och kommun. Det finns vinster i form av bättre miljö och minskad arbetstid.

Genom att utveckla det administrativa IT stödet påverkas kvalitén för brukarna. Ett exempel är att ett fungerande planeringssystem i hemtjänsten (Lapscare) ger större möjlighet att planera in en bättre personalkontinuitet.

Välfärdsteknologi och E-tjänster kräver en ordentligt utbyggd infrastruktur, hög säkerhet, systemintegration och samverkan med administrativa IT-stöd inom kommunen såväl som med andra huvudmän. Detta är exempel på områden som kommer att kräva kommunövergripande beslut.

För ekonomiska överväganden kring införandet av välfärdsteknologi hänvisas till avsnitt 2.5.3.

## 2.14.2 Nuläge

Förvaltningen använder verksamhetssystemet Procapita för att registrera handläggning, utredningar och myndighetsbeslut. Vidare registreras bland annat verkställighet, journaler och avgifter. Systemet är komplicerat och inte särskilt användarvänligt. Det är lätt att registrera fel vilket första hand innebär risk för att verksamhetsstatistiken blir felaktig.

Verksamhetssystemet Procapita genererar både personal och brukaruppgifter till:

- Phoniro Care som idag används till digitala nycklar i hemvården och uppföljning av hemtjänst och HSL insatser.
- Lapscare som är ett planeringsverktyg för hemtjänsten som just nu implementeras i alla hemtjänstgrupper. Utifrån beviljade insatser hos brukarna samt medarbetarnas schema (Importerat från Medvind) skapas en planering av medarbetarnas arbetstid.

Procapita, Phoniro och Lapscare bildar tillsammans Lifecare mobil hemtjänst, som idag används i full skala i hemtjänsten, för mobil dokumentation i boendestödet och som nyckel och insatsregistrering inom HSL.

Matilda kostdatasystem används av enheterna som stöd för att producera och leverera rätt och näringsriktig mat samt för statistik. Systemet implementeras inom samtliga kök och introduceras just nu för alla hemtjänstgrupper och inom särskilt boende. Det innebär att all matbeställning framöver sker via detta verktyg.

En uppgradering av trygghetslarm inom särskilda boende avslutades våren 2016. Samtliga enheter har nu moderna larm. På några enheter i särskilt boende finns boendelås som är av samma typ av digitala lås som vi har i hemtjänsten. Dessa lås ska kopplas till samma Phoniro plattform vilket ger möjlighet till bättre uppföljning av insatser som utförs på särskilt boende.

Flertalet av de drygt 1400 trygghetslarmen i ordinärt boende är analoga. Dessa behöver bytas mot digitala larm eftersom det analoga nätet kommer att släckas ner i framtiden. Förvaltningen har beviljats investeringsmedel för att byta till digitala larm. Upphandling genomförs under år 2016.

Inom FSS finns idag ett antal enheter som använder sig av digitala hjälpmedel. Det används både i kommunikation med brukare men också för att ge våra brukare en meningsfull vardag och daglig sysselsättning. Här krävs en ständig utbyggnad av infrastrukturen för att kunna utveckla denna typ av arbetssätt.

Förvaltningen inför ett digitalt ledningssystem. Huvudprocess, ledningsprocess och stödprocesser är identifierade. Målet är att det digitala ledningssystemet skall vara ett stöd för all personal och underlätta det systematiska förbättringsarbetet. På sikt kommer samtliga processer att vara kartlagda och optimerade.

## 2.14.3 Framtiden

En översyn av hur IT och ny teknik kan utvecklas inom omsorgsnämndens verksamhetsområde måste prioriteras, vilket förutsätter resurser för att detta skall kunna ske. Hässleholms kommun bör för detta ändamål inrätta en digitaliseringsgrupp.

Det behövs en bättre samverkan mellan involverade aktörer och en helhetssyn på hur vården kan utvecklas genom att använda IT och ny teknik.

Inom förvaltningen diskuteras hur man på bästa sätt skall kunna införa ÄBIC-Äldres Behov I Centrum, vilket är ett strukturerat arbetssätt för handläggare. ÄBIC utgår från att den enskilde ska få hjälp och stöd utifrån sina individuella behov och inte utifrån den existerande insatser som finns. Varje individs behov beskrivs utifrån den internationella klassifikationen av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa – ICF. Att arbeta systematiskt utifrån modellen gör besluten mer likvärdiga och rättsäkra. Modellen ÄBIC är nationell och framtagen av socialstyrelsen. För verkställigheten innebär modellen att information om individen hanteras lika av alla aktörer, vilket minskar risken för missförstånd. Verkställigheten får ett bättre underlag till personalplanering, verksamhetsuppföljning och kvalitetsutveckling. Modellen ger även möjlighet till bättre data för officiell statistik och öppna jämförelser. Ur ett nationellt perspektiv är entydiga, enhetliga och jämförbara data förutsättningen för att få ett tillförlitligt statistiskt underlag som stöd i att styra utvecklingen. Utmaningen är att optimera stödsystem och arbetssätt för att minimera behovet av administrativa insatser.

En stor utmaning när välfärdsteknologi, e-tjänster och nya IT-stöd skall införas är att få personalen med sig i förändringen. Det måste skapas positiva förutsättningar för att projekten ska bli framgångsrika.

Nedan redovisas några angelägna utvecklingsprojekt i närtid:

- Procapita kommer succesivt att få ett nytt gränssnitt (Lifcare) Syftet är dels att komma tillrätta med bristerna kring registrering men också för att systemet anpassas till förändringar inom Socialtjänstlag, LSS, HSL och ÄBIC. Dessa systemanpassningar kommer under år 2016-2017 att innebära behov av investeringar i form av moderniserad programvara, ev utökad serverkapacitet samt därtill hörande utbildning.
- Under 2016 införs möjligheten att få tillsyn på natten via kamera.
- Digital Apo dos delare för mediciner skulle göra våra brukare mer självständiga och minska behovet av korta besök.
- Inom kort introduceras möjligheten till vårdplanering och teammöten via webb.
- Skapa möjligheter för dokumentation oavsett plats genom mobila webblösningar (personlig assistans, daglig verksamhet, leg personal, biståndshandläggare)
- Nytt verktyg för att underlätta upprättande av genomförandeplan och förändring i genomförandeplanen. (Kommer genom nya moduler i Procapita/LifeCare)
- Utredda och ta ställning för om Life Care är en möjlig lösning även inom särskilt boende
- Införa Qlikview för månatlig uppföljning
- ÄBIC



## 2.15 Organisation och ledning



Omsorgschefen har hittills gjort bedömningen att ledningsorganisationen utifrån nuvarande stuprörsorganisation varit den som skapat bäst förutsättningar för utveckling av de olika verksamhetsområdena. Den under våren 2016 genomförda genomlysningen av omsorgsnämnden har dock lyft fram några områden som föranleder en översyn av ledningsorganisationen.

Vidare har Omsorgsnämnden 2016-01-26 §4 gett omsorgschefen i uppdrag att göra en översyn av måltidsorganisationen för att säkerställa en personal- och kostnadseffektiv verksamhet med bibehållen kvalitet. Här tittar förvaltningen på möjligheten att minska antalet tillagningskök, utan att skapa nya mottagningskök. Även frågan om matdistribution behöver utredas och förhoppningen är att skapa ett intresse hos matproducenter att erbjuda och leverera mat till äldre som idag har matdistribution. Även kyld och/eller fryst mat bör kunna erbjudas de som beviljas matdistribution. Även för särskilt boende finns alternativa lösningar som skall utredas. Alternativ som innebär utökad valfrihet för brukarna kommer särskilt att beaktas.

Omsorgsnämnden fick i mars 2016 en sammanställning över förvaltningens resurser för administration och ledning (Dnr 2016/54 012). I genomsnitt har förvaltningens enhetschefer 38 underställda medarbetare (range 23--70). Det är angeläget att arbeta för att antalet underställd personal per enhetschef minskar. Socialstyrelsen visar i en rapport från 2003 att med de arbetsuppgifter som åvilar en chef med personalansvar inom vård och omsorg, har den tillgängliga arbetstiden överskridits vid strax under trettio underställda.”

En rimlig målsättning bör vara 30 medarbetare per enhetschef. I takt med att nya verksamheter startar måste antalet enhetschefer öka. Till exempel förutsätter tre nya gruppboende en utökning med en enhetschef.

Det återstår fortfarande en del utveckling för ett välfungerande teamarbete.

### 3 Utmaningar och strategiska vägval

Nedan redovisas kortfattat ett urval av de utmaningar och strategiska vägval som beskrivits i kapitel 2. Siffrorna inom parentes hänvisar till avsnittet i kapitel 2 med en mer utförlig beskrivning.

- Målkonflikt; att uppfylla höga ambitioner kring kvalitet för brukarna i kombination med knappa ekonomiska resurser (2.2.1)
- Åldersgruppen > 90 år har ökat med 39 brukare och kostnaderna med 33 mnkr till 192 mnkr 2015. (2.3.2 tabell 1)
- Antalet äldre i ålderskategorin 85+ ökar med 700 personer till år 2030 (2.4)
- Omsorgsförvaltningen måste inom ramen för kvalitets och ledningssystemet utveckla indikatorer och nyckeltal som passar för den hälso- och sjukvård som bedrivs. (2.8)
- En statlig utredning föreslår att betalningsansvaret för medicinskt färdigbehandlade patienter övergår till kommunerna efter betydligt färre dagar jämfört med idag. (2.10.5)
- Nya riktlinjer för basal hygien innebär behov av utbildning i de verksamheter som tidigare inte varit berörda samt en kostnad för inköp av arbetskläder. Även skyddsutrustning ska tillhandahållas.(2.10.6)
- Det finns idag stöd i lag och avtal som möjliggör en kontroll av kvaliteten hos externa utförare. I omsorgsnämnden finns det ingen tydlighet i hur uppföljning av externa utförare genomförs. Kommunfullmäktige skall årligen upprätta ett program för kontroll av privata vårdgivare och så även omsorgsnämnden (2.10.8-9)
- Utveckla samordnad vård och omsorg (2.10.12)
- Kraftig ökning av antalet personer med demens fram till år 2030 (2.10.13)
- Klara framtida personal- och kompetensförsörjning samt skapa en personal- och kostnadseffektiv verksamhet. Under de närmaste 10 åren finns det ett rekryteringsbehov av minst 1 undersköterska i veckan. (2.12.1)
- Utifrån svårigheten att rekrytera legitimerad personal bör förvaltningen överväga att anställa specialistundersköterskor samt utbildningsförmåner för medarbetare som läser till sjuksköterska eller specialistsjuksköterska. (2.12.2)
- Öka andelen tillsvidareanställd personal (2.12.3)
- Stora behov av lokaler fram till år 2030 (2.13 + bilaga)
- Välfärdsteknologi e-tjänster och administrativt IT-stöd - En översyn av hur IT och ny teknik kan utvecklas inom omsorgsnämndens verksamhetsområde måste prioriteras, vilket förutsätter resurser för att detta skall kunna ske. Hässleholms kommun bör för detta ändamål inrätta en digitaliseringsgrupp. Studier visar på stor ekonomisk lönsamhet (2.14)
- En rimlig målsättning bör vara 30 medarbetare per enhetschef (2.15)

Förvaltningen måste fortsätta arbetet att utveckla modeller för resursfördelning för att skapa en effektiv ekonomistyrning.

En annan viktig utmaning är att säkerställa en balans mellan insatser i ordinärt boende kontra särskilt boende. Det handlar t ex om att definiera vilka som efter sjukhusvistelse ska beviljas korttidsplats samt var och när en aktiv rehabilitering skall erbjudas.

En viktig uppgift är att säkerställa ett fungerande teamarbete, arbetsätt som ger en trygg hemgång för brukare som vistats på sjukhuset och en god demensvård i ordinärt boende.

Omsorgsnämnden köper idag privata vårdplatser för omkring 70 mnkr. En viktig fråga är därför att klargöra vad som i framtiden skall verkställas genom privata utförare och vad som bör kunna erbjudas i egen regi. När det gäller insatser enligt LSS har sällan privata vårdgivare LSS tillstånd, vilket innebär att insatser beviljas enligt SoL, även om brukaren tillhör LSS personkretsar. Det innebär att brukaren då debiteras omsorgsavgifter, vilket inte finns vid LSS insatser och kommunen har kostnader som vid ett LSS beslut skulle generera intäkt i LSS utjämningsbidraget.

Omsorgsnämnden ser under de kommande åren behov av fler gruppboendestäder för att kunna verkställa beslut om boende enligt LSS 9:9. Ett politiskt inriktningsbeslut kommer att behövas för att ta ställning till om nya gruppboendestäder skall drivas i privat regi eller i egen regi.

Förvaltningen strävar efter att all baspersonal skall ha formell utbildning. För att öka kravet på den enskilde medarbetaren kan det finnas skäl att överväga om en timanställning skall avslutas om medarbetaren inte påbörjat en utbildning inom ett år.

Nivån på hemtjänsttaxan tillsammans med en tydlig ambitionsnivå från omsorgsnämnden utifrån begreppet skälig levnadsnivå enligt SoL är en viktig fråga för att säkerställa att omsorgsnämndens resurser riktas till kommuninvånarna vars behov inte kan tillgodoses på annat sätt.

Grön omsorg kan bli en annan strategiskt viktig fråga för att klara framtida volymökningar och minska behovet av verksamhetslokaler. Grön omsorg handlar om att erbjuda daglig verksamhet, sysselsättning och arbetsträning på lantgård. Grön omsorg skulle kunna rikta sig till barn och ungdomar, personer med psykisk ohälsa eller funktionshinder, äldre och personer med symptom på tidig demens samt missbruk.

E-omsorg kan vara en viktig pusselbit för att omsorgsnämnden skall klara att ge vård och omsorg till fler brukare utan att behöva sänka kvaliteten. I Dagens Samhälle nr 7 2014 fanns en artikel där man gjort beräkningar av att e-omsorg i Sverige skulle kunna ge en besparing med 53 miljarder utifrån de e-tjänster som prövats i Västerås Stad<sup>12</sup> (fast bildtelefoni där båda parter ser varandra, rörlig bildtelefoni som fungerar överallt i hemmet, informations- och meddelandehantering och natttillsyn via kamera).

---

<sup>12</sup> Västerås Stad har varit en pilotkommun i Sverige utifrån nationella satsningar.