

Kallelse till socialnämnden

Nämnd	Socialnämnden
Tid	Onsdagen den 30 augusti 2023 klockan 17.00
Plats	Höger kammarsal, kommunhuset
Justerare	Maria Alsén

Föredragningslista

Nr Ärende

1. Val av justerare och tid för justering
Tid för justering: torsdag den 31 augusti kl. 15.30
2. Godkännande av dagordning
3. Svar på revisionsrapport Granskning av samverkan inom hemsjukvården i Region Jönköpings län
Föredragande: Therese Ek
4. Månadsuppföljning juli
Föredragande: Anna-Carin Alzén
5. Budget 2024, Ram 2025-2026
Föredragande: Anna-Carin Alzén
6. Information om rapportering av ej verkställda beslut - kvartal 2 2023
Föredragande: Pernilla Ekstrand
7. Delegationsärenden
8. Informationsärenden

Hans Jarstig
Ordförande

Sara Svenningsson
Sekreterare



Svar på granskningsrapport Samverkan inom hemsjukvården i Region Jönköpings län

Förslag till beslut

Svar på revisionsrapporten godkänns.

Ärendebeskrivning

Revisorerna i Habo kommun har tagit del av Region Jönköpings läns granskning av kommunernas samverkan kring hemsjukvården. Granskningen bör fånga både det regionala och kommunala perspektivet genom att den genomförs tillsammans med kommuner i länet. Utifrån en bedömning av väsentlighet och risk har regionrevisionen tillsammans med kommunrevisorerna i regionens kommuner genomfört en samgranskning kring hemsjukvården med kommunerna i länet. Hemsjukvård sker i samverkan mellan regionen och kommunen. Regionen ansvarar för att det finns tillgång till läkarresurser. Syftet med granskningen är att säkerställa att nämnder/styrelser hos respektiveberörd kommun och nämnden för folkhälsa och sjukvård i Region Jönköpings län har en ändamålsenlig samverkan mellan hemsjukvården och regionens verksamheter. Revisionens bedömning utifrån granskningens syfte är att nämnder/styrelser hos respektive berörd kommun och nämnden för folkhälsa och sjukvård i Region Jönköpings län har en ändamålsenlig samverkan mellan hemsjukvården och regionens verksamheter. Granskningen har dock visat att förbättringspotential finns i samverkan mellansamarbetsparterna, samt uppföljning av denna. Kommunrevisorerna önskar därför svar på nedanstående frågor: Revisorerna önskar svar från nämnden hur Habo kommuns hemsjukvård:

1. Säkerställa att årlig läkemedelsgenomgång för samtliga inskrivna patienter i hemsjukvården genomförs: Att säkerställa att patienten erbjuds årlig läkemedelsgenomgång ligger ytterst hos läkare på vårdcentral. Denna är genom förskrift skyldig att följa upp sin ordination. På särskilt boende planeras årligt läkarbesök av patientansvarig sjuksköterska som säkerställer att årlig läkemedelsgenomgång genomförs vid läkarbesöket. I ordinärt boende har inte

alltid hemsjukvården övertaget ansvar för läkemedelshantering Därför kvarstannar här ansvaret på läkaren. Sjuksköterska i kommunal primärvård medverkar i årlig läkemedelsgenomgång på det sätt som läkare begär. Kommunal primärvård medverkar till att patienten har en säker läkemedelshantering och behandling genom att ha en gemensam planering för patientens läkemedelsbehandling. Planeringen bör ske i en SIP (samordnad individuell plan).

2. Säkerställa att uppföljning av samverkan i hemsjukvården genomförs:

Vi har månatliga samverkansmöten på ledningsnivå tillsammans med Habo vårdcentral där samverkan alltid diskuteras och genomsyrar mötet. Planering är att följa upp månadsvis hur många patienter i ordinärt boende som har valt en annan vårdcentral. Vi följer upp samverkan genom avtalet Läkaruppdrag och medicinsk samverkan mellan vårdcentraler och kommunal hälso- och sjukvård i ordinärt och särskilt boende, samt lokalt avtal om läkaruppdrag och medicinsk samverkan. Uppföljning av hur samverkan fungerar i det dagliga arbetet mellan professioner görs av hälso- och sjukvårdschef på APT samt i det dagliga arbetet.

3. Analysera behov av kompetensförsörjning i den kommunala hälso- och sjukvården i syfte att möjliggöra goda förutsättningar för samverkan i hemsjukvården samt möjliggöra omställning till god och nära vård:

Vid medarbetarsamtal upprättas individuell kompetensutvecklingsplan för varje medarbetare. Fokus är delvis nära vård där syftet är att stärka hälso- och sjukvårdskompetensen hos medarbetarna. Verksamheterna inom hälso- och sjukvården har kompetensutvecklingsplaner för respektive yrkesgrupp. En specifik strategisk kompetensförsörjningsplan på förvaltningsövergripande nivå finns inte i Habo kommun. Dock är bristen på undersköterskor nu och på längre sikt är identifierad både på nationell och lokal nivå. Behoven av undersköterskor kommer att öka, då antalet äldre i befolkningen ökar. Ett antal vårdbiträden i Habo kommun utbildas varje år till undersköterskor med hjälp av omvårdnadslyftet, en satsning där du får ekonomiskt stöd från arbetsgivaren för att kunna genomföra studierna.

Ett antal sjuksköterskor läser specialistutbildning till distriktssjuksköterska där arbetsgivaren möjliggör studier parallellt med arbete.

I Habo kommun erbjuds undersköterskor att vidareutbilda sig till specialistundersköterskor.

Habo kommun är certifierade enligt Vård- och omsorgscollege. Inom ramen för Vård- och omsorgscollege samarbetar utbildarna och arbetsgivarna för att svara upp mot efterfrågan på utbildade undersköterskor.

Therese Ek

Dokumenttyp
Tjänsteskrivelse

Datum
2023-08-18

Diarienummer
SN 23/100

Sida
3

Beslutet skickas till
Kommunrevisorerna



HABO KOMMUN

2023-06-02

SN 23/100

Revisorerna i Habo kommun

MISSIV

17 maj 2023

Till

Socialnämnden i Habo kommun

Granskning av samverkan inom hemsjukvården i Region Jönköpings län

Revisorerna i Habo kommun har tagit del av Region Jönköpings läns granskning av kommunernas samverkan kring hemsjukvården.

Hemsjukvården avser medicinska insatser, rehabilitering, habilitering samt omvårdnad som utförs av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal eller annan personal med delegering i hemmet, både i ordinärt och särskilt boende.

Granskningen bör fånga både det regionala och kommunala perspektivet genom att den genomförs tillsammans med kommuner i länet. Utifrån en bedömning av väsentlighet och risk har regionrevisionen tillsammans med kommunrevisorerna i regionens kommuner beslutat att genomföra en samgranskning kring hemsjukvården med kommunerna i länet.

Hemsjukvård sker i samverkan mellan regionen och kommunen där den senare har huvudansvar avseende hälso- och sjukvård för den patient som är inskriven i hemsjukvård. Hemsjukvården i kommunens regi inkluderar till exempel hälso- och sjukvårdsinsats av specialistsjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen har regionen det övergripande ansvaret för hälso- och sjukvården för regionens invånare. Regionen ansvarar för att patienter inskrivna i hemsjukvård ska kunna erbjudas god vård oavsett ordinärt eller särskilt boende. Regionen ansvarar för att det finns tillgång till läkarresurser.

Huvudmannskapet för hemsjukvården flyttades från dåvarande landstinget till länets kommuner från och med 2013. För finansiering av hemsjukvården genomfördes en skatteväxling där landstingsskatten sänktes och kommunernas skatt höjdes i syfte att finansiera kommunens övertagande av huvudmannskapet.

Syftet med granskningen är att säkerställa att nämnder/styrelser hos respektive berörd kommun och nämnden för folkhälsa och sjukvård i Region Jönköpings län har en ändamålsenlig samverkan mellan hemsjukvården och regionens verksamheter.

Revisorernas bedömning och rekommendationer

Revisionens bedömning utifrån granskningens syfte är att nämnder/styrelser hos respektive berörd kommun och nämnden för folkhälsa och sjukvård i Region Jönköpings län har en ändamålsenlig samverkan mellan hemsjukvården och regionens verksamheter.

Granskningen har dock visat att förbättringspotential finns i samverkan mellan samarbetsparterna, samt uppföljning av denna.

Revisorerna rekommenderar Region Jönköpings län att:

- 1. säkerställa att årlig läkemedelsgenomgång för samtliga inskrivna patienter i hemsjukvården genomförs*
- 2. tillse att samarbetsformer för samverkan i hemsjukvård finns mellan samtliga vårdcentraler och respektive kommun*
- 3. säkerställa att regionen via vårdcentral har förutsättningar att ge tillräckligt stöd till sjuksköterskor i samverkande kommuner*
- 4. analysera behov av kompetensförsörjning i regionens primärvård i syfte att möjliggöra goda förutsättningar för samverkan i hemsjukvården samt möjliggöra omställning till god och nära vård*
- 5. säkerställa att aggregerad sammanställning om avvikelser i samverkan i hemsjukvården kommer samtliga ansvariga kommunala nämnder och/eller utskott till del*
- 6. säkerställa att det finns en sammanställning om genomfört förbättringsarbete utifrån avvikelser i samverkan i hemsjukvården*
- 7. säkerställa tydliga gränssnitt för samverkan av hemsjukvården mellan Jönköpings kommun och Region Jönköpings län*
- 8. tillse att samverkande parter har kännedom om och tillgång till stöd för att genomföra systematisk uppföljning av samverkan i hemsjukvården*

I bifogad granskningsrapport framförs ett antal rekommendationer.

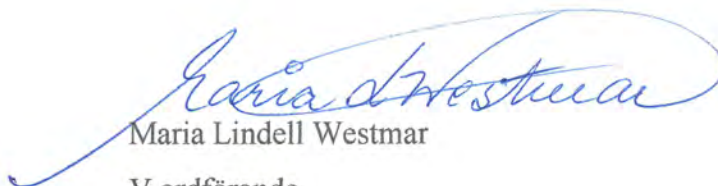
Vi önskar få del av socialnämndens svar på de rekommendationer i rapporten som direkt berör nämndens arbete senast 2023-08-01.

För kommunens revisorer



Robert Larsson

Ordförande



Maria Lindell Westmar

V ordförande

Granskning av samverkan inom hemsjukvården i Region Jönköpings län

Rapport
Region Jönköpings län

KPMG AB

2023-01-16

Antal sidor 44

Innehållsförteckning

1	Sammanfattning	4
2	Bakgrund	7
2.1	Syfte och revisionsfrågor	7
2.2	Avgränsning	8
2.3	Revisionskriterier	8
2.4	Metod	8
3	Hemsjukvård, bakgrund	10
4	Resultat av granskningen	13
4.1	Förutsättningar i Region Jönköping	13
4.2	Tabell 1. Mottagare av kommunal hälso- och sjukvård 2021	14
4.3	Ansvar och roller - former för samverkan	15
4.3.1	Tabell 2 Nämnder	17
4.4	Avtal och överenskommelser avseende hemsjukvård och samverkan mellan regionen och kommun	19
4.5	Avvikelse i samverkan	27
4.6	Återrapportering till nämnd	31
5	Övriga iakttagelser om samverkan i hemsjukvården	33
6	Fördjupning kommuner	34
6.1	Aneby	34
6.2	Gislaved	35
6.3	Jönköping	36
6.4	Nässjö	39
6.5	Vetlanda	40

7	Slutsats och rekommendationer	42
---	-------------------------------	----

1 Sammanfattning

KPMG har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Region Jönköpings län genomfört en granskning av samverkan inom hemsjukvården. Granskningen omfattar Region Jönköpings län och samtliga regionens 13 kommuner.

Uppdraget ingår i revisionsplanen för år 2022.

Syftet med granskningen är att säkerställa att nämnder/styrelser hos respektive berörd kommun och nämnden för folkhälsa och sjukvård i Region Jönköpings län har en ändamålsenlig samverkan mellan hemsjukvården och regionens verksamheter.

Vår sammanfattande bedömning utifrån granskningens syfte är att nämnder/styrelser hos respektive berörd kommun och nämnden för folkhälsa och sjukvård i Region Jönköpings län har en i huvudsak ändamålsenlig samverkan mellan hemsjukvården och regionens verksamheter.

Övergripande förutsättningar om regiongemensamma avtal och lokala överenskommelser medför ett likartat arbetssätt i hela regionen mellan regionens verksamheter och respektive berörd kommun avseende hemsjukvård. Det finns tydliga roller och ansvar utpekade i respektive organisation där bland andra MAS i den kommunala hälso- och sjukvården generellt sett utgör en central funktion. MAS utgör bland annat en central funktion i regionala nätverk tillsammans med andra medicinskt ansvariga sjuksköterskor samt regionala företrädare från dels vårdcentraler dels sjukhus.

Dock kan lokala utmaningar med bristande kommunikation i samverkan, bristande informationsöverföring i exempelvis utskrivningsprocessen samt svårigheter med kompetensförsörjning medföra att det finns svårigheter att upprätthålla tillräcklig samverkan mellan respektive samverkanspart. Vi konstaterar i granskningen att en av utmaningarna består i tillräckligt stöd av läkare till sjuksköterskor i kommunal hälso- och sjukvård. Vi bedömer att det finns delvis tillräckligt stöd, men att det finns behov av att säkerställa samverkan avseende detta. Kommunikation och information är central för att få all samverkan att fungera väl. Granskningen har dock visat att denna del kan stärkas.

Emellertid finns ett starkt fokus på den enskilde patienten varför samverkan i hemsjukvården ändå tenderar att fungera trots ovan nämnda avvikelser som förekommer i större eller mindre utsträckning.

Vi konstaterar därtill att det finns en komplexitet i samverkan. I de större kommunerna samverkar den kommunala hälso- och sjukvården med ett flertal aktörer och utifrån ett större antal patienters medicinska behov varför det kan finnas utmaningar med samverkan såväl internt som externt. I Jönköpings kommun finns exempelvis lokala utmaningar med många hemsjukvårdsteam som ska förhålla sig till samverkan med ett stort antal lokala samverkansparter. Vi konstaterar härigenom att det är av stor vikt att utforma tydliga gränssnitt om *vem* som *gör vad* i samverkan.

Granskningen har visat att det finns förbättringspotential för samtliga nämnder att säkerställa att årliga läkemedelsuppföljningar genomförs för patienter inskrivna i hemsjukvård.

Granskningen har också visat att det genomförs förhållandevis få uppföljningar (lokalt) om samverkan i hemsjukvården varför nämndernas kännedom om samverkan i hemsjukvården tenderar att vara bristfällig. I syfte att öka kunskapen inför exempelvis omställningen till nära vård, rekommenderas nämnderna att tillse att samverkan följs upp i tillräcklig utsträckning.

Mot bakgrund av vår granskning rekommenderar vi respektive nämnd eller styrelse (utskott) med ansvar för kommunal hälso- och sjukvård att

- säkerställa att årlig läkemedelsgenomgång för samtliga inskrivna patienter i hemsjukvården genomförs
- säkerställa att uppföljning av samverkan i hemsjukvården genomförs lokalt
- analysera behov av kompetensförsörjning i den kommunala hälso- och sjukvården i syfte att möjliggöra goda förutsättningar för samverkan i hemsjukvården samt möjliggöra omställning till god och nära vård

Mot bakgrund av vår granskning rekommenderar vi nämnden för folkhälsa och sjukvård att

- säkerställa att årlig läkemedelsgenomgång för samtliga inskrivna patienter i hemsjukvården genomförs
- säkerställa att samarbetsformer för samverkan i hemsjukvård finns mellan vårdcentraler och kommun
- säkerställa att regionen via vårdcentral har förutsättningar att ge tillräckligt stöd till sjuksköterskor i samverkande kommuner
- säkerställa att aggregerad sammanställning om avvikelser i samverkan i hemsjukvården kommer samtliga ansvariga kommunala nämnder och/eller utskott till del. Därtill även säkerställa att det finns en sammanställning om genomfört förbättringsarbete utifrån avvikelser i samverkan i hemsjukvården
- analysera behov av kompetensförsörjning i regionens primärvård i syfte att möjliggöra goda förutsättningar för samverkan i hemsjukvården samt möjliggöra omställning till god och nära vård
- säkerställa tydliga gränssnitt för samverkan av hemsjukvården mellan Jönköpings kommun och Region Jönköpings län

- säkerställa att samverkande parter har kännedom och tillgång till stöd för att genomföra systematisk uppföljning av samverkan i hemsjukvården

2 Bakgrund

Revisorerna i Region Jönköpings län har under hösten 2020 genomfört en förstudie avseende regionens hantering av effekterna av covid-19 pandemin. Utifrån iakttagelser från genomförd förstudie, samt revisorernas bedömning av väsentlighet och risk, beslutade revisorerna att det fanns skäl att genomföra en samgranskning av Region Jönköpings län, och tillhörande kommuner¹, avseende hemsjukvården.

Hemsjukvården avser medicinska insatser, rehabilitering, habilitering samt omvårdnad som utförs av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal eller annan personal med delegering i hemmet, både ordinärt- och särskilt boende.

Granskningen ska fånga både det regionala och kommunala perspektivet.

2.1 Syfte och revisionsfrågor

Granskningens syfte är att säkerställa att nämnder/styrelser hos respektive berörd kommun och nämnden för folkhälsa och sjukvård i Region Jönköpings län har en ändamålsenlig samverkan mellan hemsjukvården och regionens verksamheter.

Granskningen kommer att bedömas utifrån följande uppställda revisionsfrågor:

- Finns dokumenterade och aktuella avtal och överenskommelser avseende hemsjukvård och samverkan mellan region och berörd kommun?
 - Är de kända av samverkande parter?
 - Utgör de ett stöd i det dagliga arbetet kring patienten/brukare?
- Sker det en samordnad vårdplanering där samtliga parter deltar?
- Genomförs uppföljningar av gällande avtal och överenskommelser?
 - Hur säkerställs att samverkansavtalet efterlevs?
- Finns en fungerande organisation/samverkansformer på övergripande och lokal nivå?
- Finns aktuella rutiner/riktlinjer för informationsöverföring mellan aktörerna?
- Finns rutiner/riktlinjer för läkemedelsgenomgångar?
 - Genomförs läkemedelsgenomgångar på ett strukturerat sätt med stöd i avtal och överenskommelser?
- Finns det upprättade samordnade individuella planer som grund för samverkan kring patienten?
- Sker det en systematisk avvikelserapportering vid avvikelser i samverkan?
 - Sammanställs avvikelser och leder till gemensamt förbättringsarbete
- Finns det upprättade rutiner för hur samverkan med kommunens omvårdnadspersonal ska ske?

¹ Aneby, Eksjö, Gislaved, Gnosjö, Habo, Jönköping, Mullsjö, Nässjö, Sävsjö, Tranås, Vaggeryd, Vetlanda, Värnamo

- Har kommunens sjuksköterskor tillgång till stöd av läkare på ett ändamålsenligt sätt?
- Hur sker återrapportering till berörda nämnder kring hur samverkan fungerar mellan regionen och samverkande kommuner?

2.2 Avgränsning

Granskningen omfattar samverkan inom hemsjukvården mellan region Jönköpings län och regionens kommuner 2021–2022.

Det finns ett flertal professioner och funktioner inom kommunal hälso- och sjukvård som berörs av samverkan inom hemsjukvård: chefer inom hälso- och sjukvård, medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS), medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR), arbetsterapeuter, fysioterapeuter, undersköterskor, rehabassistenter samt omvårdnadspersonal med flera. I föreliggande granskning har dock intervjuer samt enkät *endast* omfattat MAS i respektive kommun samt chef för hälso- och sjukvård eller motsvarande.

2.3 Revisionskriterier

- Kommunallag (2017:725) 6 kap § 6
- Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)
- Patientsäkerhetslag (2010:659)
- Socialtjänstlag (2001:453)
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd inom området
- Regionövergripande överenskommelser/avtal inom området samt lokala överenskommelser.
- Styrande och stödjande dokument (riktlinjer/rutiner) inom området.
- Tillämpbara interna regelverk och policys.

2.4 Metod

Granskningen har genomförts genom dokumentgranskning av styrande dokument, exempelvis regionövergripande hemsjukvårdsavtal, lokala överenskommelser och relevant lagstiftning samt intervjuer med företrädare från Region Jönköpings län samt företrädare för fem fokuskommuner². Granskningen har därtill kompletterats med en enkätundersökning.

² Aneby, Gislaved, Jönköping, Nässjö, Vetlanda

I granskningen har genomförts omkring 15 intervjuer som totalt omfattar cirka 35 personer:

Intervjuer kommuner:

Intervjuer har genomförts med Aneby kommun, Gislaveds kommun, Jönköpings kommun, Nässjö samt Vetlanda kommun:

- Intervju med medicinskt ansvariga sjuksköterska (MAS) i respektive kommun.
- Ansvarig för hälso- och sjukvård (till exempel funktionschef, enhetschef eller områdeschef) i ovan nämnda kommuner.
- Därtill har ett antal gruppintervjuer med sjuksköterskor i ovan nämnda kommuner genomförts.

Intervjuer regionen:

Intervjuer med företrädare för Region Jönköpings län:

- Tjänstepersoner vid Sektionen för primärvård och rehabilitering
- Tjänsteperson vid Kommunal utveckling
- Verksamhetschefer vid ett antal vårdcentraler

Enkät:

En enkätundersökning har genomförts med samtliga kommuner.

- Enkäten har skickats ut till ansvariga för hemsjukvården i respektive kommun samt till MAS i respektive kommun. Enkäten skickade till 30 personer och 26 svar inkom vilket ger en svarsfrekvens på 87 procent. Enkätsvaren redovisas som *antal svarande*. Svartalternativen anges på en skala 1–6 där 1 = Instämmer inte/håller inte med alls, och 6 = Instämmer helt/håller helt med. Svartalternativ 7 respektive 8 förekommer också, 7 = Ingen uppfattning och 8 = Annat, med möjlighet till utvecklande svar i fritext.

Granskningens huvudsakliga iakttagelser har inhämtats från ovan nämnda intervjuer samt dokumentgranskning. Iakttagelser från enkät utgör en kompletterande del.

Rapporten är kvalitetssäkrad av Vilhelm Rundquist, certifierad kommunal revisor och uppdragsledare för granskningen.

Samtliga intervjuade har erbjudits att sakgranska rapporten.

3 Hemsjukvård, bakgrund

Socialstyrelsen definierar hemsjukvård som *"hälso- och sjukvård när den ges i patients bostad eller motsvarande och som är sammanhängande över tiden"*. Vidare framgår att åtgärder och insatser ska ha föregåtts av vård- och omsorgsplanering³.

Hemsjukvård i Region Jönköpings län är *"hälso- och sjukvård när den ges i patientens bostad eller motsvarande och där ansvaret för de medicinska åtgärderna är sammanhängande över tiden. I hemsjukvårds begreppet ingår medicinsk utredning, behandling och omvårdnad samt förebyggande arbete, habilitering och rehabilitering. Insatser ska föregås av vårdplanering"*⁴.

Hemsjukvård sker i samverkan mellan regionen och kommunen där den senare har huvudansvar avseende hälso- och sjukvård för den patient som är inskriven i hemsjukvård upp till och med läkarinsatser. Hemsjukvården i kommunens regi inkluderar till exempel hälso- och sjukvårdsinsats av specialistsjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut.

Inskrivning i hemsjukvården utgår från patientens behov. Patienternas behov av hälso- och sjukvård och omsorg ser olika ut och behov av hemsjukvård, och inskrivning i hemsjukvård, kan pågå under kortare perioder eller längre tid. Gemensamt för många av de patienter som är inskrivna i hemsjukvård är att de är sköra patienter med inte sällan komplicerade hälsotillstånd och stora vårdbehov och har ofta insatser via hemtjänst eller äldreomsorg.

För att en enskild ska kunna få hemsjukvård behövs ett beslut om hemsjukvård och en individuellt upprättad vårdplan. Om flera aktörer deltar i patientens vård ska en samordnad individuell vårdplan (SIP) upprättas. Av den individuella vårdplanen ska planerade insatser, ansvarsfördelning mellan aktörer och planerad uppföljning ingå⁵.

Den klart dominerande gruppen patienter i kommunal hälso- och sjukvård och hemsjukvård, har ofta behov av andra vård- och omsorgskontakter och- eller utförare exempelvis via boendeform särskilt boende⁶ eller insatser via hemtjänst. Patienter som beviljats hemsjukvård i det egna hushållet har hemsjukvård i så kallat ordinärt boende.

Formella utgångspunkter för samverkan inom hemsjukvården mellan region och kommun

Enligt 5 kap 1 § *hälso- och sjukvårdslagen* ska vårdgivare planera, leda och kontrollera verksamheten så att krav på god vård i hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls. Vårdgivare avser de huvudmän, region och kommun som samverkar i hemsjukvården. Vårdgivaren omfattas i detta avseende också av patientsäkerhetslagen (2010:659).

³ Socialstyrelsens termbank, termbank.socialstyrelsen.se, 2022-10-28

⁴ Region Jönköpings län, KomHem-avtalet, RjL 2018/1556

⁵ Riktlinje ReKo Region och kommuner avseende hemsjukvård, Region Jönköping, 2020-01-01, ver.5

⁶ Vård- och omsorgsboende med service och omvårdnad dygnet runt, t.ex. äldreboende, gruppboendestäder

Enligt 14 kap 1 § hälso- och sjukvårdslagen får en region överlåta till en kommun skyldigheten att erbjuda hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård) i ordinärt boende och i sådant särskilt boende regionen och kommunen kommer överens om det. Överenskommelsen får inte avse ansvar för hälso- och sjukvård som ges av läkare.

Enligt 16 kap 1§-§ 2 hälso- och sjukvårdslagen ska regionen avsätta de läkarresurser som behövs till kommunen för att enskilda ska kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård i särskilt boende och i dagverksamhet. Vidare gäller att region och kommun ska samverka så att en enskild som omfattas av den kommunala hälso- och sjukvården också får tillgång till vård och behandling via regionens vårdgivare. Vidare gäller att om en enskild har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten, ska regionen tillsammans med kommunen upprätta en individuell plan. Planen ska upprättas om regionen eller kommunen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda och om den enskilde samtycker till det. Planen ska, när det är möjligt, upprättas tillsammans med den enskilde. Av den individuella planen ska det framgå vilka insatser som behövs, vilka insatser som regionen respektive kommunen ska svara för, vilka eventuella andra åtgärder som vidtas av någon annan än regionen eller kommunen samt vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen⁷.

Regionens ansvar

Enligt hälso- och sjukvårdslagen har regionen det övergripande ansvaret för hälso- och sjukvården för regionens invånare. Regionen ansvarar för att patienter inskrivna i hemsjukvård ska kunna erbjudas god vård oavsett ordinärt eller särskilt boende. Regionen ansvarar för att det finns tillgång till läkarresurser⁸.

Den politiska styrningen av hälso- och sjukvården utgår från regionfullmäktige som ger uppdraget till en hälso- och sjukvårdsnämnd (eller motsvarande nämnd) att utföra de mål som fullmäktige beslutat om.

Kommunens ansvar

Kommunens ansvarar för hälso- och sjukvård åt personer i boendeformer så som särskilt boende, korttidsboende, bostad med särskild service så kallade LSS-boenden⁹ samt daglig verksamhet reglerad genom LSS. Kommunen ansvarar också för hälso- och sjukvård i så kallat ordinärt boende i de fall som beslut om hemsjukvård, och upprättad vårdplan, finns. Hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet kan exempelvis ges av sjuksköterska, arbetsterapeut eller fysioterapeut. Kommunen ansvarar även för tillfälliga hembesök, anpassning av boendemiljö, ordination och förskrivning av hjälpmedel i hemmet.

⁷ Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)

⁸ Socialstyrelsen, Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård, 2019-2-17

⁹ Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

Den politiska styrningen av den kommunala hälso- och sjukvården utgår från kommunfullmäktige som uppdrar till socialnämnd (eller motsvarande) att utföra de mål som fullmäktige beslutat om.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

I alla kommuner ska finnas minst en MAS med särskilt ansvar för att patient i hemsjukvård får säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet. MAS ansvarar vidare för att det finns ändamålsenliga rutiner för läkemedelshantering, rapportering enligt patientsäkerhetslagen. MAS ansvarar för att anmäla till Inspektionen för vård och omsorg om patient i samband med vård utsatts för allvarig skada eller risk för skada (anmälan enligt Lex Maria)¹⁰.

Region och kommun ska samverka med gemensamma rutiner och riktlinjer för hemsjukvård. Region och kommun ska gemensamt utforma regler och riktlinjer för hur sammanhållen vård kring patient ska ske¹¹.

¹⁰ Socialstyrelsen, Meddelandeblad nr 6/2017

¹¹ Socialstyrelsen, Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård, 2019-2-17

4 Resultat av granskningen

I följande avsnitt redovisas resultat av dokumentgranskning, iakttagelser från de intervjuer vi genomfört samt enkätsvar.

4.1 Förutsättningar i Region Jönköping

Landstingsfullmäktige beslutade i juni 2012 att huvudmannaskapet för hemsjukvården skulle flyttas från landstinget till länets 13 kommuner följande årsskifte¹². För finansiering av hemsjukvården genomfördes en skatteväxling där landstingsskatten sänktes och kommunernas skatt höjdes i syfte att finansiera kommunens övertagande av huvudmannaskapet. I överenskommelsen framgår att kommunernas övertagande av kostnadsansvar reglerades med en skatteväxling på 34 öre¹³.

Efter kommunernas övertagande av hemsjukvården noterade flera av länets kommuner en kostnadsökning som inte stod i proportion till den volym som hade skatteväxlats¹⁴. Det konstaterades ett större behov av hemsjukvård än som varit känt innan kommunerna tog över vilket medförde en högre kostnad än budgeterat¹⁵.

Vi har i intervjuer i granskningen efterfrågat uppgifter om statistik över antal inskrivna i hemsjukvården. Från intervjuer kan vi dock konstatera att det är svårt att få tillfredsställande data över antal. Det finns ofta en uppfattning om antal, men ingen exakt siffra. Den förklaring som ges är att antal inskrivna i hemsjukvården kan variera över tid, vissa patienter har begränsat behov av medicinska insatser och/eller kort inskrivningsperiod medan andra patienter har medicinska insatser via hemsjukvård under längre perioder. Detta medför att uppgifter om statistik om antal inskrivna också just varierar över tid.

För att ändå presentera sammanfattande data och uppfattning om antal inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård återges på nästkommande uppslag en sammanställning av statistik om *mottagare av kommunal hälso- och sjukvård* från Socialstyrelsen. Statistiken avser antal personer som någon gång under 2021 varit mottagare av kommunal hälso- och sjukvård i regionen samt andel av dessa som varit mottagare under hela året och som också hade insats enligt socialtjänstlag (2001:453) eller även bodde i säbo. Uppgifter från hela året saknas emellertid för Jönköping respektive Tranås. För Värnamo saknas uppgifter för en eller flera månader vilket ger ett partiellt bortfall.

¹² Landstingsfullmäktige, sammanträdesdatum 2012-06-19

¹³ Justering av länsvis skattesats-extra ärende, Landstinget i Jönköpings län, LK11-0543, 2012-09-25

¹⁴ Nässjö kommun, kommunrevisionen, Granskning av hemsjukvården Nässjö kommun, 2015-10-05; Jönköpings kommun, kommunrevisionen, Granskning av hemsjukvården Jönköpings kommun; Sveriges radio Jönköping 2015-04-13, Region Jönköping, Kommunalt forum Jönköpings län 2018-06-01

¹⁵ Region Jönköping, Kommunalt forum Jönköpings län 2018-06-01

Tabell 1. Mottagare av kommunal hälso- och sjukvård 2021

Källa: Socialstyrelsen, Statistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser 2021¹⁶

Antal personer som någon gång under 2021 var mottagare av kommunal hälso- och sjukvård. Andel av dessa som var mottagare under hela året, även hade insats enligt socialtjänstlagen eller även bodde i särskilt boende. Fördelat på kön och kommun.

Kommunkod	Antal med åtgärd under 2021			därav andel (%)									
				Som hade åtgärder hela 2021			Med bistånd enligt socialtjänstlagen			Boende i särskilt boende			
	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt	
Jönköpings län													
0604	Aneby	235	187	422	29,4	25,1	27,5	69,4	64,2	67,1	19,6	19,3	19,4
0686	Eksjö	673	430	1 103	25,6	20,5	23,6	71,3	62,3	67,8	23,6	21,6	22,8
0662	Gislaved	1 013	712	1 725	30,2	25,6	28,3	68,3	58,3	64,2	23,0	21,6	22,4
0617	Gnosjö	259	191	450	22,4	21,5	22,0	78,8	73,3	76,4	24,3	22,5	23,6
0643	Habo	287	196	483	26,1	19,9	23,6	69,7	65,8	68,1	18,5	16,3	17,6
0680	Jönköping^	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
0642	Mullsjö	272	169	441	14,7	16,6	15,4	74,3	71,0	73,0	21,3	20,7	21,1
0682	Nässjö	1 068	785	1 853	26,5	25,2	26,0	71,8	61,5	67,5	26,2	22,2	24,5
0684	Sävsjö	437	297	734	20,1	23,2	21,4	67,5	64,3	66,2	24,5	22,6	23,7
0687	Tranås^	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
0665	Vaggeryd	269	178	447	13,8	17,4	15,2	81,8	73,0	78,3	35,3	32,0	34,0
0685	Vetlanda	1 032	784	1 816	23,3	21,6	22,5	74,3	63,0	69,4	28,0	25,0	26,7
0683	Värnamo^	226	182	408	0	0	0	91,2	81,3	86,8	31,0	33,5	32,1

^ Uppgifter för hela året saknas från Jönköping och Tranås.
Uppgifter för en eller fler månader (partiellt bortfall) saknas från Värnamo.

Statistik avseende mottagare av kommunal hälso- och sjukvård 2021, Jönköpings kommun

I Jönköpings kommuns äldrenämnds verksamhetsberättelse för 2021 framgår att 2 176 personer haft hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende, i form av hemsjukvård, eller enstaka hembesök. 1 867 personer har haft hälso- och sjukvårdsinsatser i särskilt boende¹⁷.

¹⁶ [Statistik om insatser i kommunal hälso- och sjukvård - Socialstyrelsen](#) hämtad 2022-10-13

¹⁷ Äldrenämnden, Jönköpings kommun, Verksamhetsberättelse 2021

4.3 Ansvar och roller - former för samverkan

Nämnden för folkhälsa och sjukvård

Nämnden för folkhälsa och sjukvård i Region Jönköpings län ansvarar för att utöva ledning av regionens hälso- och sjukvård i enlighet med 10 § hälso- och sjukvårdslagen. Nämnden ansvarar vidare för att regionens invånare får bra vård på lika villkor, att hälso- och sjukvården bedrivs professionellt och kostnadseffektivt samt ansvarar för hög medicinsk kompetens i omhändertagandet av patient samt att det bedrivs ett systematiskt patientsäkerhetsarbete enligt patientsäkerhetslagen¹⁸.

Ansvarig nämnd i kommun

I samtliga kommuner finns ansvarig nämnd som ansvar för den kommunala hälso- och sjukvård vari hemsjukvård regleras, se sammanställning över samtliga kommuner och ansvarig nämnd (Tabell 2, s.15).

Kommunal utveckling

I Region Jönköpings län finns Kommunal utveckling som arbetar på uppdrag av kommunerna. Kommunal utveckling är organiserad inom Region Jönköpings län och styrs av ett politiskt samverkansorgan (PKS). Inom Kommunal utveckling finns så kallade utvecklingspartnerskap så som social välfärd, utbildning, fritid, miljötillsyn, Barnahus samt familjehemsresursen. Område Social välfärd omfattar bland annat kommunal hälso- och sjukvård vari hemsjukvård är en omfattande del¹⁹. I intervju med företrädare för Kommunal utveckling framgår att samverkansforumet arbetar med utveckling av bland annat former för Nära vård i regionen. Det finns ett "Tillsammans"-perspektiv i den gemensamma utmaningen inom kommunal hälso- och sjukvård och primärvård för kommuner och regioner men också inom psykisk ohälsa och områden som behandlar barn- och unga. Det framkommer vidare att Kommunal utveckling ledde översynsarbetet och framtagandet av det ursprungliga KomHem-avtalet²⁰ och tillhörande tillämpningsanvisningar.

Reko (Ledningsgruppen för samverkan Region Jönköpings län och länets kommuner)

Reko ansvarar för samverkan mellan regionen och regionens kommuner. Reko samlar ledande tjänstemän från regionen och ett antal av regionens kommuner, däribland hälso- och sjukvårdsdirektör, utvecklingsdirektör, direktör Bra Liv, representant för sektionen för primärvård och rehabilitering, psykiatri, kirurgi, medicin, ordförande i

¹⁸ Reglemente för nämnden för folkhälsa och sjukvård, RJL 2018/720

¹⁹ Region Jönköping webbplats, Kommunal utveckling, 2022-10-18

²⁰ KomHem-avtalet är "avtal mellan region Jönköpings län och kommunerna i Jönköpings län om överlåtelse av skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård i ordinärt boende." I avtalet beskrivs att avtalsparter är Region Jönköpings län och kommunerna i Jönköpings län och att överenskommelsen avser samverkan och ekonomisk reglering mellan huvudmännen.

eHälsorådet och folkhälsochef. Kommunerna representeras av; tre socialchefer, tre skolchefer samt utvecklingschefen för Kommunal utveckling²¹.

²¹ [Ledningssystem för samverkan Region Jönköpings län och kommunerna gällande hälsa, vård och omsorg-Folkhälsa och sjukvård \(rjl.se\)](https://www.rjl.se/omsorg-folkhalsa-och-sjukvard)

Tabell 2
Nämnder

<i>Aneby</i>	<i>Sociala utskottet (utskott KS)</i>	<i>Utskottet sorterar under kommunstyrelsen och har som ansvar att följa och leder arbetet inom kommunens äldreomsorg däribland hemsjukvård²².</i>
<i>Eksjö</i>	<i>Socialnämnden</i>	<i>Nämnden ansvarar bland annat för ska och kan besluta i myndighetsärenden enligt socialtjänstlagen, hälso-och sjukvårdslagen, lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade och patientsäkerhetslagen²³.</i>
<i>Gislaved</i>	<i>Socialnämnden</i>	<i>Nämnden ansvarar för hälso- och sjukvårdsinsatser i det särskilda boendet, ordinärt boende och vid dagverksamheterna²⁴.</i>
<i>Gnosjö</i>	<i>Socialutskottet (KS)</i>	<i>Socialutskottet skall utöva ledningen av den kommunala hälso- och sjukvården samt svara för kommunens uppgifter enligt LSS (lag om stöd och service till vissa funktionshindrade)²⁵.</i>
<i>Habo</i>	<i>Socialnämnden</i>	<i>Socialnämnden ansvarar för äldreomsorg, funktionshinderomsorg och individ- och familjeomsorg. Nämndens arbete utgår bland annat från lagstiftningen i socialtjänstlagen (SoL), hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och lagen om stöd och service för vissa funktionsnedsatta (LSS)²⁶.</i>
<i>Jönköping</i>	<i>Äldrenämnden</i>	<i>Nämnden ansvarar för kommunens äldreomsorg och att enskilda får service, upplysningar, råd, stöd och bistånd inom nämndens verksamhetsområde, enligt bland annat socialtjänstlagen. Nämnden ansvarar också för den kommunala hälso- och sjukvården inom nämndens ansvarsområde, enligt hälso- och sjukvårdslagen, HSL (2017:30)²⁷.</i>
<i>Mullsjö</i>	<i>Socialnämnden</i>	<i>Socialnämnden ansvarar för kommunens uppgifter enligt socialtjänstlagen, SoL, hälso- och sjukvårdslagen, HSL, och lagen om stöd och service för funktionshindrade, LSS²⁸.</i>
<i>Nässjö</i>	<i>Socialnämnden</i>	<i>Enligt reglemente för socialnämnden ansvarar nämnden för den kommunala hälso- och sjukvården enligt hälso- och sjukvårdslagen²⁹</i>

²² Aneby kommun, Politisk organisation

²³ Eksjö kommun, Reglemente för socialnämnden, antagen av kommunfullmäktige 2018-06-14

²⁴ Gislaveds kommun, kommun och politik, webbplats Gislaveds kommun

²⁵ Gnosjö kommun, kommunstyrelsens reglemente, antaget av kommunfullmäktige 2021-03-31

²⁶ Habo kommun, Kommun och politik, webbplats Habo kommun

²⁷ Reglemente för äldrenämnden, K/2018:425

²⁸ Mullsjö kommun, Kommun och politik, webbplats Mullsjö kommun

²⁹ Nässjö kommun, Reglemente för socialnämnden, antagen av kommunfullmäktige 2018-12-13, rev. 2020-04-23

Sävsjö	Socialnämnden	Socialnämnden ansvarar bland annat för kommunens uppgifter enligt socialtjänstlagen (2001:453) (SoL), hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (HSL), lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387) (LSS). Socialnämnden ansvarar också för att utöva ledning av den kommunala hälso- och sjukvården samt rehabilitering i särskilt och ordinärt boende ³⁰ .
Tranås	Socialnämnden	Socialnämnden ansvarar för verksamheterna inom äldreomsorg, stöd och omsorg för personer med funktionsnedsättning samt individ- och familjeomsorg ³¹ .
Vaggeryd	Socialnämnden	Socialnämnden fullgör kommunens uppgifter enligt lagar och förordningar och svarar för insatser inom områdena socialtjänstens barn, familj och ungdomsverksamhet, missbruksfrågor, omsorg av människor med olika funktionsvariationer, hemsjukvård och äldreomsorg ³² .
Vetlanda	Vård- och omsorgsnämnden	Vård- och omsorgsnämnden fullgör kommunens uppgifter inom socialtjänsten enligt socialtjänstlagen i frågor som rör äldre- och funktionshinderomsorgen. Nämnden utövar också ledningen av den kommunala hälso- och sjukvården och psykiatrin. Nämnden ansvarar vidare för de uppgifter som åligger kommunen enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) ³³ .
Värnamo	Omsorgsnämnden	Omsorgsnämnden ansvarar för omsorgen om äldre och personer med funktionsnedsättning enligt Socialtjänstlagen (SoL) och Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) samt följdlagar och författningar. Nämnden ansvarar även för den kommunala hälso- och sjukvården inom de särskilda boendeformerna och ordinärt boende (hemsjukvård), enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) ³⁴ .

³⁰ Sävsjö kommun, Reglemente för socialnämnden, antagen av kommunfullmäktige 2018-12-17

³¹ Tranås kommun, kommun och politik, webbplats Tranås kommun

³² Reglemente för socialnämnden, antagen av kommunfullmäktige 2020-03-30, Dnr KS 2019/128

³³ Vetlanda kommun, Reglemente för vård- och omsorgsnämnden, beslutad av kommunfullmäktige 2015-10-21, rev. 2020-05-14

³⁴ Värnamo kommun, Reglemente för omsorgsnämnden, antagen av kommunfullmäktige 2019-04-25

Händelseråd

I regionen finns tre händelseråd som alla har en central roll för att leda samverkan på lokal nivå och samla företrädare från olika kommuner samt sjukhus för att gemensamt lyfta utmaningar, avvikelser och utvecklingsfrågor i samverkan. Respektive råd utgår från regionens tre sjukhus (Länssjukhuset Ryhov, Höglandssjukhuset samt Värnamo sjukhus.) I respektive händelseråd finns sjukhusens chefssjuksköterska representerad samt ett antal av MAS och chefer för kommunal hälso- och sjukvård. I ett av händelseråden finns även representant från vårdcentral med. I händelserådet kan frågor om avvikelser i samverkan lyftas så som exempelvis avvikelser avseende utskrivningsprocessen, läkemedelshantering eller kostnadsansvar.

Expertråd

I regionen finns även ett expertråd vilket roll bland annat består i att omhänderta frågor som eskalerats från händelserådet. I de fall en avvikelse exempelvis inte kan lösas i händelserådet förmedlas den till expertrådet. Expertrådet omfattar, liksom händelserådet, funktioner så som en MAS, en chef från kommunal hälso- och sjukvård och två chefssjuksköterskor från sjukhus. Expertrådet har också representation från Kommunal utveckling samt regionens sektion för folkhälsa och sjukvård. I intervjuer framkommer emellertid att avvikelser i samverkan sällan når expertrådet. Initialt, när samverkan i hemsjukvården var ny, fanns återkommande frågeställningar om kostnadsansvar mellan region och kommun vilka hanterades av expertrådet. I de fall avvikelser inte kan hanteras/lösas i expertrådet eskaleras frågan till Reko. I intervjuer framkommer dock att detta sker mycket sällan.

4.4 Avtal och överenskommelser avseende hemsjukvård och samverkan mellan regionen och kommun

Avtal mellan Region Jönköpings län och kommunerna i Jönköpings län om överlåtelse av skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård i ordinärt boende, det så kallade KomHem -avtalet³⁵ har tecknats mellan Region Jönköpings län och samtliga kommuner³⁶. Avtalet syftar till att regionen och kommunerna gemensamt utformar hemsjukvården samt tydliggör ansvarsförhållande avseende samverkan och ekonomi för respektive huvudman.

Enligt avtalet är regionen ansvarig för all mottagningsverksamhet i primärvård och specialistvård, och kommunen ansvarig för den hälso- och sjukvård som ges i det egna hemmet till personer som på grund av sjukdom eller funktionsnedsättning inte har möjlighet att själv eller med stöd ta sig till vårdcentral. Vidare gäller att regionen ska avsätta till kommunen de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård i särskilt boende, ordinärt boende och i dagverksamhet. För

³⁵ Avtal från 2012, reviderat 2019, RJL 2018/1556

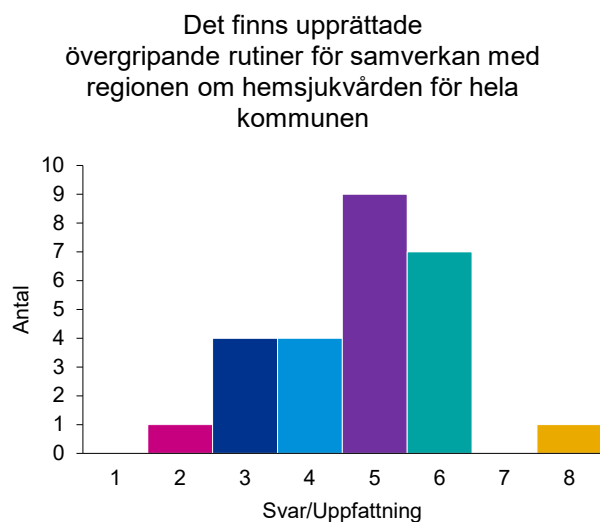
³⁶ Region Jönköpings län

att säkerställa läkarmedverkan/medicinsk samverkan för hemsjukvårdspatienter i ordinärt boende upprättas ett särskilt ramavtal som ska säkerställa omfattningen av regionens läkarresurser avseende planerade eller akuta hälso- och sjukvårdsbesök³⁷.

Läkaruppdrag och medicinsk samverkan mellan vårdcentraler och kommunal hemsjukvård i ordinärt och särskilt boende, är reglerat i särskilt avtal³⁸. Avtalet omfattar regionen och samtliga kommuner i Region Jönköpings län. För läkaruppdrag och medicinsk samverkan mellan vårdcentraler och kommunal hemsjukvård i ordinärt boende gäller att samtliga patienter inskrivna i hemsjukvård ska erbjudas möjligheten till ett årligt läkarbesök, med tillhörande läkemedelsgenomgång.

I intervjuer framkommer att KomHem avtalet har tydliggjorts med tillämpningsanvisningar för att tydliggöra ansvarsförhållanden och praktisk tillämpning av hur hemsjukvård i samverkan mellan region och kommun ska bedrivas³⁹. Såväl intervjuer som enkätsammanställning visar att det finns kännedom om upprättade övergripande rutiner för samverkan mellan region och kommun.

Figur 1



(1 = Instämmer inte/håller inte med alls, och 6 = Instämmer helt/håller helt med, 7 = Ingen uppfattning och 8 = Annat)

³⁷ Ibid.

³⁸ RJL 1299, fr. 2022-01-01

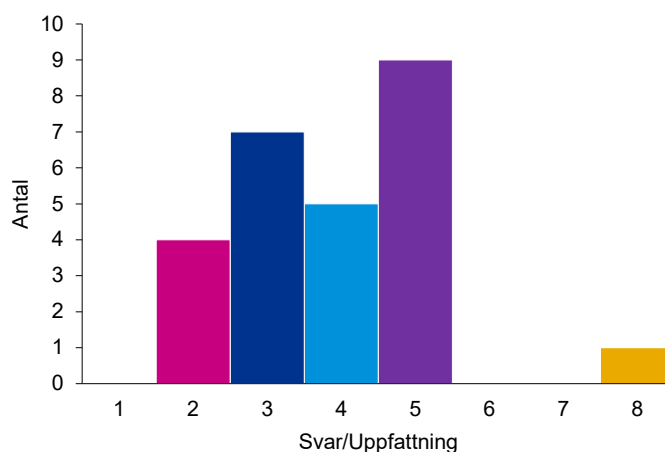
³⁹ Hemsjukvård, hemrehabilitering och enstaka hembesök för patienter med behov av vård i hemmet-överenskommelse om tillämpning och samverkan

I enkäten ovan framkommer att merparten av de svarande instämmer i påståendet att det finns upprättade övergripande rutiner för samverkan med regionen om hemsjukvården för hela kommunen.

Förutsättningar i avtal och lokala överenskommelser förhåller sig lika för regionens företrädare och respektive kommun. KomHem-avtalet och Lokala överenskommelser om läkarmedverkan i särskilt respektive ordinärt boende finns tydliggjort genom avtal. Vilka roller och vilket ansvar som finns i samverkan har tydliggjorts i exempelvis nämnda tillämpningsanvisningar till KomHem-avtalet. Enkätundersökningen visar emellertid att det finns en bred skala om uppfattningen om formerna för samverkan är tillräckliga. Detta kan indikera att förutsättningarna för samverkan ser olika ut i respektive kommun så som antal parter att samverka med, antal boenden, att det finns kompetensförsörjningsproblematik, eller att efterlevnaden till överenskomna avtal är bristfällig. I intervjuer framkommer att hälso- och sjukvården, i såväl kommun som region, har utmaningar med kompetensförsörjning vilket försvårar kontinuitet och sedermera samverkan samt utvecklings- och förbättringsarbete.

Figur 2

Jag anser att formerna för samverkan mellan regionen och kommunen avseende hemsjukvård är tillräckliga

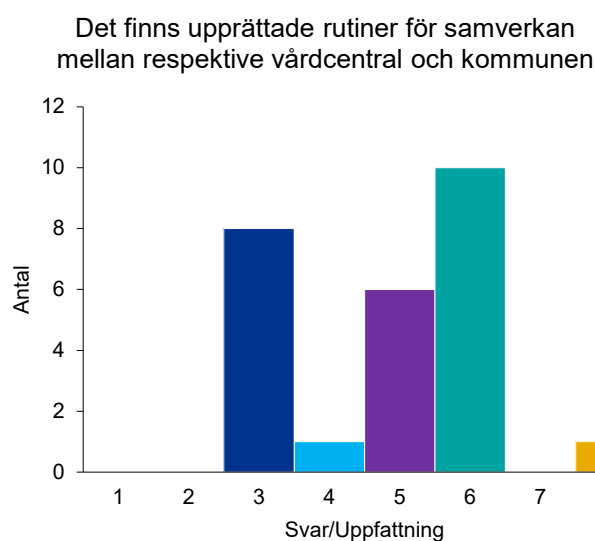


(1 = Instämmer inte/håller inte med alls, och 6 = Instämmer helt/håller helt med, 7 = Ingen uppfattning och 8 = Annat)

I enkäten ovan framkommer att det finns olika uppfattningar huruvida formerna för samverkan är tillräckliga, vilket kan, som nämnts ovan, vara ett resultat av att förutsättningarna för samverkan ser olika ut i respektive kommun så som antal parter att samverka med, antal boenden etc.

I de intervjuade kommunerna framgår att överenskommelser (KomHem-avtalet, lokala överenskommelser mellan vårdcentral och den kommunala hälso- och sjukvårdsenheten eller motsvarande) finns och är kända. I enkätsvaren nedan framgår att merparten av respondenterna uppfattar att det finns upprättade rutiner för samverkan mellan vårdcentral och kommun (Figur 3) även om en bredd i svaren finns.

Figur 3



(1 = Instämmer inte/håller inte med alls, och 6 = Instämmer helt/håller helt med, 7 = Ingen uppfattning och 8 = Annat)

Av de överenskommelser som vi tagit del av finns information för ordinärt såväl som särskilt boende om mötesplatser och samverkansmöten på olika nivåer (t.ex. digitalt via Teams eller fysiska möten), vilka funktioner som förväntas delta, med vilken frekvens som möten ska hållas samt rutiner för kontakt genom Cosmic messenger eller Cosmic link⁴⁰. Det senare har bäring på de planerade patientinsatser som sker i samverkan. Det framgår vidare rutiner för årlig läkemedelsgenomgång samt vårdplanering genom SIP⁴¹ och SVPL⁴².

I figur 4 resp. 5 på följande sida redovisas dels de enkätsvar som erhållits avseende uppfattning om rutiner för läkemedelsgenomgång dels de enkätsvar som finns angående riktlinjer för samordnad vårdplanering.

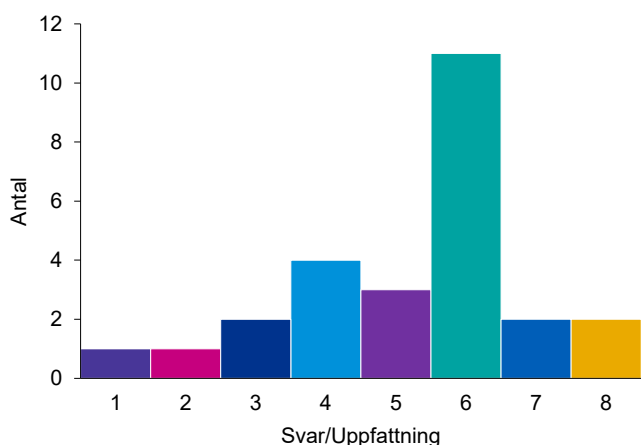
⁴⁰ Kommunikationsverktyg för samordnad vård- och omsorgsplanering

⁴¹ Samordnad individuell plan

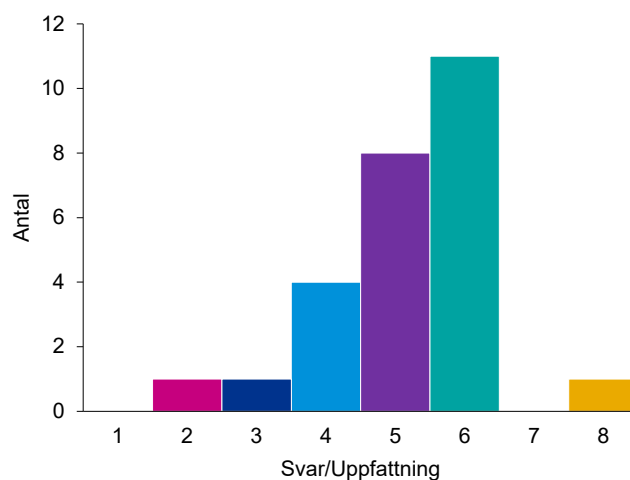
⁴² Samordnad vårdplanering

Figur 4

Det finns upprättade rutiner för hur läkemedelsgenomgångar ska ske som har stöd i avtal och överenskommelser mellan regionen och kommunen

**Figur 5**

Det finns tydliga riktlinjer för en samordnad individuell vårdplanering



(1 = Instämmer inte/håller inte med alls, och 6 = Instämmer helt/håller helt med, 7 = Ingen uppfattning och 8 = Annat)

I enkätsvaren ovan framgår att det finns en bredd i uppfattningen avseende huruvida upprättade rutiner för läkemedelsgenomgångar finns, även om merparten av respondenterna uppfattar att så är fallet. Huruvida det finns tydliga riktlinjer för samordnad individuell planering framgår att en övervägande del av respondenterna menar att detta finns.

I nästintill samtliga intervjuer som genomförts med kommunerna redogörs för uppfattningen att rutiner för läkemedelsgenomgångar finns men att detta anses som ett av de mer bristfälliga områdena i samverkan.

Den generella uppfattningen är att läkemedelsgenomgångar fungerar väl i säbo, där de initieras av kommunen, men sämre i ordinärt boende där dessa ska initieras av vårdcentralen. Som skäl till det senare anges tidsbrist och att det inte finns samma översikt över patienter i hemsjukvården som bor i ordinärt boende. En patient i ordinärt boende kan ha flera förskrivande läkare, medan boende på säbo uppges ha mer kontinuitet i läkarkontakt.

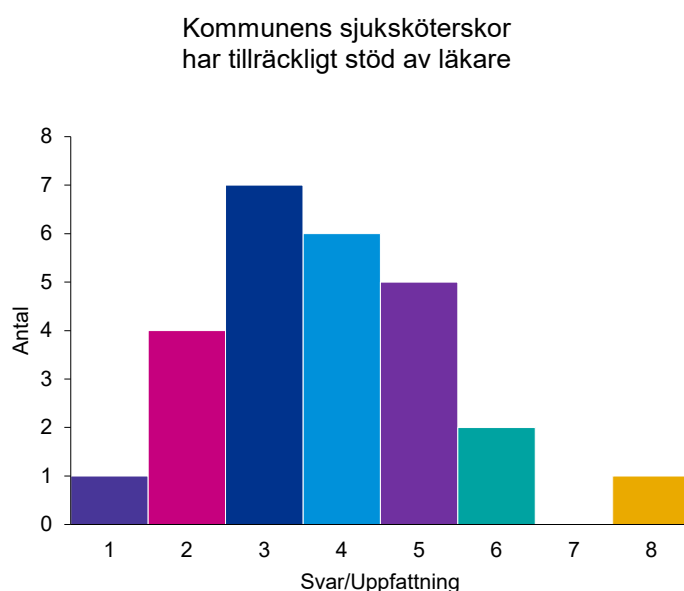
Av intervjuer och enkät framkommer att det finns tydliga riktlinjer för samordnad individuell vårdplanering, vilket bland annat finns upptaget i de lokala överenskommelser som finns mellan kommun och respektive vårdcentral. Av intervjuer är det dock inte helt klart i vilken omfattning de görs. I vissa intervjuer uppges att vårdsamordnare vid vårdcentral har ett logistikansvar i att samordna och sammankalla till vårdplanering med berörda parter. Vårdsamordnaren kallar till exempel

patientansvarig läkare, biståndsbedömare, patient samt anhöriga, vilket kan innebära att kommunen inte alltid finns representerad med sjuksköterska från hemsjukvården. Av andra intervjuer framkommer att samordnad vårdplanering genomförs frekvent och vissa menar att samordnad vårdplanering sker men i huvudsak för de patienter som nyligen blivit utskrivna från slutenvården, samt för de patienter som bor i särskilt boende.

I såväl intervjuer som enkät återges olika uppfattningar gällande uppfattningen huruvida det finns tillräckligt stöd av läkare för kommunens sjuksköterskor. Vissa menar att det fungerar väldigt väl medan andra svar indikerar att det är svårt att få tag i läkare med anledning av tid- eller resursbrist. En annan uppfattning som framförs är att den kompetens som vårdcentralen besitter inte alltid omfattar de svårt sjuka patienter som i hög grad är i behov av specialistvård och specialistkompetens vilket föranleder att kommunens sjuksköterskor behöver vända sig till sjukhus med sin fråga eller ärende. I intervju nämns att tillgång till läkare är väldigt viktigt för att möjliggöra för enskild patient att få god och säker vård för att minimera återinläggning etc.

Nedan återges de svar som inkommit via enkät avseende uppfattning om tillgång till stöd av läkare (Figur 6). Enkätsvaren bekräftar de reflektioner som återges i intervjuer, att det finns olika uppfattning om tillräckligt stöd av läkare via vårdcentral, där vi kan konstatera att den genomsnittliga uppfattningen indikerar att det finns *delvis tillräckligt* stöd.

Figur 6



(1 = Instämmer inte/håller inte med alls, och 6 = Instämmer helt/håller helt med, 7 = Ingen uppfattning och 8 = Annat)

Kontaktvägar och IT-stöd

Region Jönköpings läns huvudsakliga elektroniska journalsystem är Cosmic och används för information (vårdkontakter, diagnoser, läkemedel, remisser och svar, journal samt vårdplan) om patienter i slutenvård, öppenvård samt primärvård inkluderat kommunal hälso- och sjukvård. Messenger ingår som applikation i Cosmic och är ett meddelandesystem där kortare meddelanden kan skickas internt. Cosmic link omfattar sammanhållen vårdplanering för patient i säbo samt ordinärt boende.

De avvikelser i samverkan som regionen identifierar registreras i huvudsak i IT-stödet Synergi men kan också hanteras via särskild pappersblankett. Avvikelser i samverkan som identifieras av kommun registreras i det system som respektive kommun använder.

Av enkätundersökningen som genomförts framgår att merparten av respondenterna, drygt 65 procent, uppfattar att det finns välfungerande informationsöverföring (Figur 7). Detta bekräftas också i intervjuer där det framgår att det finns överenskomna rutiner att kommunens sjuksköterskor vid tre bestämda tillfällen under dagtid tar del av information i Cosmic link om eventuella utskrivningsklara patienter.

Det åligger även vårdcentralen att vara tillgänglig för frågor och kontaktförfrågningar via Cosmic messenger. Merparten av de respondenter som intervjuats menar att detta fungerar väl, att det finns informationsöverföring för att kunna hantera samverkan i vardagen. I intervju framkommer också att det funnits tillfällen där kommunikation inte fungerat, men att det inte utgör den övervägande delen.

I granskningen har vi ställt frågan om det finns en åtskillnad i informationsöverföring mellan vårdcentral i egen regi (Bra Liv) respektive privata aktörer. Inga större skillnader har redogjorts för.

Figur 7



(1 = Instämmer inte/håller inte med alls, och 6 = Instämmer helt/håller helt med, 7 = Ingen uppfattning och 8 = Annat)

I enkätsvaren återges uppfattning att informationsöverföringen i link gällande utskrivningsprocessen kan förbättras. Respondenter menar att information från region till kommun kan upplevas som rörig eller otillräcklig vilket försvårar planering för kommunens sjuksköterskor. Det framkommer att det finns svårigheter i åtkomst till system för att få en fullständig översikt över patientens medicinska journal vilket också försvårar arbetet kring patienten. Det senare har dock bäring på sekretesslagstiftning varför denna problematik är svår att överbrygga.

Bedömning

I granskningen kan vi konstatera att det finns övergripande rutiner och överenskommelser för samverkan vilket utgör ett dagligt stöd i arbetet kring patient, även om avvikelser avseende detta kan förekomma. Vi konstaterar också att det finns upparbetade kontaktvägar och rutiner för informationsöverföring.

Vi bedömer att det finns en samsyn, från såväl region som kommun, att rutiner och samarbetet i samverkan fungerar väl. Det finns förutsättningar för samverkan genom övergripande avtal, överenskommelser och riktlinjer men att samverkan också i hög grad är beroende, och påverkas av, tillgängliga personella resurser och upparbetade relationer lokalt.

Vi konstaterar att årliga läkemedelsgenomgångar i stort fungerar väl för patienter boende i säbo men kan förbättras för patienter i ordinärt boende.

4.5 Avvikelser i samverkan

I granskningen framkommer att rutiner för rapportering och hantering av avvikelser i samverkan finns. I samtliga intervjuer har vi ställt frågor om avvikelser rapporteras, om det finns systemstöd för rapportering och om det finns återkoppling på de avvikelser som genomförts. Tjänstepersoner vid regionledningen uppger att det finns en tydlig eskaleringsplan för avvikelser. Avvikelser omhändertas i huvudsak lokalt genom MAS, om nödvändigt tas avvikelsen vidare till något av regionens händelseråd, därefter vidare till expertrådet. Sista instans är Reko, men enligt intervju förekommer eskalering till expertrådet respektive Reko ytterst sällan.

Vi uppfattar att det finns bred kännedom om hur avvikelser i samverkan ska rapporteras. Regionen registrerar avvikelser i IT-stöd Synergi⁴³ alternativt via särskild blankett⁴⁴. Kommunen registrerar i eget avvikelshanteringssystem.

Exempel på avvikelser i samverkan uppges kunna vara oklarheter om kostnadsansvar, brister i information vid utskrivning från slutenvård till kommunal hälso- och sjukvård eller läkemedelsrelaterade avvikelser, t.ex. att en patient inte får med sig korrekt personligt förskrivna läkemedel vid utskrivning.

Den generella uppfattningen från såväl MAS, chefer i hälso- och sjukvård samt sjuksköterskor i hemsjukvården är att avvikelser rapporteras i stor utsträckning men att fler avvikelser skulle kunna rapporteras. Anledningen till att avvikelser inte rapporteras uppges vara tidsbrist eller att det finns ett pragmatiskt tillvägagångssätt att hantera uppkomna situationer utan att rapportera det som avvikelse i IT-stöd. I det fall det till exempel saknas läkemedel för en utskriven patient kan direktkontakt tas med det sjukhus som patienten skrivits ut ifrån och avvikelsen hanteras på detta sätt.

I intervjuer framkommer att det åligger respektive huvudman att skriva avvikelser vilket också genomförs i stor utsträckning, även om viss underrapportering kan finnas. Denna uppfattning återges även i enkätsvaren där flertalet menar att båda parter tar gemensamt ansvar för systematisk avvikelserapportering (Figur 8). I intervjuer framkommer också att, i det fall avvikelser påvisar systematiska avvikelser eller mönster av avvikelser, förmedlas dessa vidare till händelserådet. Allvarliga avvikelser eller anmälningspliktiga ärenden enligt Lex Maria anmäls direkt.

Lakttagelser som återkommer i intervjuer är dock att kommunerna är mer benägna att rapportera avvikelser i samverkan jämfört med regionen. I intervjuer med vårdcentraler framkommer att rapportering av avvikelser i samverkan skulle kunna ske i större utsträckning från regionens sida.

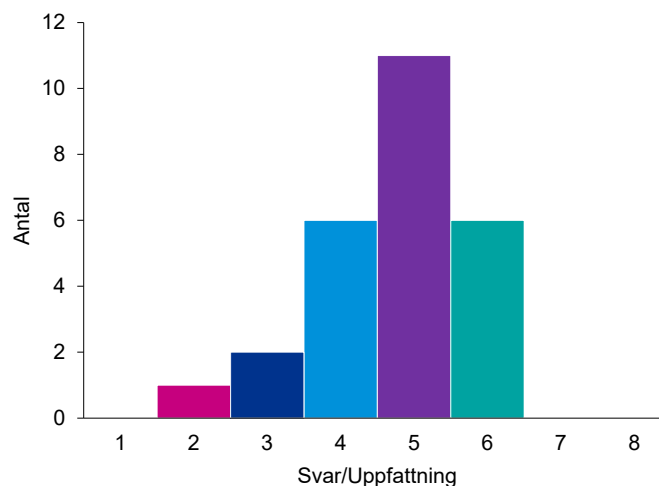
⁴³ IT-stöd, Synergi - rutiner för registrering av Avvikelser i samverkan med kommun och primärvård

⁴⁴ Avvikelse i samverkan, RjL 5155

I intervjuer framkommer att avvikelser inte sällan handlar om bristande kommunikation och information vid utskrivning eller vårdsmordningsprocessen vilket, enligt intervju, förklaras av att samverkande parter har olika förväntningar på varandra eller att ansvarsförhållanden inte upplevs tydliggjorda fullt ut.

Figur 8

Vid avvikelser i samverkan mellan regionen och kommunen sker en systematisk avvikelserapportering från båda parter

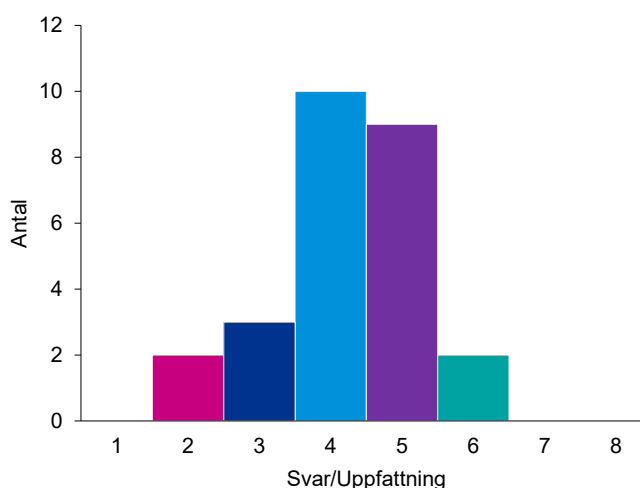


(1 = Instämmer inte/håller inte med alls, och 6 = Instämmer helt/håller helt med, 7 = Ingen uppfattning och 8 = Annat)

I såväl intervjuer som enkät framkommer att respondenter i stor utsträckning uppfattar att det finns en systematisk avvikelshantering vilket också leder till förbättringar gällande samverkan. Det framkommer att MAS har viktig funktion avseende avvikelshantering där MAS ansvarar för att ta del av alla inkomna avvikelser och bedöma grad eller väsentlighet av avvikelserna och vilken åtgärd som behöver göras.

Figur 9

Gemensam uppföljning (av avvikelser i samverkan) leder till åtgärder och förbättringar



(1 = Instämmer inte/håller inte med alls, och 6 = Instämmer helt/håller helt med, 7 = Ingen uppfattning och 8 = Annat)

Emellertid finns återkommande reflektioner i intervjuer att det finns behov av mer återkoppling gällande de avvikelser som rapporteras och i förlängningen det förbättringsarbete som genomförs. Det framkommer i intervju att händelseråden gör sammanställning och analys av avvikelser men att det saknas tillräcklig helhetssyn av avvikelser i samverkan på systemnivå. Enkätsvaren ovan ger vid handen att det finns olika uppfattning huruvida gemensam uppföljning leder till åtgärder och förbättringar. Vi kan sammantaget, utifrån intervjuer och enkät svar, konstatera att behov av mer uppföljning av avvikelser i samverkan finns.

Uppföljning av samverkan i hemsjukvården

Från intervjuer kan konstateras att samverkan i hemsjukvården omfattar ett flertal olika delar, och ett flertal parametrar att följa upp, utöver den uppföljning av avvikelser i samverkan som redovisades i ovan avsnitt.

Vi har i vår granskning intervjuat såväl chefer som medarbetare i region och kommuner. I flera av de intervjuer som genomförts har vi ställt frågor om uppföljning, på olika nivåer, avseende samverkan i hemsjukvård. Det framkommer att uppföljning eller återkoppling av samverkan genomförs lokalt i dialog med berörda samverkande parter. Via regionens webbplats⁴⁵ finns information om ledning, utveckling och samverkan däribland information om systematisk uppföljning. Regionen beskriver det som ett "stöd i införande och implementering av arbetssätt för förstärkt lokal samverkan och gemensam uppföljning som en del i gemensam plan för primärvård".

⁴⁵ [Hem-Folkhälsa och sjukvård \(rjl.se\)](http://Hem-Folkhälsa och sjukvård (rjl.se))

I intervjuer framkommer att det inte finns någon utbredd kännedom om ovan nämnda process. Det finns inte heller några kända rutiner för systematisk uppföljning. Som jämförelse är "avvikelseberapporteringsprocessen" att betrakta som mycket välkänd i regionen som helhet.

En av de chefer inom kommunal hälso- och sjukvård som vi intervjuat uppger att det lokala arbetssättet för uppföljning är att ställa skriftliga frågor till berörda parter om den samverkan som genomförs för att få en överblick om vilka områden som anses viktiga att fokusera på och följa upp. I samma intervju framkommer även att kommunen och vårdcentraler arbetat med "goda exempel" för att arbeta proaktivt med utvecklingsfrågor avseende samverkan.

I flera av de intervjuer som genomförts med företrädare för kommun återges uppfattningen att kommunen är drivande i samverkan och också drivande i att följa upp samverkan i hemsjukvården. Som exempel kan nämnas att kommuner i flera fall uppges vara sammankallande till möten, sätta dagordning och lyfta frågor om utveckling och uppföljning. I en andra intervju nämns att det kan finnas svårighet att följa upp samverkan lokalt, mot bakgrund av bristande läkartäthet och utmaningar med kompetensförsörjning i såväl region som kommun.

En annan reflektion som framkommer är att möjligheter och förutsättningar till utvecklingsarbete generellt skiljer sig åt mellan kommunerna vilka, enligt intervjuer, bör beaktas vid uppföljning av samverkan eller uppföljning av avtal och uppdrag. Exempelvis nämns att utmaningar med bland annat kompetensförsörjning påverkar möjligheter till utveckling av samverkan inom hemsjukvården, men också omställning till nära vård. Vi kan i granskningen konstatera att det finns ett behov av kontinuitet i samarbete och kompetens för att samverkan inom hemsjukvården ska fungera som avsett.

Bedömning

Vi bedömer att det finns en tydlig struktur för avvikelshantering och kända rapporteringsvägar. I de fall en avvikelse i samverkan inte kan lösas lokalt finns tydlig eskaleringsprocess. Avvikelsehantering i samverkan genomförs i stor utsträckning men det kan finnas en viss underrapportering. Vi bedömer dock att det är av stor vikt att avvikelserapportering, i så hög utsträckning som möjligt, ska prioriteras ur ett styrningslednings- och förbättringsperspektiv.

Vi bedömer vidare att återföring om avvikelser i samverkan kan förbättras i syfte att tillskriva avvikelserapporteringsprocessen dess centrala betydelse och belysa förbättrings- och lärandeperspektivet för såväl den enskilde som verksamheten i stort.

Vi konstaterar att förutsättningarna för samverkan i hemsjukvården kan se olika ut i olika kommuner. Vi bedömer att lokala utmaningar avseende till exempel kompetensförsörjning och läkartäthet medför svårigheter för samverkan samt en utmaning i exempelvis omställningen till god och nära vård.

Vi konstaterar genom intervjuer och enkät att det finns *delvis tillräckligt stöd* från läkare till kommunernas sjuksköterskor. Kommunikation och stöd är central i samverkan vilket vi bedömer är av stor vikt att säkerställa att detta fungerar väl. Vi bedömer mot bakgrund av ovan att nämnden för folkhälsa behöver säkerställa att regionen via vårdcentral har förutsättningar att ge tillräckligt stöd till samverkande kommuner.

Vi bedömer att kännedom om stöd till uppföljning av samverkan i hemsjukvården kan utvecklas. Viss uppföljning genomförs såväl lokalt som övergripande men vi konstaterar att systematisk uppföljning av verksamheten i stort saknar den systematik som uppföljning av "avvikelser i samverkan" har.

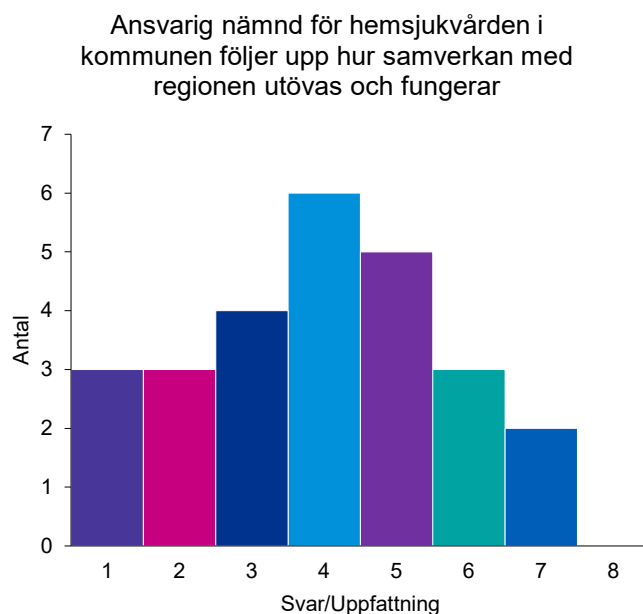
4.6 Återrapportering till nämnd

Nämnden för folkhälsa och sjukvård får information om samverkan i hemsjukvård via delår och helårsrapportering. I intervju framkommer att nämnden dock sällan efterfrågar särskild information om samverkan i hemsjukvård.

Mot bakgrund av enkätsvaren för respektive kommun kan konstateras att det finns olika uppfattning om respektive nämnds benägenhet till uppföljning av samverkan.

Svaren indikerar att omkring 23 procent (6 respondenter) anser att ansvarig nämnd inte genomför tillräcklig uppföljning, medan ca 40 procent (10 respondenter) anser att nämnden genomför uppföljning i viss utsträckning. 31 procent (8 respondenter) uppfattar att ansvarig nämnd genomför tillräcklig uppföljning och resterande respondenter saknar uppfattning i frågan.

Figur 10



(1 = Instämmer inte/håller inte med alls, och 6 = Instämmer helt/håller helt med, 7 = Ingen uppfattning och 8 = Annat)

I flera intervjuer framkommer att ansvariga kommunala nämnder inte tagit eget initiativ till uppföljning av samverkan i hemsjukvården utöver den rapportering som regelbundet kommer dem till del via patientsäkerhetsberättelser, delår- och helårsrapporteringar.

Bedömning

Vi bedömer mot bakgrund av ovan att det generellt sett genomförs få uppföljningar av samverkan i hemsjukvården varför nämndernas kännedom om samverkan i hemsjukvården tenderar att vara bristfällig. I syfte att öka kunskap om samverkan i hemsjukvården eller ytterligare samverkan mellan kommunal hälso- och sjukvård och regionens verksamhet genom exempelvis omställningen till nära vård rekommenderas nämnderna att tillse att samverkan följs upp i tillräcklig utsträckning.

5 Övriga iakttagelser om samverkan i hemsjukvården

Det framkommer i enkäten att flera respondenter efterfrågar ökad förståelse för varandras olika uppdrag i primärvården och det kan behöva tydliggöras vilket ansvar som finns för kommun respektive region. I flertalet intervjuer framkommer uppfattningen att det är värdefullt att träffas fysiskt för att få, och upprätthålla, god dialog och samverkan.

I granskningen framkommer också att en betydande del av patienter i hemsjukvården har omfattande medicinska besvär vilket ställer höga krav på den kommunala hälso- och sjukvården att ta hand om allt svårare sjuka. Det uppges att det saknas tillräcklig kompetens i den kommunala hälso- och sjukvården för att omhänderta svårt sjuka patienter.

Vi kan utifrån granskningen konstatera att hemsjukvård och omställningen till nära vård går hand i hand. Primärvården för dels region dels kommun ska samverka sömlöst kring patient vilket också genomförs i stor utsträckning via hemsjukvården. Vi uppfattar dock att kommun och region ännu inte går helt i takt avseende omställningen. I intervju framkommer att kommuner ofta utgör den drivande parten och att regionen i stor utsträckning, utöver hemsjukvård, också har att förhålla sig till vårdvalsuppdraget i övrigt.

6 Fördjupning kommuner

6.1 Aneby

I Aneby finns en vårdcentral, vilken är privat. Vi har i granskningen tagit del av lokal överenskommelse mellan vårdcentral och kommun där det framkommer tider avsatt för läkarmedverkan, det framgår frekvens och mötesplats för samverkansmöten samt vilka funktioner som ska delta. Det finns fastställt vilka kontaktvägar som ska användas samt rutiner för informationsöverföring. Det finns fastställt rutiner för vårdplanering och rutiner för läkemedelsgenomgångar

En gång per termin genomförs lokala samverkansmöten med verksamhetschefer från respektive vårdcentral, kommunens hälso- och sjukvårdschef, MAS, vårdsamordnare samt fysioterapeut från kommunal hälso- och sjukvård.

I intervjuer framkommer att det även finns regelbunden samverkan med slutenvården. En gång per vecka sker samverkansmöte med Höglandssjukhuset där information om kommunernas och regionens dagsläge diskuteras. Under pandemin träffades parterna tre gånger per vecka.

Avvikelse i samverkan förekommer och kan exempelvis handla om brister i kommunikation med vårdcentral. Avvikelse går till MAS som omhändertar och sammanställer dem. Kommunens avvikelshantering sker delvis tillsammans med händelserådet vid Höglandssjukhuset avvikelser som omfattar slutenvården sammanställs och diskuteras.

Vi konstaterar utifrån intervjuer att den generella uppfattningen är att samverkan fungerar men att förbättringsområden finns. Det framkommer att det finns en förhoppning om utveckling i samverkan genom det kommande nya reviderade avtal om samverkan i hemsjukvård som ska färdigställas. Det reviderade avtalet hoppas man ska tydliggöra frågor om tillgänglighet till läkare i såväl ordinärt som särskilt boende, tydliggöra ansvar om läkemedelsgenomgångar, tydliggöra samordnad vårdplanering samt former för uppföljningar i samverkan.

Bedömning

Vår sammantagna bedömning är att det finns god samverkan mellan den kommunala hälso- och sjukvården i Aneby kommun och med vårdcentralen samt med sjukhus. Granskningen har visat att avvikelser i samverkan förekommer men att rutiner för att omhänderta dessa finns. Granskningen har därtill visat att det finns förbättringsområden i samverkan däribland tillse att årliga läkemedelsgenomgångar genomförs för patienter i ordinärt boende.

6.2 Gislaved

Av intervjuer med företrädare för Gislaveds kommun framkommer att kommunen, i likhet med övriga kommuner, har lokala överenskommelser för samverkan med kommunens vårdcentraler, en i privat regi: Gislehälsan och två regionägda (Bra Liv).

Det uppges att det finns goda samtal mellan kommun och region och att ansvariga chefer inom primärvården för respektive huvudman är medvetna om utmaningarna i samverkan i hemsjukvården. Samverkansmöten sker under ledning av kommunens verksamhetschef i hälso- och sjukvård och förekommer fyra till fem gånger per år. Vid mötena deltar verksamhetschef i hälso- och sjukvård, MAS samt verksamhetschefer för samtliga vårdcentraler. Av intervjuer framkommer att det i huvudsak finns en bra dialog och god samverkan med primärvården i kommunen men att det kan finnas en svårighet att samverka kring utskrivningsklara patienter. Det framkommer att patienter inte sällan är i stort behov av avancerad hälso- och sjukvård där primärvårdens kompetens inte alltid anses tillräcklig. Detta medför att hemsjukvården är i behov av kontakt med specialistvård på sjukhus. För att komma i kontakt med exempelvis Värnamo sjukhus finns därför numer en rutin att, via kontakt med sjuksköterska på sjukhuset, nå specialistläkare inom exempelvis geriatrik.

Av intervjuer framkommer vidare att det finns rutiner för SIP, samordnad individuell vårdplanering, där SIP initieras av det sjukhus där patienten varit inlagd, som ska skrivas ut och det medicinska ansvaret förflyttas till vårdcentral. För samordning framkommer vidare att vårdcentralerna organiserat vårdsamordningen något olika där vissa vårdcentraler använder funktionen vårdsamordnare för detta, medan andra har kallelse till samordnad individuell vårdplanering enligt annan rutin.

Vi har i granskningen tagit del av lokal överenskommelse mellan vårdcentral och kommun där det framkommer tider avsatt för läkarmedverkan, det framgår frekvens och mötesplats för samverkansmöten samt vilka funktioner som ska delta. Det finns fastställt vilka kontaktvägar som ska användas samt rutiner för informationsöverföring. Det finns fastställt rutiner för vårdplanering och rutiner för läkemedelsgenomgångar.

De sjuksköterskor som vi intervjuat uppger att det sker daglig kontakt via messenger och link med de vårdcentraler som kommunen har avtal med. Det framkommer vidare att uppfattningen är att det i huvudsak är enkelt att komma i kontakt med läkare på vårdcentral för såväl akuta ärenden som de ärenden som kan avvakta. De intervjuade uppger att rutiner årliga läkemedelsgenomgångar fungerar väl, men att det finns förbättringsutrymme för läkemedelsgenomgångar i ordinärt boende.

I intervju framgår att det som efterfrågas i större utsträckning är mer tid till samverkansmöten mellan vårdcentral och kommun. Detta skulle exempelvis skapa mer förståelse för varandras verksamheter. Det efterfrågas därtill mer tid till fler möten kring patient och större möjlighet att träffas för vårdplanering olika kompetenser tillsammans. Detta sker, men eftersom det är både tid- och resurskrävande sker inte hembesök i ordinärt boende i lika stor utsträckning som skulle vara önskvärt.

Bedömning

Vår sammantagna bedömning är att det finns god samverkan mellan den kommunala hälso- och sjukvården i Gislaveds kommun och vårdcentraler samt med sjukhus. Granskningen har visat att avvikelser i samverkan förekommer men att rutiner för att omhänderta dessa finns. Granskningen har därtill visat att det finns förbättringsområden i samverkan däribland fler läkemedelsgenomgångar för patienter i ordinärt boende.

6.3 Jönköping

I Jönköping finns 17 vårdcentraler som kommunen samverkar med avseende hemsjukvård. Hemsjukvården inom kommunen är organiserad utifrån en geografisk områdesuppdelning där det i dagsläget finns elva hälso- och sjukvårdsteam. Respektive team arbetar bland annat tillsammans med sjuksköterska/specialistsjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut/sjukgymnast, undersköterskor, rehabassistenter och hemtjänst. I Jönköping finns två MAS och en MAR.

Samverkan sker på olika nivåer och mellan olika funktioner inom kommunens egen hälso- och sjukvårdsorganisation, men i intervjuer framkommer att samverkan på lokal nivå inom kommunen kan stärkas ytterligare.

I intervju framkommer att det finns lokala överenskommelser med vårdcentraler och att samtliga vårdcentraler har samverkansmöten med den kommunala hälso- och sjukvården. Det finns ingen fastställd frekvens med vilket samverkansmöten sker, behoven och möjligheterna till samverkan kan se olika ut. Vi har i granskningen tagit del av exempel på lokala överenskommelser mellan vårdcentraler och kommunen där det framkommer tider avsatt för läkarmedverkan, det framgår frekvens och mötesplats för samverkansmöten samt vilka funktioner som ska delta. Det finns fastställt vilka kontaktvägar som ska användas samt rutiner för informationsöverföring. Det finns fastställt rutiner för vårdplanering och rutiner för läkemedelsgenomgångar.

Generellt kan sägas att det vid samverkansmöte diskuteras gemensamma frågor i samverkan och förslag till utveckling och förbättringar. Kontakt med vårdcentral sker till stor del via den primära kontaktvägen messenger. Information om inläggning och utskrivning av patienter hämtas tre gånger dagtid via Cosmic link.

I intervjuer uppges att det i huvudsak finns utarbetade processer och rutiner för samverkan och tydliggjort vem som ansvarar för vad och att det i huvudsak finns välfungerade rutiner för informationsöverföring. Dock uppges att kommunikationen kan fungera bättre mot vissa vårdcentraler och mindre bra med andra. Detta förklaras bland annat av att kommunen är stor med stort antal patienter och många kontaktytor samt att det ibland saknas forum för att träffas och förstå varandras roller och uppgifter i samverkan. Kommunens storlek och kommunens många kontaktytor med ett stort antal vårdcentraler uppges vara en utmaning i samverkan varför samverkan i hemsjukvården riskerar att bli olika eller fungera mer eller mindre bra, eller riskerar att

bli olika i samverkan. Respondenterna menar att det skulle medföra större förståelse för varandras olika roller och uppdrag om möjligheter till fler möten och dialog fanns. Dock framhålls att KomHem avtalets tillämpningsanvisningar syftar till att just tydliggöra roller och ansvar som vägledning i samverkan.

Vi har i granskningen även efterfrågat information om det uppstår ytterligare hälso- och sjukvårdsbehov för patient, och om en hemsjukvårdspatient vid behov har möjlighet att få utökad hälso- och sjukvård upp till och med sjuksköterskenivå. De intervjuade menar att patienten alltid kan ringa hemsjukvården för rådgivning. Det finns ingen särskild uttalad rutin för hur ärenden hanteras i det fall ytterligare behov uppstår, men att patienten inte sällas hänvisas till sin vårdcentral för vidare bedömning. De intervjuade menar att medicinska frågor som bedöms kräva bedömning av läkare hänvisas till vårdcentral.

Palliativ vård

Den kommunala hälso- och sjukvården i Jönköpings kommun utför även specialiserad palliativ vård. Hälso- och sjukvårdsfunktionen har verksamhetsansvar för två korttidsenheter, en palliativ enhet och en enhet för personer med omfattande vård- och omsorgsbehov. Palliativ vård är reglerat i KomHem avtalet där det tydliggjorts att det kommunala ansvaret för palliativ vård, omfattar såväl allmän som specialiserad palliativ vård i ordinärt och särskilt boende⁴⁶.

I intervjuer framkommer att kommunen menar att den palliativa vård som bedrivs kännetecknas av god erfarenhet, god kompetens och god tillgänglighet till medicinsk personal. Kommunen menar dock att det mot bakgrund av ovan finns särskilda förväntningar från regionen att kommunen ska ta ett större ansvar att omhänderta patienter i behov av palliativ vård men att gränsdragningen för detta emellertid inte är helt tydliggjord. Jönköpings kommun menar att kompetensen inom kommunen avseende palliativ vård är hög. Kommunen pekar vidare på den slutsats som Sveriges kommuner och regioner gjort, i den nationella genomlysningen av palliativ vård inom säbo från 2020, där SKR menar att kommuner generellt sett har en mer utvecklad palliativ vård jämfört med landets regioner⁴⁷.

Jönköpings kommuns arbete med vaccination, covid-19

I samband med uppdraget om att vaccinera patienter mot covid-19 framkommer att Jönköping, i likhet med övriga kommuner, haft ansvar att vaccinera hemsjukvårdspatienter i säbo respektive ordinärt boende.

Enligt Jönköpings kommun har det funnits en tydlig gränsdragning att ansvara för vaccination av de patienter som var inskrivna i hemsjukvården, och att patienter- som omfattats av kommunal hemtjänst men inte varit inskrivna i hemsjukvården- heller inte

⁴⁶ KomHem, 4.2.1, "Allmän palliativ vård ges till patienter vars behov kan tillgodoses av personal med grundläggande kunskap och kompetens i palliativ vård. Specialiserad palliativ vård ges till patienter med komplexa symtom eller vars livssituation medför särskilda behov. Det kommunala ansvaret för palliativ vård, omfattar såväl allmän som specialiserad palliativ vård i ordinärt och särskilt boende. Vården kan utföras med stöd av regionens multiprofessionella team, palliativa vårdenheter (PVE)."

⁴⁷ Se SKR, Palliativ vård i Säbo- En värdig vård i livets slut, 2020

omfattats av kommunens vaccinationsuppdrag. Denna gränsdragning menar Jönköping varit tydlig och gäller för alla patienter i länet men att andra kommuner kan ha varit mer generösa vid utförandet, och att det förekommit att patienter även med hemtjänst, men som kan ta sig till vårdcentral, även fått utförd vaccination i hemmet.

Jönköpings kommun menar att regionen mot bakgrund av ovan kan ha förväntat sig mer av kommunen varför det i efterhand funnits en diskussion om gränssnitt mellan kommun och region och hur uppdraget skulle hanterats.

Läkemedelsrutiner

I intervjuer framkommer att läkemedelsrutiner är samma för alla kommuner, att rutiner för läkemedelsgenomgångar finns och att genomgångar ska ske minst en gång per år för samtliga inskrivna patienter i hemsjukvården. De intervjuade menar att patienter med enbart läkemedelshantering, exempelvis läkemedelsdelning, ska var inskrivna i hemsjukvård. Vidare framkommer att, om behov av regelbunden provtagning finns och bedömningen visar att det finns behov av att detta sker i hemmet bör patienten vara inskriven i hemsjukvård.

Dock uppges att det finns utrymme för förbättringar avseende läkemedelsgenomgångar i framför allt ordinärt boende. I intervju framkommer att läkemedelsgenomgång generellt sett fungerar bättre på säbo än i ordinärt boende. Som förklaring nämns att det kan finnas en större tydlighet gällande säbo om *vem* som ansvarar för *vad* i samverkan. Det uppges också finnas en större kontinuitet i läkarmedverkan på säbo än för patienter i ordinärt boende.

Avvikelser i samverkan

Respondenter menar att det förekommer avvikelser i samverkan. Det uppges att merparten av inrapporterade avvikelser handlar om kommunikation, till exempel brister i information vid utskrivning, om bristfällig information vid behovs-bedömningar eller brister i information avseende vårdsamordningsprocessen. Det förekommer även avvikelser som handlar om kostnader och vem, region eller kommun, som har kostnadsansvar. Det nämns därtill att kommunen är mer aktiv än regionen gällande avvikelserapportering.

Bedömning

Vår sammantagna bedömning är att det i huvudsak finns god samverkan mellan den kommunala hälso- och sjukvården i Jönköpings kommun, vårdcentraler i såväl privat som offentlig regi samt med regionens sjukhus.

Vi bedömer att förutsättningarna för samverkan inom hemsjukvården mellan Jönköpings kommun och regionen överensstämmer med de iakttagelser som vi genomgående gjort i granskningen. Vi konstaterar dock att det finns en komplexitet i samverkan. Den kommunala hälso- och sjukvården i Jönköping samverkar parallellt med ett stort antal aktörer utifrån ett större antal patienters medicinska behov varför det kan finnas utmaningar med samverkan såväl internt som externt. Det finns lokala utmaningar bland annat mot bakgrund av att Jönköpings kommun har ett stort antal

hemsjukvårdsteam med ett stort antal lokala samverkansparter (vårdgivare) att förhålla sig till. Vi konstaterar i granskningen att otydligheter om gränssnitt i respektive uppdrag, exempelvis i samband med vaccinationsuppdraget covid-19, medfört att gränssnitt för samverkan inom hemsjukvården kan bedömas som bristfälligt. Det senare kan medföra att det finns olika förväntningar om vad hemsjukvården ska omfatta för respektive huvudman.

Vi konstaterar att det mot bakgrund av ovan kan finnas särskilt behov av tydliga gränssnitt mellan kommunens och regionens ansvar i samverkan.

Vi konstaterar att avvikelser i samverkan förekommer men att det finns rutiner för att omhänderta dessa. Granskningen har därtill visat att det finns förbättringsområden i samverkan däribland tillse att årliga läkemedelsgenomgångar genomförs för patienter i ordinärt boende.

6.4 Nässjö

I Nässjö kommun finns fyra vårdcentraler varav två är Bra Liv. Vi har i granskningen tagit del av lokal överenskommelse mellan vårdcentral och kommun där det framkommer tider avsatt för läkarmedverkan. Det framgår även att samverkansmöten ska ske kontinuerligt för dels ordinärt dels särskilt boende. Det finns fastställt vilka kontaktvägar som ska användas samt rutiner för informationsöverföring. Det finns fastställt rutiner för vårdplanering och rutiner för läkemedelsgenomgångar.

I intervjuer framkommer att sjuksköterska från kommunen, företrädare från vårdcentraler, enhetschef från kommunens hälso- och sjukvård samt MAS träffas i samverkansmöte var sjätte vecka. Mötena handlar om utvecklingsfrågor avseende hemsjukvården, om avvikelser i samverkan och om lärande i samverkan. De intervjuade menar att avståndet krymper när man ses ofta, att det är välinvesterad tid och att det finns ett proaktivt snarare än reaktivt arbetssätt avseende samverkan. Den gemensamma strukturen gör att samarbetet blir enklare och att det finns en samsyn om patienten i centrum.

Det framkommer vidare att kommunen är drivande i samverkan och fokuserar på att bygga bra strukturer internt samt med regionen för att mötas och diskutera beröringspunkter om samverkan i hemsjukvård på bra sätt. Man kallar det "Modellområde Nässjö", där målsättningen är att skapa gemensam struktur för primärvård.

De intervjuade uppfattar att det i huvudsak finns goda kontaktvägar (ex. messenger, link och telefon) med vårdcentralens sjuksköterskor och läkare men att förbättringsområden i dialog och kommunikation finns. I intervju framkommer att ett sätt att hantera avvikelser i kontaktvägar kan vara att rapportera avvikelse i samverkan, men att, i de fall det förekommer en avvikelse, tas detta oftast upp direkt med aktuell samverkanspart. Gällande avvikelsehantering framkommer att avvikelser i samverkan

finns men att de dock inte anses vara många mellan Nässjö kommun och samverkande vårdcentraler.

Kommunens MAS finns representerad i Höglandssjukhusets händelseråd vilket träffas fyra gånger per år.

I Nässjö finns rutiner för regelbundna läkemedelsgenomgångar och det uppges fungera väl i framför allt säbo. Avseende läkemedelsgenomgångar i ordinärt boende uppges det finnas förbättringspotential.

Bedömning

Vår sammantagna bedömning är att det finns god samverkan mellan den kommunala hälso- och sjukvården i Nässjö kommun och vårdcentraler samt med sjukhus. Granskningen har visat att avvikelser i samverkan förekommer men att rutiner för att omhänderta dessa finns. Granskningen har därtill visat att det finns förbättringsområden i samverkan däribland tillse att årliga läkemedelsgenomgångar genomförs för patienter i ordinärt boende.

6.5 Vetlanda

I Vetlanda finns fyra vårdcentraler; två vårdcentraler Bra Liv och två privata. I intervju framkommer att kommunens sjuksköterskor har daglig kontakt med vårdcentral via telefon, messenger och link.

Vi har i granskningen tagit del av lokal överenskommelse med vårdcentral där det framkommer tider avsatt för läkarmedverkan, det framgår frekvens och mötesplats för samverkansmöten samt vilka funktioner som ska delta. Det finns fastställt vilka kontaktvägar som ska användas samt rutiner för informationsöverföring. Det finns fastställt rutiner för vårdplanering och rutiner för läkemedelsgenomgångar.

Samverkansmöten förekommer varje vecka, varannan vecka via Teams och varannan vecka fysiskt. Vid mötet träffas kommunens funktionschef hälso- och sjukvård, MAS, samt verksamhetschefer för de fyra vårdcentraler som finns i Vetlanda. Kommunen har också möten med Höglandssjukhuset varje onsdag där en lägesbild om antal ineliggande patienter, om utskrivningsprocessen, väntetider på akuten och smittoläget med hänvisning till pandemin förmedlas.

De regelbundna mötena uppges vara resultatet av en väl inarbetad samverkansform och uppges fungera bra. Det framkommer i intervju att det anses enkelt att nå varandra via exempelvis messenger men även telefon. Kommunens sjuksköterskor uppges att det finns rutiner för att bevaka link tre gånger per dag för information om utskrivningsklara patienter. Detta uppges fungera väl, men att det finns risk för viss eftersläpning i information vid utskrivning från sjukhus.

Avvikelser i samverkan går till MAS och omfattar i huvudsak brister i utskrivningsprocessen. Av intervju framkommer att kommunen rapporterar fler avvikelser i samverkan jämfört med regionens vårdcentraler och sjukhus, men att det kan finnas en underrapportering i antal avvikelser. Kommunens MAS ingår i Höglandssjukhusets händelseråd vilket träffas fyra gånger per år.

Av intervjuer framkommer att rutiner för läkemedelsgenomgångar finns men att det finns förbättringspotential för läkemedelsgenomgångar i ordinärt boende. Läkemedelsgenomgångar i säbo uppges fungera bra.

Bedömning

Vår sammantagna bedömning är att det finns god samverkan mellan den kommunala hälso- och sjukvården i Vetlanda kommun och vårdcentraler samt med sjukhus. Granskningen har visat att avvikelser i samverkan förekommer men att rutiner för att omhänderta dessa finns. Granskningen har därtill visat att det finns förbättringsområden i samverkan däribland tillse att årliga läkemedelsgenomgångar genomförs för patienter i ordinärt boende.

7 Slutsats och rekommendationer

Vår sammanfattande bedömning utifrån granskningens syfte är att nämnder/styrelser hos respektive berörd kommun och nämnden för folkhälsa och sjukvård i Region Jönköpings län har en ändamålsenlig samverkan mellan hemsjukvården och regionens verksamheter.

Vi har i granskningen konstaterat att det finns rutiner för kommunikation mellan huvudmännen och på olika nivåer samt via ett flertal olika forum. Granskningen har visat att det, med stöd i avtal och lokala överenskommelser, finns en struktur och tydlighet i hur informationsöverföring ska ske och med vilken frekvens. Samverkan i vardagen, mellan sjukhus, vårdcentral och kommunal hälso- och sjukvård sker i stor utsträckning digitalt men fysiska möten förekommer också.

Lokala utmaningar med bristande kommunikation i samverkan finns. Det framkommer att bristande informationsöverföring i exempelvis utskrivningsprocessen samt svårigheter med kompetensförsörjning kan medföra att det finns svårigheter att upprätthålla tillräcklig samverkan mellan respektive samverkanspart. Vi konstaterar i granskningen att en av utmaningarna består i tillräckligt stöd av läkare till sjuksköterskor i kommunal hälso- och sjukvård. Vi bedömer att det finns delvis tillräckligt stöd, men att det finns behov av att säkerställa samverkan avseende detta. Kommunikation och information är central för att få all samverkan att fungera väl. Granskningen har dock visat att denna del kan stärkas.

Emellertid finns ett starkt fokus på den enskilde patienten varför samverkan i hemsjukvården ändå tenderar att fungera trots ovan nämnda avvikelser som förekommer i större eller mindre utsträckning.

Vi har i granskningen konstaterat att det finns en tydlig struktur för avvikelshantering och kända rapporteringsvägar samt tydlig eskaleringsprocess. Det är dock av stor vikt att avvikelserapportering i samverkan fortsatt prioriteras för att skapa goda förutsättningar till gemensamma förbättringar ur såväl ett lokalt samt övergripande perspektiv. Vi menar dessutom att återföring om avvikelser i samverkan kan förbättras i syfte att tillskriva avvikelserapporteringsprocessen dess centrala betydelse och belysa förbättrings- och lärandeperspektivet för såväl den enskilde som verksamheten i stort.

Det finns rutiner och riktlinjer för hur läkemedelsgenomgångar ska genomföras i dels särskilt dels ordinärt boende. Utöver det regionövergripande avtal som tecknats av regionen samt samtliga kommuner finns lokala överenskommelser med vårdcentraler som fastställer detta. Vi kan dock konstatera att den gemensamma erfarenheten från ett stort antal av de medverkande parterna är att läkemedelsgenomgångar generellt sett fungerar bättre för patienter i särskilt boende jämfört med läkemedelsgenomgångar för patienter i ordinärt boende.

Vi konstaterar därtill att det finns en komplexitet i samverkan. I de större kommunerna samverkar den kommunala hälso- och sjukvården med ett flertal aktörer och utifrån ett större antal patienters medicinska behov varför det kan finnas utmaningar med

samverkan såväl internt som externt. I Jönköpings kommun finns exempelvis lokala utmaningar med många hemsjukvårdsteam som ska förhålla sig till samverkan med ett stort antal lokala samverkansparter. Vi konstaterar härigenom att det är av stor vikt att utforma tydliga gränssnitt om *vem* som gör *vad* i samverkan.

I granskningen har framkommit att det genomförs få uppföljningar av samverkan inom hemsjukvården på kommunnivå varför nämndernas kännedom om den kommunala hälso- och sjukvården och i synnerhet hemsjukvården är bristfällig. I syfte att öka kunskapen inför exempelvis omställningen till nära vård, rekommenderas nämnderna att tillse att samverkan följs upp i tillräcklig utsträckning.

Avslutningsvis kan vi konstatera att förutsättningarna för samverkan i hemsjukvården skiljer sig åt mellan kommunerna. Vi bedömer att lokala utmaningar avseende till exempel kompetensförsörjning och läkartäthet medför svårigheter för förutsättningar till samverkan i hemsjukvården. Det finns också en utmaning i den komplexitet gällande allt sjukare patienter som ska omhändertas i hemsjukvården och de utmaningar med behov av specialistkompetens som hemsjukvården emellanåt ställs inför.

Mot bakgrund av vår granskning rekommenderar vi respektive nämnd eller styrelse (utskott) med ansvar för kommunal hälso-och sjukvård att

- säkerställa att årlig läkemedelsgenomgång för samtliga inskrivna patienter i hemsjukvården genomförs
- säkerställa att uppföljning av samverkan i hemsjukvården genomförs lokalt
- analysera behov av kompetensförsörjning i den kommunala hälso- och sjukvården i syfte att möjliggöra goda förutsättningar för samverkan i hemsjukvården samt möjliggöra omställning till god och nära vård

Mot bakgrund av vår granskning rekommenderar vi nämnden för folkhälsa och sjukvård att

- säkerställa att årlig läkemedelsgenomgång för samtliga inskrivna patienter i hemsjukvården genomförs
- säkerställa att samarbetsformer för samverkan i hemsjukvård finns mellan vårdcentraler och kommun
- säkerställa att regionen via vårdcentral har förutsättningar att ge tillräckligt stöd till sjuksköterskor i samverkande kommuner
- säkerställa att aggregerad sammanställning om avvikelser i samverkan i hemsjukvården kommer samtliga ansvariga kommunala nämnder och/eller utskott till del. Därtill även säkerställa att det finns en sammanställning om genomfört förbättringsarbete utifrån avvikelser i samverkan i hemsjukvården

- analysera behov av kompetensförsörjning i regionens primärvård i syfte att möjliggöra goda förutsättningar för samverkan i hemsjukvården samt möjliggöra omställning till god och nära vård
- säkerställa tydliga gränssnitt för samverkan av hemsjukvården mellan Jönköpings kommun och Region Jönköpings län
- säkerställa att samverkande parter har kännedom och tillgång till stöd för att genomföra systematisk uppföljning av samverkan i hemsjukvården

Datum som ovan

KPMG AB

Liv Ahlgren
Kommunal revisor

Mikael Lind
Certifierad kommunal revisor

Vilhelm Rundquist
Certifierad kommunal revisor

Detta dokument har upprättats enbart för i dokumentet angiven uppdragsgivare och är baserat på det särskilda uppdrag som är avtalat mellan KPMG AB och uppdragsgivaren. KPMG AB tar inte ansvar för om andra än uppdragsgivaren använder dokumentet och informationen i dokumentet. Informationen i dokumentet kan bara garanteras vara aktuell vid tidpunkten för publicerandet av detta dokument. Huruvida detta dokument ska anses vara allmän handling hos mottagaren regleras i offentlighets- och sekretesslagen samt i tryckfrihetsförordningen.

Dokumenttyp
Tjänsteskrivelse

Datum
2023-08-09

Diarienummer
SN23/2

Sida
1 (1)

Mottagare
Socialnämnden

Månadsuppföljning juli 2023

Förslag till beslut

Informationen läggs till handlingarna.

Beskrivning av ärendet

Månadsrapporten omfattar uppföljning av ekonomi.

Anna-Carin Alzén

Biträdande ekonomichef

Bilaga:

Månadsrapport Juli 2023

Månadsrapport Juli 2023

Socialförvaltningen



HABO KOMMUN

Månadsrapport Juli 2023

Status: Godkänd Rapportperiod: 2023-07-31 Organisation: Socialförvaltningen

Innehåll

1	Ekonomiskt utfall och prognos.....	3
1.1	Driftsuppföljning (Tkr).....	3
1.2	Investeringsuppföljning (Tkr).....	3

1 Ekonomiskt utfall och prognos

Denna ekonomiska prognos utgår från utfallet under perioden. Noggrannhetsgraden när det gäller periodiseringar av inkomster och utgifter är lägre än vid rapportering av tertial II och årsredovisning.

Det ekonomiska utfallet och prognosen redovisas uppdelat på drift och investering. Uppföljningen av driften redovisas per verksamhet. När det gäller investeringarna redovisas totalen för förvaltningen/nämnden. I kommentarerna beskrivs de väsentliga avvikelserna.

1.1 Driftsuppföljning (Tkr)

Verksamhet/Enhet	Budget helår	Prognos helår	Avvikelse Budget - Prognos
Politisk verksamhet	687	687	0
Socialförvaltningen gemensam	11 403	10 203	+1 200
Övergripande ÄO o FO samt hälso- o sjukvård	41 154	42 554	-1 400
Äldreomsorg	91 268	93 068	-1 800
Funktionshinderomsorg	54 702	55 902	-1 200
Individ- och familjeomsorg	30 539	29 039	+1 500
Flykting och integration	27	27	0
Total	229 781	231 481	-1 700

1.1.1 Kommentar till avvikelse och planerade/genomförda åtgärder drift

Socialnämndens prognos för året hamnar totalt på - 1 700 tkr, varav 800 tkr beror på utköp av bilar i samband med att leasingkontrakt löper ut.

För socialförvaltningen gemensamt redovisas ett överskott på + 1 200 tkr. Detta beror bl.a. på vakanser då nya tjänster inte varit tillsatta från årets början.

Övergripande äldre- och funktionshinderomsorg samt hälso- och sjukvård hamnar på en prognos på - 1 400 tkr. Detta beror på följande poster: inhyrd bemanning på biståndsenheten -800 tkr, ökade kostnader för sjukvårdsmaterial och personalkostnader HS-enheten - 300 tkr, personalkostnader inom ledning och administration + 500 tkr och utköp av bilar när leasingkontrakt löper ut - 800 tkr.

Prognosen för äldreomsorgen ligger på - 1 800 tkr, vilket är en försämring med 800 tkr jämfört med föregående månad. I denna prognos ingår prestationsbaserat statsbidrag för bemanning av sjuksköterskor 2021 och 2022 på 2 mnkr. Den försämrade prognosen beror bl.a. på kostnader för utskrivningsklara från regionen på - 800 tkr. Det är lägre kostnader (+900 tkr) på särskilt boende p.g.a. att alla platser ännu inte öppnat på demensavdelningen Gläntan. Volymen har ökat inom hemtjänsten och prognosen för LOV-potten är - 2 400 tkr. Den egna hemtjänstens uppgår till -1 400 tkr, vilket beror på lägre brukartid och kostnader för övertid. Övriga förklaringar till avvikelserna är ökade kostnader bemanning korttidsenheten - 600 tkr, ökade kostnader natten - 1 100 tkr, lägre kostnader dagverksamhet + 600 tkr, hemteam +200 tkr, avgiftsintäkter +400 tkr och övrigt +400 tkr.

Inom funktionshinderomsorgen ser det ut att bli ett underskott på -1 200 tkr. Detta beror på ökade behov på korttids/fritids Kråkan - 1 600 tkr, ökade behov inom personlig assistans -800 tkr och externa placeringar - 200 tkr. Gruppboendena och daglig verksamhet ser ut att gå med överskott.

För individ- och familjeomsorgen redovisas ett överskott på 1 500 tkr. Även här har inte alla tjänster tillsattas och det har varit låga kostnader för arbetsmarknadsinsatser i början av året. Det är dock relativt osäkert hur kostnaderna för försörjningsstöd och placeringar utvecklas. I denna prognos hamnar försörjningsstödet på +300 tkr i avvikelse och placeringarna på – 400 tkr.

Av underskottet på 1 700 tkr utgörs 800 tkr av utköp av bilar i avvaktan på leverans av nya bilar som ska leasas. Detta är en engångskostnad. Återstående underskott förväntas täckas av en återbetalning från Försäkringskassan avseende personlig assistans.

1.2 Investeringsuppföljning (Tkr)

Verksamhet/Enhet	Inv budget helår	Prognos helår	Avvikelse Budget - Prognos
Socialförvaltningen	4 029	3 379	+ 650

1.2.1 Kommentar till avvikelse och planerade/genomförda åtgärder investeringar

Överskott förväntas på projekten som avser verksamhetssystem i Hypergene och uppfräschning av gemensamma utrymmen på Kärrsgården.



Till
Socialnämnden

Budget 2024, Ram 2025-2026

Förslag till beslut

Socialnämnden föreslår kommunfullmäktige att fastställa driftsbudget enligt nämndens förslag 2024 till 246 545 tkr, för 2025 till 244 815 tkr och för 2026 till 255 665 tkr.

Socialnämnden föreslår kommunfullmäktige att fastställa investeringsbudget enligt nämndens förslag för 2024 till 1 850 tkr, för 2025 till 2 150 tkr och för 2026 till 1 850 tkr.

Socialnämndens föreslås besluta om verksamhetsutvecklingsmål för 2024.

Socialnämnden föreslås godkänna övriga bilagor till budgeten.

Ärendebeskrivning

Budgetärendet är uppdelat i följande underlag:

Budget 2024-2026 Socialförvaltningen

Bilaga 1 Investeringsbudget

Bilaga 2 LOV-ersättning

Uppdraget till nämnden är att lämna in förslag till budget 2024 i nivå med en preliminär ram för 2024 på 246 545 tkr.

Socialnämndens förslag till utökningar 2024 som inte beror på ökad befolkning uppgår till 4 881 tkr. De större utökningarna är ökade kostnader för sjuklöner/övertid, medicintekniska hjälpmedel/laboratoriematerial och försörjningsstöd. Övriga utökningar framgår av budgetdokumentet på sidan 4-7.

Socialnämndens förslag till budgetanpassningar 2024 uppgår till 7 275 tkr. Exempel på större anpassningarna är lägre kostnader för externa placeringar och ersättning från Försäkringskassan. Övriga anpassningar framgår av budgetdokumentet på sidan 4-7.

Socialnämndens förslag till förändringar 2024 till följd av ökad befolkning uppgår till 20 542 tkr. Detta avser ökade behov inom alla verksamhetsområden, t.ex. ökar beläggningen inom äldreomsorgen och en helårseffekt av ny gruppbostad inom funktionshinderomsorgen. Övriga förändringar till följd av ökad befolkning framgår av budgetdokumentet på sidan 4-7.

För att komma i nivå med den preliminära ramen för 2024 krävs ytterligare anpassningar på 5 442 tkr. Förslag på dessa anpassningar och konsekvensbeskrivningar framgår av budgetrapporten.

För 2025 minskar kostnaderna med 7 172 tkr. Detta beror framför allt på lägre personalomkostnadspålägg. Mellan 2025 och 2026 ökar kostnaderna med ytterligare 10 850 tkr. Detta beror framför allt på behov av ny servicebostad och nytt korttidsboende för barn.

Förslag till taxor och avgifter framgår av budget dokumentet på sidan 16-18 Avgiften för matsdistribution höjs med 5 kr per portion. Utöver detta avser ändringarna av taxorna enbart indexuppräknningar.

I och med en ny mandatperiod har en översyn gjorts av socialnämndens verksamhetsutvecklingsmål. Budgetrapporten innehåller förslag på nya verksamhetsutvecklingsmål för 2024.

Pernilla Ekstrand
Förvaltningschef

Anna-Carin Alzén
Bitr ekonomichef

Beslutet expedieras till:
Ekonomichefen

Budget 2024-2026

Socialförvaltningen



Budget 2024-2026

Status: Påbörjad Rapportperiod: 2023-08-31 Organisation: Socialförvaltningen

Innehåll

1	Budgethandling	3
1.1	Vision.....	3
1.2	Värdegrund	3
1.3	Grunduppdrag	3
1.4	Nämndens verksamhetsutvecklingsmål	3
2	Underlag budget	4
2.1	Nettobudget per verksamhet (tkr)	4
2.2	Förändringssammanställning (tkr)	4
2.3	Konsekvensbeskrivning	9
2.4	Framtida risker och möjligheter	18
2.5	Nyckeltal	20
2.6	Förändring av årsarbetare	21
3	Taxor och avgifter	22
4	Investeringsbudget	27
4.1	Möbler/inventarier hela förvaltningen	27
4.2	Sängar SÄBO	27
4.3	Kärrsgården.....	27
4.4	Inventarier ny servicebostad	27
4.5	Inventarier nytt korttids/fritids funktionshinderomsorgen.....	27

1 Budgethandling

1.1 Vision

”Habo kommun – den hållbara kommunen för hela livet”

För socialnämnden innebär Habo kommuns vision att invånare ska kunna leva ett självständigt liv och uppleva hälsa.

1.2 Värdegrund

Engagemang – Närhet - Ansvar

För socialnämnden innebär Habo kommuns värdegrund att socialförvaltningens medarbetare har kunskap om mål och bidrar till att nå dem, att socialförvaltningens medarbetare är tillgängliga och förstår innebörden av att verka i en politiskt styrd organisation och är lojala med demokratiskt fattade beslut.

1.3 Grunduppdrag

Socialnämndens grunduppdrag är att främja en god hälsa och vård på lika villkor, ekonomisk och social trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och ett aktivt deltagande i samhällslivet. Syftet är att invånare i Habo kommun ska kunna leva ett så självständigt liv som möjligt och uppleva hälsa.

1.4 Nämndens verksamhetsutvecklingsmål

Socialnämndens verksamhetsutvecklingsmål för 2024 är:

- Behålla personal
- Frigöra resurser genom förändrade arbetssätt
- God digital tillgänglighet
- Delaktighet och sysselsättning

2 Underlag budget

2.1 Nettobudget per verksamhet (tkr)

Verksamhet	Bokslut 2021	Bokslut 2022	Budget 2023	Budget 2024	Skillnad	Ram 2025	Ram 2026
Poltisik verksamhet	405	475	687	686	-2	668	668
Socialförvaltningen gemensamt	8 342	7 996	11 403	12 465	1 062	11 548	12 448
Övergripande ÄO/FO samt hälso- o sjukvård	35 516	36 411	41 154	42 969	1 814	43 072	43 372
Äldreomsorg	76 542	84 828	91 268	104 441	13 173	99 566	99 866
Funktionshinderomsorg	47 577	46 988	54 702	57 153	2 451	55 777	65 127
Individ- o familjeomsorg	26 250	24 887	30 539	34 273	3 734	34 183	34 183
Flykting o integration	80	-3	27	0	-27	0	0
Övriga anpassningar				-5 442	-5 442		
Totala nettokostnader	194 712	201 582	229 781	246 545	16 764	244 815	255 665

2.2 Förändringssammanställning (tkr)

	Belopp		
Budget 2023 enl beslut KF 2022	225 433		
- Löneökningar	4 252		
- Kapitalkostnader	78		
- Ipads till politiker	18		
Aktuell budget 2023 inkl justeringar	229 781		
Tekniska justeringar 2024			
- Helårseffekt 2023 års löneökningar	1 432		

- Höjt PO till 46%	1 900		
- <i>Transportcentralen</i>	400		
- <i>Städ</i>	59		
- <i>Vaktmästeri</i>	46		
- <i>Kost</i>	189		
- <i>IT</i>	33		
Summa tekniska justeringar	4 058		
Utgångsläge inför Budget 2024 inkl tekniska justeringar	233 839		
Förändringar	Budget	Ram	Ram
	2024	2025	2026
Utökningar ej beroende av ökad befolkning			
<i>Politisk verksamhet</i>			
Högre arvoden förlorad arbetsinkomst mm	33	33	33
<i>Socialförvaltningen gemensamt</i>			
Helårseffekt SAS o anhörigsamordnare	293	293	293
Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)			900
Övriga anpassningar	119	119	119
<i>Övergripande ÄO/FO samt HS-enheten</i>			
Helårseffekt utökning enhetschefer 2023	356	356	356
Ökade kostnader sjuklön, övertid mm HS-enheten	584	584	584
Medicintekniska hjälpmedel o laboratoriematerial	400	650	950
Övriga anpassningar	405	405	405
<i>Äldreomsorgen</i>			
Ökade kostnader sjuklön, OB, övertid	629	629	629
Lokalkostnader	96	96	96
Ersättning till transportcentralen	165	165	165
Övriga anpassningar	350	350	350
<i>Funktionshinderomsorgen</i>			
Ökade hyreskostnader gruppbostad Solhöjden	300	300	300
Övriga anpassningar	206	206	206

<i>Individ- o familjeomsorgen</i>			
Kostnader socialjouren	65	65	65
Ökade kostnader försörjningsstöd	300	300	300
Ökade kostnader Samordningsförbundet	37	37	37
Ökade kostnader Bruk för alla	160	160	160
Övriga anpassningar	383	383	383
Summa utökningar ej beroende av ökad befolkning	4 881	5 131	6 331
Anpassningar			
<i>Politisk verksamhet</i>			
Utbildning ny nämnd 2023	-40	-40	-40
Lägre PO-pålägg från 2025		-17	-17
<i>Socialförvaltningen gemensamt</i>			
Sänkt ersättning kommunal utveckling	-111		
Kvalitetsansvarig 0,5 tjänst bidragsfinansiering	-465	-465	-465
Lokalkostnader kommunhuset	-125	-125	-125
Lägre PO-pålägg från 2025		-338	-338
Övriga anpassningar hela förvaltningen		-950	-950
<i>Övergripande ÄO/FO samt HS-enheten</i>			
Flytt bilansvarig tekniska förvaltningen	-165	-165	-165
Avtalsförändring nattsjuksköterskor	-463	-463	-463
Neddragning enhetschef bemanning/administration	-800	-800	-800
Lägre PO-pålägg från 2025		-1 198	-1 198
Minskad sjukfrånvaro o minskad övertid		-300	-300
<i>Äldreomsorgen</i>			
Statsbidrag till frivillig samordnare	-465	-465	-465
Besparing krockskadade bilar	-200	-200	-200
Verkställa beslut om särskilt boende i egen regi	-1 300	-1 300	-1 300
Lägre PO-pålägg från 2025		-2 924	-2 924
Sänkt bemanning per belagd plats		-1 600	-1 600
Minska sjukfrånvaro o övertid		-1 000	-1 000
<i>Funktionshinderomsorgen</i>			

Minskat behov externa placeringar	-1 403	-1 403	-1 403
Minska administrativa resurser korttidsboende barn	-256	-256	-256
Nettoförändring lokalkostnader daglig verksamhet	-314	-314	-314
Ersättning för assistans från Försäkringskassan	-1 000	-1 000	-1 000
Lägre PO-pålägg från 2025		-1 378	-1 378
<i>Individ- o familjeomsorgen</i>			
Sänkt ersättning kommunal utveckling	-95		
Säg upp avtalet om medlingsverksamhet	-23	-23	-23
Lägre PO-pålägg från 2025		-560	-560
<i>Flykting o integration</i>			
Övrig anpassning	-50	-2	-2
Lägre PO-pålägg från 2025		-48	-48
Summa anpassningar	-7 275	-17 334	-17 334
Summa Förändringar ej beroende av ökad befolkning	-2 395	-12 204	-11 004
Förändringar till följd av ökad befolkning			
<i>Socialförvaltningen gemensamt</i>			
Utökning vård- o omsorgschef fr 1/4 2024	790	1 050	1 050
Ökade lokalkostnader	372	372	372
<i>Övergripande ÄO/FO samt HS-enheten</i>			
Utökning enhetschef fler platser särskilt boende	900	900	900
Utökning rehab 1,0 tjänst	665	665	665
Ej utökning rehab 1,0 tjänst	-665		
Utökning sjuksköterskeorganisation 1,0 tjänst	685	685	685
Ej utökning sjuksköterskeorganisation 1,0 tjänst	-685		
Utökning handläggare biståndsenheten 1,0 tjänst	630	630	630
Ej Utökning handläggare biståndsenheten 1,0 tjänst	-630		
<i>Äldreomsorgen</i>			
Ökade intäkter i äldreomsorg fler brukare	-939	-939	-939
Ökade kostnader LOV-potten (hemtjänsttimmar)	2 186	2 836	3 136
Bemanning undersköterska natt särskilt boende	1 965	1 965	1 965

Ökad volym egen hemtjänst	1 211	1 211	1 211
Utökning fler brukare dagverksamhet	510	510	510
Öppna särskilt boende platser	5 654	5 654	5 654
Övrig förändrad beläggning (fler korttid/växelvård)	1 043	1 043	1 043
<i>Funktionshinderomsorgen</i>			
Ökade behov personlig assistans	771	771	771
Helårseffekt uppstart gruppboende Ringvägen	1 399	1 399	1 399
Utökning fler brukare daglig verksamhet	525	525	525
Ökade behov korttid barn	1 538	1 538	1 538
Ny serviceboende 1/1 2026			5 600
Nytt korttidsboende barn 1/7 2026			3 750
<i>Individ- o familjeomsorgen</i>			
Utökning enhetschef barn o unga	900	900	900
Ej utökning enhetschef barn o unga	-900	-900	-900
Omkonvertering 2 st förste soc sekr till enhetschefer	230	230	230
Utökning administrativt stöd	240	240	240
Utökning administrativt stöd flyttad till 1/4 2024	-60		
Utökning handläggare barn o unga	630	630	630
Utökning handläggare barn o unga flyttad till 1/4 2024	-158		
Utökning handläggare för försörjningsstöd	630	630	630
Utökning handläggare för försörjningsstöd flyttad till 1/4 2024	-158		
Ökade lokalkostnader (netto)	418	418	418
Familjehem/externa placeringar	846	846	846
Summa Förändringar till följd av ökad befolkning	20 542	23 179	32 829
Total summa förändringar	18 148	10 975	21 825
Övriga anpassningar			
Ej utöka vård- o omsorgschef 1/4	-790		
Ej utökning enhetschef äldreomsorg 1/1	-900		
Ej utökning administrativt stöd IFO 1/4	-180		
Ej utökning handläggare barn o unga IFO 1/4	-473		

Ej utökning handläggare försörjningsstöd 1/4	-473		
Neddragning Anhörigsamordnare 1/7	-338		
Neddragning SAS 1/7	-413		
Neddragning 2,0 fältsekreterare	-1 350		
Sänkt personaltäthet SÄBO/korttid	-527		
Summa övriga anpassningar	-5 442		
Total nettobudget	246 545	244 815	255 665

2.3 Konsekvensbeskrivning

2.3.1 Inledning

När förvaltningen arbetade fram förslaget till budget för 2024-2026 uppgick det totala behovet för 2024 till 260 224 tkr. Det framräknade riktvärdet för socialförvaltningen för 2024 uppgick till 246 546 tkr, vilket är 13 679 tkr lägre än behovet. Förvaltningens slutliga förslag ligger på 251 987, vilket är 5 442 tkr över det preliminära riktvärdet. Nedan följer en konsekvensbeskrivning av föreslagna ökningar och anpassningar.

En av de största utmaningarna framöver är kompetensförsörjningen. Hur skall färre personer kunna ge vård, stöd och omsorg till fler?

Behovet är stort inom socialförvaltningens samtliga verksamheter ingen nämnd och ingen glömd. Enligt Sveriges kommuner och regioner pratar man om utmaningar i välfärdens kompetensförsörjning där färre medarbetare skall ge stöd och omsorg till fler, framförallt äldre. Ökningen av äldre syns nu tydligt i Habo kommun, från att vara en kommun med låg andel äldre jämfört med riket ökar nu andelen äldre avsevärt. Anledningen till detta kan tänkas vara att man nu som äldre väljer att bo kvar i Habo, då tillgången till andra bostäder ökat i kombination med att livslängden ökar och man håller sig frisk längre.

En ökning är också tydlig inom Individ- och familjeomsorgen. Ökningen där beror framförallt på ökad inflyttning av personer som är mitt i livet.

Då alla kommuner i riket har samma utmaning ställer detta extra höga krav på Habo kommun som arbetsgivare. Vår enda möjlighet är att vara en lite bättre och mer attraktiv arbetsgivare än andra kommuner. Vi behöver finna konkurrenskraftiga erbjudanden och förmåner som gör att- man istället för att välja en annan arbetsgivare gör det självklara valet att söka sig till och för den del även stanna kvar hos Habo kommun som arbetsgivare. För att möta det ökande behovet behöver kommunen vidta ett antal åtgärder.

Det står helt klart att en god arbetsmiljö står sig i konkurrensen. För att skapa en god arbetsmiljö för våra medarbetare krävs att det finns:

- ett gott och tillräckligt ledarskap där närhet till chef och arbetsledning är god
- väl utarbetade processer och rutiner som fungerar i våra verksamheter
- en väl fungerande administration som ger stöd i samtliga medarbetares vardag och som arbetar förvaltningsövergripande
- förmåner för medarbetare så som friskvård, möjlighet till semesterväxling och kanske i viss mån arbetstidsförkortning

2.3.2 Socialförvaltningen gemensamt

Inom socialförvaltningen ställs allt högre krav gällande kvalitet och uppföljning i våra verksamheter. För att skapa en hållbar arbetsplats för alla medarbetare i organisationen behöver det administrativa stödet vara gott till förvaltningens verksamheter och framförallt till verksamheternas chefer. En god och följsam administration bidrar till att chefer kan vara mer närvarande på sina arbetsplatser, processer och rutiner hålls uppdaterade mot de krav som ställs genom lagstiftning och genom andra myndigheter. Kommande förändringar inom lagstiftningen kommer att bidra till en förändrad socialtjänst där fokus går från myndighetsutövning till uppföljning av kvalitet och hur insatser genomförs.

Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) Kommer att återfinnas i ny socialtjänstlagstiftning men då troligtvis under annan benämning. Tjänsten föreslås inrättas 2026.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)/Kvalitetsansvarig Medicinskt ansvarig sjuksköterska är enligt lag ett krav, varför den delen av tjänsten inte kan ingå i anpassning kommande budget. Resterande del av tjänsten är kvalitetsansvarig. En anpassning av denna delen kommer att innebära att vår hälso- och sjukvårdsorganisation går miste av ett nära stöd i att säkerställa kvalitén i verksamheten och övriga befattningar, utredare och verksamhetsutvecklare går miste om en viktig resurs i arbetet. Dessa tre befattningar har fungerat som ett team där olika professioner bidrar med sin speciella kunskap. Dock har förvaltningen en ny befattning 2023, Socialt ansvarig samordnare (SAS), som till viss del kan fylla behovet. I övrigt kommer verksamhetens enhetschefer att belastas. En risk i detta är att det kan vara svårt att finna en samverkan inom förvaltningen för att tillsätta 0,5 årsarbetare i form av MAS. En möjlig lösning för att skapa en tjänst om 100% är att använda tilldelade statsbidrag som riktas mot God vård och omsorg. Detta innebär en risk i det fall kommunen inte tilldelas tänkta medel. Förslaget innebär att budgeten anpassas och att tjänsten ändå finns kvar om än i anpassad form.

Lokalkostnader kommunhuset Att säga upp socialförvaltningens lokaler i kommunhuset kan ses som en anpassning i förvaltningens budget. Kostnaden kommer

dock finnas kvar inom kommunen och belasta annan förvaltning. Nuvarande tjänstepersoner kan beredas plats i individ- och familjeomsorgens nuvarande lokaler. Detta innebär att förvaltningen samlas på ett ställe och vinster i samverkan kan göras. Verksamheten beräknas få tillgång till nya lokaler efter första kvartalet 2024.

Övriga anpassningar hela förvaltningen från 2025 Förvaltningen skall under 2024 arbeta fram förslag på inom vilket/vilka områden denna anpassning ska göras. Detta kommer bland annat ske genom översyn av såväl kostnads- som intäktssidan.

Utökning Vård- och omsorgschef Denna utökning är nödvändig då organisationen ökar i alla sina delar. Tjänsten behövs för att kunna upprätthålla en god arbetsmiljö och för att skapa förutsättningar att driva vård- och omsorg enligt gällande lagstiftning. Risken om denna tjänsten inte tillsätts är att arbetsmiljön försämras för nuvarande vård- och omsorgschef och i sin tur våra enhetschefer inom äldre- och funktionshinderomsorgen. Detta kan i sin tur kan leda till att det blir än svårare att rekrytera samt behålla befintliga medarbetare.

Kostnader för sjuklön och övertid Under det senaste åren ser vi att våra kostnader för sjuklön och övertid har ökat, detta särskilt i samband med pandemin. Efter pandemin syntes en tydlig minskning som senaste året har avstannat. Vi ser att vi kommer att ligga på en högre nivå nu och framåt än vad vi hade innan pandemin. Detta innebär ökade kostnader, vilket budgeten har utökats med. Parallellt med detta sker ett långsiktigt arbete med att sänka dessa tal och därmed läggs en anpassning i budget 2025 för detta ändamål.

2.3.3 Övergripande äldre-och funktionshinderomsorg samt hälso- och sjukvård

Medicintekniska hjälpmedel och laboriematerial Ökade kostnader på grund prishöjning från regionen och från andra leverantörer.

Avtalsförändring nattsjuksköterskor Vi har sett över avtalet med Mullsjö och föreslår förändrade villkor i avtalet. Detta innebär en ökad intäkt om ca ca 500 tkr

Neddragning av enhetschef bemanning/administration Tjänsten läggs samman med enhetschef hemtjänst. En förändring som görs utifrån personlig lämplighet för uppdrag. Arbetsledare för administratör/bemanningsplanerare tillsätts under 1 år framöver. En tillfällig organisationsförändring. Detta innebär en effektivisering av 1 enhetschefstjänst. Konsekvensen är att det blir en ökad belastning på enhetschefer hemtjänst då det sedan tidigare gjorts en förtätning på chefsledet i samband med att hemtjänstens nattorganisation lades under enhetschef bemanning/administration. Antal medarbetare per chef blir i och med detta något högre än 30 medarbetare/tjänst inom hemtjänsten. Det finns viss risk att effekten av controllerfunktionen inom enhetschefstjänsten och samverkan med kommunens HR-enhet blir påverkad. Idag arbetar enhetschef bemanning arbeta nära HR-enheten och enhetschefer i bemanningsrelaterade frågor. Arbetsledare inom organisation skulle vidta detta men kommer behöva introduktion för nytt uppdrag.

Utökning av platser i särskilt boende På grund av ökade behov i samhället behöver vi öppna nya platser inom särskilt boende tidigare än beräknad. Öppningen bör ske fr.o.m. 1 januari 2024. För att göra detta behöver en utökning av en enhetschef ske då antalet medarbetare per enhetschef annars blir för högt utifrån nämndens tidigare beslut om 30 medarbetare per enhetschef.

Utökning rehab 1,0 tjänst Förvaltningen ser ett behov av att under 2024 utöka med en tjänst inom rehab. Förändrade arbetssätt i samband med kvalitetsprojekt senior alert och andra förebyggande arbeten kopplat till nära vård innebär utökade behov, främst riktad mot funktionshinderomsorgen. Om verksamheten inte får denna utökning 2024 behöver behoven tillgodoses inom befintlig ram. Risk för kvalitetssänkningar och prioriteringar av uppgifter inom verksamhet som gör att vi inte i samma utsträckning kan arbeta med att utveckla förebyggande arbete inom vård- och omsorg. Förslaget är att behovet tillgodoses inom befintlig ram 2024 och att utökning sker från och med 2025.

Utökning sjuksköterskeorganisation 1,0 tjänst Förvaltningen ser ett ökat behov av att under 2024 utöka med en tjänst som sjuksköterska med inriktning mot psykiatri och funktionsnedsättning. Bland annat har behovet uppkommit i och med öppningen av Ringvägens gruppboende då målgruppen är en annan än den vi tidigare haft. Om verksamheten inte får denna utökning behöver behoven tillgodoses inom befintlig ram med risk för kvalitetssänkningar och prioriteringar inom verksamheten som kan innebära risk för patientsäkerheten. Förslaget innebär att det under 2024 sker inom befintlig ram och att utökning sker 2025.

Biståndsenheten I och med att allt fler blir äldre belastas denna enhet särskilt då det är här den första kontakten med alla våra brukare inom vård- och omsorg sker. Även funktionshinderhandläggningen påverkas eftersom det sker en inflyttning till kommunen. Till viss del ser vi att uppdraget framledes kommer att förändras då större ansvar kommer att läggas hos den enskilde att beskriva behov och hur dessa bäst kommer att kunna tillgodoses. Flertalet insatser kommer att erbjudas som en service utan föregående biståndsbedömning. Vi ser också att enheten kommer gå ifrån att bedöma behov och tillsätta insatser för att tillgodose dessa. Istället kommer behovsområden att identifieras, funktionsförmågan bedömas för att det senare formuleras mål för de insatser som ska ges. Insatser, för att nå målen, utformas sedan av den verksamhet som verkställer beslutet i samråd med den enskilde. För att klara det ökande behovet inom biståndsenheten behöver vi utöka enheten med en (1) handläggare inom funktionshinderomsorgen. I liggande förslag avser vi att inte tillföra dessa medel i budget 2024 och i stället finna ett arbetssätt som medger viss överanställning för att täcka den frånvaro som uppstår.

2.3.4 Vård- och omsorg

Att behovet av undersköterskor, stödassistenter och stödpedagoger är stort inom vård och omsorg är vi alla medvetna om. Precis som i alla andra verksamheter krävs satsningar för att utbildade personer skall välja Habo kommun som sin arbetsgivare. Under flera år har äldreomsorgslyftet pågått, vilket har varit en förmånlig väg för såväl

arbetsgivare som arbetstagare att höja kompetensen hos redan befintliga medarbetare. Om den statliga satsningen upphör behöver Habo kommun ta vid så att satsningen skall kunna fortsätta. Från och med juli 2023 införs skyddad yrkestitel för undersköterskor. Denna titel anger ett kvalitetsmått på utbildning och inom en tid kommer denna att krävas för att utföra vissa arbetsuppgifter. För dessa undersköterskor, men även specialistutbildade undersköterskor, behöver kommunen med tydlighet visa att det premieras att ansöka om titeln. Detta görs bäst och tydligast via ett lönepåslag och att man vid anställningen anställs just som detta. Det finns särskilt framtagna AID-koder (nationellt kodsysteem för statistik gällande yrkestitlar) för specialistutbildade medarbetare, vilka bör användas. Samma satsning bör även göras inom funktionshinderområdet, det vill säga ett FO-lyft där man som utbildad medarbetare inom förvaltningen inom ramen för sin arbetstid skall ha möjlighet att utbilda sig till stödassistent eller för den del även stödpedagog.

Inom hälso- och sjukvården har vi samma utmaningar. Behovet av sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter är stort och avgörande för patientsäkerheten. Hur ska vi vara attraktiva där? Det har funnits medel att söka för att specialistutbilda legitimerad personal. Även här behöver kommunen ta vid om de statliga satsningarna upphör.

För att fortsätta den redan inslagna vägen behöver vi medel att utbilda fyra (4) redan anställda medarbetare för att öka kompetensen inom äldre- och funktionshinderomsorgen, vi behöver medel att specialistutbilda två (2) undersköterskor och två (2) medarbetare med legitimation. Dessa utbildningar sker oftast på halvfart under tiden medarbetaren arbetar halvtid i sin egen befattning. Detta innebär medel för fyra (4) årsarbetere/år i utökning.

I nuvarande budgetförslag finns inte dessa satsningar med, vår förhoppning är att det, likt tidigare år, kommer att tillskjutas statliga medel genom statsbidrag för ändamålet. Görs inte detta behöver vi själva göra ett omtag så att vi därmed kan jobba för att finansiera kommande satsningar vilket omfattar ca 1 500-2 000 tkr per år.

2.3.4.1 Äldreomsorg

I budgetförslaget ligger en rad poster som innebär utökning i budget till följd av befolkningen. Anledningen till detta är att våra äldre ökar vilket medför ökade behov av vård- och omsorg vilket i sin tur innebär ökade kostnader.

Statsbidrag frivilligsamordnare Risk att inte få det bidrag som ansökts om via statliga medel. Dock föreligger det troligt att dessa bidrag tillfaller enligt ansökan och att dessa enligt utlysningen kommer att fortgå även år 2024-2025.

Besparing krockskador bilar De senaste åren har kostnaden för reparationer av bilarna ökat. Det finns risk för att bilarna inom främst hemtjänst fortsatt kommer ha höga kostnader. Planering finns för utbildning i säker bilkörning, vilket förhoppningsvis ger

effekt. Möjlighet att göra carport mer anpassad för att underlätta skador. Arbete tillsammans med tekniska som pågår.

Verkställa beslut om särskilt boende i egen regi Ett beslut om särskilt boende verkställs i dagsläget av extern utförare. Bedömning om var beslutet istället skulle verkställas behöver göras av vår egna verksamhet. Ringvägens gruppboendestad har inriktning mot psykiatri och skulle av det skälet ha kompetens för att möta behoven. Risk med detta är att gruppboendestaden är fullt belagd och att andra beslut om gruppboendestad får verkställas externt. Det finns också möjlighet att verkställa beslutet inom särskilt boende för äldre. Dock finns risk för att det kräver en kompetens och planeringen av verkställigheten som idag inte finns och skulle innebära konsekvenser för helheten av verksamheten. Förslaget innebär att detta beslut skall verkställas i egen regi från och med 1 januari 2024.

Sänkt bemanning per belagd plats från och med år 2025 För att göra ytterligare ekonomiska anpassningar i budget finns en möjlighet att besluta om sänkt bemanning per belagd plats i våra särskilda boenden. Förslaget innebär en sänkning om 0,05 årsarbetare per belagd plats från och med 2025. Konsekvensen eller snarare risken i detta är att det kan komma att innebära högre kostnader på grund av att det blir svårare schematekniskt. Med färre huvuden blir det svårare att bemanna. Det kan också innebära att kvalitén i den vård som ges sänks och risken för missförhållanden och andra avvikelser kan förekomma.

Bemanning undersköterska natt särskilt boende Det finns behov av att utöka bemanningen med 4,0 årsarbetare. Anledningen till detta är dels ett ökat behov hos våra äldre som idag bor i särskilt boendet, dels på grund av utökning av platser i särskilt boende för att kunna verkställa redan fattade beslut om särskilt boende. Bakgrund till de ökade behoven av bemanning är att fler brukare har större behov kopplat till bland annat kognitiv svikt. Under hösten 2023 kommer hotellås att installeras på avdelningar vid särskilt boende, vilket kan bidra till bättre förutsättningar för arbete även nattetid. Till detta kan även tilläggas att ytterligare fyra boendepplatser i anslutning till avdelning Boken öppnas under första halvan av 2024 och en ny avdelning för särskilt boende öppnas från och med 1 januari 2024. Risk med att inte utöka budget för natt är att verksamheten ändå behöver bemanna med risk för underskott.

2.3.4.2 Funktionshinderomsorg

Minskade administrativa kostnader vid Kråkans korttidsboende Inom Kråkans verksamhet avsätts delar av tjänsten för planering och organisering av barnens vistelser. Denna tid motsvarar ca 1,0 årsarbetare för administration. Inför 2024 läggs förväntan om att effektivisera detta med 0,5 tjänst. Verksamhetens minskade ram för administration innebär risk för underskott.

Ersättning för assistans från Försäkringskassan Verksamheten har idag två ärenden där kommunens handläggare anser att de grundläggande behoven, som skall rymmas inom assistansen, uppgår till mer än 20 h/vecka. Detta innebär att ärenden skall anmälas

till Försäkringskassan för prövning. I det fall Försäkringskassan gör samma bedömning som kommunens handläggare kommer all övrig assistans utöver de första 20 timmarna att ersättas via Socialförsäkringsbalken.

Ökade behov korttid barn Anledningen till önskad utökning av tjänster vid korttidsboendet är ämnade för att tillgodose ökade och förändrade behov bland de barn som vistas vid korttidsboendet. Om inte detta medges finns risk att barnens behov inte kan tillgodoses fullt ut.

Ny servicebostad samt nytt korttidsboende barn 2026 På grund av den befolkningsutveckling som nu sker i Habo ser vi att det kan komma att finnas behov av att öppna ovanstående boenden under 2026. Om inte detta kan tillgodoses finns risk att kommunen kommer att behöva köpa platser för att tillgodose våra brukares behov.

2.3.5 Individ- och familjeomsorg

Inledning

Med anledning av en ökad inflyttning och förändringar i Individ- och familjeomsorgens uppdrag behöver även denna organisation ses över och förändras. Ett förslag på ny organisation håller på att tas fram men är i skrivande stund inte färdigt. Syftet är att organisationen ska klara det ökande behovet och skapa en hållbar organisation med god arbetsmiljö för våra medarbetare. Vi har föregått en omorganisation genom att konvertera tjänsten som 1:e socialsekreterare vuxen till en enhetschefstjänst. Idag bedöms det inte nödvändigt att ha både enhetschef och 1:e socialsekreterare där.

Att konvertera tjänsten som förste socialsekreterare till en enhetschefstjänst inom barn och unga till en kostnad om 115 tkr är inte på sikt en hållbar lösning. Det behövs ett nära arbetsledarskap med både en enhetschef och en förste socialsekreterare inom barn och unga. Det är i dagsläget åtta socialsekreterare inom myndighet och sju öppenvårdsbehandlare. IFO i Habo kommer annars att halka efter i verksamhetsutveckling, personalförsörjning, stöd till personal och att vara en attraktiv arbetsgivare.

För att närma oss en mer hållbar organisation behöver enheten således göra en utökning genom att tillsätta en tjänst som enhetschef för Barn- och unga gruppen för att avlasta IFO-chef. Sammantaget ansvarar IFO-chef idag för omkring nio (9) verksamhetsområden såväl genom att ansvara för att gällande lagstiftning följs men också i rollen att leda och fördela arbetet, ta sitt arbetsmiljöansvar fullt ut samt daglig handledning i ärenden. Detta är ingen hållbar arbetssituation om vi ska bibehålla kvalitet och undvika avvikelser. Att senarelägga rekryteringen av en ny tjänst som enhetschef barn och unga till den 1 april 2024 skulle innebära en anpassning om 225 tkr att inte tillsätta över huvud taget ger en anpassning 900 tkr. Att konvertera förste socialsekreterare innebär en anpassning genom utökning med 115 tkr. I det fall en konvertering sker kommer IFO-chef att behöva behålla familjebehandling/öppenvård direkt under sig i organisationen vilket i så fall skulle vara nödvändigt. För att

sammanfatta det hela utifrån budgetförslaget så föreslås en ökning med 115 tkr för att konvertera 1:e socialsekreterare barn och unga till en enhetschefstjänst till en kostnad av 115 tkr och avvakta anpassningar i organisationen för att sedan utvärdera genomförd förändring.

Utökning administrativt stöd När det gäller administrativt stöd så har behovet av utökning funnits under lång tid. Vi har idag 1,10 administration på IFO samt integration (20%). De hinner inte med sina arbetsuppgifter. Konsekvensen blir att socialsekreterarna får ta hand om mycket administrativt arbete samt ha telefonpassning, vilket inte är hållbart i längden och upplevs mycket stressande. Stora risker att vi inte gör det vi är ålagda att göra som att sköta gallring enligt gallringsregler, minska servicen mot våra medborgare och risk för utmattning hos våra medarbetare. Förslaget innebär att det administrativa stödet utökas vid IFO med 0,4 årsarbetare från 1 april 2024.

Utökning handläggare barn och unga I budgetförslaget ligger en utökning av socialsekreterare för Barn och unga då det enligt arbetstydsmätning tydligt visar på en hög belastning för våra socialsekreterare. Mätningen visar också på att socialsekreterare inte mår väl i nuvarande situation. Att inte utöka innebär stor risk för sjukskrivningar, uppsägningar och till sist svårigheter att rekrytera. Risk att utredningar inte färdigställs inom lagstadgad tid samt svårigheter att behålla nuvarande medarbetare samt rekrytera nya. Att senarelägga rekryteringen till den 1 april 2024 skulle innebära en anpassning om 158 tkr

Utökning handläggare för försörjningsstöd Handläggarna i Habo ligger på en hög nivå gällande ärendemängd. De handlägger dock inte bara försörjningsstöd utan även ärenden rörande våld i nära relation, ansökningar om stöd från vuxna, sociala kontrakt och dödsboanmälningar. Vi har idag sjukskrivningar som är arbetsrelaterade. Konsekvensen om vi inte skapar lite utrymme i denna grupp är att fler inte orkar samt att man söker annat arbete. Det måste dock inte vara en socionom/socialsekreterare utan det skulle även fungera med en socialassistent/handläggare.

De närmsta förändringarna vi kan se inom lagstiftningen är utfallet av samsjuklighetsutredningen (ev 2026) där myndighetsutövningen gällande LVM flyttas till Region. Förändringen kommer att innebära att kommunen fortsatt ansvarar för bostad och rätt försörjning för dessa personer. Vi ser också kommande förändringar i Socialtjänstlagen där man talar om en första och andra linjens socialtjänst. Myndighetsutövningen skall minska och insatserna skall göras mer tillgängliga för den som behöver, det förebyggande arbetet ska öka. En del myndighetsutövning kommer självklart att finnas kvar framförallt gällande barn och unga som behöver skydd. Ytterligare en större förändring (2024-2025) är i antagande gällande aktivitetsplikt vid försörjningsstöd. Detta innebär att kommunen behöver organisera sig på ett sätt för att möjliggöra aktivitetsplikten. Verksamheten behöver utökas med en (1) handläggare för försörjningsstöd för att ge stöd till personer för att dom ska nå rätt försörjning genom rätt sysselsättning. Inom denna verksamhet handlar det dels om ekonomi men också till

stor del om sysselsättning och framförallt bostad. Forskning talar om att det utan bostad som en fast grund är svårt att ta andra steg i utvecklingen som är nödvändiga för att nå annan försörjning än ekonomiskt bistånd. Att senarelägga rekryteringen till den 1 april 2024 skulle innebära en anpassning om 158 tkr

2.3.6 Förslag på ytterligare anpassningar

Ej utöka vård- och omsorgschef från 1/4 2024. Se beskrivning ovan under avsnittet 2.3.2 Socialförvaltningen gemensamt.

Ej utökning enhetschef äldreomsorg från 1/1 2024 Att inte utöka med en enhetschef inom äldreomsorgen i samband med att ytterligare en avdelning vid äldreboende öppnas innebär en försämrad arbetsmiljö för kvarvarande enhetschefer och deras medarbetare. En annan risk är att tryggheten för äldreomsorgens medarbetare minskar då det nära ledarskapet försvinner. Socialnämnden behöver således fatta ett nytt beslut gällande antalet medarbetare per chef, från dagens max 30 till omkring 40-45. Det innebär också försämrad uppföljning av pågående verksamhet med ökad risk för missförhållanden.

Ej utökning administrativt stöd IFO från 1/4 Se beskrivning ovan under avsnittet 2.3.5 Individ- och familjeomsorg.

Ej utökning handläggare barn o unga IFO från 1/4 Se beskrivning ovan under avsnittet 2.3.5 Individ- och familjeomsorg.

Ej utökning handläggare försörjningsstöd från 1/4 Se beskrivning ovan under avsnittet 2.3.5 Individ- och familjeomsorg.

Neddragning anhörigsamordnare från 1/7 I det fall det fattas beslut om att ta bort befintlig tjänst som anhörigsamordnare innebär det att ett stöd, som kommunen är skyldig att tillhandahålla enligt Socialtjänstlagen, behöver ges på annat sätt till anhöriga som vårdar närstående i hemmet eller som på annat sätt har insatser inom kommunens verksamheter. Detta kan innebära att stöd uteblir till anhöriga som har en närstående med demenssjukdom, missbruk eller ett barn som har en förälder med liknade problem. Idag pågår gruppverksamhet för att kunna ge insatsen på bästa effektiva sätt, visst samarbete finns med Mullsjö och Jönköping för att täcka behovet. Stödet måste således ges av andra funktioner i kommunens socialtjänst vilket kan bli både spretigt och utan kontinuitet.

Neddragning SAS (Socialt ansvarig samordnare) från 1/7 Att ta bort den för året inrättade tjänsten som Socialt ansvarig samordnare samtidigt som tjänsten som kvalitetsansvarig redan är föremål för anpassning innebär att socialförvaltningen i Habo kommer att få stora svårigheter att arbeta med rätt processer i kvalitetsarbetet som vi är ålagda enligt lag att göra. Enhetschefer eller vård- och omsorgschef alternativt annan funktion kommer behöva utreda avvikelser enligt Lex Sarah. Att inte låta en och samma person med kompetens för uppgiften göra ovanstående arbetsuppgifter innebär att kvalitet inte kan säkerställas och vårt ledningssystem för kvalitet inte kommer att skapa

den trygghet för organisationen som det idag gör. Risk för allvarliga missförhållanden föreligger.

Neddragning 2,0 fältsekreterare

Våra fältsekreterare är vårt förebyggande arbete i sin bästa form. Enligt socialtjänstlagen är socialtjänsten skyldiga att arbeta med förebyggande arbete. Samverkan sker mellan skola, kultur- och fritidsförvaltningen, föreningslivet och polisen. Genom fältsekreterarna fångar vi upp barn och unga i ett tidigt skede, därigenom kan riskbeteenden och brister i omsorg upptäckas i ett tidigt skede och socialtjänsten kan sedan erbjuda insatser till barnet/den unge och deras vårdnadshavare. Genom fältsekreterarna sker även ett tätt samarbete med skolan och med kultur och fritidsförvaltningen genom bland annat fritidsgården och den kännedom de har om barnen/ungdomarna. Skulle dessa tjänster sparas in mister vi en väl fungerande samverkan och risken är att dessa barn och ungdomar upptäcks i ett senare skede där det krävs än större resurser för att ge stöd. Detta kommer påverka individ- och familjeomsorgens arbete, skolans och det arbete som sker inom kultur- och fritidsförvaltningen.

Sänkt personaltäthet SÄBO/korttid äldreomsorg Se beskrivning ovan under avsnittet 2.3.4.1 Äldreomsorg

2.4 Framtida risker och möjligheter

Kompetensförsörjning

Kompetensförsörjning är en stor utmaning. Alla prognoser pekar mot att färre medarbetare ska ge stöd åt allt fler brukare, vilket kommer att kräva särskilda insatser. Kommunen måste arbeta för att bli mer attraktiv som arbetsgivare. Tydliga karriärvägar behöver skapas, utbildning/vidareutbildning inom ramen för arbetstiden behöver erbjudas. Medarbetare måste erbjudas en god arbetsmiljö och en hög grad av delaktighet och tillit. Ett arbete med detta pågår i förvaltningen men också övergripande i kommunen.

Biståndsenheten

För att öka brukares självbestämmande och delaktighet kring utförande av hemtjänst behöver förvaltningen införa ett arbets sätt som minskar alltför detaljerade hemtjänstbeslut från biståndsenheten. En utredning gällande rambeslut inom hemtjänsten är genomförd och arbetet med att skapa tillämpningsanvisningar samt förändra arbets sätt kommer att fortgå under 2024. Rambeslut innebär att ökad delaktighet uppstår för brukaren i utförandet av hemtjänst. Det är utförarens kompetens och inställning som blir avgörande för kvaliteten, vilket innebär att det kommer att ställas högre krav på personalen inom hemtjänsten. Det är troligt att ett mer automatiserat beslutsfattande kommer införas, vilket sannolikt kommer att möjliggöra ett ökat arbete med uppföljning och kvalitetssäkring. Flera insatser kommer att kunna

ges utan föregående behovsprövning. Utifrån befolkningsprognosen kommer antalet personer över 85 år att öka markant de kommande åren och därmed mängden ärenden inom biståndsenheten. Under året har arbetsbelastningen ökat inom funktionshinderomsorgen. Hur behovet kommer se ut framåt är svårt att bedöma, men med en ökad inflyttning kommer ärendemängden troligtvis fortsätta öka inom funktionshinderomsorgen.

Äldre- och funktionshinderomsorg samt hälso- och sjukvård

Den ökande andelen äldre ställer höga krav på anpassade bostäder och lokaler för att bedriva verksamhet. Även fortsatt är en välfungerande kommunövergripande samverkan kring lokaler viktig för att kunna bedriva god vård och omsorg. Behoven inom verksamheterna växer och det är avgörande att på ett bra sätt kunna verkställa besluten i ändamålsenliga lokaler. Kopplat till ökade behov krävs också fler medarbetare, vilket i sin tur ställer krav på kontorslokaler och en god planering kring detta.

Ökade behov av specifika insatser utgör fortsättningsvis en hög risk då de ibland är svåra att tillgodose inom befintlig verksamhet. Exempel på detta är behov av bostad med särskild service i form av servicebostad, ökande behov inom daglig verksamhet och korttidsplatser inom funktionshinderomsorgen.

Den högsta prioriteringen i dagsläget är att under 2024 öppna kvarvarande platser inom särskilt boende. Risk finns att det inte kommer att vara tillräckligt för hela planperioden då ökningen av de äldres behov av boende är svåra att förutse.

Omställningen till Nära vård innebär att mer avancerad sjukvård kommer bedrivas inom kommunens primärvård och i relation till utmaning med kompetensförsörjning ställer detta krav på att ställa om både i arbetssätt, organisering och digitalisering. I länet finns detta som ett prioriterat område att samverka kring genom Kommunal utveckling, vilket ger styrka i förändringen. Under 2022 och 2023 har förvaltningen erhållit länsgemensamma bidrag för nära vård genom Kommunal utveckling. Dessa bidrag finansierar idag två tjänster inom hälso- och sjukvårdsenheten samt bidrar till utbildningsinsatser för våra medarbetare, allt för att öka arbetet mot nära vård. Det innebär en risk om dessa bidrag uteblir eller riktas åt annat håll.

11-timmars dyngsvila är en ny lagstiftning från och med 1 oktober 2023. Hur det kan komma att påverka det ekonomiska utfallet är svårt att förutse då det är komplext och påverkas av schemaläggning och behovet hos våra brukare i verksamheterna.

Individ- och familjeomsorg

Även inom individ- och familjeomsorgen ökar behoven av insatser. Kommande förändringar i lagstiftningen kommer att innebära en omorganisation mot en första och en andra linjens socialtjänst. Första linjens socialtjänst innebär mer öppna insatser dvs stöd utan bistånd. Andra linjens socialtjänst kommer innebära att ta emot och utreda anmälningar samt arbete enligt lag med särskilda bestämmelser om vård av unga.

Vidare har förskjutningen av Arbetsförmedlingens uppdrag inneburit att kommunen fått delvis nya uppdrag. Förändringar kommer troligtvis att fortsätta, vilket kommer att ställa högre krav på kommuner att erbjuda sysselsättning. Kommunen kommer således behöva skapa en verksamhet som dessa personer kan komma till och vara i. Detta är också nödvändigt i det fortsatta arbetet med att minska andelen personer i Habo kommun som uppbär försörjningsstöd. I dagsläget är det inte möjligt att villkora försörjningsstödet mot att klienten deltar i verksamhet då det inte finns någon verksamhet att delta i.

2.5 Nyckeltal

Nyckeltal	Bokslut 2021	Bokslut 2022	Budget 2023	Budget 2024	Ram 2025	Ram 2026
Övergripande						
Anal årsarbetare (TV)	250	274	269	291	293	313
Nettokostnader per invånare (kr)	15 224	15 577	16 710	18 241	16 986	17 028
Sjukfrånvaro % (korttid)	4,3	4,7	2,8	3,6	3,1	2,6
Sjukfrånvaro % (långtid)	7,1	6,3	4,7	4,4	3,9	3,4
Sjukfrånvaro % (totalt)	11,4	11,1	7,5	8,0	7,0	6,0
Äldreomsorg						
Andel tid hos brukare av arbetad tid inom hemtjänsten (%)	51	57	57	58	58	58
Kostnad per utförd timme hemtjänst egen regi (kr)	704	697	673	680	675	670
Kostnad per belagd plats äldreboende o korttid/växelvård exkl natt (kr)	671 328	622 791	561 357	583 948	583 948	583 948
Kostnad per belagd plats demensboende exkl natt (kr)	717 346	684 197	678 428	717 481	717 481	717 481
Funktionshinderomsorg						

Kostnad per tim personlig assistans egen regi (kr)	449	417	415	475	475	475
Individ- o familjeomsorg						
Nettokostnad försörjningsstöd per hushåll (tkr)	33	34	40	42	42	42
Flykting o integration						
Nettokostnad försörjningsstöd per hushåll (tkr)	39	24	29	31	31	31

2.6 Förändring av årsarbetare

Förändringar jämfört med Budget 2023	Budget 2024	Ram 2025	Ram 2026
Vård- o omsorgschef	1,0	1,0	1,0
Bilansvarig (överförd till tekniska förvaltningen)	-0,25	-0,25	-0,25
Ny enhetschef äldreomsorg	1,0	1,0	1,0
Neddragning enhetschef administration/bemanning	-1,0	-1,0	-1,0
Handläggare IFO inkl arbetsmarknadsåtgärder	3,0	3,0	3,0
Administration IFO	0,4	0,4	0,4
Undersköterskor	16,3	16,3	17,3
Stödassistenter	1,8	1,8	19,8
Arbetsterapeut		1,0	1,0
Sjuksköterska		1,0	1,0
Medicinskt ansvarig Rehab (MAR)			1,0
Totalt förändring antal årsarbetare	22,2	24,2	44,2
Totalt antal årsarbetare	290,8	292,8	312,8

3 Taxor och avgifter

Maxtaxa gäller inom äldre- och funktionshinderomsorg sedan 2002, det innebär att högsta avgift som får tas ut är 0,5392 * prisbasbeloppet per månad (från 2016-07-01). Ingen kan betala mer än 2 575 kr/mån, beroende på inkomst blir den slutliga avgiften mellan 0 – 2 575 kr/mån.

	Taxa 2023	Taxa 2024	Taxa 2025	Taxa 2026
Hemtjänst, ledsagning				
Timtaxa utförd tid	368 kr/tim	401 kr/tim	401 kr/tim	401 kr/tim
Matdistribution	10 kr/port	15 kr/port	15 kr/port	15 kr/port
	(max 310:-/mån)	(max 465:-/mån)	(max 465:-/mån)	(max 465:-/mån)
Omsorgsavgift i särskilt boende motsvarar maxtaxan	2 359 kr/mån	2 575 kr/mån	2 575 kr/mån	2 575 kr/mån
Trygghetslarm – 0,6 % av pbb	315 kr/mån	344 kr/mån	344 kr/mån	344 kr/mån
Digital tillsyn	175 kr/mån	190 kr/mån	190 kr/mån	190 kr/mån
Avgift för korttidsplats – avgiften för korttidsplats endast dag- eller nattetid är 2/3 av fastställd avgift, vid dubbelbeläggning minskas avgiften med 15 %.				
Omsorgsavgift, 100 % av maxavgift/månad	79 kr/dygn	86 kr/dygn	86 kr/dygn	86 kr/dygn
max	2 359 kr/mån	2 575 kr/mån	2 575 kr/mån	2 575 kr/mån
Avgift för dagverksamhet – debiteras per tillfälle, utöver detta debiteras för lunch och mellanmål				
Deltagaravgift	94 kr/tillf	103 kr/tillf	103 kr/tillf	103 kr/tillf
Måltider				
Måltider särskilt boende	4 550 kr/mån	4 675 kr/mån	4 675 kr/mån	4 675 kr/mån
Måltider korttid, växelvård	152 kr/dygn	156 kr/dygn	156 kr/dygn	156 kr/dygn

Måltider hemtjänsten exkl distribution	72 kr/portion	74 kr/portion	74 kr/portion	74 kr/portion
Måltider Gnistan	80 kr/tillfälle	85 kr/tillfälle	85 kr/tillfälle	85 kr/tillfälle
Hemsjukvårdsavgift				
Hälsa- och sjukvård i ordinärt boende, max	350 kr/mån	380 kr/mån	380 kr/mån	380 kr/mån
Inskrivna i hemsjukvård av sjuksköterska, arbetsterapeut och/eller sjukgymnast	350 kr/mån	380 kr/mån	380 kr/mån	380 kr/mån
Ordination av hjälpmedel inklusive bedömning, hembesök, intyg och uppföljning, max 380 kr/mån	175 kr/insats	190 kr/insats	190 kr/insats	190 kr/insats
Hämtning av hjälpmedel, max 380 kr/mån	175 kr/insats	190 kr/insats	190 kr/insats	190 kr/insats
Enstaka besök, ej inskrivna i hemsjukvården, max 380 kr/mån	175 kr/insats	190 kr/insats	190 kr/insats	190 kr/insats
Medicinskt intyg avseende bostadsanpassning, max 380 kr/mån	175 kr/insats	190 kr/insats	190 kr/insats	190 kr/insats
Läkemedelsordination av distriktssjuksköterska, max 380 kr/mån	175 kr/insats	190 kr/insats	190 kr/insats	190 kr/insats
Måltider och förbrukningsmaterial inom funktionshinderomsorgen exkl förlängd skolbarnsomsorg eller korttidsvistelse				
Taxan anges som andel av Habo kost taxa för matabonnemang vid särskilt boende för äldre. Frukost 20%, Mellanmål 10%, Huvudmål 40%, Kvällsmål 30%, Endast varm dryck 5%. Avrundning sker uppåt till närmaste heltal.				
Brukare över 21 år:				
Frukost	30 kr	31 kr	31 kr	31 kr

Mellanmål	15 kr	16 kr	16 kr	16 kr
Huvudmål	61 kr	62 kr	62 kr	62 kr
Kvällsmål	46 kr	47 kr	47 kr	47 kr
Högsta dygnskostnad	152 kr	156 kr	156 kr	156 kr
Endast varm dryck	8 kr	8 kr	8 kr	8 kr
Smörgås	10 kr	10 kr	10 kr	10 kr
Brukare under 21 år:				
Kostnad per dygn	91 kr	94 kr	94 kr	94 kr
Avgifter för ansökningar om serveringstillstånd enligt alkohollagen				
Avgifterna beräknas efter gällande basbelopp				
Stadigvarande serveringstillstånd				
Ansökan om stadigvarande serveringstillstånd x %	8 900 kr	9 700 kr	9 700 kr	9 700 kr
Ändring i befintligt serveringstillstånd i form av ändring/utökning av serveringsyta, ändrade ägarförhållanden eller ändring av bolagsform x %	4 600 kr	5 000 kr	5 000 kr	5 000 kr
Ansökan om utökad serveringstid eller utökning av fler slag av alkoholdrycker x %	1 100 kr	1 200 kr	1 200 kr	1 200 kr
Kunskapsprov / gång	600 kr	600 kr	600 kr	600 kr
Tillfälliga serveringstillstånd				
Ansökan om tillfälligt serveringstillstånd till allmänheten, x %	4 600 kr	5 000 kr	5 000 kr	5 000 kr
Ansökan om tillfälligt serveringstillstånd till slutet sällskap x %	900 kr	1 000 kr	1 000 kr	1 000 kr

Ansökan om tillfälligt provsmakningstillstånd för partihandlare och tillverkare x %	4 600 kr	5 000 kr	5 000 kr	5 000 kr
Avgifter för tillsyn enligt alkohollagen				
Tillsynsavgiften delas upp i grundavgift och tillsynsavgift				
Grundavgift	2 000 kr	2 000 kr	2 000 kr	2 000 kr
Årsomsättning (öl, vin, sprit) kronor:				
0 - 50 000, 1,5 %	800 kr / år	900 kr/år	900 kr/år	900 kr/år
50 001 – 100 000, 2,5 %	1 300 kr / år	1 400 kr/år	1 400 kr/år	1 400 kr/år
100 001 – 250 000, 6,0 %	3 200 kr / år	3 400 kr/år	3 400 kr/år	3 400 kr/år
250 001 – 500 000, 12,0 %	6 300 kr / år	6 900 kr/år	6 900 kr/år	6 900 kr/år
500 001 – 1 000 000, 18,0 %	9 500 kr / år	10 300 kr/år	10 300 kr/år	10 300 kr/år
1 000 001 - 29,0 %	15 200 kr / år	16 600 kr/år	16 600 kr/år	16 600 kr/år
Försäljningstillstånd enligt tobakslagen				
Ansökan om försäljningstillstånd x %	5 700 kr	6 200 kr	6 200 kr	6 200 kr
Ändring i befintligt försäljningstillstånd i form av ändrade ägarförhållanden eller ändring av bolagsform x %	3 400 kr	3 700 kr	3 700 kr	3 700 kr
Tillsynsavgifter för tobak, folköl, e-cigaretter och påfyllningsbehållare samt receptfria läkemedel				
Tobaksförsäljning, x %	2 800 kr	3 100 kr	3 100 kr	3 100 kr
Folkölsförsäljning, x %	900 kr	1 000 kr	1 000 kr	1 000 kr

E-cigaretter och påfyllningsbehållare x %	400 kr	400 kr	400 kr	400 kr
Tobaksfria nikotinprodukter, x %	400 kr	400 kr	400 kr	400 kr
Försäljning av receptfria läkemedel, x %	1 300 kr	1 400 kr	1 400 kr	1 400 kr
*) Taxorna för 2024, 2025 och 2026 kommer att räknas upp med förändringen av basbeloppet				

4 Investeringsbudget

Investeringsbudget redovisas i Bilaga 1. Nedan följer en kort motivering och beskrivning av varje enskild investering.

4.1 Möbler/inventarier hela förvaltningen

1 000 tkr förslås avsättas årligen till diverse möbler och inventarier. Under 2024 kommer en del att användas till möbler i gemensamma utrymmen på avdelningarna Boken och Linden.

4.2 Sängar SÄBO

350 tkr föreslås avsättas varje år för fortsatt utbyte av sängar på alla avdelningar på särskilt boende och korttidsboende.

4.3 Kärrsgården

500 tkr föreslås avsättas per år 2024 och 2025 till fortsatt uppfräschning av gemensamhetslokalerna på Kärrsgården.

4.4 Inventarier ny servicebostad

300 tkr föreslås avsättas till inventarier 2025 i samband med att en ny servicebostad öppnas i början av 2026. Medlen behövs bl.a. till inventarier i personallokal.

4.5 Inventarier nytt korttids/fritids funktionshinderomsorgen

500 tkr föreslås avsättas till inventarier 2026 i samband med att ett nytt korttids/fritids inom funktionshinderomsorgen föreslås öppnas.

Investeringsbudget (tkr)

Till varje investering ska det finnas en kort beskrivning i Hypergene vad investeringen avser.

Projektnr	Benämning	Total investering	Utfall t.o.m. 2022-12-31	Aktuell budget	Budget 2024	Ram 2025	Ram 2026	Utblick efter 2026	Aktivering	
				2023					start år mån	Ek livslängd mån
51038	Möbler/inventarier hela förvaltningen	5 390		1 390	1 000	1 000	1 000	1 000		
51045	Sängar SÄBO	1 972	414	508	350	350	350			
51046	Inventarier rehab o sssk	398	346	52						
51049	Demens utemiljö	250	174	76						
51051	Kärrsgården	2 479	105	1 374	500	500				
51054	Gruppbostad Ringvögen	400	196	204						
51055	Hypergene Uppföljning SOC	275		275						
51056	Hypergene ledningssystem	150		150						
	Inventarier ny servicebostad	300				300				
	Inventarier nytt korttid/fritids funktionshinderomsorgen	500					500			
		0								
Summa				4 029	1 850	2 150	1 850			

Bilaga 1

För alla investeringar över 2 mnkr ska det finnas en beräkning av driftskostnaderna exkl kapitalkostnader
Driftskostnader

Budget 2024	Ram 2025	Ram 2026
0	0	0

LOV-ersättning hemtjänst 2024

Enligt tidigare beslut ska ersättning enligt LOV prisjusteras årligen. Uppräkningen sker med Omsorgsprisindex (OPI). Indexet redovisas normalt i slutet av året. Ersättningen räknas upp när indexet blir känt.

	Ersättning 2023	Prel Ersättning 2024
Hemtjänst per timme		
Privata aktörer	535	559
Kommunen	494	517
Matdistribution tätort per styck		
Privata aktörer	89	93
Kommunen	82	86
Matdistribution landsbygd per styck		
Privata aktörer	134	140
Kommunen	124	129



HABO KOMMUN

Socialförvaltningen

Birgitta Johansson
IT-samordnare

TJÄNSTESKRIVELSE

Datum
2023-08-16

Dnr
SN23/70

Sida
1 (1)

Till
Socialnämnden

Information om rapportering av ej verkställda beslut enligt SoL och LSS – andra kvartalet 2023

Socialnämnden har för andra kvartalet 2023 rapporterat till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) om tre gynnande beslut enligt 4 kap 1 § SoL som ej verkställts inom tre månader från beslutsdatum (Tabell 1).

Kön	Tidigare rapporterat	Beviljad insats	Dagar från beslut till rapporterings-tillfället	Notering
M		Kontaktfamilj (SoL)	140	Resursbrist. Rekrytering pågår.
M		Kontaktfamilj (SoL)	140	Resursbrist. Rekrytering pågår.
K		Hysesgaranti (SoL)	128	Bostadssocialt kontrakt. Resursbrist, har inte någon tillgänglig lägenhet. Kommer verkställas 2023-09-01.

Tabell 1

Sammanställning av tidigare rapporterade ej verkställda beslut

Förvaltningen har sammanställt rapporterade ej verkställda/avslutade beslut i Bilaga 1.

Pernilla Ekstrand
Förvaltningschef

Birgitta Johansson
IT-samordnare

Expedieras till
Kommunfullmäktige
Kommunrevisionen

Sammanställning av rapporterade ej verkställda beslut/avbrott i verkställighet enligt SoL och LSS

Bilaga 1

Beviljad insats	Lagrum	kön		Beslutsdatum/ Avbrottsdatum	Dagar från beslutsdatum till rapporterings- tillfället	Rapporterings- tillfällen	Verkställt/ avslutat	Antal dagar från beslut till verkställt/avslutat	Notering
		k	m						
Följande beslut rapporterades 2023 kvartal 1									
Bostad med särskild service	LSS	x		2021-07-23	619	2020 kvartal 4 2021 kvartal 1 2021 kvartal 2 2021 kvartal 3 2021 kvartal 4 2022 kvartal 1 2022 kvartal 2 2022 kvartal 3 2023 kvartal 4	2023-04-17	636	
Bostad med särskild service	LSS	x		2022-02-24	402	2022 kvartal 2 2022 kvartal 3 2022 kvartal 4	2023-04-13	415	
Kontaktperson	SoL		x	2022-09-09	206	2022 kvartal 4	2023-05-05	241	
Kontaktfamilj	SoL	x		2022-07-27	250	2022 kvartal 4	2023-02-28	216	
Kontaktperson	LSS		x	2022-08-30	215	2022 kvartal 4	2023-01-31	246	
Stödfamilj	SoL	x		2022-08-05	240	2022 kvartal 4	2023-05-01	271	
Kontaktperson	SoL		x	2022-11-08	143		2023-05-09	182	
Följande beslut rapporterades 2023 kvartal 2									
Kontaktfamilj	SoL		x	2023-02-10	140				
Kontaktfamilj	SoL		x	2023-02-10	140				
Hysesgaranti (Bostadssocialt kontrakt)	SoL	x		2023-02-21	128				



Till Socialnämnden

Informationsärenden i samband med socialnämnden den 30 augusti 2023

I samband med nämndutskick bifogas en innehållsförteckning på de handlingar som ligger i den röda informationsmappen som cirkulerar under nämndsammanträdena. Om det finns handlingar som ledamöterna vill titta närmare på finns, dessa tillgängliga hos förvaltningsadministratören före och efter sammanträdet.

Informationsmappen innehåller följande handlingar:

1. Facklig Samverkan
 - *Minnesanteckningar 24 augusti 2023*