

KALLELSE

Nämnd Socialnämnden

Datum och tid 2016-08-24 Kl. 09.00

Plats Gröna rummet, Socialförvaltningen, Östhammar

Besök	Nr	ÄRENDELISTA	Föredragande
	1	Tillkommande ärenden	
	2	Redovisning av delegationsbeslut	
	3	Personärenden	
	4	Information	
	5	Information från socialkontoret	
	6 A	Budgetuppföljning 2016	
	7 B	Delårsbokslut 2016 samt måluppfyllelse	
	8 C	Nyckeltal för kvartal 2, 2016	
	9 D	Redovisning av överställda beslut, kvartal 2, 2016	
	10 E	Statistikrapport av ej verkställda gynnande beslut, kvartal 2, 2016	
	11 F	Fördelning av arbetsmiljöuppgifter – Nämnd till Förvaltningschef	
	12 G	Yttrande; Policy för ekologisk hållbarhet	
	13 H	Yttrande; Regional utvecklingsstrategi för Uppsala län	
	14 I	Yttrande; Remiss revidering förbundsordning Samordningsförbundet Uppsala län	
	15 J	Information om yttrande; Remiss om nytt ersättningssystem för mottagande av och kommunplacering av ensamkommande barn och unga	
13.00	16 K	Yttrande; Remiss nya föreskrifter om läkemedelshantering	Anette Frode
	17 L	Revidering; Riktlinjer för hjälpmedelsenheten	Anette Frode
	18 M	Upphandling av trygghetslarm/larmtjänster ordinärt boende samt trygghetslarm särskilt boende	
	19 N	Servicetjänster	
	20	Rapporter	
	21	Tillkommande ärenden	

Sekreterare Rebecka Modin

Ordförande Kerstin Björck-Jansson

p. 1

Tillkommande ärenden

p. 2

Dnr SN-2016-67	Dpl 904
Dnr SN-2016-68	Dpl 904
Dnr SN-2016-165	Dpl 904

Redovisning av delegationsbeslut

Föreligger delegationslistor.

1. Arbetsutskottets protokoll 2016-08-10
 2. Beslut i vård- och omsorgsärenden 160601 – 160731
 3. Beslut i individ- och familjeomsorgsärenden 160601 – 160731
 4. Beslut i övriga ärenden registrerade 160601 – 160731
-

p. 3

Personärenden

Handlingar delas ut på sammanträdet.

p. 4

Dnr SN-2016-11

Dpl 904

Information

- 1) Dnr SN-2016-28 Dpl 709
Sveriges kommuner och landsting (SKL) ska ta fram en strategi för framtidens hälsa.
- 2) Dnr SN-2016-196 Dpl 029
Socialdepartementet har beviljat Uppsala kommun medel för att genomföra ett utvecklingsprojekt för att behålla och rekrytera socionomer inom den sociala barn- och ungdomsvården.
- 3) Dnr SN-2016-139 Dpl 709
Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har beviljat en ansökan om att bedriva bostad med särskild service vid Valöhemmet.

Arbetsutskottets förslag 2016-08-10Socialnämnden tar del av informationen.

p. 5

Dnr SN-2016-12

Dpl 904

Information från socialkontoret

- Rekrytering av ny vård- och omsorgschef pågår. Ansökningstiden har gått ut och urvalsprocessen pågår.
- Diskussion angående organisation för daglig verksamhet pågår mellan kommunledningen och socialförvaltningen.
- Sommaren inom vård och omsorg har över lag fungerat bra. Sjuksköterskebemanningen var ansträngd under två veckor men situationen gick att lösa. En utvärdering kommer att genomföras.
- Sommaren inom individ- och familjeomsorgen har varit lugn.
- Information om nya enhetschefer inom vård och omsorg.
- Två nya utredare har börjat i staben och rekrytering av ekonom pågår.
- Under sommaren har försörjningsstödet arbetat med ansökningar för två månader i vissa fall för att hantera arbetsbördan under semesterperioden. En utvärdering kommer att genomföras.

Socialchef Håkan Dahlqvist, vård och omsorgschef Mojgan Alimadad, administrativ chef Margaretha Borgström samt individ- och familjeomsorgschef Mikael Sjöberg föredrar ärendet.

Arbetsutskottets förslag 2016-08-10

Socialnämnden tar del av informationen.

p. 6

Dnr SN-2016-95

Dpl 042

Budgetuppföljning 2016

Handling A

Föreligger prognos nettokostnader socialförvaltningen till och med juni 2016, kostnadsutveckling för försörjningsstöd samt personalkostnader inom vård och omsorg.

Administrativ chef Margaretha Borgström föredrar ärendet.

Arbetsutskottets förslag 2016-08-10

Socialnämnden tar del av redovisningen.

p. 7

Dnr SN-2016-94

Dpl 042

Delårsbokslut 2016 samt måluppfyllelse**Handling B**

Föreligger delårsbokslut 2016 inklusive måluppfyllelse.

Socialchef Håkan Dahlqvist föredrar ärendet.

Arbetsutskottets förslag 2016-08-10

Socialnämnden fastställer delårsbokslut samt måluppfyllelse.

p. 8

Dnr SN-2016-150

Dpl 701

Nyckeltal för kvartal 2, 2016**Handling C**

Redovisas nyckeltal för individ- och familjeomsorgen, handläggning vård och omsorg samt närvårdsenheten, kvartal 2, 2016.

Arbetsutskottets förslag 2016-08-10

Socialnämnden godkänner redovisningen.

p. 9

Dnr SN-2016-151

Dpl 701

Redovisning av överkända beslut, kvartal 2, 2016

Handling D

Redovisas överkända beslut enligt 4 kap. 1 § SoL och LSS under perioden 160401 – 160630.

Arbetsutskottets förslag 2016-08-10

Socialnämnden godkänner redovisningen.

p. 10

Dnr SN-2016-152

Dpl 701

Statistikrapport av ej verkställda gynnande beslut, kvartal 2, 2016

Handling E

Redovisas statistikrapport av ej verkställda gynnande beslut enligt 4 kap. 1 § Socialtjänstlagen (SoL) och 9 § Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) under perioden 160401 – 160630. Rapporten överlämnas till kommunfullmäktige i enlighet med 16 kap. 6 h § respektive 28 h § LSS.

Arbetsutskottets förslag 2016-08-10

Statistikrapporten överlämnas till kommunfullmäktige.

p. 11

Dnr SN-2016-124

Dpl 026

Fördelning av arbetsmiljöuppgifter – Nämnd till Förvaltningschef

Handling F

Föreligger Riktlinjer gällande fördelning av arbetsmiljöuppgifter inom Östhammars kommun, antagna av kommunfullmäktige § 56/2016, där nämndernas uppgifter specificeras. En uppgift för nämnden är att se till att förvaltningschefen skriftligen tilldelas uppgifter i det systematiska arbetsmiljöarbetet.

Arbetsutskottets förslag 2016-08-10

Socialnämnden fördelar arbetsmiljöuppgifter till socialchef Håkan Dahlqvist i enlighet med Riktlinjer gällande fördelning av arbetsmiljö-uppgifter inom Östhammars kommun.

p. 12

Dnr SN-2016-191
Dnr KS-2014-373

Dpl 003

Yttrande
Policy för ekologisk hållbarhet

Handling G

Kommunstyrelsen bjuder in samtliga nämnder att ge synpunkter på föreslagen Policy för ekologisk hållbarhet för Östhammars kommun. Svar ska vara kommunstyrelsen tillhanda senast den 23 september 2016.

Föreligger förslag till policy samt förslag till yttrande daterat 2016-08-02.

Arbetsutskottets förslag 2016-08-10

Socialnämnden lämnar yttrande till kommunstyrelsen i enlighet med nedanstående:

Socialnämnden har inget att erinra om policyns innehåll. Policyn bör dock kompletteras med hur den ska följas upp, både på övergripande nivå och hos samtliga nämnder. Socialnämnden föreslår att policyn följs upp:

- Inom ramen för budgetarbetet.
- Att den särskilt implementeras i samband med upphandlingar.
- Genom kommunchefens dialog om verksamhetsuppföljning med förvaltningscheferna.

Socialnämnden ser fram emot policydokument kring social respektive ekonomisk hållbarhet och vill poängtera vikten av att dessa tre policydokument tydligt kopplar till varandra.

p. 13

Dnr SN-2016-169
Dnr KS-2016-472

Dpl 019

Yttrande

Regional utvecklingsstrategi för Uppsala län

Handling H

Regionförbundets styrelse har beslutat att sända ut förslag till Regional utvecklingsstrategi för Uppsala län på remiss. Efter remissperioden utarbetas en ny version av strategin, som sedan kommer att behandlas av förbundsfullmäktige. Strategin fastställs därefter det nybildade regionfullmäktige i jan/feb 2017.

I Östhammars kommun har ärendet lämnats för yttrande till samtliga nämnder. Ärendet samordnas av strategienheten. Socialnämndens synpunkter ska vara strategienheten tillhanda senast den 31 augusti 2016.

Ärendet diskuteras. Socialnämnden ska få tillgång till handlingarna i god tid före ärendets behandling i nämnd.

Arbetsutskottets beslut 2016-06-08

Socialförvaltningen får i uppdrag att ta fram ett förslag till yttrande.

Ärendet återupptas i augusti.

Föreligger remisshandling och förslag till yttrande. Ärendet diskuteras.

Arbetsutskottets förslag 2016-08-10

Socialnämnden lämnar yttrande till kommunstyrelsen i enlighet med förvaltningens förslag.

p. 14 Dnr SN-2016-180 Dpl 901
 Dnr KS-2016-517

Yttrande

Remiss revidering förbundsordning Samordningsförbundet Uppsala län

Handling I

Samordningsförbundets styrelse har fattat beslut om ett förslag till reviderad förbundsordning. Förslaget skickas på remiss till samtliga medlemmar, som ombeds inkomma med synpunkter och svar på förslaget.

Kommunstyrelsen samordnar ärendets beredning i Östhammars kommun och önskar yttrande från socialnämnden inför kommunstyrelsens arbetsutskott den 6 september.

Föreligger remisshandling och kommunledningsförvaltningens förslag till yttrande daterat 2016-08-09.

Arbetsutskottets förslag 2016-08-10

Socialnämnden ställer sig bakom kommunledningsförvaltningens förslag till yttrande 2016-08-09.

p. 15 Dnr SN-2016-193 Dpl 704
 Dnr KS-2016-590

Information om yttrande

Remiss om nytt ersättningssystem för mottagande av och kommunplacering av ensamkommande barn och unga

Handling J

Regeringen har den 21 respektive den 23 juni skickat *Promemoria om ett nytt ersättningssystem för mottagande av ensamkommande barn och unga* (Diarie-nummer A2016/01307/I) och *Departementspromemoria Ändringar i fråga om sysselsättning för asylsökande och kommunplacering av ensamkommande barn* på remiss (Ds 2016:21). Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har uppmärksammat samtliga kommuner på möjligheten att svara på remissen.

Kommunstyrelsen samordnar ärendets beredning i Östhammars kommun och önskar yttrande från socialnämnden den 10 augusti.

Föreligger remisshandling och förslag till yttrande.

Verksamhetschef ensamkommande IFO Martina Jirlow föredrar ärendet.

Arbetsutskottets beslut 2016-08-10

Socialnämnden lämnar yttrande till kommunstyrelsen i enlighet med förvaltningens förslag. (Bilaga 1)

Socialnämnden informeras om ärendet.

Paragrafen förklaras omedelbart justerad.

p. 16

Dnr SN-2016-178

Dpl 738

Yttrande

Remiss nya föreskrifter om läkemedelshantering

Handling K

Socialnämnden har beretts tillfälle att lämna synpunkter på Socialstyrelsens förslag till:

- nya föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården,
- ändring av Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2001:16) om kompetenskrav för sjuksköterskor vid förskrivning av läkemedel,
- upphävande av föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 1992:22) om informationsskyldighet för läkare och tandläkare om generiska läkemedel m.m., och
- tillhörande konsekvensutredning.

Synpunkter på förslaget och konsekvensutredningen ska ha kommit in till Socialstyrelsen senast den 15 september 2016. Socialstyrelsens diarienummer är 4.1.1-14967/2016.

Föreligger förvaltningens förslag till yttrande daterat 2016-08-09.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska Anette Frode föredrar ärendet.

Arbetsutskottets förslag 2016-08-10

Socialnämnden lämnar yttrande till Socialstyrelsen i enlighet med förvaltningens förslag daterat 2016-08-09.

Föreligger förvaltningens förslag till yttrande daterat 2016-08-15, med redaktionella ändringar.

p. 17

Dnr SN-2015-80

Dpl 730

Revidering
Riktlinjer för hjälpmedelsenheten

Handling L

Föreligger förslag till riktlinjer för hjälpmedelsenheten.

Enhetschef tekniska hjälpmedel Marie Blom föredrar ärendet.

Arbetsutskottets förslag 15-03-11

Socialnämnden fastställer riktlinjen.

Enhetschef tekniska hjälpmedel Marie Blom föredrar ärendet.

Yrkande

Elisabeth Wedholm-Mattsson (C) yrkar på vissa ändringar:

- Förskrivningsprocessen förtydligas med ett tillägg att behovsbedömning ska ske och att hela processen ska dokumenteras.
- Förtydliga att den enskilde får välja hjälpmedel inom befintligt sortiment
- Ändra ”förskrivare bör inte” till ”förskrivare ska inte” vad gäller att delegera förskrivning. Delar i processen kan dock överlåtas till behörig person.
- Förtydliga att HUL ansvarar för att samverka med förskrivare i länet vid specialanpassningar av hjälpmedel.

Propositionsordning

Ordförande ställer proposition på om riktlinjen ska kompletteras utifrån föreslagna ändringar eller ej och finner att socialnämnden beslutar att riktlinjen ska kompletteras med föreslagna ändringar.

Socialnämndens beslut 15-03-25

Socialnämnden fastställer riktlinjen med de kompletteringar som diskuterats. (Bilaga till § 50.)

I samband med beslut om förslag till kommunfullmäktige om avgifter för hjälpmedel beslutade SN § 78/2015 att riktlinjerna ska justeras utifrån kommunfullmäktiges beslut.

Redovisas förslag till tillägg i riktlinjerna gällande information till patient.

Arbetsutskottets förslag 15-08-12

Socialnämnden fastställer tilläggen till riktlinjerna.

Socialnämndens beslut 2015-08-26

Socialnämnden fastställer tilläggen till riktlinjerna. (Bilaga till § 120.)

Kommunfullmäktige antog nya avgifter för korttidslån av tekniska hjälpmedel § 8/2016-02-16. Utifrån detta samt behov av ytterligare några korrigeringar i riktlinjen redovisas förslag till reviderad riktlinje.

Föreligger förslag till reviderade riktlinjer för hjälpmedelsenheten.

Arbetsutskottets förslag 2016-04-13

Socialnämnden antar reviderade riktlinjer för hjälpmedelsenheten.

Ärendet utgick från socialnämndens sammanträde på grund av behov av ytterligare förankring med fackliga samverkansparter.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska Anette Frode föredrar ärendet.

Arbetsutskottets förslag 2016-08-10

Socialnämnden fastställer ändringarna i riktlinjerna.

p. 18

Dnr SN-2016-200

Dpl 059

Upphandling av trygghetslarm/larmtjänster ordinärt boende samt trygghetslarm
särskilt boende

Handling M

Trygghetslarm/Larmtjänster ordinärt boende
Socialförvaltningen har i dag avtal med CareTech AB gällande Trygghets-
larm/Larmtjänster i ordinärt boende. Då avtalet upphör att gälla den 31 decem-
ber 2016 behöver förvaltningen snarast gå ut i ny upphandling. De sammantagna
kostnaderna uppgår i dag till ca 1,2 mnkr/år.

Trygghetslarm särskilt boende
Socialförvaltningen har i dag larmanläggningar på verksamhetens särskilda bo-
enden och gruppboendestäder. Anläggningarna som köptes in 2009 till en kostnad av
ca 3,5 mnkr finansierades via investeringsbudgeten och skrevs under en 5 års
period av med en årlig kostnad på ca 800 tkr. Kostnaderna består i dag av ser-
viceavtal med Phoniro med en årlig kostnad på ca 400 tkr. Då anläggningarna
börjar bli omoderna och slitna och serviceavtalen går ut den 2 mars 2017 förslår
verksamheten att ny upphandling görs.

Arbetsutskottets förslag 2016-08-10

Socialnämnden ger förvaltningen i uppdrag att upphandla trygghetslarm/ larm-
tjänster till ordinärt boende och trygghetslarm till särskilt boende.

p. 19

Dnr SN-2014-375

Dpl 709

Servicetjänster

Handling N

Diskussionsärende.

Servicetjänster innebär städ, inköp och tvätt för brukare.

Redovisas förslag att starta ett projekt inom hemtjänsten där annan utförare anlitas för att utföra servicetjänsterna. Om projektet faller väl ut sker fortsättning genom ordinarie upphandlingsförfarande.

Arbetsutskottets beslut 14-09-29

Socialförvaltningen får i uppdrag att utarbeta ett förslag till projekt för att låta annan utförare hantera servicetjänster inom hemtjänsten, med inriktning att starta våren 2015.

Redovisas lägesrapport för uppdraget. Samtal förs med möjlig samverkanspart Samhall.

Socialchef Kenneth Lindholm och vård- och omsorgschef Mojgan Alimadad föredrar ärendet.

Arbetsutskottets beslut 14-11-05

Socialförvaltningen får i uppdrag att fortsätta arbetet för att skapa ett förslag till projekt. Uppdraget ska redovisas i december.

Redovisas förslag till projektavtal avseende servicetjänster.

Socialchef Kenneth Lindholm, verksamhetscontroller Eva A Lindholm och vård och omsorgschef Mojgan Alimadad föredrar ärendet.

Arbetsutskottets förslag 14-11-26

Projekt startas med Samhall AB avseende servicetjänster enligt föreslaget projektavtal.

Socialchef Kenneth Lindholm och vård och omsorgschef Mojgan Alimadad föredrar ärendet.

Redogörs för samverkan med arbetstagarorganisationer.

Ärendet diskuteras.

Socialnämndens beslut 2014-12-10

Projekt startas med Samhall AB avseende servicetjänster enligt föreslaget projektavtal.

Diskussion angående utvärdering av projektet. En möjlighet är att ta hjälp av "utvärderingsverkstaden" vid Uppsala universitet. En egen utvärderare håller då i arbetet och tar hjälp av universitetet. Detta är svårt att ta del av i och med tidsplanen för projektet. Enligt avtalet sköter Samhall en del av utvärderingen och förvaltningen en del. En enkätstudie inleds inom kort och ska redovisas i juni. Enkäten går till brukare, chefer och ett stickprov av personal.

Om projektet övergår i ordinarie verksamhet ska upphandling ske. En annan möjlighet är att undersöka möjligheterna för brukare att i högre utsträckning köpa servicetjänster med stöd av RUT.

Socialchef Håkan Dahlqvist, vård och omsorgschef Mojgan Alimadad samt administrativ chef Margaretha Borgström föredrar ärendet.

Arbetsutskottets beslut 2016-02-15

Utvärderingen genomförs enligt ursprunglig plan i samarbete mellan Samhall och socialförvaltningen.

Utvärderingen ska omfatta alternativen: upphandling av servicetjänster, undersöka möjligheterna för brukare att i högre utsträckning köpa servicetjänster med stöd av RUT samt att förvaltningen själv utför servicetjänsterna. Utvärderingen ska inriktas på det ekonomiskt bästa alternativet för brukaren.

Ärendet återupptas i juni 2016.

Representanter från Samhall områdeschef [REDACTED], affärschef [REDACTED] och NAM (National Account Manager) [REDACTED] deltar i ärendet och berättar om sin utvärdering av projektet. Samhall berättar även om sitt arbete generellt.

Föreligger Utvärdering av projekt mellan socialförvaltningen och Samhall AB.

Socialchef Håkan Dahlqvist samt vård och omsorgschef Mojgan Alimadad föredrar ärendet.

Arbetsutskottets förslag 2016-06-08

Socialförvaltningen får i uppdrag att ta fram ett beslutsunderlag till nämndens sammanträde i augusti.

Föreligger Utvärdering av projekt mellan socialförvaltningen och Samhall AB.

Verksamhetscontroller Eva A Lindholm, socialchef Håkan Dahlqvist samt vård och omsorgschef Mojgan Alimadad föredrar ärendet.

Socialnämndens beslut 2016-06-22

Socialförvaltningen får i uppdrag att ta fram ett beslutsunderlag till nämndens sammanträde i augusti.

Föreligger underlag med förslag om att förlänga nuvarande avtal för att kunna genomföra upphandling efter att ändringar i LOU (lagen om offentlig upphandling).

Arbetsutskottets förslag 2016-08-10

Socialnämnden förlänger nuvarande avtal med Samhall att gälla till och med 2017-12-31.

Inriktningen i det fortsatta arbetet med servicetjänster inom hemtjänsten ska vara att tjänsterna upphandlas med reserverade kontrakt för leverantörer vars främsta syfte är yrkesmässig integration av personer med funktionsnedsättning eller personer som har svårt att komma in på arbetsmarknaden.

p. 20

Rapporter

p. 21

Tillkommande ärenden

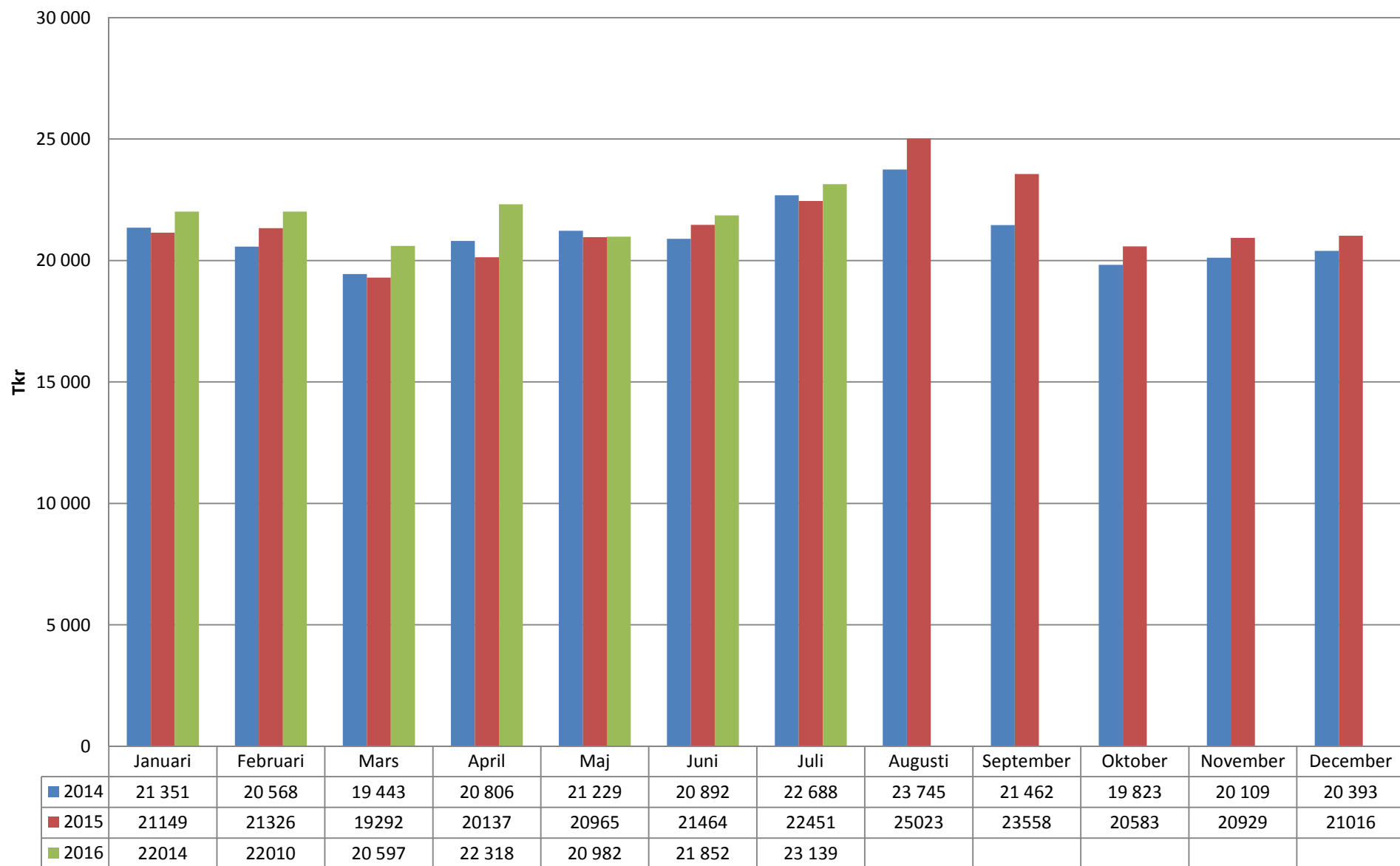
Prognos delårsbokslut Socialförvaltningen 2016

Verksamhet	Budget		Resultat Jan - Juni			Prognos avv
	Helår	Period	Period	Juni	Avv perioden	Helår
Nämnd- och styrelseverksamhet	906	453	411	82	42	0
Övrig politisk verksamhet	267	132	130	22	2	0
Alkohol tillstånd mm	0	24	16	7	8	0
Gemensamma kostnader	17685	8717	8021	1690	696	150
Vård o omsorg enligt SoL	281816	138850	133387	32258	5463	1000
Insatser enligt LSS	52214	25549	24942	4402	607	-1000
Färdtjänst/Riksfärdtjänst	4050	2023	2076	373	-53	0
Vuxna missbrukare	4805	2402	2934	803	-532	-150
Barn o ungdomsvård	27150	13444	13879	3294	-435	0
Övr insatser t vuxna	144	72	136	44	-64	0
Ekonomiskt bistånd	14210	7254	5707	928	1547	0
Familjerätt o fam.rådgivn	1433	712	248	45	464	0
Flyktingmottagande	15	-734	-5730	-13379	4996	0
	404693	198898	186157	30569	12741	0

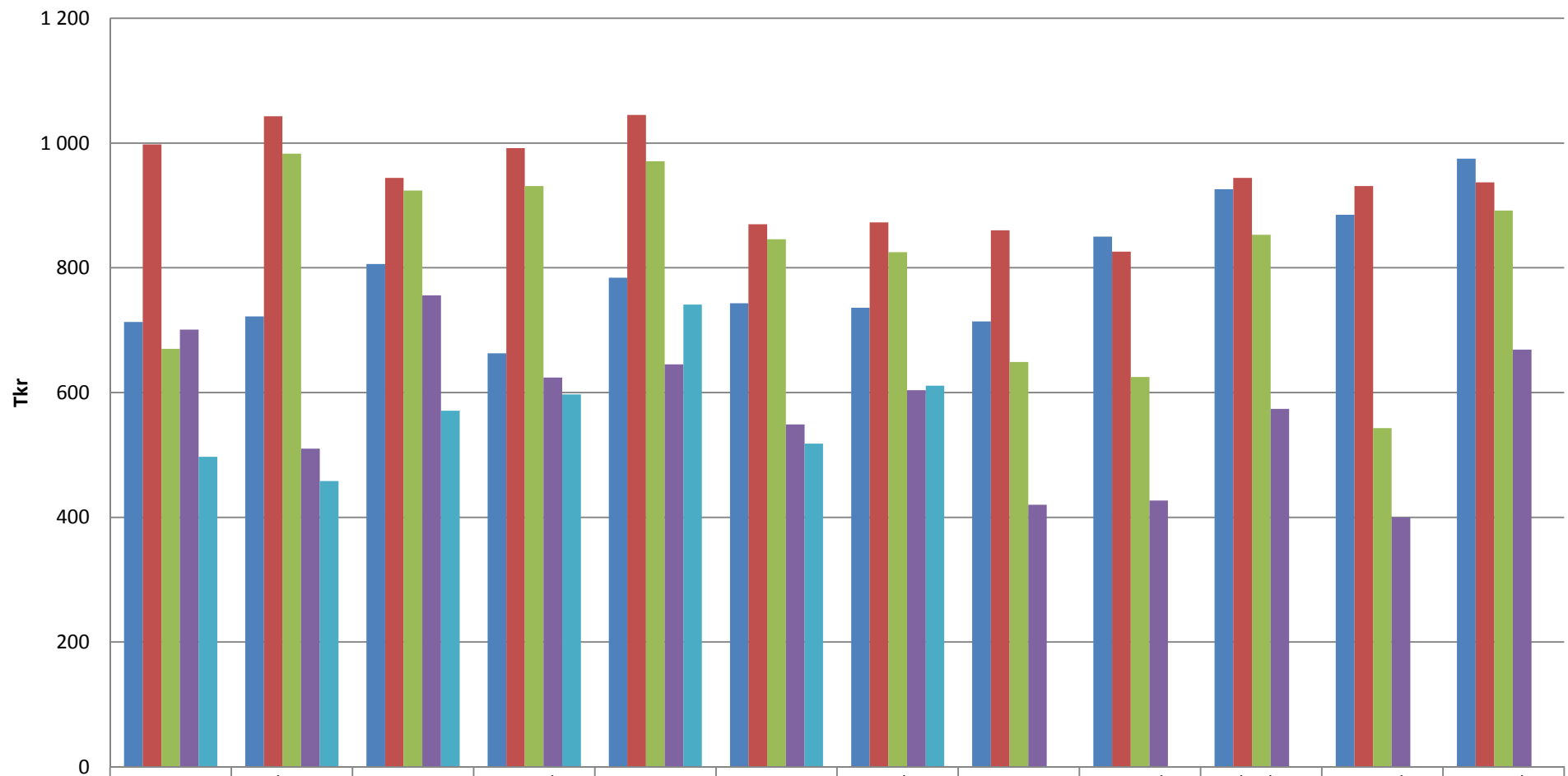
KOMMENTARER

Se delårsbokslut.

Personalkostnader i V o O (exkl myndighetsutövning)



Kostnadsutveckling Försörjningsstöd 2012 - 2016



	Januari	Februari	Mars	April	Maj	Juni	Juli	Augusti	September	Oktober	November	December
2012	713	722	806	663	784	743	736	714	850	926	885	975
2013	998	1 043	944	992	1 045	870	873	860	826	944	931	937
2014	670	983	924	931	971	846	825	649	625	853	543	892
2015	701	510	756	624	645	549	604	420	427	574	400	669
2016	497	458	571	597	741	518	611					

Delårsbokslut 2016

Socialnämnden

Postadress	Besöksadress/Reg.office	Telefon	Telefax	Organisationsnummer	Bankgiro
Box 66	Stångörsgatan 10	Nat 0173-860 00	Nat 0173-175 37	212000-0290	233-1361
S-742 21 Östhammar	Östhammar	Int +46 173 860 00	Int +46 173 175 37	V.A.T. No	PlusGiro
	www.osthammar.se	kommunen@osthammar.se		SE212000029001	1 31 70-6

Innehållsförteckning

1	Måluppfyllelse.....	3
2	Årets viktiga händelser.....	4
3	Prestationer och kvalitet	4
4	Ekonomiskt resultat	6
5	Prognos för helårsresultat.....	7
6	Årets verksamhet i ett framtidsperspektiv	7

1 Måluppfyllelse

Mål 1

Samverkan med barn och ungdomsnämnden och -förvaltningen har under senare tid förbättrats avseende Östhammars mål 1. Gemensam utbildningsdag har hållits och kontinuerliga möten hålls mellan skolan och socialförvaltningen. Andelen ungdomar som återkommer efter avslutade insatser är fortsatt låg. Socialnämndens uppföljning i form av antalet samordnade individuella planer (SIP) har tydliggjorts. Ett fortsatt utvecklingsområde mellan socialförvaltningen och skolan är arbetet med orosanmälan. Tillgänglig statistik visar på att förskolan bidrar med endast 5 % av inkomna orosanmälan vilket bör betraktas som lågt.

Arbete med att alla brukare ska ha en genomförandeplan pågår och kommer att ha säkerställts innan året utgång. För arbetslösa ungdomar under 25 år samordnas arbete med de stora samhällsaktörerna AF, FK, Soc samt LUL inom ramen för lokusprojektet. Under året har kostnaden för försörjningsstöd fortsatt att minska. Personalsituationen ser något ljusare ut även om personalrörligheten är fortsatt hög. Socialförvaltningen bedömer att mål 1 kommer att uppnås.

Mål 2 och 3

Inom målområde 2 och 3 pågår en rad utvecklingsarbeten under 2016 och omfattar bl. a ”mest sjuka äldre”, god läkemedelsbehandling, palliativ vård, god demensvård. Fokus har hållits på brukarnas sociala välmående, utveckling av möteplatserna samt mat och måltidsmiljön. Fortsatt arbete med implementering av kommunens värdegrund har och kommer fortsatt att ske under året. Under året har också lokala värdegrundsgarantier införts inom vård och omsorg. Arbetet med att införa arbetsmodellen ”äldres behov i centrum” (ÄBiC) som bygger på stärka brukarens förmågor i stället för att överbrygga behov har intensifierats. Arbetet med att långsiktigt ändra personalplaneringen från tillgång på personal till verksamheternas behov fortsätter. Uppföljning av ny utförare avseende servicetjänster inom hemtjänsten pekar på stor uppskattning från brukarna samt minskar stressen bland personalen. Förvaltningen bedömer att målet med brukarnöjdhet samt bemötande inom hemtjänst och funktionsnedsatta uppnås helt och inom särskild boende uppnås delvis.

Mål 4

Nämndens och förvaltningens planerade medborgardialoger och hembesök sker enligt plan. Införandet av ÄBiC kommer att bidra till brukaren möjlighet till inflytande förstärks vid bedömning av behov samt vid utförande av insatsen. Förvaltningen bedömer att mål 4 kommer att nås. Grunderna för socialförvaltningens del i Östhammar direkt är upprättade.

Mål 8

Den ekonomiska prognosen pekar på ett nollresultatet för året. Vissa indikationer pekar på att placeringskostnaderna för barn samt försörjningsstöd ökar under andra perioden 2016. Underskotten inom hemtjänsten kvarstår även om arbete med att reducera dessa pågår. Kostnaderna för bemanningsföretag och andra kortfristiga lösningar av bemanningssituationen bedöms öka kostnaderna för förvaltningen. Förvaltningen bedömer att mål 8 kommer att nås.

Mål 9

Samtliga enheter har under perioden arbetat fram en handlingsplan utifrån 2015 års medarbetarundersökning. Stort fokus har också lagts på att stärka det systematiska arbetsmiljöarbetet. Samtliga chefer och skyddsombud har fått utbildning i arbetsmiljö. Handlingsplaner för att minska sjukfrånvaron har upprättats vid varje enhet. Arbete med fler män i vården och heltidstjänster kräver ett mer långsiktigt arbete på alla nivåer. Förvaltningen bedömer att mål 9 inte kommer att nås.

2 Årets viktiga händelser

Samtliga avtal avseende ensamkommande är uppsagda per den 30 juni av Migrationsverket. Detta kommer troligtvis att medföra ett större ekonomiskt åtagande för socialförvaltningen från och med år 2017. Ett ettårigt entreprenörsavtal avseende 20 platser för ensamkommande har upprättats med möjlighet till förlängning. Detta som ett led i att ha hög beredskap samtidigt som strategien med utvecklande av verksamheten för ensamkommande fortsätter. Under året har ett principbeslut fattat att socialnämnden övertar ansvaret för hela Solbacken från och med år 2017. Detta skapar förutsättningar för fortsatt arbete med att utveckla verksamheten med ensamkommande. Genomlysning av verksamhetskritiska funktioner har genomförts ex vid Myndighetssektionen. Upphandling av översyn av LOV verksamheten är också genomförd där utredningen förväntas vara slutförd under hösten. Det finns för närvarande tre aktiva LOV-utförare, samtliga verksamma inom hemtjänsten. Arbetet med införande av nytt verksamhets-system fortsätter enligt plan, till vissa delar ligger förvaltningen före plan. Arbetet med kultur i vården har övergått från projekt till att bli en del av driftsverksamheten. En ny tjänst som Socialt ansvarig samordnare har inrättats för att ytterligare förstärka arbetet med att utveckla brukarnas sociala situation. Under perioden har förvaltningens samlade korttidsboende haft invigning vilket har frigjort fler vård och omsorgsplatser i verksamheten. En utökning av antalet demensplatser har skett.

3 Prestationer och kvalitet

De brister avseende dokumentation och lagstadgade tidsfrister som identifierades inom barn och ungdomsverksamheten har till stora delar arbetats bort. Även den eftersläpning av ärenden som uppstod under hösten 2015 inom ensamkommande är nu borta. Internkontrollen för första halvåret visar på att kvaliteten på förvaltningens utredande och administrativa insatser tydligt har förbättrats. Med det följer också en ökad rättssäkerhet för brukarna. Vård och omsorg har för verksamheten en enhetlig och väl utvecklad modell för arbetet med styrkort. Arbetet omfattar fram för allt arbetet med egenkontroll men även de övriga delarna. Under år 2016 prövas en gemensam modell för uppföljning avseende måluppfyllelse. Arbetet med att vidareutveckla förvaltningens kvalitetsledningssystem fortsätter enligt plan. Allt fler rutiner och stödmaterial för kvalitetsarbetet finns nu tillgängligt i webbportal för ledningssystem. Vår analys pekar på att en långsiktig plan avseende systemstöd för kvalitetsledningssystemet behöver utarbetas. Tillgången på kvalificerad personal fortsätter att minska. Detta medför konsekvenser både ekonomiskt samt förvaltningens möjlighet att utföra lagstadgad verksamhet. Digitaliseringen går allt fortare i omvärlden och ställer allt större krav på förvaltningen. Det ökande IT beroende försvårar nuvarande bemanningsstrategier framför allt inom vård och omsorg. Detta medför stora personella samt ekonomiska utmaningar.

Prestationer/nyckeltal

	14063 0	15063 0	16063 0
Vård och omsorg			
<i>Antal personer med beslut under året</i>			
Antal färdtjänstinnehavare	798	786	767
Hjälp i hemmet ordinärt	472	496	504
LSS-beslut, antal personer	174	169	165
Särskilt boende	279	281	272
Boende med särskild service LSS	46	45	46
Personlig assistent ej Lass	5	3	4
Korttidsplats	144	157	105
<i>Utförda timmar i ordinärt boende</i>	56 018	57 197	59 347
Missbrukarvård			
Vårddygn hvb vuxna	384	331	546
Snittkostnad (kr/dygn)	1 818	1 894	1593
Övriga vuxna vårddygn	697	788	608
Snittkostnad (kr/dygn)	1 783	1 803	1580
Barn och ungdom			
Antal dygn i familjehem	3 738	5 339	4785
Bruttokostn fam.hem (kr/dygn)	879	957	976
Antal dygn i HVB-hem	680	81	281
Bruttokostnad (kr/dygn)	2 891	2 649	2491
Ekonomiskt bistånd			
Antal hushåll	217	178	147
Utbetalt/hushåll snitt, kr	6 885	6 057	6 274
Genomsnittlig bidr.tid, mån	3,6	3,6	3,7

Analys

De nyckeltal som redovisats är förhållandevis stabila över de sista tre åren. Inom området "antal dygn i familjehem" har en kraftfull ökning skett. Orsaken till detta är att utförda behandlingsdygn inom ensamkommande statistikföres under denna kolumn. Utifrån ny inriktning för placeringar har antal dygn i HVB hem minskat kraftfullt.

Kvalitetsuppföljning i socialstyrelsens öppna jämförelser visar i huvudsak god kvalitet i verksamheterna. Det föreligger dock ett behov över att kvalitetssäkra den del av verksamhetens som rör handläggning inom myndighetsprocessen. Sista årens högre

personalomsättning samt ett verksamhetssystem som inte fullt ut stödjer processen "myndighetsutövande" skapar ett tapp i kvaliteten. Socialnämnden har under året beslutat om nya riktlinjer med syfte att ytterligare förbättra kvaliteten. Utveckling av ledningssystem och kvalitetshandboken sker kontinuerligt. Reviderad värdegrund implementeras i samtliga verksamheter. Synpunktshantering utgör ett viktigt kvalitetsutvecklingsinstrument.

4 Ekonomiskt resultat

Resultaträkning

mnkr	Utfall 2015	150831	160630	Budget 2016	Prognos 2016
Intäkter	187,8	119,6	119,6	229,1	229,6
Kostnader	-578,5	-376,9	-305,7	-633,8	-634,3
varav personalkostn	-319,6	-211,9	-164,0	-339,3	
varav lokalkostn	-49,9	-33,8	-23,0	-54,6	
Nettokostnad	-390,7	-257,3	-186,2	-404,7	-404,7
Budget	-394,7	-264,7	-198,9	-404,7	-404,7
Årets resultat	4,0	7,4	12,7	0,0	0,0

Verksamhetsområde

mnkr	Delårsbudget	Utfall	Avvikelse
Nämnd	-0,6	-0,5	0,0
Tillståndsprövning	0,0	0,0	0,0
Gemensamt socialkont	-8,7	-8,0	0,7
Vård o omsorg enl SOL o LSS och färdtjänst	-166,4	-160,4	6,0
Individ o famoms, barn- o ungdomsvård	-23,9	-22,9	1,0
Flyktingmottagande	0,7	5,7	5,0
Summa	-198,9	-186,2	12,7

Nettoinvesteringar

	Delårsbuget	Utfall	Avvikelse
Nettoinvesteringar	5,2	1,7	3,4

5 Prognos för helårsresultat

DRIFTBUDGET

Socialförvaltningens prognos för året visar ett 0-resultat.

Gemensamma kostnader

Nettoöverskott på ca 0,1 mnkr beroende på vakans i den gemensamma stabsfunktionen.

Vård och omsorg

Verksamhetens prognos visar för året ett 0-resultat fördelat enligt nedan:

- HSL: Nettounderskott ca 0,5 mnkr beroende på ej budgeterade kostnader för köp av sjukskötersketjänster vilket i sin tur beror på rekryteringssvårigheter gällande denna yrkeskategori.
- SoL: Nettoöverskott ca 1,5 mnkr främst beroende på att förvaltningens korttidsboende beräknas ha en lägre beläggning för året än vad som planerades för vid årets början.
- LSS: Nettounderskott ca 1,0 mnkr beroende på underskott i gruppboende för vuxna på ett speciellt resurskrävande ärende.

Individ och familjeomsorg

Verksamheten visar ett nettoöverskott på ca 0,1 mnkr fördelat enligt nedan:

- Nettounderskott på ca 0,1 mnkr gällande Missbrukarvård för vuxna beroende på högre kostnader för HVB-placeringar än förväntat.
- Verksamhet gällande ekonomiskt bistånd visar i resultat för perioden ett överskott på drygt 1 mnkr men prognosticerar i nuläget ett 0-resultat då man under årets första halvår ser en något ökande kostnadstrend
- Verksamhet gällande ensamkommande barn visar för perioden ett nettoöverskott vilket dels har sina orsaker i budgeterade kostnader för boende som ännu inte startat upp och dels på överskott gällande engångsintäkter. Då förutsättningarna för denna verksamhet i dagsläget är svåra att förutsäga läggs i nuläget en 0-prognos.

INVESTERINGSBUDGET

Investeringsbudgeten visar för perioden ett överskott med ca 3,7 mnkr vilket helt eller delvis kommer att förbrukas då stora delar av kostnader för införandet av nytt verksamhetssystem inte har hunnit belasta budgeten utan succesivt kommer att falla ut under hösten 2016.

6 Årets verksamhet i ett framtidsperspektiv

Ekonomi påverkas av händelser på alla nivåer i samhället, från globalt till lokalt. Några aspekter är fredsprocessen i Syrien och andra länder, som både kan innebära fler såväl som färre ensamkommande barn som ska vårdas av socialnämnden, osäkerheten om utvecklingen är stor. Promemoria om ersättningsnivåer för ensamkommande indikerar kraftigt sänkta ersättningsnivåer till kommunerna. Om detta blir verklighet kommer det kräva kraftfull omställning av verksamheten ensamkommande.

Socialnämndens ansvarsområden står inför stora utmaningar inom den närmaste fem års perioden. Den tekniska förändringstakten går allt fortare som skapar nya möjligheter till utveckling av vård och omvårdnad. Den ökade genomströmningen i slutenvården ökar kravet leveransförmåga inom den kommunala vård och omsorgsorganisationen.

Samtidigt är socialnämndens ansvarsområde det område som påverkas mest av den demografiska förändring som hela tiden sker. Redan idag skiljer sig Östhammars befolkningsstruktur från övriga Sverige avseende andelen äldre

En viktig faktor i vår närliggande omvärld är regionbildning, region uppsala, och hur detta kan påverka möjligheterna till samverkan och tydlig ansvarsfördelning med landstinget. Östhammars kommun har kommit förhållandevis långt med närvårdsarbetet, med stora fördelar för medborgarna i Östhammar.

Personalfrågor är en stor framtidsfråga för socialnämnden. Socionomer, chefer och sjuksköterskor är i dagsläget yrkesgrupper som är svåra att rekrytera. Dessa och andra professioner inom socialnämnden måste värderas högre, särskilt vad gäller vilken kompetens som krävs och vilken bild av yrkena som kommuniceras i samhället.

Utvecklingen av servicetjänster är ett viktigt verktyg för att förbättra tillgången för service till de äldre samtidigt frigöra omvårdnadspersonal till andra arbetsuppgifter. Förslag ligger på regeringens bord avseende sociala företag kommer förhoppningsvis medföra att projektet med Samhall kan få en långsiktig lösning.

Fler och mer omfattande förändringar i omvärlden skapar ökade behov inom socialnämnden. Nya lagkrav och föreskrifter medför en större utmaning för verksamheterna. Ökad krav på nattbemanning och snabbare utskrivning från slutenvården är några exempel på förändringar som sker. Kombinationen av ökade krav från samhällets aktörer och den demografiska förändringar skapar behov av mer omfattande satsningar inom den sociala sektorn

KVARTALSREDOVISNING AV NYCKELTAL PÅ IFO KVARTAL 2, 2016

VUXEN (försörjningsstöd, missbruk och socialpsykiatri)

	2016		2015
	Kvartal 1	Kvartal 2	Kvartal 2
Antal aktualiseringar under perioden	103	78	111
Antal beslut att ej inleda utredning	21	22	20
Antal beslut att inleda utredning	83	70	80
Antal beslut ändrade efter dom i rätten	3	0	1
Inledda utredningar alkoholmissbruk	7	4	7
Inledda utredningar narkotikamissbruk	3	2	3
Antal insatser (Se tabell A)			
Antal betalda vård dygn HVB vux (mb)	319	226	176
Antal betalda vård dygn HVB vux (övr)	364	244	368
Snittkostnad per dygn/brutto	1 546	1 644	1 888
Antal placerade	12	12	9
<i>Ekonomiskt bistånd</i>			
Antal hushåll	117	125	144
Snitt antal bidragsmånader/hushåll	2,3	2,3	2,2
Snitt utbetalt per hushåll och månad	5 923	6 604	5 805

Försörjningsstöd/månad netto tkr

	jan	feb	mars	april	maj	juni	Totalt
2015	688	459	737	521	628	542	3 575
2016	470	428	560	583	722	501	3 264

Boendestöd	Kvartal 1	Kvartal 2	Kvartal 2
Antal brukare med beslut	57	62	52
Antal beslutade timmar enl SoL	1 554	1 724	1 306
Antal utförda timmar enl SoL	1 256	1 260	1 033

Kommentar:

Försörjningstödet har totalt minskat jämfört med föregående år men ökat något jämfört med kvartal 2 föregående år.

Det totala antalet vård dygn i HVB och snittkostnaden per dygn har minskat något jämfört med samma kvartal föregående år.

Antalet brukare med beslut om boendestöd ökar.

Insatsen förmedlingsmedel minskar.

Antal personer efter insats kvartal 2

Vuxna

Insats	2016		2015
	Kvartal 1	Kvartal 2	Kvartal 2
Ek bistånd under utredning	5	4	4
Ekonomiskt bistånd	147	151	179
Förmedlingsmedel	20	15	27
Återkrav ekonomiskt bistånd	22	24	24
Prakt/ann k-höj vsamh SoL 4:4	23	29	16
Vuxna missbr Kontaktperson SoL	5	6	4
V. missb Råd o Stöd av soc.sek	7	8	11
V. övr. Råd o Stöd av soc.sekr	0	0	2
Vux missbr Institutionspl SoL	7	7	4
Vux övr Inst.plac SoL	4	5	4
Vux. Övr Familjehemsplacering	1	1	1
Vuxna övr Kontaktperson SoL	5	5	6
Vux LVM-vård institution	0	0	1
Vu missbr soc.kontr. som bist.	4	4	4
Vu övr. soc.kontr som bistånd	7	4	9
Vu missb boende jourl som bist	3	4	2
Vu övr boende i jourl som bist	1	1	2
Vu övr. övrigt boende	1	0	4
Vux missbr sysselsättning	4	3	3
Vux missbr Roslagen light	7	10	7
Soc.psyk kontaktperson	9	10	3
Vux.stödboende	0	0	1
Vu missbr Tolvstegsprogram	1	4	0

Barn och ungdom

Insats	2016		2015
	Kvartal 1	Kvartal 2	Kvartal 2
BoU Insatser i hemmet enl SoL	5	5	7
BoU Familjehemsplacering SoL	61	60*	36
BoU Kontaktperson enl SoL	26	33	30
BoU Institutionsplacering SoL	73	70**	29
BoU Kontaktfamilj enl SoL	25	27	20
BoU LVU	4	5	6
BoU Övrigt boende	3	1	0
Bou Övrig insats	9	8	16
Uppföljningsansvar dom TR	4	4	6
BoU Funktionell Familjeterapi	2	2	4
Bou Haschavvänjingsprogram	1	0	4
BoU ART	0	1	1
Råd och stöd socialsekreterare	14	13	13
BoU Öppenvård Råd och Mellanvård	6	3	26
Bou Övrig strukturerad öppenvård	3	3	5
Uppföljning enl. SoL 11:4 a	4	3	2
BoU Öppenvård råd och stöd	17	24	0

* varav 57 pågick vid perioden slut och 34 var ensamkommande barn

** varav 67 pågick vid periodens slut och 64 var ensamkommande barn

KVARTALSREDOVISNING BARN- OCH UNGDOM

KVARTAL 2

	2016		2015
	Kvartal 1	Kvartal 2	Kvartal 2
<i>Samtliga</i>			
Antal aktualiseringar under perioden	153	148	155
<i>Sol 11:1</i>			
Antal beslut att ej inleda utredning	70	52	37
Antal beslut att inleda utredning	32	26	35
Utredningstid mer än 120 dagar med beslut om förlängning	9	36	1
Utredningstid mer än 120 dagar utan beslut om förlängning	52	27	11
Antal insatser (Se tabell A)			
<i>Ej ensamkommande</i>			
Antal vård dygn familjehem	2 352	2 402	2 785
Bruttokostnad per dygn	931	1 031	1 075
Antal placerade barn	28	27	30
Antal betalda vård dygn HVB	251	61	81
Snittkostnad per dygn/brutto	3 145	2 690	2 649
Antal placerade barn	3	4	1
<i>Ensamkommande</i>			
Antal familjehemsplacerade barn	35	34	5
Antal HVB-placerade barn inom egen regi	58	57	21
Antal HVB-placerade barn utanför egen regi	12	11	7
Snittkostnad per dygn/brutto	2 179	2 417	1 749

Kommentar

Antalet inledda utredningar har minskat något. Antalet utredningar längre än 120 dagar är fortfarande många, 27 stycken är pågående vid periodens slut. Fler beslut om förlängd utredningstid har fattats. De flesta rör ensamkommande barn.

Antalet vård dygn i familjehem och kostnaden per dygn har minskat något jämfört med samma kvartal föregående år. Konsulentledda familjehem används i hög utsträckning. Antalet vård dygn på HVB är lågt.

En medveten strategi är att använda familjehem istället för HVB.

Många barn och ungdomar får också insatser i öppenvård.

Redovisning av nyckeltal Vård och omsorg

Period: kvartal 2, 2016

Beslut enligt Sol	KV1, 2016	KV2, 2016	KV2, 2015
Antal fattade beslut	531	506	572
Antal bifall	520	499	556
Antal avslag	11	7	16
Antal delvis avslag	0	0	2
Antal avslutade beslut	598	507	590
Utredningstid > 14 dagar	5	2	6

Antal fattade beslut SOL, fördelade per insats	KV1, 2016	KV2, 2016	KV2, 2015
Hjälp i hemmet	248	242	246
Personlig omvårdnad	153	189	173
Serviceinsatser	152	162	183
Beviljad tid	33 429	33 276	28 477
Utförd tid	29 876	29 471	27 844
Beviljad tid egen regi	30 908	29 955	26 366
Utförd tid egen regi	27 461	26 373	26 185
Beviljad tid LOV	2 521	3 321	2 028**
Utförd tid LOV	2 415	3 098	2 444
Avlösarservice	8	13	7
Kontaktperson	4	5	0
Ledsagarservice	9	17	10
Särskilt boende	30	28	29
Antal lediga lägenheter särskilt boende	37 mån	24,5 mån	18 mån
Korttidsplats	96	79	101
Dagverksamhet	3	4	6
Trygghetslarm	42	40	38
Matdistribution	44	29	47
Anhöriganställning	1	0	1
Antal lediga lägenheter servicelägenhet	22 mån	18,5 mån	10 mån
Ej verkställt beslut över 3 mån	0	3	1

Antal fattade beslut LSS	KV1, 2016	KV2, 2016	KV2, 2015
Antal fattade beslut	35	40	60
Antal bifall	30	38	51
Antal avslag	5	2	8
Antal delvis avslag	0	0	1
Antal avslutade beslut	18	37	28
Utredningstid>14 dagar	0	0	0

Antal fattade beslut LSS , fördelade per insats	KV1, 2016	KV2, 2016	KV2, 2015
Avlösarservice	1	5	4
Bostad med särskild service	0	3	2
Antal lediga lägenheter/dygn gruppbostäder	0	0	0
Dagligverksamhet	3	6	3
Korttidsvistelse (antal beslut)	3	7	9
Kontaktperson	6	8	7

Ledsagarservice	9	17	19
Personlig assistans LSS	6	6	3
Personlig assistans SFB totalt antal ärenden (per månad)	20	21	25
Personlig assistans SFB utförs av egen regi (per månad)	11	11	11
Ej verkställt beslut över 3 mån	0	0	0

HSL	KV1, 2016	KV2, 2016	KV2, 2015
Antal vårdplaneringar	65	56	66
Antal dygn med betalningsansvar	0	4	1
Antal SAH -ärende	4	0	8

Hjälpmedelsenheten	KV1, 2016	KV2, 2016	KV2, 2015
Antal förskrivningar kognitiva hjälpmedel	4	3	8
Kostnad för A-hjälpmedel	442 600	515 304	528 421
Kostnad för B-hjälpmedel	218 600	316 568	208 289

Externa placeringar	KV1, 2016	KV2, 2016	KV2, 2015
Externa placeringar enligt SoL	10	8	6
Externa placeringar enligt LSS	1	2	1
Korttidsvistelse utanför hemmet SoL och LSS	1	0	1

***något är fel vad gäller beställning och organisation, beställd tid LOV är betydligt mer än vad resultatet visar 2015*

Analys

Antal fattade beslut SoL

Antalet avslag har minskat jämfört med kvartal 2016 och är lägre än kvartal 2 2015 men sett över hela perioden syns inget avvikande. Antalet beslut som gäller ledsagning har fortsatt stiga till följd av ändrad tillämpning där insatsen inte längre ingår i hjälp i hemmet. Antalet beslut om matdistribution har minskat kvartal 2 men är inte avvikande sett till året vid jämförelse med 2015.

Särskilt boende:

Färre ledig lägenheter jämfört med kvartal 1 eftersom Olandsgårdens demensboende öppnat under perioden. Vi har fattat 20 beslut och verkställt 16, 2 beslut är verkställt hos extern utförare.

Servicelägenhet:

Tre servicelägenheter i Harg har lämnats till tekniska kontoret. Två servicelägenheter i Öregrund hyrs ut över sommaren till sjuksköterskor inom vård och omsorg, halv hyra betalas för lägenheterna. Antalet outhyrda lägenheter har därför sjunkit under kvartalet.

LSS:

Inga större förändringar. Brist på bostad med särskild service

Hjälpmedel:

Höga kostnader för B-hjälpmedel på grund av planerade större inköp under juni. Färre inköp beräknas behövas under kommande månader.

Nyckeltal Närvårdsenheten

Period: kvartal 2, 2016

Närvårdsenheten	KV1,2016	KV2, 2016	KV2, 2015
Bruttokostnad tkr	4 609	5 317	4 279
Personalkostnad tkr	3 580	3 679	3 547
Beläggning i procent	98	92	90
Totalt antal personer	143	139	156
SoL	30	32	38
HSL	113	107	118
Totalt antal vårddagar	1 668	1 425	1 346
SoL	624	531	529
HSL	1 044	894	817
Antal inskrivningar	124	124	140
Från eget boende	103	97	100
<i>via husläkare</i>	27	44	*
<i>via akutmottagning</i>	67	52	*
<i>via SAH</i>	5	0	*
<i>via biståndsbeslut</i>	4	1	*
Från sjukhus	14	23	25
Från Säbo	2	2	12
Inom enheten	5	2	3
<i>från SoL till HSL</i>	-	0	*
<i>från HSL till SoL</i>	5	2	*
Antal utskrivna	128	129	146
Till eget boende	88	98	111
Till sjukhus	11	5	8
Till säbo	12	14	17
Till kommunens korttidsenhet	5	5	*
Inom enheten	5	2	2
<i>från SoL till HSL</i>	-	0	*
<i>från HSL till SoL</i>	5	2	*
Avliden	7	5	8
Återinläggning inom 30 dagar inom slutenvård inkl.NVI	uppg saknas		*
Kostnad/vårddag	2 763	3 731	3 179
Medelvärde vårddag	11,7	10,3	8,6
SoL	20,8	16,6	13,9
HSL	9,2	8,4	6,9
Median vårddagar	8	8	7
SoL	14	16	13
HSL	7	7	6

* nytt nyckeltal från och med kvartal 3 år 2015

Analys

Beläggningen minskat med 6 % jämfört med kvartal 1 2016, har ökat med 2 % jämfört med kvartal 2 2015. Totalt antal vårddagar har minskat jämfört med kvartal 1 2016, jämfört med kvartal 2 2015 har vårddagarna ökat. Medelvärdet på antal vårddagar har minskat både gällande SoL och HSL jämfört med kvartal 1 2016, jämfört med kvartal 2 2015 har medelvärdet ökat.

Antal inskrivningar och utskrivningar är oförändrat jämfört med kvartal 1 2016

Bruttokostnaden per vårdag har ökat bl.a. pga tillkommande it-kostnader, fakturor som avser annan period och dubbel fakturering. Personalkostnaderna är ungefär desamma som tidigare.

Socialkontoret

Enligt 4 kap 1§ SoL 20160401-20160630

Beslutsdatum/ avbrott	Beslut	Skäl till ej verkställt beslut	Vidtagna åtgärder för att verkställa/i avvaktan på insatsen Övrigt
2015-04-08	Kontaktfamilj (ifo)	Resursbrist, saknar lämplig uppdragstagare.	Avbrott i verkställighet. Avslutas utan att verkställas 2016-07-01 då behovet upphört.
2015-09-01	Kontaktperson (ifo)	Den enskilde har tackat nej till erbjudandet.	Tackat nej till erbjudande 2015-12-07. Avslutas 2016-04-08 då behovet upphört.
2015-09-01	Kontaktperson (ifo)	Resursbrist, saknar lämplig uppdragstagare.	Verkställt 2016-06-09.
2015-10-05	Särskilt boende (äo)	Resursbrist, saknar ledig bostad	Verkställt 2016-04-25.
2015-10-16	Kontaktfamilj (ifo)	Annat skäl	På klientens och dennes familjs önskan verkställdes inte insatsen då de vill vänta på önskad kontaktfamilj som för tillfället ej kunde ta uppdraget. Verkställt 2016-06-26.
2015-12-21	Kontaktperson (ifo)	Resursbrist, saknar lämplig uppdragstagare.	Verkställt 2016-06-26.
2016-01-01	Ledsagning (of)	Den enskilde har tackat nej till erbjudandet.	Tackat nej till erbjudande 2016-02-17 och 2016-03-22. I överenskommelse med den enskilde har verkställighet ej varit aktuell under perioden 160406-160518 då annan insats introducerats.
2016-01-01	Kontaktfamilj (ifo)	Resursbrist, saknar lämplig uppdragstagare.	Avslutas 2016-05-23 utan att verkställas då vårdnadshavare tackar nej till insatsen.
2016-01-01	Kontaktfamilj (ifo)	Resursbrist, saknar lämplig uppdragstagare.	Avslutas 2016-05-23 utan att verkställas då vårdnadshavare tackar nej till insatsen.
2016-01-19	Kontaktperson (of)	Resursbrist, saknar lämplig uppdragstagare.	Verkställt 2016-05-26.
2016-03-11	Särskilt boende (äo)	Resursbrist, saknar ledig bostad	Har idag särskilt boende för demenssjuka via annan kommun.
2016-03-15	Kontaktperson (ifo)	Resursbrist, saknar lämplig uppdragstagare.	Avslutas 2016-06-22 utan att verkställas då behovet upphört pga att annan insats är aktuell. Beviljas institutionsplacering 2016-07-07.

Enligt LSS 20160401-20160630

Beslutsdatum/
avbrott

Beslut

Skäl till ej verkställt
beslut

Vidtagna åtgärder för att verkställa/i avvaktan på insatsen
Övrigt

Inga överkända beslut längre än 3 månader.

Statistikrapport av ej verkställda gynnande beslut.

Enligt 16 kap § 6 h Socialtjänstlagen (SoL) skall socialnämnden kvartalsvis lämna en statistikrapport till fullmäktige över hur många av nämndens gynnande beslut enligt 4 kap 1 § SoL som inte har verkställts inom tre månader från dagen för respektive beslut. Nämnden skall vidare ange vilka typer av bistånd dessa beslut gäller samt hur lång tid som har förflutit från dagen för respektive beslut. Det skall också framgå hur stor del av de ej verkställda besluten som gäller bistånd till kvinnor respektive män. Samma rapporteringsskyldighet gäller för beslut som inte verkställs på nytt efter avbrott i verkställigheten.

Enligt Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) § 28h gäller en motsvarande rapporteringsskyldighet för beslut om insatser enligt 9 § LSS.

Se bilagd rapport.

Förslag till beslut:

Arbetsutskottet föreslår socialnämnden besluta

Att överlämna redovisningen till fullmäktige

Rapport av ej verkställda gynnande beslut enligt 4 kap 1§ SoL 160401-160630

Beslutsdatum	Typ av bistånd	Man	Kv.	Datum för avbrott i verkställighet
	Kontaktfamilj	X		2015-04-08
2015-09-01	Kontaktperson		X	
2015-09-01	Kontaktperson	X		
2015-10-05	Särskilt boende		X	
2015-10-16	Kontaktfamilj	X		
2015-12-21	Kontaktperson	X		
2016-01-01	Ledsagning	X		
2016-01-01	Kontaktfamilj		X	
2016-01-01	Kontaktfamilj		X	
2016-01-19	Kontaktperson		X	
2016-03-11	Särskilt boende		X	
2016-03-15	Kontaktperson	X		

Antal överställda beslut:

12

Antal män:

6

Antal kvinnor:

6

Rapport av ej verkställda gynnande beslut enligt LSS 160401-160630

Beslutsdatum	Typ av insats	Man	Kv.	Datum för avbrott i verkställighet

Antal överställda beslut:

0

Antal män:

0

Antal kvinnor:

0



Riktlinjer gällande fördelning av
arbetsmiljöuppgifter inom
Östhammars kommun

Kommunstyrelsen

Systematiskt arbetsmiljöarbete

I syfte att förbättra och förtydliga det systematiska arbetsmiljöarbetet i Östhammars kommun pågår ett utvecklingsarbete där första steget föreslås vara att fastställa riktlinjer gällande fördelning av arbetsmiljöuppgifter inom Östhammars kommun.

Följande dokument är framtagna:

- Riktlinjer gällande fördelning av arbetsmiljöuppgifter inom Östhammars kommun
- Bilaga 1:1
Fördelning av arbetsmiljöuppgifter – Nämnd till Förvaltningschef
- Bilaga 1:2
Fördelning av arbetsmiljöuppgifter – Förvaltningschef till Verksamhetschef
- Bilaga 1:3
Fördelning av arbetsmiljöuppgifter – Verksamhetschef (eller motsvarande) till Enhetschef (eller motsvarande)
- Bilaga 2
Returnering av arbetsmiljöuppgift(er)/arbetsmiljöärende
- Förslag på reviderat reglemente för kommunstyrelsen samt förändringsförslag till nämnderna

Utbildning och stödmaterial

Utgångspunkten är att sedan erbjuda utbildning i systematiskt arbetsmiljöarbete till förtroendevalda, kommunens chefer och fackliga representanter samt att vidareutveckla stödmaterial i form av årschema för arbetet och en nätbaserad chefshandbok.

Linn Sunnelid
Administrativ chef

Riktlinjer gällande fördelning av arbetsmiljöuppgifter inom Östhammars kommun

Generella krav

Enligt arbetsmiljölagen (1977:1160) är arbetsgivaren huvudansvarig för arbetsmiljön. Lagens ändamål är, enligt 1 kap. 1 §, att förebygga ohälsa och olycksfall samt att även i övrigt uppnå en god arbetsmiljö. Av 3 kap. 2 § följer att arbetsgivaren skall vidta alla åtgärder som krävs för att uppnå detta.

Föreskriften systematiskt arbetsmiljöarbete (AFS 2001:1) preciserar arbetsgivarens skyldigheter enligt arbetsmiljölagen.

I 2 § definieras systematiskt arbetsmiljöarbete med att arbetsgivaren ska arbeta med att undersöka, genomföra och följa upp verksamheten på ett sådant sätt att ohälsa och olycksfall i arbetet förebyggs och en tillfredsställande arbetsmiljö uppnås.

I 6 § anges att *”Arbetsgivaren skall fördela uppgifterna i verksamheten på ett sådant sätt att en eller flera chefer, arbetsledare eller andra arbetstagare får i uppgift att verka för att risker i arbetet förebyggs och en tillfredsställande arbetsmiljö uppnås”*.

För att kunna uppfylla arbetsmiljölagstiftningens krav är det nödvändigt att arbetsmiljöuppgifterna fördelas på personer med viss funktion eller befattning. De olika uppgifterna bör läggas på den nivå där de bäst kan utföras.

Arbetsmiljölagen och Arbetsmiljöverkets föreskrift om systematiskt arbetsmiljöarbete gäller samtliga arbetstagare. Med arbetstagare likställs alla anställda i verksamheten, vikarier, tillfälligt inhyrd personal, de som genomgår utbildning eller praktik och de som deltar i ett arbetspolitiskt program.

Ansvar och uppgiftsfördelning

Kommunfullmäktige

Huvudregeln är att högsta ledningen, Kommunfullmäktige, är att betrakta som arbetsgivare och de har därmed arbetsmiljöansvaret.

Fullmäktige – har dessa uppgifter:

- Fastställa en skriftlig personalpolicy i samband med att mål och riktlinjer tas fram för kommunen.
- Fördela arbetsmiljöuppgifter till nämnderna och ta in uppgifterna i reglementen för nämndernas verksamhet och arbetsformer.
- Se till att ingen arbetsmiljöfråga hamnar mellan nämnderna.
- Följa upp att nämnderna driver verksamheten i enlighet med personalpolicyen.
- Ge nämnderna ekonomiska resurser för arbetsmiljöarbetet i fullmäktiges årliga budgetbeslut.

Nämnderna

Kommunstyrelsen är enligt kommunlagen (1991:900) att betrakta som nämnd.

Nämnden – har dessa uppgifter:

- På uppdrag av fullmäktige se till att verksamheten drivs i enlighet med arbetsmiljölagstiftningen, föreskrifterna för arbetsmiljön samt att intentionerna i kommunens personalpolicy efterlevs.
- Verkställa fullmäktiges beslut.
- Se till att konsekvenserna för arbetsmiljön bedöms vid förändringar.
- Se till att förebyggande åtgärder i arbetsmiljön kan vidtas genom att ta upp arbetsmiljöinvesteringar i det årliga budgetförslaget.
- Se till att det systematiska arbetsmiljöarbetet följs upp och fungerar både på förvaltningsnivå och ute på arbetsplatserna.
- Se till att förvaltningschefen skriftligen tilldelas uppgifter i det systematiska arbetsmiljöarbetet.
- Se till att förvaltningschefen har tillräcklig kunskap, kompetens, tillräckliga resurser och befogenheter för att kunna driva arbetsmiljöarbetet.
- Ge förvaltningschefen rätt att fördela uppgifter så långt ut i organisationen att systematiskt arbetsmiljöarbete kan drivas ute på arbetsplatserna och att kunskap, kompetens, tillräckliga resurser och befogenheter följer med.



Chefer i organisationen

Fördelningen av arbetsmiljöuppgifter görs skriftligen uppifrån och ner i kommunens organisation, det vill säga från överordnad chef till närmaste underordnad chef, se bild ovan. Fördelningen är personlig och måste därför aktualiseras vid chefbyte. De chefer som tilldelats arbetsmiljöuppgifter har en skyldighet att fullgöra dessa.

Chefer som tilldelas arbetsmiljöuppgifter ska, enligt föreskriften systematiskt arbetsmiljöarbete, bland annat ha:

- Tillräcklig kunskap och kompetens kring
 - arbetsmiljölagstiftning som verksamheten omfattas av, Arbetsmiljöverkets föreskrifter samt policies, samverkansavtal, övriga avtal, rutiner och handlingsplaner inom arbetsmiljöområdet som upprättats för kommunen och förvaltningen
 - de fysiska, psykiska och sociala förhållanden som finns på arbetsplatsen och som kan orsaka ohälsa eller olycksfall
 - hur man åtgärdar brister i arbetsmiljön och främjar hälsa samt förebygger ohälsa och olycksfall.
- Resurser i form av ekonomiska medel, tillgång till personal, utrustning, lokaler, tid, stöd från personer internt och externt vid behov.
- Befogenheter att fatta beslut och vidta åtgärder.
- En egen rimlig arbetsituation.

Medarbetare med tillsynsansvar eller speciellt komplex arbetsmiljö

En skriftlig fördelning av konkreta arbetsmiljöuppgifter kan göras till medarbetare som exempelvis har ett tillsynsansvar över elever, såsom kemilärare, slöjdlärare och idrottslärare, eller till medarbetare med speciellt komplex arbetsmiljö. Se till att dessa medarbetare har tillräcklig kunskap, kompetens, tillräckliga resurser och befogenheter för att genomföra och följa upp tilldelade arbetsmiljöuppgifter.

Underlag beträffande dessa specifika arbetsmiljöuppgifter ska tas fram av respektive förvaltning. En kopia av den undertecknade fördelningen läggs i personalakten (Lednings- och verksamhetsstöd). Kopia sparas också centralt hos respektive förvaltning för uppdatering av förteckning som årligen följs upp i nämnd.

Medarbetare

Alla medarbetare ska, enligt arbetsmiljölagen, medverka i det systematiska arbetsmiljöarbetet och delta i genomförandet av de åtgärder som behövs för att åstadkomma en god fysisk och psykosocial arbetsmiljö. Medarbetarna ska exempelvis rapportera risker, ge förslag på åtgärder och lämna synpunkter på resultatet av genomförda åtgärder. Detta kan göras till chef eller skyddsombud.

Straffansvar

Det är arbetsuppgifter som kan fördelas, inte ansvar. Fördelningen av arbetsmiljöuppgifter innebär således inte att arbetsgivaren i förväg kan bestämma vem som ska straffas om exempelvis en olycka inträffar. Det straffrättsliga ansvaret fastställs av domstol i efterhand. Vid utredning av om någon ska ställas till svars för arbetsmiljöbrott granskas arbetsgivarens aktiva arbetsmiljöarbete. Straff kan utdömas när någon har handlat uppsåtligt eller oaktsamt. Oaktsamhet kan vara att underlåta att organisera det systematiska arbetsmiljöarbetet, inte följa Arbetsmiljöverkets föreskrifter eller arbetsmiljölagstiftningen i övrigt, underlåtenhet att ge erforderlig information, instruktioner mm. Fördelningen av arbetsmiljöuppgifter kan få betydelse för vem eller vilka som åtalas.

Uppföljning

Chefer och medarbetare som har tilldelats arbetsmiljöuppgifter behöver ha en dialog med sin chef kring fördelningen. Denna dialog ska genomföras vid behov och en gång per år exempelvis i samband medarbetarsamtal.

Ledighet och sjukdom

Vid planerad frånvaro ska en ersättare utses för den som tilldelats arbetsmiljöuppgifter. Ersättaren ska utses av överordnad chef. Tänk på att ersättaren ska ha tillräcklig kunskap, kompetens, tillräckliga resurser och befogenheter för att kunna utföra fördelade arbetsmiljöuppgifter.

Ersättare vid sjukdom ska ha utnämnts i förväg.

Returnering

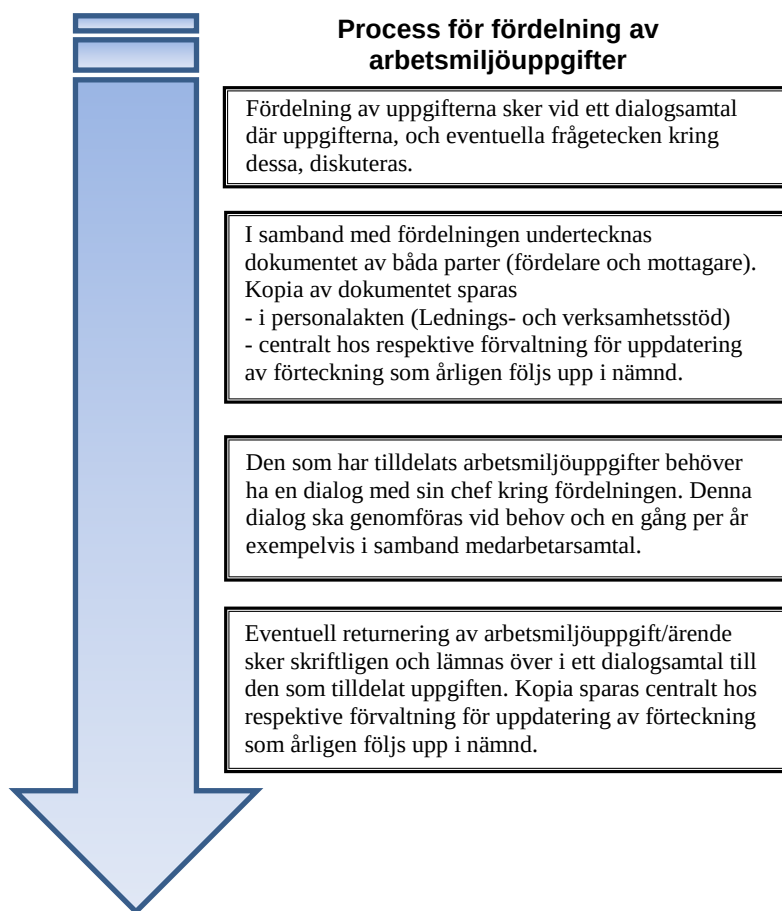
Om den som tilldelats arbetsmiljöuppgifter bedömer att hen inte har den kunskap, den kompetens, de befogenheter och/eller de resurser som krävs för att komma tillrätta med arbetsmiljöuppgift(er)/arbetsmiljöärendet ska uppgiften/ärendet returneras till den som fördelat uppgiften. Returnering ska ske skriftligt enligt blankett (bilaga 2). Därmed återgår ansvaret för den returnerade uppgiften/ärendet till överordnad instans. Ansvaret för övriga arbetsmiljöuppgifter kvarstår som tidigare. Kopia sparas centralt hos respektive förvaltning för uppdatering av förteckning som årligen följs upp i nämnd.

Process för fördelning av arbetsmiljöuppgifter

Vid den skriftliga fördelningen ska aktuellt underlag användas:

- Nämnd till Förvaltningschef, bilaga 1:1
- Förvaltningschef till Verksamhetschef (eller motsvarande), bilaga 1:2
- Verksamhetschef (eller motsvarande) till Enhetschef (eller motsvarande), bilaga 1:3.

Bilden nedan visar hur fördelningen av arbetsmiljöuppgifter ska genomföras.



Schematisk överblick gällande fördelning av arbetsmiljöuppgifter

Förvaltningschef	Verksamhetschef eller motsvarande	Enhetschef eller motsvarande
Efterleva och säkerställa efterlevnad av den arbetsmiljölagstiftning som verksamheten omfattas av, Arbetsmiljöverkets föreskrifter samt policys, samverkansavtal, övriga avtal, rutiner och handlingsplaner inom arbetsmiljöområdet som upprättats för kommunen och förvaltningen.	Efterleva och säkerställa efterlevnad av den arbetsmiljölagstiftning som verksamheten omfattas av, Arbetsmiljöverkets föreskrifter samt policys, samverkansavtal, övriga avtal, rutiner och handlingsplaner inom arbetsmiljöområdet som upprättats för kommunen och förvaltningen.	Efterleva och säkerställa efterlevnad av den arbetsmiljölagstiftning som verksamheten omfattas av, Arbetsmiljöverkets föreskrifter samt policys, samverkansavtal, övriga avtal, rutiner och handlingsplaner inom arbetsmiljöområdet som upprättats för kommunen och förvaltningen.
Innehar rätten att skriftligen fördela arbetsmiljöuppgifter till direkt underställda chefer.	Innehar rätten att skriftligen fördela arbetsmiljöuppgifter till direkt underställda chefer.	Innehar rätten att skriftligen fördela konkreta arbetsmiljöuppgifter till medarbetare med tillsynsansvar eller speciellt komplex arbetsmiljö.
Klargöra fördelning av arbetsmiljöuppgifter till underställda chefer.	Klargöra fördelning av arbetsmiljöuppgifter till underställda chefer.	Klargöra och följa upp fördelningen av konkreta arbetsmiljöuppgifter till medarbetare med tillsynsansvar eller speciellt komplex arbetsmiljö. Se till att dessa medarbetare har tillräcklig kunskap, kompetens, tillräckliga resurser och befogenheter för att genomföra och följa upp tilldelade arbetsmiljöuppgifter.
Se till att fördelningen gällande arbetsmiljöuppgifter kontinuerligt följs upp och vid behov revideras, att uppgifter är fördelade så att det klart visar vem i organisationen som har ansvar för vilka arbetsmiljöuppgifter.	Se till att fördelningen gällande arbetsmiljöuppgifter kontinuerligt följs upp och vid behov revideras.	

Förvaltningschef	Verksamhetschef eller motsvarande	Enhetschef eller motsvarande
Säkerställa att underställda chefer som har tilldelats arbetsmiljöuppgifter har tillräcklig kunskap, kompetens, tillräckliga resurser och befogenheter för att utföra dessa.	Säkerställa att direkt underställda chefer som har tilldelats arbetsmiljöuppgifter har tillräcklig kunskap, kompetens, tillräckliga resurser och befogenheter för att utföra dessa.	Säkerställa att kompetensbehov inom arbetsmiljöområdet tillgodoses för medarbetare.
När det gäller medarbetare som är direkt underställd förvaltningschef har hen samma arbetsmiljöuppgifter som enhetschef eller motsvarande.	När det gäller medarbetare som är direkt underställd verksamhetschef eller motsvarande har hen samma arbetsmiljöuppgifter som enhetschef eller motsvarande.	
Organisera hälso- och arbetsmiljöarbetet på förvaltningen vad avser planering, ledning och uppföljning.	I enlighet med de riktlinjer och direktiv som överordnade chefer ger, organisera hälso- och arbetsmiljöarbetet inom verksamheten/området vad avser planering, ledning och uppföljning.	I enlighet med de riktlinjer och direktiv som överordnade chefer ger, organisera hälso- och arbetsmiljöarbetet inom enheten/området vad avser planering, ledning och uppföljning.
Ansvara för att det vid gemensamt arbetsställe med annan arbetsgivare och/eller flera verksamhetsområdesansvariga finns ett fungerande samordningsansvar på arbetsmiljöområdet i enlighet med arbetsmiljölagstiftningen.	Ansvara för att det vid gemensamt arbetsställe med annan arbetsgivare och/eller flera verksamhetsområdesansvariga finns ett fungerande samordningsansvar på arbetsmiljöområdet i enlighet med arbetsmiljölagstiftningen.	Ansvara för att det vid gemensamt arbetsställe med annan arbetsgivare och/eller flera verksamhetsområdesansvariga finns ett fungerande samordningsansvar på arbetsmiljöområdet i enlighet med arbetsmiljölagstiftningen.
Upprätta en skriftlig handlingsplan för arbetsmiljöarbetet i samband med framtagande av årlig verksamhetsplan/mål.	Arbeta utifrån mål som satts upp för verksamhetens arbetsmiljö. Utifrån handlingsplan för arbetsmiljön genomföra och följa upp beslutade åtgärder. Säkerställa och aktivt stödja att beslutade åtgärder på enhetsnivå genomförs.	Arbeta utifrån mål som satts upp för verksamhetens arbetsmiljö. Utifrån handlingsplan för arbetsmiljön genomföra och följa upp beslutade åtgärder.
Fortlöpande ha en dialog och återkoppling med nämnden gällande förvaltningens arbetsmiljöarbete och inför budgetarbete framföra behov av resurser för ett fungerande systematiskt arbetsmiljöarbete.	Inför budgetarbete, till förvaltningschefen, framföra behov av resurser för ett fungerande systematiskt arbetsmiljöarbete.	Inför budgetarbete, till överordnad chef, framföra behov av resurser för ett fungerande systematiskt arbetsmiljöarbete.

Förvaltningschef	Verksamhetschef eller motsvarande	Enhetschef eller motsvarande
Ge chefer och medarbetare den information de behöver för att få en förståelse för verksamheten samt kunna utföra sitt arbete.	Ge chefer och medarbetare den information de behöver för att få en förståelse för verksamheten samt kunna utföra sitt arbete.	Ge medarbetarna den information de behöver för att få en förståelse för verksamheten samt kunna utföra sitt arbete. Medarbetarna ska särskilt informeras om vilka risker som finns med de egna arbetsuppgifterna och vad som ska göras för att undvika ohälsa och olycksfall.
		Introducera nya medarbetare/vikarier i direkt anslutning till att de påbörjar sin anställning.
Aktivt stimulera initiativ gällande hälso- och arbetsmiljöarbetet och samarbeta med chefer, medarbetare och skyddsombud.	Aktivt stimulera initiativ gällande hälso- och arbetsmiljöarbetet samt samarbeta med chefer, medarbetare och skyddsombud.	Aktivt stimulera initiativ gällande hälso- och arbetsmiljöarbetet samt samarbeta med chefer, medarbetare och skyddsombud.
	Säkerställa att anslag sätts upp på respektive enhet med namn och kontaktuppgifter på skyddsombud, huvudskyddsombud och ledamöter av skyddskommitté.	Anslå information på respektive enhet med namn och kontaktuppgifter på skyddsombud, huvudskyddsombud och ledamöter av skyddskommitté.
Återrapportera inspektionsmeddelande, föreläggande och förbud från Arbetsmiljöverket till nämnden.	Återrapportera inspektionsmeddelande, föreläggande och förbud från Arbetsmiljöverket till överordnad chef.	Återrapportera inspektionsmeddelande, föreläggande och förbud från Arbetsmiljöverket till överordnad chef.
Säkerställa att föreläggande och förbud från Arbetsmiljöverket respekteras, åtgärdas och följs upp.	Ansvara för, stödja och följa upp att föreläggande och förbud från Arbetsmiljöverket, gällande verksamheten, respekteras, åtgärdas och följs upp.	Ansvara för, stödja och följa upp att föreläggande och förbud från Arbetsmiljöverket, gällande enheten, respekteras, åtgärdas och följs upp.
Ansvara för, stödja och följa upp att skriftliga riskbedömningar görs inom förvaltningen enligt aktuell lagstiftning och att skriftliga handlingsplaner upprättas vid behov. Genomföra riskbedömning där fördelning inte skett till annan chef.	Ansvara för, stödja och följa upp att skriftliga riskbedömningar görs inom verksamheten enligt aktuell lagstiftning och att skriftliga handlingsplaner upprättas vid behov.	Ansvara för, genomföra och följa upp att skriftliga riskbedömningar görs inom enheten enligt aktuell lagstiftning och att skriftliga handlingsplaner upprättas vid behov.

Förvaltningschef	Verksamhetschef eller motsvarande	Enhetschef eller motsvarande
		Regelbundet genomföra skyddsronder i samverkan med skyddsombud och medarbetare.
Säkerställa att brister i arbetsmiljön inom förvaltningen fortlöpande åtgärdas genom direktåtgärder eller skriftliga handlingsplaner.	Säkerställa att brister i arbetsmiljön, inom verksamheten, fortlöpande åtgärdas genom direktåtgärder eller skriftliga handlingsplaner.	Fortlöpande åtgärda brister i arbetsmiljön genom direktåtgärder eller skriftliga handlingsplaner.
Säkerställa att skriftliga rutiner för arbetsmiljöarbetet finns samt revideras vid behov.		
	Säkerställa att skriftliga instruktioner finns när riskerna i arbetsuppgifter betraktas som allvarliga, samt att de revideras vid behov.	Skapa skriftliga instruktioner när riskerna i arbetsuppgifter betraktas som allvarliga, säkerställa att instruktionerna följs samt revideras vid behov.
		Ansvara för att krav på medicinsk kontroll genomförs samt att erbjudande av medicinsk kontroll lämnas till berörda medarbetare.
Säkerställa att det inom förvaltningen finns en organiserad arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet.	Följa upp arbetsanpassnings- och rehabiliteringsarbetet för verksamheten samt vara stödjande i arbetet vid behov.	Ansvara för att arbetsanpassnings- och rehabiliteringsarbetet för medarbetare utförs.
		Hjälpa medarbetarna att prioritera arbetsuppgifter.
Följa upp förvaltningens utredningar gällande tillbud, arbetsskador, olyckor, hot, våld, hot om våld, kränkande särbehandling, mobbning, diskriminering, arbetsbelastning etc.	Följa upp verksamhetens utredningar gällande tillbud, arbetsskador, olyckor, hot, våld, hot om våld, kränkande särbehandling, mobbning, diskriminering, arbetsbelastning etc. samt vid behov vara stödjande i arbetet.	Skriftligen utreda samt vidta åtgärder gällande tillbud, arbetsskador, olyckor, hot, våld, hot om våld, kränkande särbehandling, mobbning, diskriminering, arbetsbelastning etc.
		Omedelbart anmäla allvarlig olycka och allvarligare tillbud till Arbetsmiljöverket och överordnad chef.

Förvaltningschef	Verksamhetschef eller motsvarande	Enhetschef eller motsvarande
		Anmäla arbetsskada och olycka till Försäkringskassan och AFA.
Följa upp sjukfrånvaro och vid behov vidta åtgärder för förvaltningen.	Följa upp sjukfrånvaro och vid behov vidta åtgärder för verksamheten.	Följa upp sjukfrånvaro för enheten och vid behov vidta åtgärder.
Årligen göra en skriftlig uppföljning av det systematiska arbetsmiljöarbetet för förvaltningen. Vid brister ska åtgärder vidtas.	Årligen göra en skriftlig uppföljning av det systematiska arbetsmiljöarbetet för verksamheten. Vid brister ska åtgärder vidtas.	Årligen göra en skriftlig uppföljning av det systematiska arbetsmiljöarbetet för enheten. Vid brister ska åtgärder vidtas.
Säkerställa att vidtagna åtgärder har fått effekt.	Säkerställa att vidtagna åtgärder har fått effekt.	Säkerställa att vidtagna åtgärder har fått effekt.
Ansvara för att det vid planerad frånvaro finns en ersättare för den verksamhetschef eller motsvarande som tilldelats arbetsmiljöuppgifter. Ersättare vid sjukdom ska ha utnämnts i förväg.	Ansvara för att det vid planerad frånvaro finns en ersättare för den enhetschef eller motsvarande som tilldelats arbetsmiljöuppgifter. Ersättare vid sjukdom ska ha utnämnts i förväg.	Ansvara för att det vid planerad frånvaro finns en ersättare för den medarbetare som tilldelats konkreta arbetsmiljöuppgifter. Ersättare vid sjukdom ska ha utnämnts i förväg.
Skriftligt returnera arbetsmiljöuppgift(er)/arbetsmiljöärenden till nämnd när kunskap, kompetens, resurser eller befogenheter inte räcker till.	Skriftligt returnera arbetsmiljöuppgift(er)/arbetsmiljöärenden till överordnad chef när kunskap, kompetens, resurser eller befogenheter inte räcker till.	Skriftligt returnera arbetsmiljöuppgift(er)/arbetsmiljöärenden till överordnad chef när kunskap, kompetens, resurser eller befogenheter inte räcker till.

Fördelning av arbetsmiljöuppgifter – Nämnd till Förvaltningschef

Läs ”Riktlinjer gällande fördelning av arbetsmiljöuppgifter inom Östhammars kommun” innan denna blankett gås igenom, fylls i och undertecknas.

Fördelning görs av:

Namn på nämndordförande	Nämnd
Telefonnummer	E-postadress

Fördelning görs till:

Namn		Personnummer
Förvaltning		Telefonnummer
From	Tom/Tillsvidare	E-postadress
Namn på ersättare vid sjukdom		

I egenskap av nämndordförande

för (ange nämnd)

fördelar jag härmed följande markerade arbetsmiljöuppgifter till dig som förvaltningschef:

Markera med kryss i vänstra kolumnen de arbetsmiljöuppgifter som fördelas till förvaltningschef

☐	Efterleva och säkerställa efterlevnad av den arbetsmiljölagstiftning som verksamheten omfattas av Arbetsmiljöverkets föreskrifter, samt policys, samverkansavtal, övriga avtal, rutiner och handlingsplaner inom arbetsmiljöområdet som upprättats för kommunen och förvaltningen.
☐	Innehar rätten att skriftligen fördela arbetsmiljöuppgifter till direkt underställda chefer.
☐	Klargöra fördelning av arbetsmiljöuppgifter till underställda chefer.
☐	Se till att fördelningen gällande arbetsmiljöuppgifter kontinuerligt följs upp och vid behov revideras, att uppgifter är fördelade så att det klart visar vem i organisationen som har ansvar för vilka arbetsmiljöuppgifter.
☐	Säkerställa att underställda chefer som har tilldelats arbetsmiljöuppgifter har tillräcklig kunskap, kompetens, tillräckliga resurser och befogenheter för att utföra dessa.
☐	När det gäller medarbetare som är direkt underställd förvaltningschef har hen samma arbetsmiljöuppgifter som enhetschef eller motsvarande.
☐	Organisera hälso- och arbetsmiljöarbetet på förvaltningen vad avser planering, ledning och uppföljning.

	Ansvara för att det vid gemensamt arbetsställe med annan arbetsgivare och/eller flera verksamhetsområdesansvariga finns ett fungerande samordningsansvar på arbetsmiljöområdet i enlighet med arbetsmiljölagstiftningen.
	Upprätta en skriftlig handlingsplan för arbetsmiljöarbetet i samband med framtagande av årlig verksamhetsplan/mål.
	Fortlöpande ha en dialog och återkoppling med nämnden gällande förvaltningens arbetsmiljöarbete och inför budgetarbete framföra behov av resurser för ett fungerande systematiskt arbetsmiljöarbete.
	Ge chefer och medarbetare den information de behöver för att få en förståelse för verksamheten samt kunna utföra sitt arbete.
	Aktivt stimulera initiativ gällande hälso- och arbetsmiljöarbetet och samarbeta med chefer, medarbetare och skyddsombud.
	Återrapportera inspektionsmeddelande, föreläggande och förbud från Arbetsmiljöverket till nämnden.
	Säkerställa att föreläggande och förbud från Arbetsmiljöverket respekteras, åtgärdas och följs upp.
	Ansvara för, stödja och följa upp att skriftliga riskbedömningar görs inom förvaltningen enligt aktuell lagstiftning och att skriftliga handlingsplaner upprättas vid behov. Genomföra riskbedömning där fördelning inte skett till annan chef.
	Säkerställa att brister i arbetsmiljön inom förvaltningen fortlöpande åtgärdas genom direktåtgärder eller skriftliga handlingsplaner.
	Säkerställa att skriftliga rutiner för arbetsmiljöarbetet finns samt revideras vid behov.
	Säkerställa att det inom förvaltningen finns en organiserad arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet.
	Följa upp förvaltningens utredningar gällande tillbud, arbetsskador, olyckor, hot, våld, hot om våld, kränkande särbehandling, mobbning, diskriminering, arbetsbelastning etc.
	Följa upp sjukfrånvaro och vid behov vidta åtgärder för förvaltningen.
	Årligen göra en skriftlig uppföljning av det systematiska arbetsmiljöarbetet för förvaltningen. Vid brister ska åtgärder vidtas.
	Ansvara för att det vid planerad frånvaro finns en ersättare för den verksamhetschef eller motsvarande som tilldelats arbetsmiljöuppgifter. Ersättare vid sjukdom ska ha utnämnts i förväg.
	Säkerställa att vidtagna åtgärder har fått effekt.
	Skriftligt returnera arbetsmiljöuppgift(er)/arbetsmiljöärendet till nämnd när kunskap, kompetens, resurser eller befogenheter inte räcker till.
	<i>Här kan ytterligare arbetsmiljöuppgift läggas till om behov finns.</i>

Bilaga 1:1

Jag som fördelar arbetsmiljöuppgifterna har ansvar för att den som uppgifterna fördelas till har de kunskaper, den kompetens, de befogenheter och de resurser som behövs för att utföra dessa.

Ort och datum	Ort och datum
Namnteckning, den som fördelar arbetsmiljöuppgifter	Namnteckning, den som tar emot arbetsmiljöuppgifter

En kopia av den undertecknade fördelningen av arbetsmiljöuppgifter läggs i personalakten (Lednings- och verksamhetsstöd).
Kopia sparas också centralt hos respektive förvaltning för uppdatering av förteckning som årligen följs upp i nämnd.

Fördelning av arbetsmiljöuppgifter – Förvaltningschef till Verksamhetschef (eller motsvarande)

Läs ”Riktlinjer gällande fördelning av arbetsmiljöuppgifter inom Östhammars kommun” innan denna blankett går igenom, fylls i och undertecknas.

Fördelning görs av:

Namn på förvaltningschef	Förvaltning
Telefonnummer	E-postadress

Fördelning görs till:

Namn		Personnummer
Verksamhet/skyddsområde		Telefonnummer
From	Tom/Tillsvidare	E-postadress
Namn på ersättare vid sjukdom		

I egenskap av förvaltningschef för (ange förvaltning)

fördelar jag härmed följande markerade arbetsmiljöuppgifter till dig som

.....(ange titel):

Markera med kryss i vänstra kolumnen de arbetsmiljöuppgifter som fördelas till verksamhetschef

☐	Efterleva och säkerställa efterlevnad av den arbetsmiljölagstiftning som verksamheten omfattas av, Arbetsmiljöverkets föreskrifter samt policys, samverkansavtal, övriga avtal, rutiner och handlingsplaner inom arbetsmiljöområdet som upprättats för kommunen och förvaltningen.
☐	Innehar rätten att skriftligen fördela arbetsmiljöuppgifter till direkt underställda chefer.
☐	Klargöra fördelning av arbetsmiljöuppgifter till underställda chefer.
☐	Se till att fördelningen gällande arbetsmiljöuppgifter kontinuerligt följs upp och vid behov revideras.
☐	Säkerställa att direkt underställda chefer som har tilldelats arbetsmiljöuppgifter har tillräcklig kunskap, kompetens, tillräckliga resurser och befogenheter för att utföra dessa.
☐	När det gäller medarbetare som är direkt underställd verksamhetschef eller motsvarande har hen samma arbetsmiljöuppgifter som enhetschef eller motsvarande.
☐	I enlighet med de riktlinjer och direktiv som överordnade chefer ger, organisera hälso- och arbetsmiljöarbetet inom verksamheten/området vad avser planering, ledning och uppföljning.

	Ansvara för att det vid gemensamt arbetsställe med annan arbetsgivare och/eller flera verksamhetsområdesansvariga finns ett fungerande samordningsansvar på arbetsmiljöområdet i enlighet med arbetsmiljölagstiftningen.
	Arbeta utifrån mål som satts upp för verksamhetens arbetsmiljö. Utifrån handlingsplan för arbetsmiljön genomföra och följa upp beslutade åtgärder. Säkerställa och aktivt stödja att beslutade åtgärder på enhetsnivå genomförs.
	Inför budgetarbete, till förvaltningschefen, framföra behov av resurser för ett fungerande systematiskt arbetsmiljöarbete.
	Ge chefer och medarbetare den information de behöver för att få en förståelse för verksamheten samt kunna utföra sitt arbete.
	Aktivt stimulera initiativ gällande hälso- och arbetsmiljöarbetet samt samarbeta med chefer, medarbetare och skyddsombud.
	Säkerställa att anslag sätts upp på respektive enhet med namn och kontaktuppgifter på skyddsombud, huvudskyddsombud och ledamöter av skyddskommitté.
	Återrapportera inspektionsmeddelande, föreläggande och förbud från Arbetsmiljöverket till överordnad chef.
	Ansvara för, stödja och följa upp att föreläggande och förbud från Arbetsmiljöverket, gällande verksamheten, respekteras, åtgärdas och följs upp.
	Ansvara för, stödja och följa upp att skriftliga riskbedömningar görs inom verksamheten enligt aktuell lagstiftning och att skriftliga handlingsplaner upprättas vid behov.
	Säkerställa att brister i arbetsmiljön, inom verksamheten, fortlöpande åtgärdas genom direktåtgärder eller skriftliga handlingsplaner.
	Säkerställa att skriftliga instruktioner finns när riskerna i arbetsuppgifter betraktas som allvarliga, samt att de revideras vid behov.
	Följa upp arbetsanpassnings- och rehabiliteringsarbetet för verksamheten samt vara stödjande i arbetet vid behov.
	Följa upp verksamhetens utredningar gällande tillbud, arbetsskador, olyckor, hot, våld, hot om våld, kränkande särbehandling, mobbning, diskriminering, arbetsbelastning etc. samt vid behov vara stödjande i arbetet.
	Följa upp sjukfrånvaro och vid behov vidta åtgärder för verksamheten.
	Årligen göra en skriftlig uppföljning av det systematiska arbetsmiljöarbetet för verksamheten. Vid brister ska åtgärder vidtas.
	Säkerställa att vidtagna åtgärder har fått effekt.
	Ansvara för att det vid planerad frånvaro finns en ersättare för den enhetschef eller motsvarande som tilldelats arbetsmiljöuppgifter. Ersättare vid sjukdom ska ha utnämnts i förväg.

	Skriftligt returnera arbetsmiljöuppgift(er)/arbetsmiljöärende till överordnad chef när kunskap, kompetens, resurser eller befogenheter inte räcker till.
	<i>Här kan ytterligare arbetsmiljöuppgift läggas till om behov finns.</i>

Jag som fördelar arbetsmiljöuppgifterna har ansvar för att den som uppgifterna fördelas till har de kunskaper, den kompetens, de befogenheter och de resurser som behövs för att utföra dessa.

Ort och datum	Ort och datum
Namnteckning, den som fördelar arbetsmiljöuppgifter	Namnteckning, den som tar emot arbetsmiljöuppgifter

En kopia av den undertecknade fördelningen av arbetsmiljöuppgifter läggs i personalakten (Lednings- och verksamhetsstöd). Kopia sparas också centralt hos respektive förvaltning för uppdatering av förteckning som årligen följs upp i nämnd.

Fördelning av arbetsmiljöuppgifter – Verksamhetschef (eller motsvarande) till Enhetschef (eller motsvarande)

Läs ”Riktlinjer gällande fördelning av arbetsmiljöuppgifter inom Östhammars kommun” innan denna blankett går igenom, fylls i och undertecknas.

Fördelning görs av:

Namn på verksamhetschef eller motsvarande	Verksamhet/skyddsområde
Telefonnummer	E-postadress

Fördelning görs till:

Namn		Personnummer
Enhet/skyddsområde		Telefonnummer
From	Tom/Tillsvidare	E-postadress
Namn på ersättare vid sjukdom		

I egenskap av verksamhetschef eller motsvarande för

..... (ange verksamhet/skyddsområde)

fördelar jag härmed följande markerade arbetsmiljöuppgifter till dig som

..... (ange titel):

Markera med kryss i vänstra kolumnen de arbetsmiljöuppgifter som fördelas till enhetschef eller motsvarande

☐	Efterleva och säkerställa efterlevnad av den arbetsmiljölagstiftning som verksamheten omfattas av, Arbetsmiljöverkets föreskrifter, samt policys, samverkansavtal, övriga avtal, rutiner och handlingsplaner inom arbetsmiljöområdet som upprättats för kommunen och förvaltningen.
☐	Innehar rätten att skriftligen fördela konkreta arbetsmiljöuppgifter till medarbetare med tillsynsansvar eller speciellt komplex arbetsmiljö.
☐	Klargöra och följa upp fördelningen av konkreta arbetsmiljöuppgifter till medarbetare med tillsynsansvar eller speciellt komplex arbetsmiljö. Se till att dessa medarbetare har tillräcklig kunskap, kompetens, tillräckliga resurser och befogenheter för att genomföra och följa upp tilldelade arbetsmiljöuppgifter.
☐	Säkerställa att kompetensbehov inom arbetsmiljöområdet tillgodoses för medarbetare.
☐	I enlighet med de riktlinjer och direktiv som överordnade chefer ger, organisera hälso- och arbetsmiljöarbetet inom enheten/området vad avser planering, ledning och uppföljning.

	Ansvara för att det vid gemensamt arbetsställe med annan arbetsgivare och/eller flera verksamhetsområdesansvariga finns ett fungerande samordningsansvar på arbetsmiljöområdet i enlighet med arbetsmiljölagstiftningen.
	Arbeta utifrån mål som satts upp för verksamhetens arbetsmiljö. Utifrån handlingsplan för arbetsmiljön genomföra och följa upp beslutade åtgärder.
	Inför budgetarbete, till överordnad chef, framföra behov av resurser för ett fungerande systematiskt arbetsmiljöarbete.
	Ge medarbetarna den information de behöver för att få en förståelse för verksamheten samt kunna utföra sitt arbete. Medarbetarna ska särskilt informeras om vilka risker som finns med de egna arbetsuppgifterna och vad som ska göras för att undvika ohälsa och olycksfall.
	Introducera nya medarbetare/vikarier i direkt anslutning till att de påbörjar sin anställning.
	Aktivt stimulera initiativ gällande hälso- och arbetsmiljöarbetet samt samarbeta med chefer, medarbetare och skyddsombud.
	Anslå information på respektive enhet med namn och kontaktuppgifter på skyddsombud, huvudskyddsombud och ledamöter av skyddskommitté.
	Återrapportera inspektionsmeddelande, föreläggande och förbud från Arbetsmiljöverket till överordnad chef.
	Ansvara för, stödja och följa upp att föreläggande och förbud från Arbetsmiljöverket, gällande enheten, respekteras, åtgärdas och följs upp.
	Ansvara för, genomföra och följa upp att skriftliga riskbedömningar görs inom enheten enligt aktuell lagstiftning och att skriftliga handlingsplaner upprättas vid behov.
	Regelbundet genomföra skyddsronder i samverkan med skyddsombud och medarbetare.
	Fortlöpande åtgärda brister i arbetsmiljön genom direktåtgärder eller skriftliga handlingsplaner.
	Skapa skriftliga instruktioner när riskerna i arbetsuppgifter betraktas som allvarliga, säkerställa att instruktionerna följs samt revideras vid behov.
	Ansvara för att krav på medicinsk kontroll genomförs samt att erbjudande av medicinsk kontroll lämnas till berörda medarbetare.
	Ansvara för att arbetsanpassnings- och rehabiliteringsarbetet för medarbetare utförs.
	Hjälpa medarbetarna att prioritera arbetsuppgifter.
	Skriftligen utreda samt vidta åtgärder gällande tillbud, arbetsskador, olyckor, hot, våld, hot om våld, kränkande särbehandling, mobbning, diskriminering, arbetsbelastning etc.
	Omedelbart anmäla allvarlig olycka och allvarigare tillbud till Arbetsmiljöverket och överordnad chef.

	Anmäla arbetsskada och olycka till Försäkringskassan och AFA.
	Följa upp sjukfrånvaro för enheten och vid behov vidta åtgärder.
	Årligen göra en skriftlig uppföljning av det systematiska arbetsmiljöarbetet för enheten. Vid brister ska åtgärder vidtas.
	Säkerställa att vidtagna åtgärder har fått effekt.
	Ansvara för att det vid planerad frånvaro finns en ersättare för den medarbetare som tilldelats konkreta arbetsmiljöuppgifter. Ersättare vid sjukdom ska ha utnämnts i förväg.
	Skriftligt returnera arbetsmiljöuppgift(er)/arbetsmiljöärende till överordnad chef när kunskap, kompetens, resurser eller befogenheter inte räcker till.
	<i>Här kan ytterligare arbetsmiljöuppgift läggas till om behov finns.</i>

Jag som fördelar arbetsmiljöuppgifterna har ansvar för att den som uppgifterna fördelas till har de kunskaper, den kompetens, de befogenheter och de resurser som behövs för att utföra dessa.

Ort och datum	Ort och datum
Namnteckning, den som fördelar arbetsmiljöuppgifter	Namnteckning, den som tar emot arbetsmiljöuppgifter

En kopia av den undertecknade fördelningen av arbetsmiljöuppgifter läggs i personalakten (Lednings- och verksamhetsstöd).
Kopia sparas också centralt hos respektive förvaltning för uppdatering av förteckning som årligen följs upp i nämnd.

Returnering av arbetsmiljöuppgift(er)/arbetsmiljöärende

Om du som tilldelats arbetsmiljöuppgifter bedömer att du inte har de kunskaper, den kompetens, de befogenheter och/eller de resurser som krävs för att komma tillrätta med arbetsmiljöuppgift(er)/arbetsmiljöärende ska uppgiften/ärendet returneras till den som fördelat uppgiften.

Mottagare av returnering

Förvaltning/verksamhet	
Mottagare (namn)	Mottagarens befattning
Mottagarens telefonnummer	Mottagarens e-postadress

Avsändare av returnering

Verksamhet/Enhet	
Avsändare (namn)	Avsändarens befattning
Avsändarens telefonnummer	Avsändarens e-postadress

Returnerad arbetsmiljöuppgift(er)/arbetsmiljöärende

Följande arbetsmiljöuppgift(er)/arbetsmiljöärende returneras härmed:

Skäl för returnering

Returnering sker av följande skäl:

- ☐ Saknar tillräcklig kunskap och/eller kompetens för att komma tillrätta med arbetsmiljöuppgift(er)/arbetsmiljöärende.
- ☐ Saknar tillräckliga befogenheter för att komma tillrätta med arbetsmiljöuppgift(er)/arbetsmiljöärende.
- ☐ Saknar tillräckliga resurser för att komma tillrätta med arbetsmiljöuppgift(er)/arbetsmiljöärende.

Övriga skäl:

Underskrifter

Ort och datum	Ort och datum
Avsändarens underskrift	Mottagarens underskrift
Namnförtydligande	Namnförtydligande

Kopia sparas centralt hos respektive förvaltning för uppdatering av förteckning som årligen följs upp i nämnd.

Remissyttrande, policy för ekologisk hållbarhet

Förslag till beslut

Socialnämnden har inget att erinra om policyns innehåll. Policyn bör dock kompletteras med hur den ska följas upp, både på övergripande nivå och hos samtliga nämnder. Socialnämnden föreslår att policyn följs upp:

- Inom ramen för budgetarbetet.
- Att den särskilt implementeras i samband med upphandlingar.
- Genom kommunchefens dialog om verksamhetsuppföljning med förvaltningscheferna.

Socialnämnden ser fram emot policydokument kring social respektive ekonomisk hållbarhet och vill poängtera vikten av att dessa tre policydokument tydligt kopplar till varandra.

REMISS:**Synpunkter önskas på förslag till Policy för ekologisk hållbarhet (ersätter Miljöpolicy)**

Kommunstyrelsen bjuder in samtliga nämnder att ge synpunkter på föreslagen Policy för ekologisk hållbarhet för Östhammars kommun. Beslut om policy beräknas tas av Kommunfullmäktige 15 november 2016.

Utöver allmänna synpunkter önskas särskilt synpunkter kring:

1. Möjlighet att implementera policyn som ett av nämndens styrande dokument?
2. Möjligheter att implementera policyn i uppdrag och daglig verksamhet inom nämndens verksamhetsområde?
3. Läsbarhet och omfattning.

Svar skickas senast 23 september 2016 till kommunstyrelsen@osthammar.se.

Bakgrund

Enligt uppdrag från Kommunstyrelsens arbetsutskott har Strategienheten utvärderat Östhammars kommuns miljöpolicy antagen av KF 1998. Utvärderingen genomfördes genom internremiss under hösten 2014.

Med utvärderingen och omvärldsanalys av andra kommuners och organisationers arbete policydokument för miljöfrågor som grund, föreslår Strategienheten att Miljöpolicy ersätts med Policy för ekologisk hållbarhet. Detta som ett led i arbetet att bredda arbetet med hållbar utveckling och ge utrymme för eventuellt kommande policydokument kring övriga dimensioner; social respektive ekonomisk hållbarhet.

Under samma tidsperiod har även miljömål och styrtal för Östhammars kommun uppdaterats, för att konkretisera målstyrning av kommunens verksamheter inom fyra fokusområden. Policyn för ekologisk hållbarhet omfattar kommunens samtliga verksamheter i ett bredare perspektiv.

Bilaga:**Förslag Policy för ekologisk hållbarhet**

Kommunstyrelsens arbetsutskott

Förslag till:

Policy för ekologisk hållbarhet

För att bli världens bästa lokalsamhälle ska Östhammars kommun aktivt arbeta för en långsiktigt hållbar utveckling. Kommunen ska kontinuerligt utveckla och förbättra sitt miljöarbete och ge medborgare och näringsliv förutsättningar att utveckla den lokala såväl som den globala miljön. En del i den hållbara utvecklingen omfattar förståelsen av naturens betydelse för människors hälsa och välbefinnande. Naturen har ett skyddsvärde och människans rätt att förändra och bruka den är förenad med ett ansvar att förvalta naturen väl.

För att kunna arbeta effektivt med ekologisk hållbarhet har vi enats kring dessa gemensamma utgångspunkter. Vårt handlande ska utgå från;

Planetära gränser Vi ska förhålla oss till att naturens förmåga att producera varor och tjänster sätter gränserna för hur vi kan ta resurser i anspråk samt ta hänsyn till en rättvis fördelning av dessa. Vi inser att ekosystemtjänster är en viktig del av samhällsekonomin.

Försiktighetsprincipen Det är ofta svårt att identifiera fullständiga konsekvenser av vårt handlande. Vi ska därför förebygga både tänkbara och möjliga skador och försämringar för människors hälsa eller miljön.

Resurshushållning Vi ska i våra beslut ta hänsyn till vilka resurser som tas i anspråk och minska användningen av naturresurserna. Kommunen ska i sitt arbete minska användningen av material och naturresurser, effektivisera energianvändningen och minska påverkan på naturmiljöer.

Kretsloppsprincipen Det som utvinns ur naturen ska på ett uthålligt sätt kunna användas, återanvändas, återvinnas som material eller energi, eller slutligt omhändertas med minsta möjliga resursförbrukning och utan att naturen skadas.

I syfte att bevara och utveckla goda miljöer för både människa, växter och djur nu och i framtiden ska vi ta hänsyn till natur- och kulturvärden samt värden för friluftsliv och folkhälsa. Kommunen ska skapa fysiska och sociala förutsättningar för miljöanpassat beteende och ha miljökrav som aktivt instrument i alla upphandlingar och inköp. Vi ska öppet redovisa och informera om kommunens miljöarbete och miljöpåverkan.

§ 142

Dnr KS-2014-373

Dpl 003

Miljöpolicy

Enligt uppdrag från Kommunstyrelsens arbetsutskott har Strategienheten utvärderat Östhammars kommuns miljöpolicy antagen av KF 1998. Utvärderingen genomfördes genom internremiss under hösten 2014. Med utvärderingen och omvärldsanalys av andra kommuners och organisationers arbete policydokument för miljöfrågor som grund, föreslår Strategienheten att *Miljöpolicy* ersätts med *Policy för ekologisk hållbarhet*, som ett led i arbetet att bredda arbetet med hållbar utveckling samt ge utrymme för eventuellt kommande policydokument kring social respektive ekonomisk hållbarhet. Förslag till policy har arbetats fram av Strategienheten.

Miljösakkunnig Camilla Andersson föredrar ärendet. Chef för strategienheten Marie Berggren medverkar.

Arbetsutskottets förslag 2016-05-24

Kommunstyrelsen beslutar att

- Förslag till policy för ekologisk hållbarhet remitteras till samtliga kommunala nämnder.
- Under hösten 2016 bearbetas eventuella synpunkter.
- Policy för ekologisk hållbarhet förs upp för antagande i Kommunfullmäktige 15 november 2016.

Kommunstyrelsens beslut

- **Förslag till policy för ekologisk hållbarhet remitteras till samtliga kommunala nämnder.**
- **Under hösten 2016 bearbetas eventuella synpunkter.**
- **Policy för ekologisk hållbarhet förs upp för antagande i Kommunfullmäktige 15 november 2016.**

Delges:

Samtliga nämnder
Camilla Andersson
KS
KF

Socialnämndens yttrande över ”Regional utvecklingsstrategi” Uppsala län

Den regionala utvecklingsstrategin är mycket välskriven och speglar de utvecklingsområden som är viktiga för framtiden. Områden som skola, bostäder, kommunikation, entreprenöriella förutsättningar samt utveckling och samverkan är väl beskrivna. På ett par områden skulle dokumentet kunna utvecklas ytterligare för att belysa viktiga delar av regionens utveckling.

Omvärld

Under avsnittet omvärlden och utmaningar borde det kommande beslutet om eventuell ny lag för barnkonventionen samt konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning lyftas fram. Av SWOT analysen över ”en region för alla” framkommer det att barnfattigdom och socialt utsatthet är en svaghet inom regionen.

Mål

Föreslagna mål skulle med fördel kunna kompletteras med ytterligare tre. Inom området ”en region för alla” skulle ett mål avseende bekämpning av någon av de stora folkhälsosjukdomarna med fördel kunna presenterats. Speciellt med tanke på den höga kostnadsökningen som förväntas inom kommun och landsting. Detta i kombination med en prognostiserad befolkningstillväxt medför stora kostnadsökningar om inget görs.

Området ”en region för alla” skulle med fördel kunna kopplas ihop med viktiga aspekter av social hållbarhet som i dokumentet lyfts inom andra områden. Tre frågor som lyfts inom området ”en växande region” utgör exempel på detta:

- Planera för och bygg fler bostäder
- Stärk sambanden mellan bebyggelseutveckling och kollektiv trafik samt gång och cykel
- Utveckla den digitala infrastrukturen

Kort resonemang om bland annat tillgänglighet och den digitala infrastrukturens vikt för arbetsmarknaden samt en hänvisning till senare avsnitt i dokumentet skulle kunna lyfta ovanstående frågors vikt för social hållbarhet.

Den upplevelsebaserade näringen, kultur, idrott och besöksnäringen kommer i framtiden spela stor roll för regionens utveckling. Inom området ”en nyskapande region” skulle ett ytterligare sammanfattande mål för dessa områden ge strategien ett mervärde.

Till remissinstanserna
enligt särskild sändlista

Regional utvecklingsstrategi för Uppsala län - Remiss

Remissperiod

Regionförbundets styrelse beslutade 12 maj 2016 att, utan eget ställningstagande, sända ut förslag till Regional utvecklingsstrategi för Uppsala län på remiss. Efter remissperioden utarbetas en ny version av strategin, som sedan kommer att behandlas av förbundsfullmäktige 16 december 2016. Strategin fastställs därefter det nybildade regionfullmäktige i jan/feb 2017.

Remisshandlingar kan laddas ner på www.regionuppsala.se/RUS. Remissversionen av utvecklingsstrategin finns endast i digitalt format. I samma länk återfinns övrigt underlagsmaterial.

Skriftliga synpunkter ska ha kommit in senast 30 september 2016 digitalt till rus@regionuppsala.se

Remissinstanserna uppmanas att fylla i svarsbilagan och disponera remissvaren efter huvuddokumentets huvudrubriker (Växande, Nyskapande och Region för alla), eftersom det underlättar sammanställningen.

Remissens syfte

Remissen syftar till att:

- få synpunkter på förslaget till regional utvecklingsstrategi
- få underlag för att fastställa slutliga mål och strategier för länets utveckling
- öka engagemanget och kunskapen kring den regionala utvecklingen
- lägga grunden för ett genomförande genom engagemang och kunskap om utvecklingsstrategins mål och förslag till åtaganden

Presentation av förslaget

Regionförbundet erbjuder stöd i form av presentationer och fördjupad diskussion kring strategiförslaget under remissperioden. Bland annat inbjuds samtliga remissinstanser och övriga till ett remissmöte **14 juni, kl 9-11.30**, enl separat inbjudan. Anmälan görs på www.regionuppsala.se

bitr regiondirektör och RUS-ansvarig, 018-18 21 01

Regiondirektör

- Regional utvecklingsstrategi för Uppsala län, remissversion
- Målbilaga
- Sändlista
- Svarsmall beträffande föreslagna åtaganden
- Inbjudan till remissmöte 14 juni 2016

Sändlista RUS-remiss

Regionförbundets medlemmar

Kommunerna i Uppsala län
Landstinget i Uppsala län

Kommuner (angränsande till Uppsala län)

Gävle
Norrtälje
Sala
Sandviken
Sigtuna
Strängnäs
Upplands-Bro
Västerås

Universitet

Sveriges lantbruksuniversitet
Uppsala universitet

Organisationer

Stockholms Handelskammare
Företagarna
Svenskt Näringsliv
LRF
Unionen
LO
STUNS
Samordningsförbundet
Mälardalsrådet

Föreningar/motstv

Svenska Kyrkan
Föreningsrådet
Upplandsstiftelsen
Cykelfrämjandet
Hyresgästföreningen

Myndigheter

Länsstyrelsen Uppsala län
Arbetsförmedlingen
Försäkringskassan
Livsmedelsverket
SVA
Migrationsverket
Swedavia
Läkemedelsverket

Grannregioner

Kommunförbundet Stockholms län
Region Gävleborg
Länsstyrelsen Gävleborgs län
Länsstyrelsen Stockholms län
Stockholms läns landsting
Regionförbundet Sörmland
Länsstyrelsen i Södermanlands län
Länsstyrelsen Västmanland
Landstinget i Västmanlands län
Västmanlands kommuner och landsting (VKL)
Region Örebro län
Länsstyrelsen i Örebro län

Övriga

Almi Företagspartner
Fastighetsägarna
UIC
Uppsala Bio
Drivhuset
Ung Företagsamhet
Connect
Companion

Remiss regional utvecklingsstrategi - svarsbilaga

Remissinstans: _____

Frågor besvaras av (e-post): _____

En bärande tanke med utvecklingsstrategin är att framgång bygger på mångas delaktighet och engagemang. Med förenade krafter kan regionens aktörer skapa en rörelse mot vision och uppställda mål. Olika aktörers bidrag till strategins genomförande uttrycks i de åtaganden som varje part genom denna remiss är beredda att göra.

I följande svarsbilaga uppmanas varje remissinsats att:

- 1) markera och bedöma hur relevanta olika åtaganden anses vara för regionens utveckling. Detta ger underlag för en närmare prioritering av insatser inför kommande slutversion.
- 2) ange kring vilka åtaganden er organisation är beredd att ingå och fördjupa samarbetet kring.

En beskrivning av varje åtaganden återfinns i strategiförslaget.

Sammanställning av förslag till åtaganden

	Hur relevant är åtagandet för regionens utveckling?			Vill ni fördjupa arbetet kring detta åtagande?	
	Mycket	Något	Litet	Ja	Nej
En region för alla					
Säkra utbildning av högsta kvalitet i en attraktiv kunskapsregion					
Skapa goda möjligheter till livslångt lärande.					
Utveckla en jämlik arbetsmarknad.					
Påskynda integrering av nyanlända på arbetsmarknaden.					
Säkerställ en kvalitativ hälso- och sjukvård och omsorg.					

En växande region					
Planera för och bygg fler bostäder.					
Planera för och bygg täta, funktionsblandade miljöer.					
Stärk sambanden mellan bebyggelseutveckling och utbyggnad av kollektivtrafiken.					
Skapa hälsofrämjande och inkluderande livsmiljöer.					
Möjliggör kretsloppsanpassade och effektiva energisystem.					
Utveckla hållbara godstransporter.					
Utveckla infrastruktur för hållbara drivmedel.					
Utveckla den digitala infrastrukturen.					
En nyskapande region					
Utveckla det regionala innovationssystemet.					
Utveckla och koppla samman konkurrenskraftiga företag och kluster.					
Stärk hälso- och sjukvården och Akademiska sjukhuset som regional utvecklingskraft.					
Befäst Uppsala universitets och SLU:s ställning som globalt ledande lärosäten.					
Skapa ett gott företagsklimat och underlätta för entreprenörer.					
Stöd fler företag att bli internationellt verksamma.					

Underlätta för nya etableringar och investeringar.					
Kraftsamla för ökad global synlighet.					
Utveckla samspelet mellan länets alla delar.					
Utveckla en kulturregion med internationell lyskraft.					
Utveckla destinationer för stärkt och hållbar besöksnäring.					

MÅLBILAGA

[illegible]

Bakgrund

Under 2015-2016 har ett nytt förslag till Regional utvecklingsstrategi för Uppsala län förberetts. Förslaget skickas ut på remiss från 12 maj till 30 september 2016. Enligt tidplanen ska regionförbundets förbundsfullmäktige besluta om strategin i december 2016, för att sedan fastställas av ett nybildat regionfullmäktige för Region Uppsala i jan/feb 2017.

I remissversionen förslås att regionens vision är:

”Ett gott liv i en nyskapande kunskapsregion med internationell lyskraft”

Strategins olika mål och förslag till åtaganden samlas under tre prioriterade områden:

- ***En region för alla***
- ***En växande region***
- ***En nyskapande region***

Varje prioriterat område innehåller mätbara mål – totalt elva mål - som visar vad som behöver uppnås på länsnivå.

I denna bilaga beskrivs och konkretiseras varje mål. För att ge målen relevans kan flera mål brytas ner på kommunal nivå, utifrån nuläge och ambition i respektive kommun. Det är upp till varje kommun att välja egen målnivåer, som relaterar till nuläge och ambition.

Frågor kan besvaras av bitr regiondirektör [REDACTED] (at)regionupsala.se

EN REGION FÖR ALLA

- A. Andelen gymnasieelever med examen inom 4 år ska överstiga 80 procent.
- B. Andelen 30-34-åringar som har minst en tvåårig eftergymnasial utbildning ska överstiga 57 %.
- C. Andelen sysselsatta i åldrarna 20-64 år ska överstiga 80 %.
- D. Regioninvånarna ska ha landets högsta självskattade hälsa, med minskade skillnader mellan grupper och individer.

A. Examen från gymnasieskolan inom 4 år

Uppnådd examen från gymnasieutbildning är ofta ett krav för att kunna få inträde på arbetsmarknaden. En god genomströmning är avgörande för regionens kompetensförsörjning och kostnadsbesparande för kommunerna.

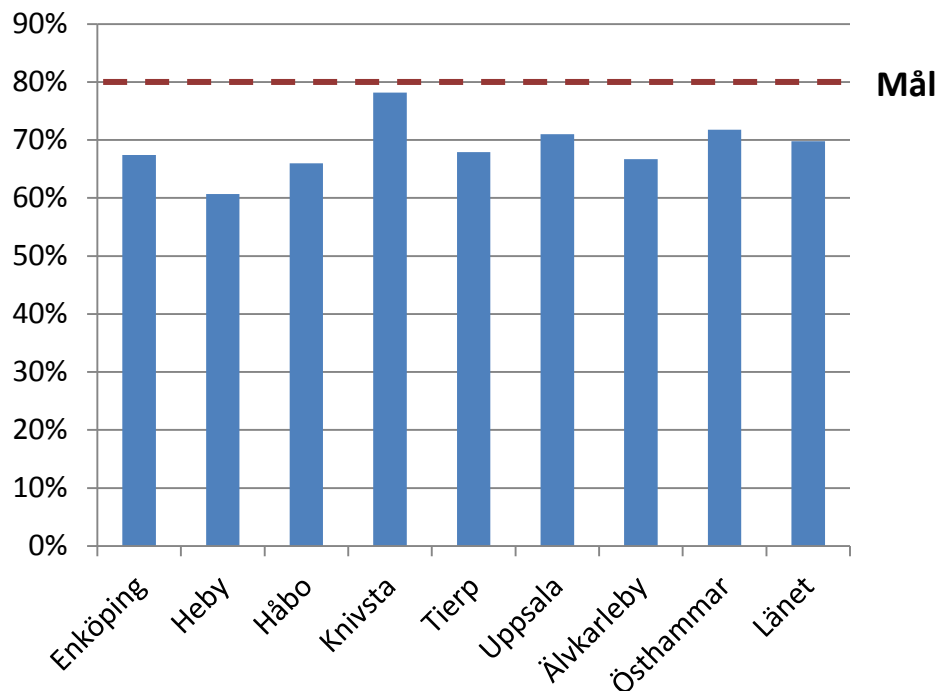
Måttet på genomströmning har anpassats till den reformerade gymnasieskolan, Gy 2011, och utgår från andelen elever som uppnått examen inom fyra år.

Mål: Andelen gymnasieelever med examen inom 4 år ska överstiga 80 procent.

Indikator: Gymnasieelever med examen inom 4 år.

Baslinje: 70 % år 2015, för nybörjarelever ht 2011

Källa: Skolverket



	Enköping	Heby	Håbo	Knivsta	Tierp	Uppsala	Älvkarleby	Östhammar	Länet
Totalt	67%	61%	66%	78%	68%	71%	67%	72%	70%
Män	63%	51%	67%	69%	65%	68%	67%	68%	66%
Kvinnor	73%	71%	66%	86%	71%	75%	67%	75%	74%

B. Andel med eftergymnasial utbildning

Målet om andelen 30-34 åringar med minst tvåårig eftergymnasial utbildningen knyter an till europeiska och nationella utbildningsmål. Uppsalaregionen (54,7%) överskrider redan idag både det nationella målet (40-45 %) och det europeiska målet (40 %).

Utbildningsnivån har ökat både i länet och i riket som helhet. Det råder dock stora skillnader mellan män och kvinnor, där kvinnor generellt sett har högre utbildningsnivå. Det råder även stora skillnader i utbildningsnivå mellan länets kommunerna.

	2010	2011	2012	2013	2014
Uppsala län	53,0	53,4	54,0	54,3	54,7
Riket	46,8	47,6	48,3	48,7	48,9

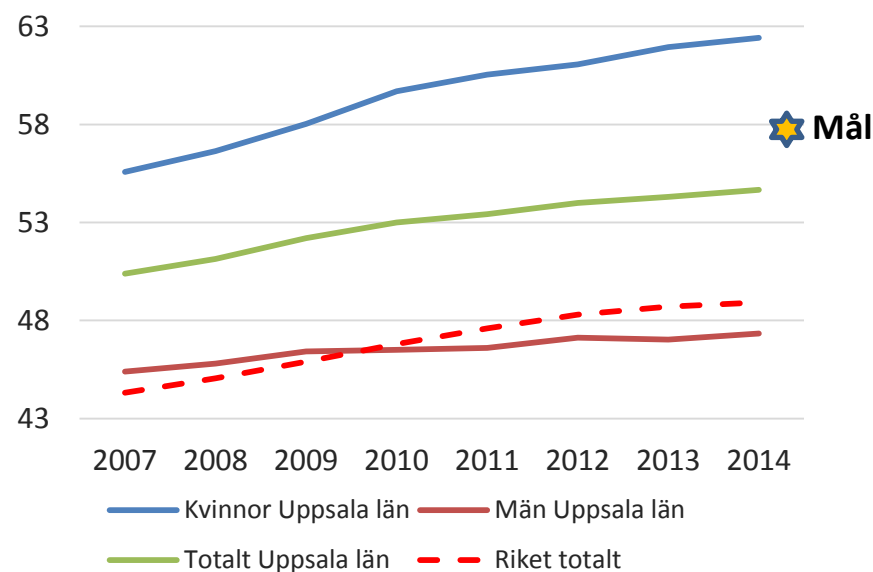
Mål: Andelen 30-34-åringar som har minst en tvåårig eftergymnasial utbildning ska överstiga 57 %.

Indikator: Andelen 30-34 åringar som har minst en tvåårig eftergymnasial utbildning

Baslinje: 54,7 %, år 2014

Källa: Statistiska centralbyrån

Andel med eftergymnasial utb 30-34 år



C. Sysselsättningsgrad

Det europeiska målet för sysselsättning bland kvinnor och män 20-64 år är satt till 75 % år 2020. Motsvarande sysselsättningsmål för Sverige är 80 %. I Sverige ska höjningen främst ske i grupper med en svag förankring på arbetsmarknaden, såsom gymnasieavhoppade unga, funktionsnedsatta och utrikesfödda samt genom insatser för att motverka långtidsarbetslöshet.

- Sysselsättningsgraden skiljer sig åt mellan länets kommuner; 74 % till 86 %.
- Sysselsättningsgraden bland män är generellt sett är högre än bland kvinnor.
- Studerande räknas inte som sysselsatta.

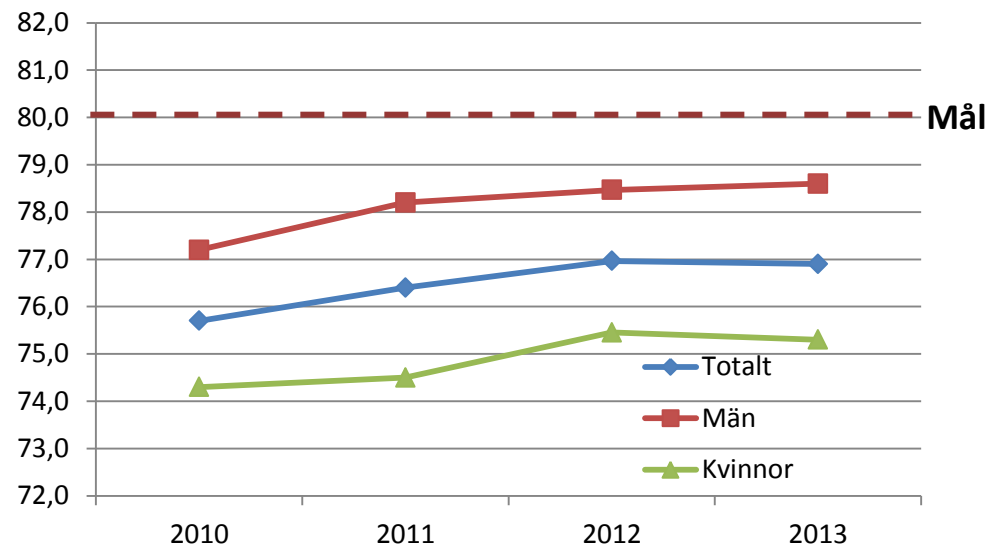
Mål: I Uppsalaregionen ska andelen sysselsatta i åldrarna 20-64 år överstiga 80 %

Indikator: Nattbefolkningens förvärvsfrekvens

Baslinje: 76,9 %, år 2013.

Källa: SCB

2013	Total	Kvinnor	Män
Enköping	81,8	79,8	83,8
Heby	79,3	76,1	82,4
Håbo	83,6	81,5	85,6
Knivsta	86,4	84,5	88,2
Tierp	77,3	73,7	80,8
Uppsala	74,1	72,9	75,2
Älvkarleby	75,9	73,8	78,0
Östhammar	83,8	80,9	86,5
Uppsala län	76,9	75,3	78,6
Riket	77,1	75,7	78,5



C. Självskattad hälsa

73 procent av den vuxna befolkningen skattar sin egen hälsa som bra eller mycket bra. Män uppger att de mår bra eller mycket bra i högre utsträckning än kvinnor, i alla åldersgrupper.

Den senaste enkäten genomfördes år 2012. Ny enkät genomförs år 2016.

Högst självskattad hälsa i landet har invånarna i Stockholms, Jönköpings och Hallands län. Där angav 75 procent att de hade bra eller mycket bra hälsa år 2012.

Mål: Regioninvånarna ska ha landets högsta självskattade hälsa, med minskade skillnader mellan grupper och individer.

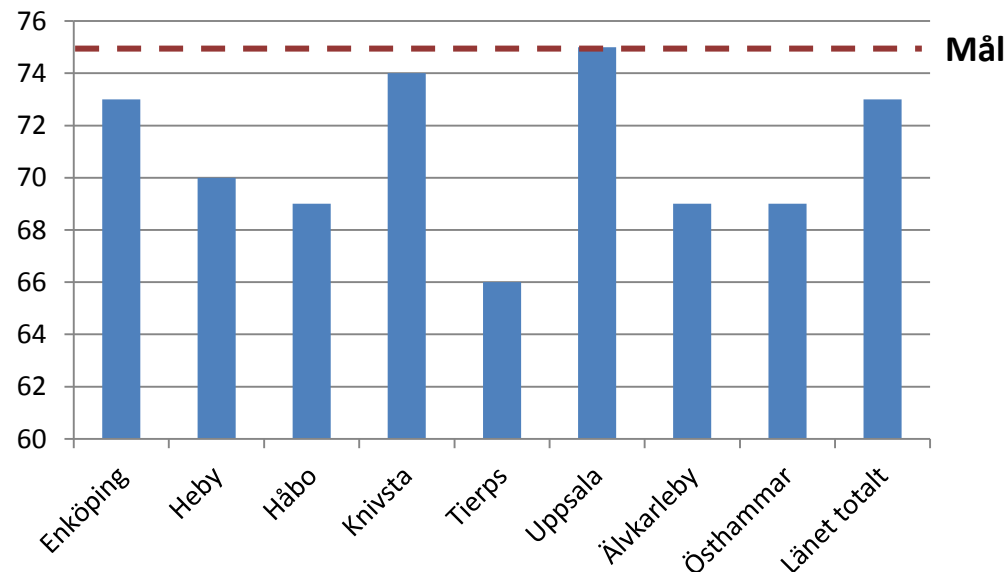
Indikator: Självskattad hälsa (16-85+ år)

Baslinje: 73 %, år 2012

Källa: Folkhälsomyndigheter. Liv och hälsaundersökningen. SKL Öppna jämförelser

2012	Män	Kvinnor	Totalt
Enköping	77	68	73
Heby	68	73	70
Håbo	69	69	69
Knivsta	74	73	74
Tierps	68	64	66
Uppsala	77	73	75
Älvkarleby	71	69	69
Östhammar	69	69	69
Länet totalt	76	70	73
Riket	75	71	73

God självskattad hälsa 2012, totalt



EN VÄXANDE REGION

- E. Planera för ca 5000 bostäder per år till år 2023 för att bygga ikapp behoven och därefter ca 2100 nya bostäder per år för att möta befolkningstillväxten.
- F. De samlade utsläppen av växthusgaser, i absoluta tal, ska minska med minst 40 procent till år 2030 jämfört med år 1990.
- G. Minst 95 procent av alla hushåll och verksamheter ska vara anslutna till snabbt och kapacitetsstarkt bredband minst 100 Mb/sek till 2030.
- H. Antalet resor i kollektivtrafiken ska fördubblas till år 2020 och kollektivtrafikens marknadsandel av motoriserade resor ska fördubblas till år 2030.

E. Ökat bostadsbyggande

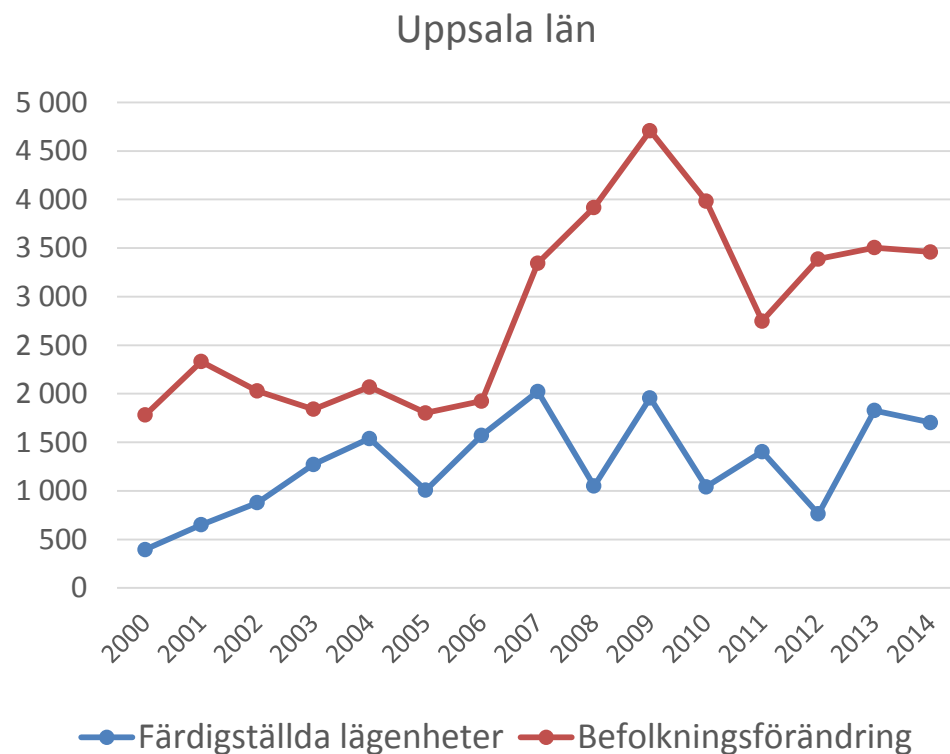
För att befolkningsökningen långsiktigt ska kunna hålla prognosen krävs att bostadsbyggandet håller en tillräckligt hög nivå. För att bygga ikapp bostadsunderskottet, möjliggöra omflyttning och möta befolkningstillväxten behöver det byggas omkring 43 000 bostäder till år 2030 och totalt 90 000 till år 2050.

Mellan 2000 och 2014 färdigställdes drygt 19 000 lägenheter i länet. Under samma period ökade befolkningen med nära 43 000 personer. Under 2014 färdigställdes 1703 lägenheter.

Mål: Planera för ca 5000 bostäder per år till år 2023 för att bygga ikapp behoven och därefter ca 2100 nya bostäder per år för att möta befolkningstillväxten.

Indikator: Färdigställda lägenheter i nybyggda småhus och flerfamiljshus i Uppsala län

Källa: Statistiska centralbyrån



F. Minskade klimatpåverkande utsläpp

Mellan 1990 och 2014 minskade de totala utsläppen av växthusgaser i Uppsala län med ca 26 %, trots befolkningsökningen.

Sveriges nationella klimatmål är att utsläppen år 2020 bör vara 40 procent lägre än år 1990. Det nationella målet gäller för de verksamheter som inte omfattas av systemet för handel med utsläppsrätter. Målet har en högre ambitionsnivå än det åtagande som Sverige har enligt EU:s bördefördelning.

De främsta klimatpåverkande sektorerna i länet utgörs av transporter och arbetsmaskiner samt energiförsörjning

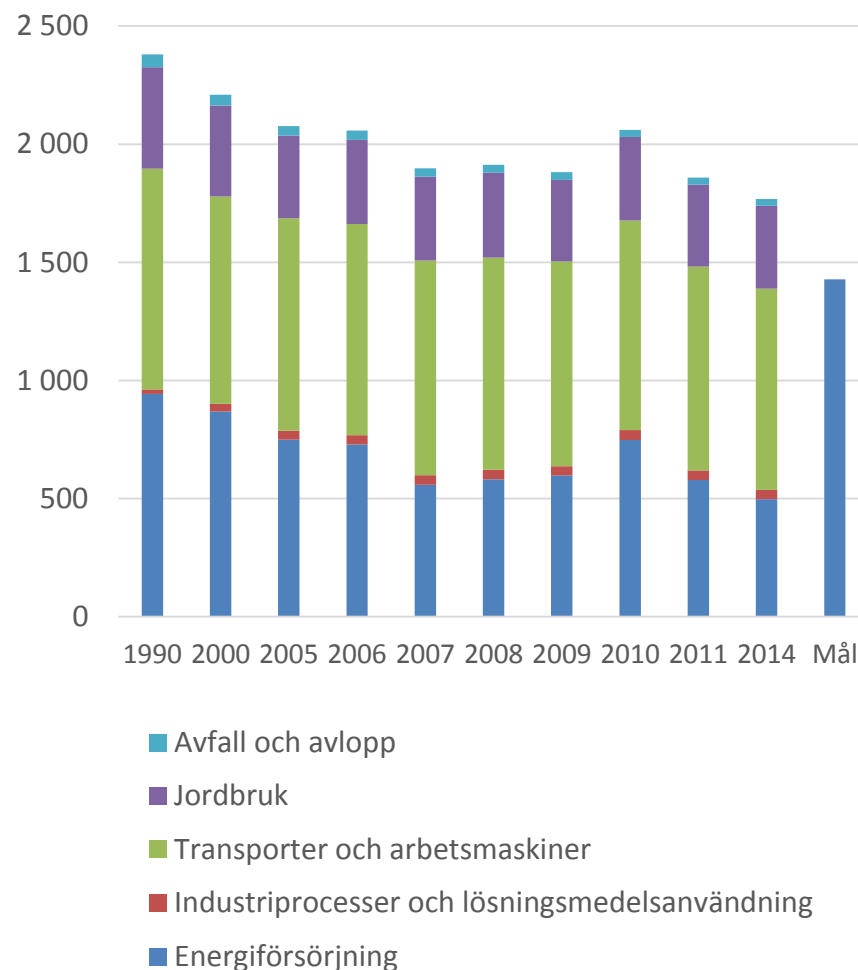
Mål: De samlade utsläppen av växthusgaser i länet, i absoluta tal, ska ha minskat med minst 40 procent till år 2030, jämfört med år 1990

Indikator: Klimatpåverkande utsläpp per invånare

Baslinje: 2 380 000 tonCO₂-ekvivalenter, år 1990

Källa: Naturvårdsverket, miljomal.se

Klimatpåverkande utsläpp



G. Kapacitetsstarkt bredband

I digital agenda för Sverige har regeringen angett att Sveriges mål ska vara bredband i världsklass = 90 % av befolkning och arbetsställen bör ha tillgång till minst 100 Mbit/s senast 2020. I Uppsala län finns stora brister. Många har tillgång till ADSL, men med låg hastighet, vilket gör det svårt att utföra arbete och tjänster på ett smidigt sätt. Det högre målet på minst 95 procent är satt till 2030.

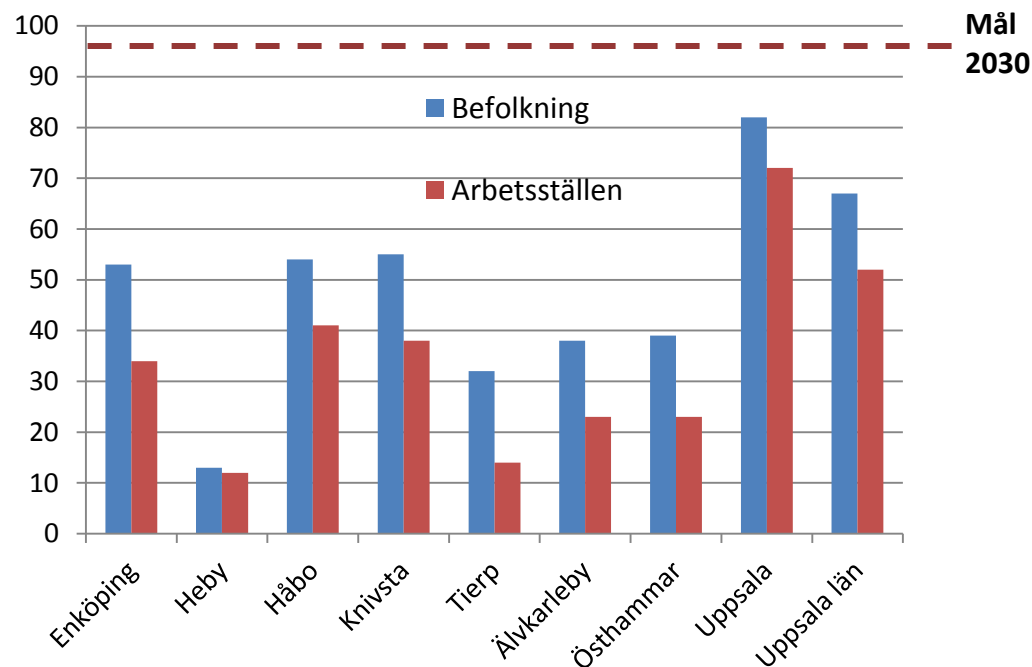
Mellan 2011 och 2015 har andelen hushåll med bredband ökat från 41 % till 67 % , och bland arbetsplatser har andelen ökat från 34 % till 52%. I riket uppgår andelarna till 68 % och 58 %.

Mål: Minst 95 procent av alla hushåll och verksamheter ska vara anslutna till snabbt och kapacitetsstarkt bredband på minst 100 Mb/sek till 2030.

Indikator: Andel befolkning och arbetsställen som har tillgång till bredband med en hastighet på minst 100 Mbit/s

Baslinje: 2015 (67 % bef, 52 % arb)

Källa: Post- och Telestyrelsen



H. Fördubblad kollektivtrafik

Resandet med kollektivtrafik i länet har ökat med en tredjedel sedan 2006, framför allt inom tågtrafiken. Cirka 40 miljoner resor gjordes med kollektivtrafiken i Uppsala län under 2014, varav 22 miljoner i stadstrafiken i Uppsala.

Under 2014 uppgick kollektivtrafikens marknadsandel av det motoriserande resandet i länet till 26 procent.

Målen för kollektivtrafiken fastställs i trafikförsörjningsprogrammet för Uppsala län.

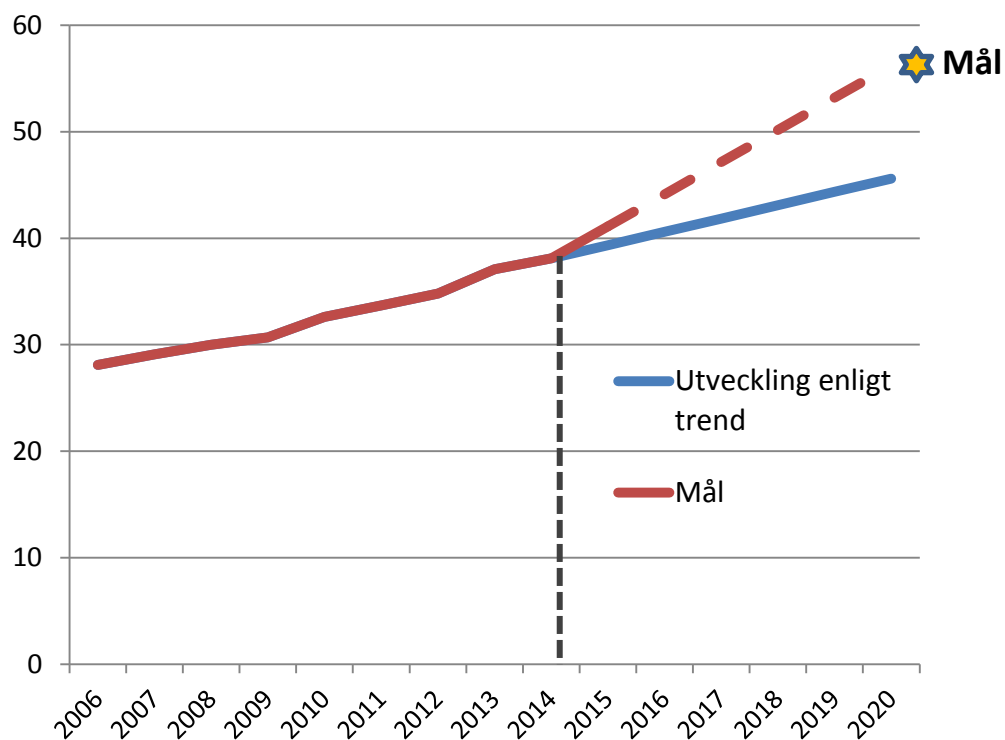
Mål: Antalet resor i kollektivtrafiken ska fördubblas till år 2020 och kollektivtrafikens marknadsandel av motoriserade resor ska fördubblas till år 2030.

Indikator: Andel resor i kollektivtrafiken

Baslinje: 2014

Källa: Kollektivtrafikförvaltningen UL

Miljoner resor med kollektivtrafik i Uppsala län



EN NYSKAPANDE REGION

- I. Antalet globalt konkurrenskraftiga innovativa och entreprenöriella företag ska öka. Indikatorer: antalet exporterande företag och exportvärdets andel av BRP.
- J. Privata och offentliga investeringar i FoU ska uppgå till minst 6 % av bruttoregionalprodukten (BRP).
- K. Antal nystartade företag per år ska överstiga 13 företag per 1000 inv.

I. Globalt konkurrenskraftigt näringsliv

Tidigare studier visar att Uppsalaregionens internationella företag har god konkurrenskraft och att regionens exportsektor är liten men konkurrenskraftig.

Eftersom merparten av framtida tillväxt sker utanför landets gränser behöver antalet konkurrenskraftiga innovativa och entreprenöriella företag öka. Detta mäts i antalet företag som exporterar och det samlade exportvärdets andel av BRP.

Mål: Antalet globalt konkurrenskraftiga innovativa och entreprenöriella företag ska öka.

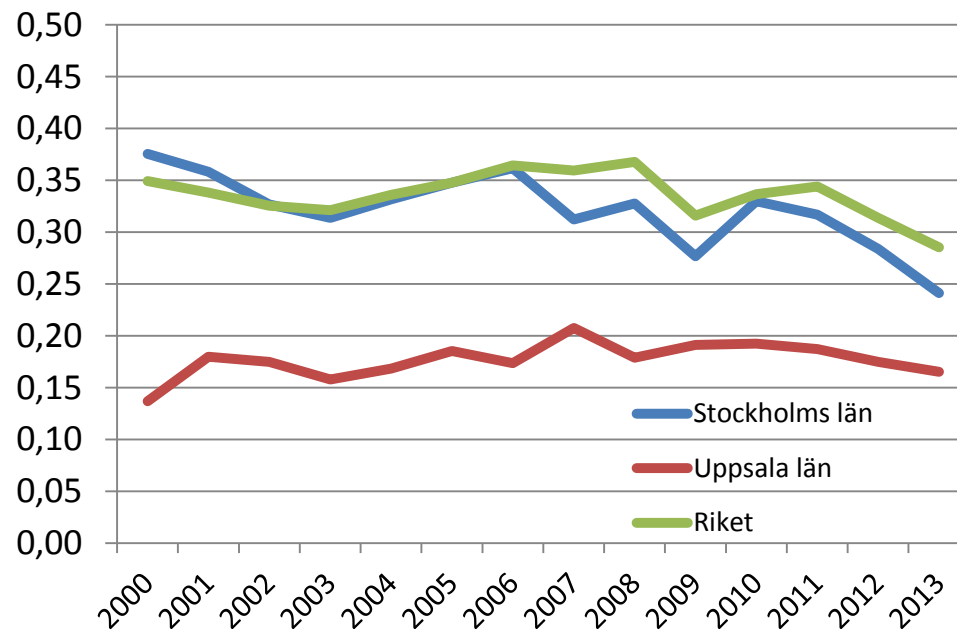
Indikator: Antalet exporterande företag och exportvärdets andel av BRP (varor).

Baslinje: 924 år 2013 och 17 % år 2013

Källa: Statistiska centralbyrån, Företagsregistret

	Antal exporterande företag	Andel av alla företag (minst 1 syss)
2010	875	8%
2011	851	8%
2012	842	7%
2013	924	8%

Exportvärdets andel av BRP



J. FoU-investeringar

En av kärnindikatorerna i strategin Europa 2020 är andelen av privata och offentliga investeringar i FoU. Målet för EU är att nå 3 procent, i Sverige eftersträvas 4 procent.

FoU-intensiteten i Uppsala län är högst i Sverige, och utmärker sig även i ett internationellt perspektiv.

De offentliga investeringarna i FoU svarar för ca 70 % av investeringarna i Uppsala län. 5,8 procent av BRP motsvarar omkring 7,4 miljarder kronor.

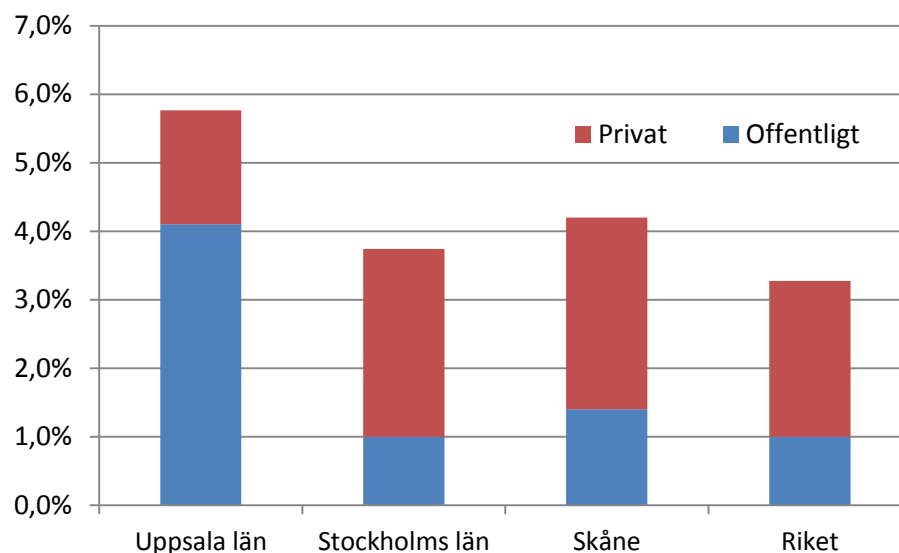
Mål: Privata och offentliga investeringar i FoU ska uppgå till minst 6 % av bruttoregionalprodukten (BRP). (Bas: 5,8 % år 2013.)

Indikator: Offentliga och privata investeringar i FoU som andel av bruttoregionalprodukt (BRP)

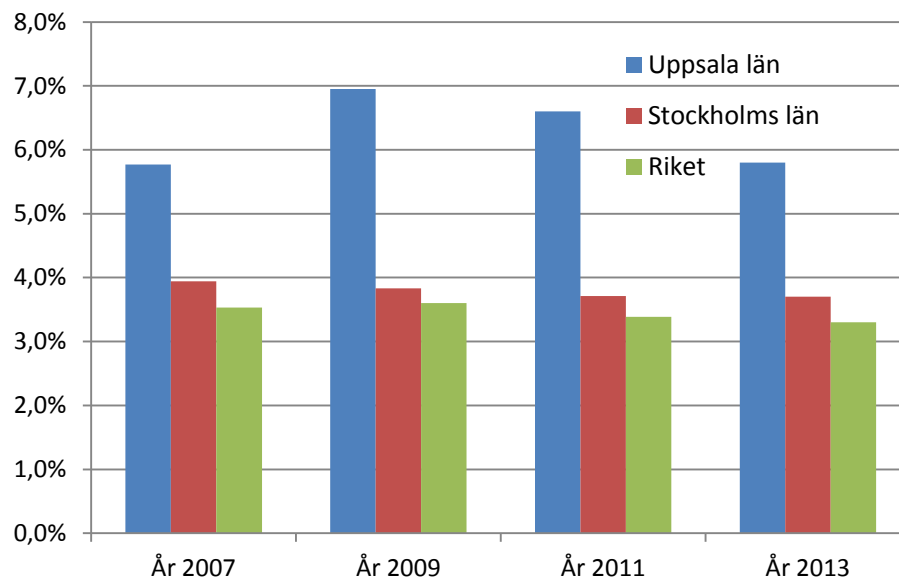
Baslinje: 5,8 %, år 2013

Källa: Statistiska centralbyrån

Privata och offentliga investeringar i FoU



Andel investeringar i FoU 2007-2013



K. Nyföretagande

Nyföretagandet i länet följer utvecklingen för riket. I riket startades 11,9 företag per tusen invånare år 2014. I Uppsala län startades ca 2 600 nya företag år 2014, vilket motsvarar 11,6 företag per tusen invånare 16-64 år. Trenden över de tre senaste mättillfällena är svagt positiv, men länet når ännu inte målet om 13 företag per 1000 invånare.

Utfallet påverkas av konjunkturutvecklingen , näringslivets struktur i olika kommuner och nyföretagaranda.

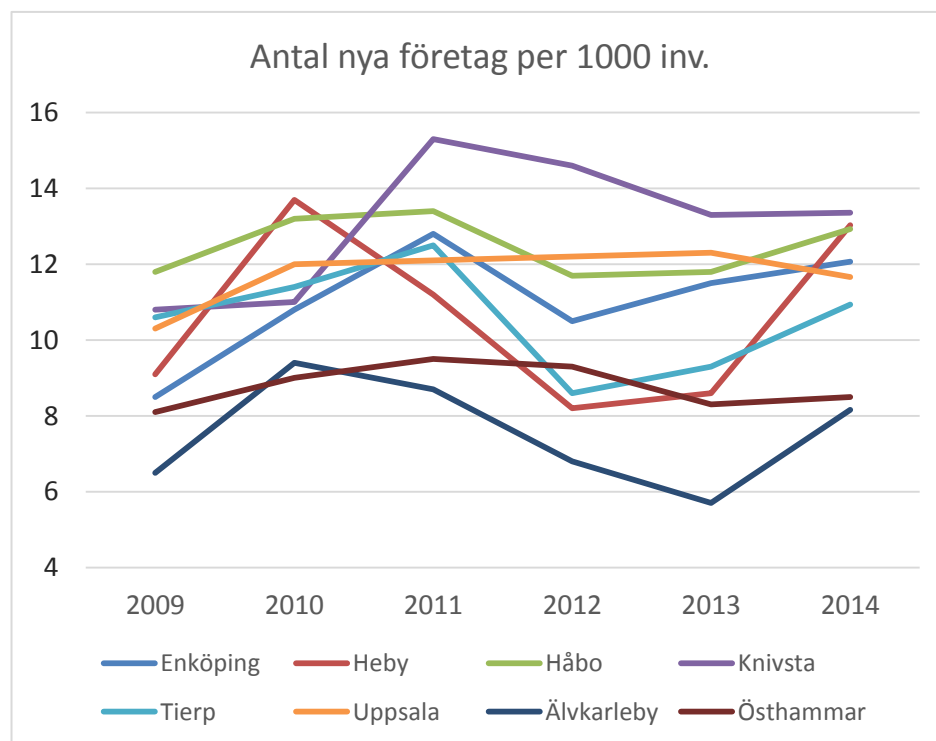
Mål: I Uppsalaregionen ska det årligen startas minst 13 företag per 1000 invånare

Indikator: Antalet nystartade företag per 1000 invånare (16-64 år)

Baslinje: 11,6 år 2014

Källa: Tillväxtanalys

Kommun	Per 1000 invånare år 2014	Totalt (antal)
Enköping	12,1	306
Heby	13,0	106
Håbo	12,9	162
Knivsta	13,4	133
Tierp	10,9	134
Uppsala	11,7	1 617
Älvkarleby	8,2	45
Östhammar	8,5	108
Länet	11,6	2 611





REMISSVERSION 2016
12 MAJ–30 SEPTEMBER



etablering REGIONAL UTVECKLINGSSTRATEGI

UPPSALA LÄN

INNEHÅLL

Förord	5
Uppdraget	6
Omvärlden och utmaningar för Uppsala län	7
Från vision till åtaganden	9
En region för alla	10
En växande region	13
En nyskapande region	18
Resultatinriktat genomförande	22
RUS i korthet	24
SWOT för Uppsala län	25





”Den ekonomiska tillväxten är en förutsättning för att förbättra och utjämna livsvillkoren men måste ske inom ramen för vad miljön och klimatet tillåter långsiktigt.”

UPPDRAGET

Den regionala utvecklingsstrategin (RUS) är en långsiktig strategi som handlar om hur organisationen Region Uppsala vill möta framtidens utmaningar och utveckla det geografiska området Uppsala län tillsammans med kommunerna, näringslivet, myndigheter, civilt samhälle och andra aktörer.¹

Det formella uppdraget kommer från lagen om regionalt utvecklingsansvar i vissa län (2010:630), som säger att den regionala utvecklingsansvariga aktören – Region Uppsala – ska ”utarbeta och fastställa en strategi för länets utveckling och samordna insatser för genomförandet av strategin”.

Utvecklingsstrategin ska ge vägledning och skapa sammanhang som olika aktörer kan relatera sina egna mål och prioriteringar till. Konkretiseringen sker i andra styrande dokument, strategier och budgetar.

Länk mellan EU och kommunerna

Denna strategi ingår i en struktur av styr- och policydokument, från EU:s riktlinjer för den ekonomiska politiken och sysselsättningspolitiken i ”Europa 2020-strategin” till kommunal nivå. Den regionala utvecklingsstrategin är en länk mellan dessa olika nivåer. Enligt lagen om regionalt utvecklingsansvar i vissa län och regeringens förväntningar ska utvecklingsstrategin vara den politiskt förankrade kompassen för länets utveckling. Den ska visa hur olika aktörer tillsammans vill utveckla länet och därmed bidra till att uppfylla mål i Europa 2020 och de nationella prioriteringarna.

Den centrala formuleringen för Europa 2020 är ”en smart och hållbar tillväxt för alla”, som stödjer en ekonomiskt, socialt och ekologiskt hållbar utveckling. EU har fastställt överordnade mål för medlemsländernas arbete med Europa 2020, som i sin tur konkretiserats av Sverige i den nationella strategin för hållbar regional tillväxt och stärkt attraktionskraft 2015–2020.

Denna regionala utvecklingsstrategi bygger vidare på struktur och erfarenheter från tre tidigare regionala utvecklingsstrategier, Uppländsk Drivkraft, sedan 2006.

Viktiga utgångspunkter för strategin

Innehållet i utvecklingsstrategin ska i första hand spegla

länets prioriteringar utifrån ett regionalt utvecklingsperspektiv och det som behöver hanteras i samverkan mellan aktörer. Uppgifter som vilar på en enskild aktör inom ramen för den egna kärnverksamheten och uppdrag som styrs av exempelvis nationell lagstiftning ingår därför inte i utvecklingsstrategin.

Utvecklingsstrategin prioriterar långsiktiga processer och strukturer som skapar förutsättningar för en hållbar utveckling, där det ekonomiska, ekologiska och sociala är beroende av varandra. Den ekonomiska tillväxten är en förutsättning för att förbättra och utjämna livsvillkoren men måste ske inom ramen för vad miljön och klimatet tillåter långsiktigt. Den regionala planeringen ska beakta konsekvenserna av olika beslut, inte bara för oss som lever i dag utan även för kommande generationer. Detta synsätt och perspektiv löper som en röd tråd genom utvecklingsstrategin och bildar utgångspunkt för både vision, mål och förslag till insatser.

Strategin avser utveckling av det geografiska område som utgör Uppsala län. Den är därför vägledande för utvecklingsarbetet hos långt fler aktörer än huvudmannen Region Uppsala, som från 2017 har det regionala utvecklingsansvar som vilat på Regionförbundet Uppsala län sedan 2003.

Strategin förhåller sig både till omkringliggande län/regioner, landet som helhet, Europa och övriga världen. Framtagandet har skett i nära dialog med arbetet i Stockholms läns landsting, med en ny utvecklingsstrategi för Stockholmsregionen (RUFs), och övriga län i Östra Mellansverige.

Framtagandet har delats in i fyra faser:

- Fas 1 – *förankring* – Dialog om utgångspunkter för regionala utvecklingsstrategin med kommuner, länsstyrelsen, landstinget, Uppsala universitet och Sveriges Lantbruksuniversitet (SLU) samt olika samarbetsforum.
- Fas 2 – *dialog* – Totalt har innehållet i kommande RUS diskuterats vid närmare ett 100-tal möten under året, med uppemot 3500 deltagare. Ett omfattande kunskapsunderlag har utarbetats.
- Fas 3 – *remiss* – Förslaget till regional utvecklingsstrategi skickas ut på remiss. Den färdigställda inför beslut i förbundsfullmäktige i december 2016.
- Fas 4 – *överlämnande* för fastställande av Region Uppsalas fullmäktige 2017.

¹ Den pågående processen mot att bilda större regioner kan komma att förändra landets indelning redan från 1 januari 2019. En ny strategi för hela det området kommer i så fall att behöva utarbetas.

OMVÄRLDEN OCH UTMANINGAR FÖR UPPSALA LÄN

En föränderlig omvärld

Uppsala län är en liten del av ett litet land i en värld som förändras väldigt snabbt. Sveriges och länets framtid avgörs av hur världen kommer att utvecklas under kommande decennier.

Det är en utveckling som kan beskrivas som genuint osäker och som ger upphov till ett antal globala samhällsutmaningar. De är utgångspunkt för FN:s hållbarhetsmål, EU:s strategier och den nationella politiken. Alla människor, företag, stater och regioner påverkas av dessa samhällsutmaningar och har ett ansvar att hantera dem. Det globala hänger ihop med det lokala.

I detta avsnitt beskrivs de globala utmaningarna kortfattat, tillsammans med några centrala frågor som den regionala utvecklingsstrategin behöver hantera. Därefter sammanfattas regionens nuläge, dess styrkor och svagheter, vilket landar i fyra övergripande utmaningar för vårt län.

Världen knyts samman och allt hänger ihop

Den starkaste utvecklingskraften sedan andra världskriget kommer ur den snabba globalisering som inneburit ett paradigmskifte i hur människor rör sig, företag agerar och samhällen interagerar. Globaliseringen drivs av en snabb teknikutveckling, i synnerhet av framväxten av internet, och sammanlänkade ekonomier. Världens befolkning växer från 7,4 miljarder till knappt 10 miljarder år 2050. På många sätt har världen aldrig haft det bättre. En miljard människor har lyfts ur fattigdom under de två senaste decennierna och den ekonomiska utvecklingen har stärks.

Vilken beredskap har Uppsala län att anpassa sig till och ta del av den utveckling som sker i världen och hur kan vi bidra till en globalt hållbar samhällsutveckling? Vilken roll ska, och vill, länet ta i en värld där allt hänger ihop?

Städerna växer

En trend som stärks av globaliseringen är urbaniseringen – att vi bor och arbetar i allt större städer. I början av 2010-talet bor hälften av alla människor i städer. År 2030 beräknas 70 procent av världens invånare bo i städer.

Städer är tillgängliga, de har ett brett utbud av arbetskraft och de erbjuder miljöer som är attraktiva för många individer och företag. I städerna genereras mer än 80 procent av global BNP. Stadstillväxten erbjuder möjligheter att skapa hållbara samhällen och städer, med hållbara transportlösningar, energieffektiva byggnader och införande av nya tekniska lösningar.

Hur drar Uppsala län nytta av närheten till Stockholm och samtidigt utvecklar en egen särart som nordlig nod i huvudstadsregionen? Hur skapar vi sammanhållning mellan länsdelarna och får hela länet att utvecklas?

Tekniken och digitaliseringen utvecklas snabbt

Digitaliseringen av samhället och teknikutveckling har förändrat tillvaron för människor och företag i hela världen på oerhört kort tid. Tekniken kommer att ta stora steg framåt och nya innovationer lär förändra vårt beteende och få dramatiska konsekvenser för stater, näringslivets och individers sammankoppling, produktivitet, effektivitet, ekonomisk tillväxt och sysselsättning.

Digitalisering, smarta telefoner, nya betalningslösningar och innovation stödjer framväxten av en lokal och global delningsekonomi som gör underutnyttjade resurser tillgängliga för fler.

Hur kan människor och näringsliv dra nytta av den nya tekniken? Hur förbereder vi oss inför en föränderlig arbetsmarknad, där allt fler arbetstillfällen ersätts av ny teknik? Hur görs hela befolkningen delaktig i denna samhällsförändrande trend?

Klimatet förändras och miljön hotas

Den snabba globaliseringen, växande ekonomier och ökat välstånd sedan 1950-talet har fått och kommer att få stora konsekvenser på jordens klimat och ekosystem. Bara några graders högre medeltemperatur medför allvarliga konsekvenser för kommande generationers livsförutsättningar.

Oförutsedda effekter uppstår, som riskerar att tippa över utvecklingen i en oönskad riktning, bortom människans kontroll. Det krävs en smart och innovationsdriven utveckling som genererar ekonomiskt värde, mänskligt välbefinnande och som håller sig inom ramarna för vad planeten och miljön kan bära.

Den svenska ambitionen är att vara internationellt ledande i arbetet med att nå en hållbar utveckling och bli ett av världens första fossilfria välfärdsländer, som visar vägen till hur minskade utsläpp kan kombineras med ekonomisk tillväxt, jobb och välstånd.

Hur förbereder vi oss inför ett varmare klimat och förändringar i ekosystemen? Hur lyckas människor, företag och offentliga organisationer ställa om samhället i hållbar riktning?

Konflikterna och de sociala spänningarna ökar

Historiskt sett pågår få väpnade konflikter i världen. Flera av dem riskerar dock att få återverkningar även utanför de direkt berörda länderna. En ökad efterfrågan och konkurrens om sinande naturresurser, vatten och livsmedel kan väntas ge upphov till fler konflikter. De flyktingströmmar som uppstått under senare tid är sannolikt bara början på en större folkvandring som kommer att pågå i många år framåt.

Nationellt riskerar missnöje, orättvisor och utanförskap skapa sociala spänningar som kan följas av främlingsrädsla och minskad tillit i samhället.

Hur kan länets aktörer agera för att alla ska känna delaktighet, tillit och tillhörighet i samhället? Hur skapar vi en öppen region som drar nytta av den kompetens och erfarenhet som människor bär med sig till Sverige?

Befolkningen växer och andelen äldre ökar

Förändringar i befolkningens sammansättning har stor betydelse för de offentliga välfärdssystemen. Enligt den senaste långtidsutredningen beräknas Sveriges befolkning år 2060 uppgå till 12,9 miljoner, en ökning från idag med mer än 3 miljoner. Beaktat senare års invandring och befolkningsökning beräknas Uppsala läns befolkning öka från 355 000 invånare till uppemot 510 000 invånare år 2050.

Under kommande decennier har Sverige stora demografiska utmaningar, med minskande arbetskraft och vikande skatteunderlag. Den högre livslängden innebär att andelen äldre ökar snabbt, vilket riskerar att öka kostnaderna för vård och omsorg – även om människor kommer att vara friska längre än gårdagens pensionärer.

Hur klarar länet att möta befolkningsökningen med bostäder, kapacitet i infrastrukturen och utbyggd service? Hur ska offentlig sektor möta växande krav och förväntningar på välfärden?

Den globala konkurrensen ökar och den ekonomiska geografin förändras

Konkurrensen mellan länder, regioner och företag hårdnar. De mest framgångsrika platserna i denna nya ekonomiska geografi lyckas locka till sig investerare, besökare och invånare med de bästa förutsättningarna för hållbar ekonomisk utveckling och jobbskapande. Administrativa gränser luckras upp och människor och företag verkar i allt större arbetsmarknadsregioner, vilket i sin tur genererar högre ekonomisk tillväxt och sysselsättning än i mindre regioner.

Hur kan regionens aktörer skapa bästa möjliga förutsättningar för näringslivet att svara upp mot den globala konkurrensen? Hur ska regionen kunna stärka sin attraktionskraft och locka till sig fler företagsetableringar, nya talanger och besökare?

En framgångsrik region med potential

De senaste åren kan Uppsala län uppvisa en – i jämförelse med andra svenska regioner – stark utveckling. Flera indikatorer pekar på att länet är attraktivt för både företag och individer att bo och verka i. Länet har en stark sysselsättnings- och befolkningsutveckling, vilket tillsammans med ett positivt födelsetal gör området till det snabbast växande i landet vid sidan av Stockholm.

Länet har bland landets lägsta arbetslöshet, även om den skiftar mycket mellan kommuner och mellan olika grupper. Utlandsfödda, funktionsnedsatta och ungdomar som hoppar av gymnasieskolan har mycket svårt att komma in på arbetsmarknaden.

Den samlade förmågan till förnyelse och innovation ligger i en rad mätningar i toppskiktet för riket. Något som i sin tur bidrar till att näringslivet har en god internationell konkurrenskraft. Detta, tillsammans med ett starkt regionalt utvecklingssystem, en diversifierad arbetsmarknad med två ledande universitet och ett antal statliga myndigheter, har bidragit att regionen klarar konjunktursvängningar bättre än flera andra svenska regioner.

Det geografiska läget i Stockholm–Mälarregionen, närheten till Arlanda och väl utbyggd kollektivtrafik ger god tillgänglighet inom och mellan regionerna. Det finns också en närhet mellan stad och land, genom överlag god infrastruktur och kommunikationer som skapar goda förutsättningar för en levande landsbygd.

Att Uppsala län kan uppvisa en stark historisk utveckling innebär inte att det inte finns områden som behöver utvecklas och stärkas.

Det handlar exempelvis om att möta den efterfrågan på bostäder som en växande befolkning ställer och ökad kapacitet på mjuk och hård infrastruktur, för att ytterligare integrera regionen i en större växande huvudstadsregion. På det sociala området gäller det att öka sysselsättningsgraden och framförallt minska avhoppet på grundskole- och gymnasienivå samt minska skillnaderna mellan kvinnor och män och mellan länets kommuner.

Genomgången av länets styrkor och svagheter, kombinerat med hot och möjligheter från omvärlden, leder fram till fyra övergripande utmaningar för Uppsala län.

Fyra utmaningar för Uppsala län

- Att vara en öppen och attraktiv region som bidrar till att invånarna kan leva ett gott liv, med hög kompetens, god hälsa och delaktighet i samhälle och arbetsliv.
- Att utvecklas till en växande och tillgänglig del av en större region, som erbjuder goda kommunikationer, trygga livsmiljöer och bostäder efter behov, och samtidigt förbättrar miljön.
- Att vara en hållbar och nyskapande region som ger förutsättningar för ett växande arbetsliv och värdeskapande företag i en världsledande miljö för innovation, kreativitet och kompetens.
- Att stärka den regionala samverkan och med god ekonomisk bärkraft säkra välfärden och investera för framtiden.

” Ett gott liv i en nyskapande kunskapsregion med internationell lyskraft

FRÅN VISION TILL ÅTAGANDEN

Utvecklingsstrategins vision visar på ett långsiktigt önskvärt tillstånd. Den bygger på länets styrkor och ingår i den gemensamma berättelsen. Den svarar upp mot omvärldens förändringar och erbjuder lösningar på den funktionella regionens långsiktiga utmaningar. Den inkluderar alla och visar att vi är en del i det globala samhället, ansvariga både för både vår egen och för den globala utvecklingen.

VISION

Ett gott liv i en nyskapande kunskapsregion med internationell lyskraft

Prioriterade områden, mål och åtaganden

Den långsiktiga och riktningsgivande visionen konkretiseras i tre prioriterade områden som knyter an till ovan utpekade utmaningar.

En region för alla tar utgångspunkt i *länets invånare* och den *socialt hållbara utvecklingen*.

En växande region fokuserar på det *geografiska området* och den rumsliga strukturen i länet samt den *ekologiska hållbarheten*.

En nyskapande region tar fasta på den *ekonomiska hållbarheten* och förmågan till förnyelse i företag och organisationer i en globalt konkurrensutsatt värld.

Varje prioriterat område innehåller:

- Mätbara mål som visar vad som behöver uppnås på länsnivå. För att ge målen relevans och realism kan flera mål brytas ner på kommunal nivå, utifrån nuläge och ambition i respektive kommun.¹
- Åtaganden som visar vad som behöver göras för att nå målen.

Samtliga prioriterade områden, mål och åtaganden sammanfattas på sista sidan i detta dokument.

Det avslutande kapitlet handlar om hur strategin ska omsättas i handling. Kapitlet berör de organisatoriska och ekonomiska förutsättningarna att kunna hantera utmaningar som spänner över olika sektorer och geografiska områden.

¹ Bakgrund till målen och nivåer ges i separat målbilaga.

EN REGION FÖR ALLA

Nuläge, utmaningar och mål

Uppsala län har i stort sett en välmående och välutbildad befolkning. Hälsan skattas som bra eller mycket bra hos nästan tre fjärdedelar av befolkningen och invånarnas utbildningsnivå är högre än i riket som helhet. Regionen står väl rustad för att skapa en utveckling som garanterar långsiktig hälsa och välfärd hos invånarna. Samtidigt begränsas människors potential och livskvalitet av ojämlikheter i samhället. Skillnader finns inom och mellan kommuner, och mellan befolkningsgrupper, och syns oavsett om vi tittar på hälsa, utbildningsnivå, sysselsättningsgrad eller de levnadsvanor som ger ökad risk för olika folksjukdomar.

För att utjämna skillnader i hälsa och utbildning är en bra start i livet grundläggande. En barndom med hälsa, trygghet, kunskap och gemenskap ger en grund för att klara av livet. Med utbildning kommer kompetens, egenmakt och förutsättningar till arbete och egen försörjning. En region för alla behöver säkra en utbildning av högsta kvalitet och möjlighet till ett livslångt lärande på en föränderlig arbetsmarknad.

En hög sysselsättningsgrad är avgörande för regionens utveckling och för individen. Utbildning, arbete och sysselsättning ökar delaktigheten och stärker ekonomin, samtidigt som det finns tydlig koppling mellan hälsa och arbete. Genom en inkluderande och växande arbetsmarknad, med goda arbetsmiljöer och trygga anställningar, ges utrymme för fler att bidra med sin kompetens efter egna förmågor och förutsättningar.

”En hög sysselsättningsgrad är avgörande för regionens utveckling och för individen. Utbildning, arbete och sysselsättning ökar delaktigheten och stärker ekonomin.”

Människor har idag svårt att vara fullt delaktiga i samhället och utvecklingen på grund av ohälsa, fysisk såväl som psykisk. Genom hälsofrämjande arbete och en hälso- och sjukvård och omsorg av hög kvalitet ges länets invånare stöd till att återfå, eller behålla, bästa möjliga hälsa.

Med en åldrande befolkning behövs säkerställda förutsättningar för ett gott och friskt åldrande och tillvaratagande av den kraft som finns hos oss även när vi blivit äldre. Ett för alla åldrar och människor inkluderande och rikt kultur- och föreningsliv och civilsamhälle bidrar till att invånarna upplever livskvalitet livet igenom.

Mål

- Andelen gymnasieelever med examen inom fyra år ska överstiga 80% (Bas: 70% år 2015)
- Andelen 30–34-åringar som har minst en tvåårig eftergymnasial utbildning ska överstiga 57%. (Bas: 54,7 % år 2014, 62,4 % kv, 47,3 % m.)
- Andelen sysselsatta i åldrarna 20–64 år ska överstiga 80%. (Bas: 76,9 % år 2013. 75,3 % kv, 78,6 m.)
- Regioninvånarna ska ha landets högsta självskattade hälsa, med minskade skillnader mellan grupper och individer. (Bas: 73 % år 2012. 75 % högst i Sv.)

Bästa möjliga start i livet

Att investera i flickors och pojkars utveckling är en av de viktigaste vägarna till social hållbarhet och minskade skillnader i hälsa och utbildning. Förebyggande sociala satsningar bör ses som en investering som förväntas gynna både individen och den gemensamma samhällsekonomin, genom rätt insats vid rätt tillfälle.

Samverkan mellan myndigheter och kunskapsbaserade insatser ska stärka familjer och individer till mer jämlika förutsättningar för en god hälsa som gör att barn och unga klarar av skola och livet i övrigt. Det behövs ett koordinerat arbete mot barnfattigdom och de familjer som är i behov av extra stöd ska erbjudas tidiga och förebyggande insatser.

Barn och unga ska ges en röst i frågor som rör dem och beslut som tas kring barn och unga ska tas med utgångspunkt i barnets bästa. En skola med en trygg och stimulerande miljö för lärande och socialt sammanhang behövs för att stärka alla barns unika förmågor.

Den ideella sektorn, idrottsrörelsen, föreningslivet och studieförbunden ska ta tillvara och vidareutveckla individernas engagemang och intressen. Samverkan mellan skola och föreningsliv ökar andelen barn och unga som engagerar sig i meningsfull fritid och därigenom ges möjlighet till vidgade referensramar, nya nätverk och goda vanor. Genom att stimulera barn och ungas unika förmågor, delaktighet i sociala sammanhang och tillit till människor och samhällsinstitutioner skapas tilltro till framtiden och goda förutsättningar för hälsa och välfärd.

Säkra utbildning av högsta kvalitet i en attraktiv kunskapsregion

Skolan ska utjämna ojämlikheter och stärka alla barns unika förmågor. Barn med särskilda behov ska få stöd och hjälp utifrån sina behov och förutsättningar. Det måste därför vara högprioriterat att de nationella målen, om att alla ska klara

målen i grundskolan, uppfylls. Dessutom måste fler klara gymnasieskolan inom fyra år och vara redo att antingen läsa vidare eller arbeta.

Engagerade lärare med hög kompetens är avgörande för goda skolresultat. Behovet av fler lärare växer i takt med att befolkningen ökar. Kontinuerlig kompetensutveckling, bra arbetsvillkor och goda ledare behövs för att behålla lärare inom yrket samt locka fler att välja lärarutbildning. Utmaningen måste hanteras i samverkan mellan kommunerna, Uppsala universitet, näringslivet och regionens invånare. All utbildning ska baseras på forskning, professionens erfarenhet och individens delaktighet.

För att minska skillnaderna i utbildningsnivå mellan kvinnor och män är det angeläget att bredda rekryteringen till högre studier bland ungdomar från studieovana miljöer. Särskild uppmärksamhet bör ägnas pojkars bristande vilja att fortsätta på gymnasiet och högskolan. Folkhögskolornas studiemotiverande kurser kan byggas ut för att fler ska klara kraven för vidareutbildning.

Genom tillgång till utbildning av högsta kvalitet, goda livsvillkor med mötesplatser för kultur och nöjen samt tillgång till bostäder ska fler studenter lockas till vår region. För positionen som ledande kunskapsregion är det viktigt att fler väljer att stanna kvar i området efter examen.

Egen försörjning på en växande arbetsmarknad

För att Uppsala län ska ligga i framkant och klara struktur- och omvandlingen inom närings- och arbetsliv behövs satsningar på företagande, initiativförmåga, digital och social kompetens samt matematiskt och tekniskt kunnande.

Insatser för funktionsnedsatta, nyanlända och avhoppare från gymnasieskolan samt fler arbetstillfällen i ett växande arbetsliv är det viktigaste för att öka sysselsättningsgraden. Här krävs god samverkan mellan utbildningsväsende, näringsliv och myndigheter.

Äldre som orkar, vill och kan arbeta några år längre ska ses som en samhällsinvestering som ökar tillgången på arbetskraft. Många mindre företag som står inför generationsskifte erbjuder möjlighet för yngre att få en rivstart till egen företagsamhet.

Skapa goda möjligheter till livslångt lärande

Utbildningssystemet har en stor utmaning i att matcha utbildningar mot arbetslivets kompetensbehov och erbjuda möjligheter till kompetensutveckling. Detta bör ske med stor flexibilitet genom möjlighet till distansstudier och validering av tidigare utbildning och yrkeserfarenhet.

Samverkan mellan utbildningsanordnare och branscher behöver öka för att förbereda ungdomar inför de krav som ställs på arbetsmarknaden. Arbetsplatser har en viktig uppgift i att erbjuda praktikplatser och en första jobbchans.

Det behöver finnas ett brett utbud av vuxen- och yrkesutbildningar som svarar mot arbetslivets efterfrågan, samtidigt som antalet sökande till yrkesinriktade utbildningar måste öka. Antalet platser inom yrkeshögskolan i Uppsala län behöver utökas, från dagens 1000 till väl över 3000, för att bli ett synligt alternativ i utbildningsutbudet.

Folkbildningen är en resurs för att minska utbildningsklyftorna i samhället, synliggöra mångfaldens potential och öka den sociala sammanhållningen. Möjligheten att utbilda sig genom studieförbunden och folkhögskolorna bör stärkas.

Utveckla en jämlik arbetsmarknad

De traditionella könsmönstren kring utbildningsval och rekrytering måste brytas. Det senare är särskilt viktigt för att klara kompetensförsörjningen inom flera branscher som rekryterar ensidigt från den ena halvan av befolkningen, exempelvis inom vård- och omsorgssektorn samt byggsektorn. En jämnare fördelning av föräldraledighet och bättre möjligheter till heltidsarbete, framför allt bland kvinnor, bidrar till ökad jämställdhet och egenmakt.

En ökad jämlikhet gynnar även innovation och ökad företagsamhet men rådande strukturer och attityder i samhället gör att potentialen inte tas tillvara fullt ut. Det gäller att undanröja strukturella hinder, genom utveckling av könsneutral rättvisa i trygghetssystemen, för att uppmuntra ett jämlikt företagande. Men även att företagsfrämjande aktörer är öppna för att få personer med utländsk bakgrund, ungdomar och kvinnor att starta och driva företag i större utsträckning än idag.

Påskynda integrering av nyanlända på arbetsmarknaden

Det är av yttersta vikt att regionens aktörer samverkar för att inträdet på arbetsmarknaden för nya invånare, och för dem som bott länge i landet utan arbete, sker så snabbt som möjligt.

Detta kräver en effektivare asylprövningsprocess och bättre samordnad introduktion av nyanlända. Långsiktiga lösningar för att öka inkluderingen är ett skolsystem som utjämnar skillnader och ger alla en bra start i livet, tillgång till bostad samt en fungerande arbetsmarknad.

En SFI-undervisning som bygger vidare på deltagarnas tidigare erfarenheter och yrkeskompetenser är grundläggande för integrationen. Att ha kunskaper i flera språk är en styrka, eftersom det underlättar kommunikation med kunder, patienter och människor från andra länder. Inom stora delar av forskning och näringsliv är engelska ett vanligt arbets- och språk. En utökad tillgång till tolkar är viktig bland annat för sjukvård och rättsväsende.

Hälsofrämjande arbete och en kvalitativ hälso- och sjukvård och omsorg

Genom hälsofrämjande och förebyggande arbete ges förutsättningar till god och jämlik hälsa hos länets invånare. Hälsofrämjande betyder att stärka de faktorer hos individer och samhälle som bidrar till att förbättra hälsan. Förebyggande arbete fokuserar på att minska de faktorer och de levnadsvanor som orsakar sjukdom eller ohälsa.

Levnadsvanor som rökning och stillasittande ökar risken för insjuknande i sjukdomar som diabetes typ 2, hjärt- och kärlsjukdomar och cancer. Idag vet vi att det går att förebygga många av våra vanligaste folksjukdomar genom goda levnadsvanor men också att förändrade vanor i sig är en viktig komponent i behandlingen av många sjukdomar. Det är därför avgörande att hälso- och sjukvården och omsor-

EN VÄXANDE REGION

Nuläge, utmaningar och mål

Uppsala län är ett av landets snabbast växande län, nära integrerat med Stockholmregionen och omkringliggande län. Uppsala län växer med över en procent per år och passerade 355 000 invånare år 2016.

Enligt prognoser² bedöms planeringen inför 2050 behöva ta höjd för att:

- Befolkningen kan växa med uppemot 160 000 invånare. Omkring 70 % av tillväxten förväntas ske i kommunhuvudorterna (varav merparten i Uppsala) och resterande 30 % i de mindre orterna och på landsbygden.
- Antalet sysselsatta kan öka med drygt 45 %, motsvarande 75 000–80 000 fler jobb.
- Antalet bostäder behöver öka med 55 %, motsvarande ytterligare 90 000 bostäder.

Uppsala stad har en central roll i länet, som arbetsmarknad och för samhällsfunktioner, service, utbildning, kultur och nöjen. Staden är en viktig mötesplats för regionens invånare och besökare och måste därför vara lätt att nå, som nordlig kärna i huvudstadsregionen och storregional nod i Östra Mellansverige. Det är viktigt att fler företag och arbetstillfällen kan tillkomma i en attraktiv regionkärna samt att utveckla samspelet med andra kommuner i länet och kringliggande län. Därtill är Arlanda en viktig målpunkt och arbetsplatsområde för hela regionen.

Det är viktigt att utveckla hela länet, med övriga orter, landsbygd och skärgård utifrån deras förutsättningar och relationer inte bara till Uppsala utan även till andra län och städer, såsom Västerås, Stockholm, Gävle och Sala.

Samarbetet mellan enskilda kommuner i olika län har utökats under senare år. Knivsta arbetar aktivt i Arlandaregionen tillsammans med Sigtuna, Vallentuna och Upplands-Väsby. Enköping har bildat samarbetet Fyra Mälarstäder med Strängnäs, Eskilstuna och Västerås. I norr är Älvkarleby tätt sammanlänkat med Gävle och kommunerna i Gävleborgs län och i söder är Håbo tätt integrerat med Stockholms arbetsmarknad. Östhammar, Tierp och Heby samspelar allt starkare med Uppsala, tack vare bättre kommunikationer.

Den växande regionen för med sig ett antal utmaningar. Det gäller att bejaka en fortsatt befolkningstillväxt som innebär att fler människor kan ta del av regionens möjligheter

men det innebär också stora utbyggnads- och investeringsbehov för bostäder, arbetsplatser, infrastruktur och service. Det är en stor ekonomisk utmaning för kommunerna.

En växande region ställer ökade krav på den fysiska infrastrukturen. Underhållet av dagens infrastruktur är eftersatt och kapaciteten bristfällig.

Den ökade rörligheten och tillgängligheten har många fördelar men ställer krav på utbyggnad av långsiktigt hållbara transportmedel och ett mer jämställt och jämlikt nyttjande av dessa. Samtidigt ger e-samhället nya möjligheter att ersätta fysisk interaktion med digital, vilka behöver tas tillvara.

Länets snabba utveckling måste ske i harmoni med miljö och klimat. De nationella klimat- och miljömålen måste uppfyllas, det ekologiska fotavtrycket minska, ekosystemtjänster säkras och naturresurser återanvändas för att uppnå dessa mål. Detta förutsätter sammanhållna åtgärder inom bostadsbyggande, regional planering, transportinfrastruktur och ett livskraftigt näringsliv.

Mål

- Planera för ca 5000 bostäder per år till år 2023 för att bygga ikapp behoven och därefter ca 2100 nya bostäder per år för att möta befolkningstillväxten.
- De samlade utsläppen av växthusgaser, i absoluta tal, ska ha minskat med minst 40 procent till år 2030, jämfört med år 1990. (Bas: 2 miljarder ton CO₂-ekvivalenter år 1990.)
- Minst 95 procent av alla hushåll och verksamheter ska vara anslutna till snabbt och kapacitetsstarkt bredband på minst 100 Mb/sek till 2030. (Bas: 67% och 52% år 2015)
- Antalet resor i kollektivtrafiken ska fördubblas till år 2020 och kollektivtrafikens marknadsandel av motoriserade resor ska fördubblas till år 2030. (Bas: år 2006).³

En regional strukturbild 2050

För att underlätta en helhetssyn på den regionala fysiska planeringen har en gemensam planeringsinriktning för hela Östra Mellansverige arbetats fram, med sikte på 2050. Den storregionala inriktningen konkretiseras i detta avsnitt i en strukturbild för Uppsala län. Strukturbilden pekar ut de högst prioriterade noderna och stråken som har en nyckelfunktion för målen för en växande region.

Strukturbilden är ramverk inför arbetet med andra strategiska styrdokument, såsom länsplan för regional transportinfrastruktur och trafikförsörjningsprogram.

² Utgår från Scenario Hög från WSP:s modellbaserade framskrivningar för ÖMS från år 2012, som aktualitetsprövats mot SCB:s senaste befolkningsprognos från hösten 2015 samt pendlingsregionens och länets trendmässiga utveckling.

³ Målen för kollektivtrafiken utvecklas i landstingets trafikförsörjningsprogram.



Den slutliga konkretiseringen sker genom kommunernas översiktsplanering, bostadsförsörjningsansvar och utvecklingsstrategier.⁴

En hållbar samhällsplanering och ett ökat bostadsbyggande

Planera för och bygg fler bostäder

Befolkningen ökar i länets samtliga kommuner. Samtidigt är läget på bostadsmarknaden mycket ansträngt. År 2016 rapporterar samtliga kommuner att det råder bostadsbrist, trots att utbyggnadstakten har ökat under senare år. Målet om antal nya bostäder är satt utifrån de årliga befolkningssökningarna, behovet av omflyttning och det strukturella underskottet på bostäder.

En fortsatt hög planberedskap behöver upprätthållas och handläggningen behöver ske effektivt med hög servicegrad. Det gäller också att se till att nybyggnationen blir långsiktigt hållbar.

För att öka rörligheten på bostadsmarknaden, och tillgodose olika gruppers behov, behöver det byggas mer och med blandade upplåtelseformer i olika storlekar. En stor och viktig utmaning i närtid är att öka utbudet av bostäder, företrädesvis hyresrätter. Det är särskilt viktigt för att unga vuxna, nyanlända och låg- och medelinkomsttagare ska komma in på bostadsmarknaden. Det har även betydelse för att klara rekryteringen av internationell kompetens till företag och forskning. För att klara bostadsförsörjningsbehovet och bygga levande livsmiljöer måste det till en effektiv och proaktiv planering i kommunerna och en övergripande regional planering.

Planera för och bygg täta, funktionsblandade miljöer

En tät bebyggelse och koncentration av människor bidrar till att skapa efterfrågan på kommersiell service och en starkare kollektivtrafik. Samlokalisering och sammanlänkning av bostäder, arbetsplatser, handel, privat service, offentlig omsorg samt rekreation minskar det totala transportbehovet och ökar tillgängligheten för invånarna.

I anslutning till stationslägen och centrumkärnor bör en balans mellan byggande av bostäder och verksamhetsytor eftersträvas. Täta, funktionsblandade stadsmiljöer är generellt attraktiva för näringsverksamhet, inte minst för olika kontakt- och/eller kunskapsintensiva näringar.

Uppsala är regional stad med en storregional funktion för Östra Mellansverige, enligt strukturbild 2050. Andra storregionala städer, som Örebro, Västerås, Eskilstuna, Gävle med flera, är prioriterade för att åstadkomma en flerkärnig och förstorad arbetsmarknad genom det storregionala (kollektiv)trafiksystemet. Dessa städer är viktiga för arbetspendling och resande samt har en särskild roll vid lokalisering av exempelvis högre utbildning, specialiserad sjukvård och myndighetsfunktioner.

Kommunhuvudorterna Enköping, Bålsta, Knivsta, Heby, Tierp, Östhammar och Skutskär är lokalt och delregionalt viktiga boende-, arbets- och serviceorter med givna roller som målpunkter i det regionala kollektivtrafiksystemet samt i vissa fall som tågstopp i den storregionala kollektivtrafiken.

Utpekade lokala noder är därutöver viktiga för tillgången till basservice och kollektivtrafik i regionen. De har även potential som utbyggnadsorter och hyser i vissa fall även större arbetsplatskoncentrationer av regional betydelse.

Stärk sambanden mellan bebyggelseutveckling och kollektiv trafik samt gång och cykel

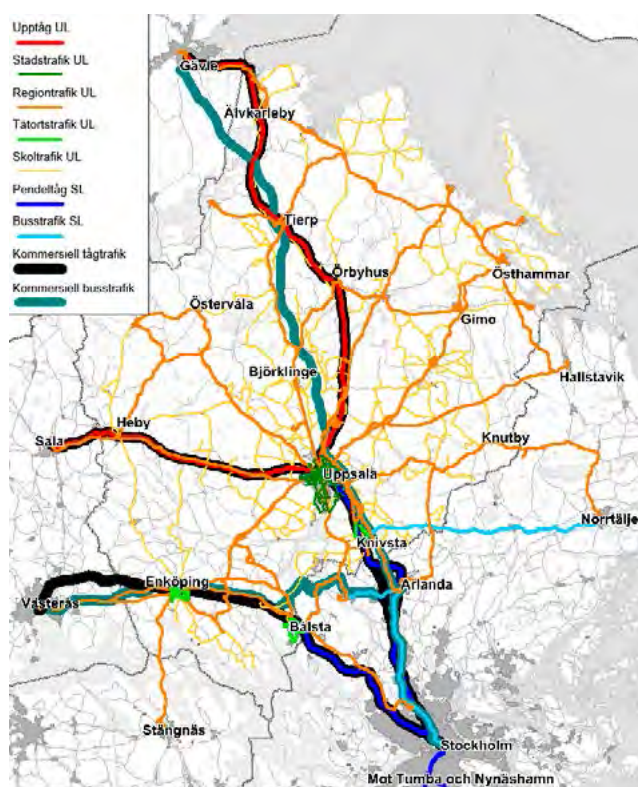
Under 2014 gjordes omkring 40 miljoner resor med kollektivtrafiken i Uppsala län, varav stadstrafiken i Uppsala stad svarade för ca 22 miljoner resor. Kollektivtrafiken ger möjligheter till ökad sysselsättning genom pendling men bidrar även till minskad miljöbelastning, färre trafikolyckor, minskad trängsel och bättre folkhälsa genom renare luft och ökad fysisk rörlighet. Kollektivtrafiken har en central roll i utvecklandet av en resurseffektiv, mer jämställd och jämlik mobilitet. Därför behöver kollektivtrafikens andel av de motoriserade resorna öka väsentligt.

”Byggande av bostäder och lokaler behöver kopplas tydligt till befintlig infrastruktur och kollektivtrafik längs länets stråk”

Byggande av bostäder och lokaler behöver kopplas tydligt till befintlig infrastruktur och kollektivtrafik längs länets stråk. Det behövs en integrerad syn på olika färdmedel och möjligheterna att kombinera dessa till en hel resa. Inom planeringen är det viktigt att säkra tillgången till kollektivtrafik och förbättra tillgängligheten till viktiga målpunkter såsom större arbetsplatser och besöksmål.

Utbyggd infrastruktur för gång och cykel underlättar resor

⁴ Prioriterat i närtid är att säkerställa att regionens prioriteringar får genomslag i den nationella transportplanen 2018–2029 samt att utveckla stadsstrukturen i Östra Mellansverige med spårtrafiken som grund, i enlighet med överenskomna prioriteringar inom ÖMS-samarbetet och En bättre sits (EBS).



Regional kollektivtrafik i Uppsala län, 2015. Källa: Kollektivtrafikförvaltningen UL och Samtrafiken.

från dörr till dörr. Arbetspendling med cykel ska underlättas, längs säkra cykelvägar som kopplar samman tätorter med omlandet.

En tydligare flerkärnighet av orter längs transportstråken ska underlätta byggande på landsbygden och ger fler lokaliseringsalternativ för företag och organisationer, samtidigt som det förkortar restiderna. Därtill behövs bytestpunkter för att möjliggöra för befolkningen i de mindre orterna och på landsbygden att nyttja regional kollektivtrafik och ta del av basservice.

Skapa hälsofrämjande och inkluderande livsmiljöer

Den fysiska och sociala miljön är viktig för att skapa hälsofrämjande, hållbara livsmiljöer. Ämnen i inomhus- och utomhusmiljön som har skapats eller utvunnits av samhället får inte hota människans hälsa eller den biologiska mångfalden. Även levnadsmiljön har stor betydelse för hälsa och välbefinnande. Alla invånare bör i största möjliga mån ha tillgång till naturområden och till trygga och välplanerade bostadsområden som främjar möten, rekreation och goda levnadsvanor, såsom vardaglig fysisk aktivitet. Sociala relationer och tillit mellan människor är hörnstenar i ett inkluderande samhälle. Det formas i bostadsområden, på skolor och arbetsplatser, i föreningslivet, på folkbiblioteken och i alla andra sammanhang där individer möts.

En trygghetsorienterad bostads- och samhällsplanering samt långsiktiga satsningar på jämställdhet och inkludering ökar känslan av trygghet. Samarbetet mellan skola, polis och socialtjänster behöver utvecklas. Kulturen behöver tas till vara som drivkraft för regionens hållbara utveckling och invånar-

nas välbefinnande genom att bidra till social sammanhållning och platsförankring.

Bättre tillgänglighet inom och mellan regioner

I länet finns ett antal viktiga kommunikationsstråk, som markeras i strukturbild 2050. Stråken har avgörande betydelse för inom- och genomgående gods- och persontransporter. De binder samman kommunhuvudorter med varandra för arbets- och studiependling samt näringslivets transporter. Det gäller att utveckla stråkens standard i takt med förväntade befolkningsökningar och godsflöden. Lika viktigt är det att tillgodose kapacitet och tillgängligheten till och från bostäder, till resecentra, arbetsplatser, kombiterminaler och andra målpunkter.

Prioriterade storregionala stråk

ABCX-stråket i sträckan Stockholm–Uppsala är landets största länsgränsöverskridande pendlingsstråk och det viktigaste stråket för en god utveckling i hela regionen. Ostkustbanan är dess viktigaste beståndsdel, tillsammans med E4:an. Stråket, som är av nationell vikt, förbinder landets norra delar med huvudstaden och Uppsala, som landet fjärde största stad, med Arlanda. Ytterligare två spår är högt prioriterade i närtid, för att stärka kopplingen mellan Uppsala och Stockholms län och möjliggöra ökat bostadsbyggande, exempelvis vid nya stationslägen i Uppsala Södra/Bergsbrunna och Alsike. Ostkustbanan till Uppsala utgör en naturlig förlängning av höghastighetståg från Malmö och Göteborg. I Uppsala finns en beredskap att hysa både vagnhallar och tågverkstäder.

I framtiden kommer godstrafiken att öka genom kopplingarna till Gävle hamn och Rosersberg/Arlanda, potentiellt också hamnen i Hargshamn för bulkvaror.

ABCU-stråket längs Mälaren och E18 binder samman Enköping och Håbo med Stockholm och Västerås, i en öst-västlig relation, med stora och växande flöden av person- och godstransporter.

Turtätheten i dessa två storregionala järnvägsstråk behöver öka. Det innebär att pendeltågs- och regionalstågstrafiken behöver utvecklas och samordnas avseende restider, turtäthet, uppehållsmönster och biljettsystem.

Det är högt prioriterat att koppla samman ABCX-stråket med Arlanda genom en ny järnvägsförbindelse mellan Enköping och Uppsala.

Prioriterade stationsorter för regionaltågstrafikens utveckling är Tierp, Uppsala, Knivsta, Enköping och Balsta.

Regionala stråk

Dalabanestråket, med en konkurrenskraftig lokaltågstrafik och Riksväg 72, binder samman Uppsala och Heby med Sala och vidare norröver mot Falun/Borlänge. Dalabanan har stort behov av drift- och underhållsåtgärder och ökad kapacitet.

Riksväg 56, även kallad Råta linjen, förbinder Gävle–Heby med Västerås–Eskilstuna och vidare till Norrköping. Den är ett nationellt godsstråk som förbinder Norrland med Mälarenregionen och södra Sverige.

Väg 55 förbinder den norra och södra delen av Mälaren och är därmed strategiskt viktig för att integrera Stockholm–Mälarenregionen. Sträckan Enköping–Uppsala ingår i ett storregionalt sammanhang, där resandebudet är stort och restiderna kraftigt behöver förbättras för en utvecklad flerkärnighet och bättre tillgänglighet till Arlanda. En ombyggd Hjulstabro har stor betydelse för Mälarsjöfarten och de storregionala gods- och persontransporterna och bör rymmas inom den nationella transportramen.

Väg 70 är en nationell stomväg som kopplar an till E18 i Enköping mot Stockholm och Dalarna.

Utveckling och pågående investeringar i Stockholms län av väg 77 knyter an till behovet av öst-/västliga förbindelser norr om Mälaren, inte minst i relation till utvecklingen av Kapellskär som internationell gods- och passagerarhamn.

Delregionala stråk

Kuststråket längs väg 76 (Gävle–Älvkarleby–Östhammar–Norr-tälje) fyller flera delregionala funktioner för arbetspendling, framför allt till de kärntekniska anläggningarna i Forsmark samt för godstransporter till/från Hargshamn. Det används även för transittrafik till/från Norrland samt Grisslehamn. Förbättringsåtgärder behövs för ökad säkerhet och tillgänglighet samt anslutning till väg 288.

Stråket till kusten (Uppsala–Östhammar) på väg 288 ska upprustas längs hela sträckan och binder därigenom bättre samman Roslagskusten med Uppsala och det storregionala kollektivtrafiksystemet. Stråket är viktigt för arbetspendling, utveckling av Forsmarkshalvön och för landsbygdsutveckling och fritidsboende.

Tvärstråket från Tierp–Gimo–Hargshamn, på väg 292 och Hargshamnsbanan, knyter ihop de norra delarna av regionen på tvären och är genom kopplingen till hamnen i Hargshamn även betydelsefull ur ett godsperspektiv.

De lokala stråken (Uppsala–Almunge–Knutby samt Uppsala–Östervåla), väg 282 resp. 272, ger tillgång till attraktiva utbyggnadsorter i länets nordöstra delar, med god tillgång till arbetsplatser i Uppsala stad och norra Stockholms län.

Minskad klimatpåverkan och bättre miljö

De övergripande nationella klimatmålen innebär att framtida utveckling inte får ske på bekostnad av miljön eller klimatet, utan ska bidra till ekologisk återhämtning. Samtidigt förutsätter en sund samhällsutveckling ett långsiktigt hälsosamt och konkurrenskraftigt näringsliv. Med en hållbar utveckling ska båda ambitionerna kunna uppnås samtidigt.

Länet behöver skapa ökad beredskap och förmåga att anpassa samhällsutvecklingen efter snabba förändringar och vända kriser till möjligheter. Alla delar av samhället måste

fungera väl och minimera sårbarheten inför effekten av klimatförändringar, konflikter, driftavbrott och resursknapphet. Det ger stabila förutsättningar för hållbar utveckling.

Möjliggör kretsloppsanpassade och effektiva energisystem

Energianvändningen, medräknat transportsektorn och jordbrukssektorn, står för ca 60 procent av länets klimatpåverkande utsläpp. Eftersom tillgången till förnybar energi är begränsad är det viktigt att hushålla med den, vilket innebär fortsatt fokus på energieffektivisering i bebyggelse, transporter, verksamheter och hushåll.

I samband med upprustning av bebyggelsen från rekordåren på 1960–70-talen ges tillfälle att minska energianvändningen i fastighetsbeståndet. Nybyggnation bör ske med giftfria och förnybara materialval och hög energistandard för att uppfylla de uppsatta miljömålen.

Samspelet mellan storskalig och småskalig förnybar energi, som sol, vind, vatten och bioenergi, blir allt viktigare. Smarta elnät och mikroproduktion av förnybar el behöver utvecklas, liksom mer storskaliga satsningar på förnybar energi. Det behöver även utvecklas och etableras olika former av energilagring för att energitillgången ska kunna säkras. Med hänsyn till länets stora kunnande och installerade kapacitet inom området finns kärnkraft med som komponent även i kommande decenniernas energiförsörjning. Oavsett produktionsmix gäller det att näringslivet garanteras tillgång till säker el till konkurrenskraftiga priser.

Utveckla hållbara godstransporter

Hållbara godstransporter är grundläggande för samhällets och näringslivets utveckling. Godstransporterna behöver hanteras hållbart och effektivt genom en storregional godsstrategi i samverkan med övriga län i Östra Mellansverige. Strategin behöver även beröra behovet och lokaliseringen av större distributionscentraler och kombiterminaler. Regionalt och lokalt behövs en ökad samordning av transporter och varudistribution.

Med ökad Östersjöhandel, utvecklingen vid Arlanda/Rosersberg och i Gävle hamn kommer större godsflöden att färdas såväl i öst-västlig riktning norr om Mälaren som nord-sydlig riktning längs Ostkustbanan. Hargshamn och Kapellskär samt Skutskärs hamn kan förutses få allt viktigare roller i regionens framtida godsstruktur. Det är viktigt att säkerställa kapaciteten till och från hamnarna utifrån deras potential och efterfrågan på deras tjänster. För Hargshamn är en farledsfördjupning angelägen för att större fartyg ska kunna anlöpa hamnen.

Idag sker många godstransporter med lastbil, där transport på andra trafikslag vore önskvärt. En betydligt större del av lågvärdigt och icke tidskritiskt gods bör kunna transporteras sjövägen. Med Mälaren som nav inom Stockholm–Mälardalen kan ökad distribution på vattenvägar ge bättre möjligheter för varuförsörjning med minskad klimatpåverkan. Brister i järnvägssystemet behöver åtgärdas och godstrafik på tåg användas mer rationellt och effektivt, med lösningar som kopplar samman transportslagen och underlättar omlastning.

Utveckla infrastruktur för hållbara drivmedel

För att klara utfasningen av fossila bränslen krävs såväl teknikutveckling, hållbart samhällsbyggande som beteendeförändringar. En utbyggd infrastruktur för hållbara drivmedel behöver säkerställas. Offentliga aktörer bör leda utvecklingen mot en effektiv och kretsloppsanpassad energiförsörjning genom sina val av fordon och färdmedel, energileverantörer, vid utformning och lokalisering av lokaler samt vid upphandling av varor och tjänster. Kollektivtrafik och den offentliga fordonsparken ska vara fossilfri senast år 2020 och alla upphandlade transporter ska vara fossilfria till 2025.

Det offentliga bör även uppmuntra och påskynda initiativ från näringslivet samt individuellt ansvarstagande för att spara energi och ställa om till förnybara bränslen. Genom att konsumera produkter och tjänster på ett hållbart och resurseffektivt sätt kan såväl individer som institutioner minska spridningen och exponeringen av miljögifter i samhället, gynna naturens återhämtning och bidra till en bättre hälsa.

Utveckla den digitala infrastrukturen

Tillgång till bredband och en ökad IT-användning gör att fysiska möten och transporter kan ersättas med mer resurseffektiv digital kommunikation. För länets glesbefolkade delar är tillgången till kapacitetsstarkt bredband, goda kommunikationer och tillgång till grundläggande kommersiell och

offentliga service nödvändigt. Genom digitaliseringen och utbyggda e-tjänster får invånarna tillgång till information, samhällsservice, sjukvård i hemmet, kulturutbud och möjlighet att kommunicera, studera, arbeta, driva företag och nå kunder oberoende av bostadsort.

”De övergripande nationella klimatmålen innebär att framtida utveckling inte får ske på bekostnad av miljön eller klimatet, utan ska bidra till ekologisk återhämtning. Samtidigt förutsätter en sund samhällsutveckling ett långsiktigt hälsosamt och konkurrenskraftigt näringsliv.”

Utbyggnaden av snabbt och kapacitetsstarkt bredband är därför en prioriterad fråga. Det innebär ett särskilt samhällsansvar i regionens mer glesbefolkade delar, där de kommersiella aktörerna inte är verksamma.

Samtidigt krävs en satsning på stärkt användar-, utvecklar- och beställarkompetens för att ta vara på e-samhällets potential inom elektronisk förvaltning, service, marknadsföring, ehälsa, handel, distansarbete, tjänsteutveckling etc. Folkbildningens aktörer, genom folkbiblioteken och studieförbunden, har en viktig roll för att minska det digitala utanförskapet.

EN NYSKAPANDE REGION

Nuläge, utmaningar och mål

Näringslivet i Uppsala län utvecklas starkt men skiljer sig åt geografiskt. I norr och väst är industritraditionen fortfarande dominerande, samtidigt som småföretagandet växer. I sydväst ingår Enköping och Håbo mer i Stockholmregionens näringsliv, med logistik, byggverksamhet och en växande tjänstesektor som grund. Heby är starkt inom gröna näringar och ett växande e-handelskluster i Morgongåva. Uppsala kommun har en hög andel sysselsatta inom offentliga verksamheter, flera globalt verksamma företag och en växande privat företagsamhet. Småföretagandet växer snabbt i Knivsta, som också drar nytta av ett utmärkt pendlingsläge. Länet som helhet kan uppvisa en stor branschbredd, vilket bidrar till en robust arbetsmarknad.

Alla slags företag behövs för att svara upp mot invånarnas behov av service, handel och tjänster. Högre löner och hushållens konsumtion driver tillväxten framåt och skapar nya jobb. En långsiktigt hållbar tillväxt förutsätter emellertid ett högre värdeskapande, som ges av fler globalt konkurrenskraftiga företag. Ny och befintlig kunskap behöver omsättas i högkvalificerade varor och tjänster, som kan skapa värden och en sund samhällsutveckling i en hårdnande global konkurrens.

Regionen uppvisar särskilda styrkor inom life science, informations- och kommunikationsteknologi (ICT), energi- och miljöområdet och den kunskapsintensiva verkstadsindustrin. Allt fler nischade tillväxtbolag uppkommer även inom områdena ehälsa, nya material, rymdforskning, livsmedelsförsörjning, resurseffektivitet och högspecialiserad sjukvård för människor och djur. Genom ökad integration med Stockholm–Mälarenregionen ökar förmågan till konkurrenskraftig specialisering.

Den globaliserade ekonomin öppnar fler möjligheter än någonsin tidigare, samtidigt som konkurrensen mellan städer och regioner ökar. Utifrån ranking och värdering av objektiva data har Uppsala län förutsättningar att möta denna konkurrens på samma nivå som framstående platser som Cambridge, Freiburg, Grenoble, Utrecht, Oxford och Leiden. Särskilt om länet drar nytta av Stockholms dragningskraft.

Uppsalaregionen har dock inte riktigt lyckats omsätta dessa goda förutsättningar i ekonomisk styrka, internationell ryktbarhet och attraktionskraft. Det ligger en betydande potential i att locka till sig fler företagsetableringar, att skapa ökade värden ur den höga andelen FoU-investeringar och få fler företag att verka på internationella marknader. Arbetsmarknaden är heller inte tillräckligt inkluderande och jämställdheten avspeglas inte i hur företag rekryterar och närmar sig marknaden.

Omställningen av samhället till en smart och fossilfri tillväxt, tillsammans med en accelererande digitalisering och utvecklingen av nya material i en global miljö, väntas skapa helt nya spelregler och förutsättningar för näringslivet. Även på detta område kan mer göras.

Delningsekonomi och cirkulär ekonomi växer fram som svar på nödvändigheten att hushålla med allt mer knappa naturresurser. Allt fler företag vittnar om att högt satta klimatmål stimulerar innovationstakten, reducerar kostnader och stärker varumärken som ansluter sig till förändringarna. Klimatmålen gränser, tillsammans med bland annat målen om ren luft, god vattenkvalitet och en giftfri miljö, skapar ett ramverk och förutsättningar för företag att våga gå före och vinna framgång genom att deras varumärken förknippas med hållbarhet.

Mål

- Antalet globalt konkurrenskraftiga innovativa och entreprenöriella företag ska öka. Indikatorer: antalet exporterande företag (Bas: 924 år 2013) och exportvärdets andel av BRP (Bas: 17 % år 2013).
- Privata och offentliga investeringar i FoU ska uppgå till minst 6 % av bruttoregionalprodukten (BRP). (Bas: 5,8 % år 2013.)
- Antal nystartade företag per år ska överstiga 13 företag per 1000 inv. (Bas: 11,6 år 2014.)

Innovationsområde för smart tillväxt

För att säkra och stärka rollen som nyskapande region och vidga arbetsmarknaden, behöver antalet konkurrenskraftiga innovativa och entreprenöriella företag öka, samtidigt som nya samhällstjänster kan utvecklas.

Regionen behöver stärka sin position som globalt intressant innovationsområde, genom att knyta samman företag, kompetenser och resurser i alla kommuner och utveckla samspelet och tillgängligheten mellan landsbygd, tätorter och olika stadsmiljöer i ett regionalt ekosystem för innovation. Detta för att möta den internationella trenden att företag och talangfulla människor gärna söker sig till stadsområden som är anpassade till fotgängare och cyklister, som är förbundna med kollektivtrafik och som erbjuder kreativa mötesplatser och nöjen.

Utveckla det regionala innovationssystemet

Det gäller att dra nytta av utvecklingskraften i alla kommuner, genom att göra regionens sammanhållna innovationsstödsystem tillgängligt för företag och entreprenörer oavsett ursprung och hemvist.

Genom tätt samarbete mellan innovations- och företags-

främjande aktörer ska huvudprincipen vara att varje företag ska kunna hänvisas rätt, oavsett vilken ingång det väljer, och få stöd steg för steg genom sin tidiga utveckling.

Innovationssystemet behöver kompletteras med både fysiska och organisatoriska mötesplatser för företag drivna av kvinnor och män, inom olika branscher och med olika storlek. Därför behöver länets stora företag involveras mer aktivt i innovationssystemet.

De innovations- och företagsfrämjande aktörerna ska stödja olika typer av innovationer i små och medelstora företag och prioritera en näringslivsutveckling som samtidigt bidrar till minskad klimatpåverkan och hushållning med ändliga resurser.

Det gäller även att utveckla öppna och starka regionala kunskapsmiljöer, produktionsmiljöer och användarmiljöer, där nya varor, produkter och tjänster kan utvecklas utifrån kunders behov. Detta underlättas av ett strukturerat quad-helix-samarbete som inkluderar det civila samhället i regionens

”För att säkra och stärka rollen som nyskapande region och vidga arbetsmarknaden, behöver antalet konkurrenskraftiga innovativa och entreprenöriella företag öka.”

redan väl etablerade samarbete mellan akademi, samhälle och näringsliv. En fortsatt utveckling av testbäddar bör understödjas, liksom satsningar på kompetensförsörjning.

Det finansiella systemet behöver kunna matcha alla faser av ett företags utveckling. Genom att stärka regionens attraktionskraft och synlighet kan företag få tillgång till en ökad andel av det riskkapital som nu är koncentrerat framför allt till Stockholm.

Utveckla och koppla samman konkurrenskraftiga företag och kluster

Ingen kan veta vilka branscher och företag som blir framtidens flaggskepp. Regionens näringsliv uppvisar dock ett antal styrkeområden.

I regionens norra delar samlas **kunskapsintensiva industriföretag** som håller yppersta klass internationellt inom områden som massatillverkning, kärnkraft, verktygstillverkning, specialgjutning, pulvermetallurgi och specialkablage. Branschen bör dra nytta av regeringens strategi för nyindustrialisering, som syftar till att stärka industrin genom digital teknologi, klimatomställning, samarbete med mindre innovationsbolag och stärka forskning och utveckling inom industrin.

På **energi- och miljöområdet** utvecklas inom hela regionen ny teknik för småskalig energiproduktion, energilagring och avfallslösningar som både löser problem på hemmaplan och har potential att etableras på världsmarknaden. Nya metoder och projekt som understödjer övergången till en ekonomi med reducerad resursanvändning, kloka materialval och mindre koldioxidutsläpp ska uppmuntras och stödjas.

Gröna näringar är ett regionalt profilområde under stark utveckling, inte minst genom satsningar på nytt campus vid SLU Ultuna och bildandet av Green Innovation Park.

Inom **tech-branschen**, eller ICT, uppstår nya företag som etablerar sig globalt från första dag med mobilapplikationer, betalningslösningar, musiktjänster och spel. Branschen präglas av snabb tillväxt och kan dra nytta av utvecklingskraften och nätverken i Stockholm och Kista.

Life science (livsvetenskaper) är en mycket viktig industri för Sverige och med särskild relevans för hela Stockholm–Uppsalaregionen. Denna sektor bidrar genom ny teknik, behandlingsmetoder och diagnoser till bättre vårdkvalitet och ökad hälsa och ett längre liv med kvalitet även i äldre år för befolkningen. Framgången har vilat på en unik och nära samverkan mellan företag, forskare och den svenska hälso- och sjukvården, där för Uppsalas del Pharmacia historiskt haft en helt avgörande roll.

För en utvecklad smart specialisering och ökad innovationskraft behöver dessa olika styrkeområden korsbefrukta genom nya mötesplatser och samarbetsprojekt. De traditionella branscherna och mindre innovationsbolag behöver mötas och kreativiteten från de kulturella och kreativa näringarna tas tillvara.

Stärk hälso- och sjukvården och Akademiska sjukhuset som regional utvecklingskraft

Akademiska sjukhuset är ett av landets sju universitetssjukhus, med uppdrag att leverera avancerad sjukvård och att bedriva medicinsk och farmaceutisk forskning och utbildning i samarbete med Uppsala universitet. Ett annat viktigt uppdrag är att leverera samhällsnytta av betydelse för regionens utveckling, där forskningskunniga medarbetare, närhet till akademisk miljö, patienter, patientdata och avancerad utrustning på Akademiska sjukhuset utgör ett nav i regionens framgångsrika life science-system.

Eftersom nuvarande Uppsala län är för litet för att bära ett universitetssjukhus på egen hand, krävs det en fördjupad samverkan och en tillräcklig patientvolym från övriga aktörer i sjukvårdsregionen och nationellt. Sjukhuset levererar vård för cirka två miljarder kronor per år externt, varav merparten till landsting inom Uppsala–Örebro sjukvårdsregion. Denna vård omfattar i huvudsak så kallad högspecialiserad vård inom till exempel neurokirurgi, neurologi, barnsjukvård, cancersjukvård samt thoraxkirurgi.

På sikt är ett ökat samarbete över gränserna, med andra sjukhus och universitet i landet och parter inom EU, en naturlig väg till ytterligare specialisering, spets och finansiering. Den patientnära, kliniska forskningen ska vara en stark plattform för innovationer och industriell utveckling.

Ledstjärnan för Region Uppsalas forskning ska vara att generera patientnytta. De forskningsprojekt som Region Uppsala deltar i ska vara sådana där forskningens resultat kan tillämpas i vården inom en period på cirka tre år. Fokus på patientnytta innebär också att den kliniska forskningen i första hand ska läggas på de stora folksjukdomarna.

Den medicintekniska testbädden Innovation Akademiska behöver stärkas och ges vidgat handlingsutrymme, så att såväl interna som externa idéer till patientnära och resurseffektiva lösningar snabbare omsätts i nya

produkter, metoder och processer som vinner inträde i vården. På motsvarande sätt bör entreprenörskap tas tillvara inom kommunala verksamheter och offentliga bolag för att stimulera innovationer och långsiktigt värdeskapande företagande.

Befäst Uppsala universitets och SLU:s ställning som globalt ledande lärosäten

Uppsala universitet och Sveriges Lantbruksuniversitet (SLU) har sedan länge haft avgörande betydelse för regionens utveckling och varumärke som kunskapsnod och centrum för utbildning, forskning och innovationskraft. Uppsala universitet återfinns vanligen bland de 60–80 bästa universiteten totalt i världen och SLU rankas bland de tio bästa mindre och mer specialiserade universiteten.

För att befästa universitetens ställning bland globalt ledande lärosäten behövs en ökad andel basanslag för forskning och stärkt finansiering av såväl utbildning som forskningsinfrastruktur. Ur de stora satsningarna på forskning behöver fler banbrytande upptäckter och innovationer utvecklas till framgångsrika företag. Samverkan mellan universiteten, näringsliv och omgivande samhälle behöver utökas för ömsesidig nytta. Att stärka banden mellan den akademiska forskningen i Uppsala och regionens industriella styrkeområden har högsta prioritet.

Genom att knyta samman länets forskningsinfrastruktur med näringslivet och universitet och högskolor i Stockholm, inom exempelvis life science (Hagastaden) och ICT (Kista), blir styrkan ännu större.

Utbudet av studieplatser vid Uppsala universitet och SLU bör ligga i nivå med målet att långsiktigt kunna bredda rekryteringen till högre utbildning från närregionen, säkra fortsatt riksrekrytering och även attrahera utländska studenter.

Fler och växande företag

Skapa ett gott företagsklimat och underlätta för entreprenörer

Varje kommun bör sträva efter att erbjuda ett så bra företagarklimat som möjligt, så att fler män och kvinnor kan starta företag med både bredd och spets. Fler nystartade företag bidrar till ökad dynamik i ekonomin och ger en mer diversifierad arbetsmarknad. Samtidigt måste redan befintliga företag ges förutsättningar att växa och att växa snabbt, eftersom merparten av nya jobb skapas i relativt nystartade företag som växer snabbt.

Det gäller att vårda de företag som redan finns etablerade och uppmuntra dem att göra nya investeringar på orten. Därför behöver alla kommuner utvecklas till exceptionellt goda värdkommuner för redan etablerade företag och uppmuntra företagarna att träda fram som förebilder och ambasadörer för orten. Näringslivets internationalisering och det ökade utländska ägandet gör att platsens förmåga att skapa rätt förutsättningar för framgång blir allt viktigare.

Grunden för ökad företagsamhet läggs genom ett stödjande företagsklimat med kundservice, effektiv hantering och gott bemötande. För företagen ska det vara lätt att göra rätt. Anställda i region och kommuner ska ha som utgångspunkt att ge bästa möjliga service till sina kunder, oavsett om det gäller sko-

la, företagsservice, omsorg eller myndighetsutövning. Kulturen ska vara stöttande och serviceinriktad mer än kontrollerande.

Snabbhet, minskade vänte- och handläggningstider, att ligga steget före, att förstå och se helheten för företagaren och inte bara sitt eget arbetsområde och att förenkla regelverk bör eftersträvas. Med e-tjänster för ansökningar, tillstånd och kommunikation med myndigheter blir servicen tillgänglig överallt, hela tiden.

Som mått på framgång ska ständiga förbättringar i service till invånare och företag eftersträvas i undersökningar av företagsklimat och nöjd-kund-index.

Stöd fler företag att bli internationellt verksamma

Den framtida ekonomiska tillväxten kommer framför allt att ske på marknader utanför Sverige. I enlighet med regeringens exportstrategi gäller det därför att fler små och medelstora företag vågar och vill agera internationellt och att svenska varor, tjänster och system når ännu högre upp i förädlingskedjan. Det gäller även att fler företag kan inleda samarbeten med leverantörer, kunder och genom FoU, som gör att hela värdekedjan internationaliseras i större omfattning.

Ett välkoordinerat samarbete mellan företagsfrämjande aktörer som Almi och UIC ska därför underlätta för företag att ta klivet över nationsgränsen när detta ofta kan vara komplicerat och kräver förberedelser. Genom digitaliseringen och nya affärsmodeller blir det dock allt vanligare att små nystartade företag startar globalt direkt.

Underlätta för nya etableringar och investeringar

För att möta konkurrensen om kompetens, företag och investeringar mellan platser i världen behövs det ett samordnat regionalt etableringsfrämjande arbete. Var för sig har endast ett fåtal kommuner resurser att ensamma söka upp och bearbeta potentiella etablerare.

Det gäller att vässa det gemensamma erbjudandet, paketera precisa investeringsmöjligheter till utpekade företag och förbättra mottagningskapaciteten, för att på ett effektivt sätt kunna ta emot förfrågningar och människor och företag som vill etablera sig här. Det är viktigt att visa vilka förutsättningar som kan tillhandahållas, vad gäller tillgång till kompetens, markberedskap, kommunikationer, tillstånd, servicegrad med mera. Ett gott bemötande och förståelse för företagens individuella behov omfattar information om och tillgång till bostäder, förskola/skola, sysselsättning till medföljande partner, tillgång till sociala nätverk och fritidsaktiviteter.

Närvaron och framgången inom Stockholm Business Alliance stärks om regionens kommuner och aktörer samordnar sig bättre internt.

Kraftsamla för ökad global synlighet

I länet finns flera organisationer som verkar inom olika internationella nätverk och som tar emot utländska delegationer och besökare från andra länder. Till dessa hör Uppsala universitet och SLU, Länsstyrelsen i Uppsala län, Uppsala kommun, Region Uppsala och Handelskammaren. Trots omfattande nätverk är regionens aktörer små på den globala arenan. Därför krävs det kraftsamling och ökat samarbete.

Regionen bör kontinuerligt delta i internationella nätverk, samarbetsorganisationer, forskningssamarbeten och företagsnätverk för att skapa och upprätthålla strategiska allianser till platser på samtliga kontinenter. Genom benchmarking och erfarenhetsutbyte med andra platser i Europa och övriga världen ges inspiration och stöd i framtida utvecklingsarbete.

Ökad medverkan i gränsöverskridande samarbeten ger regionen tillgång till utvecklingsresurser och kompetens. Region Uppsala och övriga aktörer i regionen bör öka sitt engagemang i dessa sammanhang och dra nytta av EU:s samarbetsstruktur.

Utvecklingskraft och kreativitet i hela regionen

Utveckla samspelet mellan länets alla delar

Samspelet mellan länets olika delar behöver utvecklas, mellan landsbygd, tätorter och städer. Särskilt som närmare en tredjedel av befolkningen bor på landsbygden eller på mindre orter. Landsbygden är ett viktigt konkurrensmedel för etableringar, då få platser i Europa har så mycket och så attraktiv landsbygd som Sverige.

För att öka den regionala självförsörjningsgraden och möjliggöra miljömässigt hållbar livsmedelsproduktion gäller det att Uppsalaslättens bördiga jordar och regionens stora kunskaper inom gröna näringar tas tillvara. Ökad samverkan och kunskapsöverföring mellan universiteten, företagare och lantbrukare inom gröna näringar och boende på landsbygden behövs för att öka förädlingsvärdet och innovationskraften.

Insatser för landsbygden ska skapa förutsättningar för människor och företag att bo och verka var de vill i länet och erbjudas god offentlig och privat service inom rimliga avstånd och goda kollektiva transporter till delregionala orter. På landsbygden och i stads- och tätortsnära områden ska drivkraften vad gäller företagsamhet, kretsloppstänkande och omställning till ett hållbart samhälle tas tillvara. De produkter och tjänster som naturens ekosystem ger oss människor och som bidrar till vårt välbefinnande måste värnas.

Utveckla en kulturregion med internationell lyskraft

Kulturen medverkar till att stärka de värden som är viktiga för en region präglad av öppenhet och tolerans. Regional kulturplan 2015–2018 lyfter fram mod, bildning och nytänkande som förutsättning för en framgångsrik region. Det ska förverkligas genom ett rikt konstliv, en ökad kulturell delaktighet och en attraktiv livsmiljö. Den kulturella infrastruktu-

ren med kulturinstitutioner, det fria professionella kulturlivet och aktörer inom civilsamhället bidrar till att skapa estetiska upplevelser och dynamiska mötesplatser på folkbibliotek, i studiecirkelar, vid musik- och scenkonstföreställningar.

Kulturen har både en direkt och en indirekt påverkan på regionens utveckling. Direkt påverkan sker i form av satsade medel, investeringar och sysselsättning i konstnärlig verksamhet samt i kulturella och kreativa näringar. Indirekt påverkan sker genom att kulturen bidrar till platsernas attraktivitet, företags kreativitet samt människors hälsa och välbefinnande.

Kultur- och folkbildningsaktörer kan spela en aktiv roll i arbetet med integration av nyanlända och människor med olika bakgrund berikar regionens kreativitet och kulturella mångfald.

Utveckla destinationer för stärkt och hållbar besöksnäring

Besöksnäringen spelar en stor roll för utveckling och livskraft på landsbygden och för storstäderna som besöksmål, centrum för evenemang, mässor och möten.

Aktörer inom hela näringen – turistbyråer, taxichaufförer, hotellpersonal och anställda inom handeln – behöver samverka för att marknadsföra regionens attraktioner. Aktörerna ska svara för ett gott bemötande och bidra till ett positivt värdskap och personliga möten som skapar minnen för livet bland besökarna.

Kulturen är viktig för besöksnäringen, då ett rikt kulturliv är en anledning till besök. Företag inom kulturella och kreativa näringar bör få tillgång till det innovationsstödande systemet, dels för att utveckla sin egen verksamhet, dels för att få möjlighet att möta företag från andra branscher.

För att få fler kommersiella gästnätter och utländska besökare behöver nya och bättre tematiska erbjudanden för besöksnäringens målgrupper skapas och paketeras. Regionens olika besöksmål och reseanledningar behöver tydliggöras gentemot olika geografiska målmarknader, samtidigt som språkkunskaperna inom branschen breddas.

Inom näringen behövs mer av entreprenörskap, företagande och kompetensutveckling samt tillgång till finansiering. Ökad kunskap om och samverkan kring marknadsföring är nödvändig, inte minst via digitala kanaler. Med fler konferenser, kultur- och idrottsevenemang, utvecklade destinationer och tillgängliga natur- och kulturmiljöer kan omsättningen öka och jobb skapas. En ökad turism måste kombineras med miljövänligt resande och ett hållbart agerande.

RESULTATINRIKTAT GENOMFÖRANDE

De beslut som fattas idag formar framtidens samhälle. Denna strategi visar på en riktning framåt och pekar ut vad som behöver göras för att skapa förutsättningar för ett gott liv i en nyskapande kunskapsregion. Genom att ta ställning till ett önskvärt läge i framtiden är det lättare att fatta rätt beslut och att hitta rätt samarbetsformer.

Höga ambitioner att utveckla vår region till en plats där invånarna har ett gott liv måste dock gå hand i hand med de organisatoriska och ekonomiska förutsättningarna att klara den hållbara utvecklingen. Detta kräver stort ansvarstagande med väl fungerande institutioner och en ekonomi i balans.

Arbetet bygger på en kontinuerlig dialog mellan den lokala och den regionala nivån, där ny kunskap och nya perspektiv ständigt tillförs. Det krävs att olika aktörer tar ansvar för sina respektive kompetensområden och att medborgarna engageras i arbetet.

Region Uppsala ansvarar för att leda och driva det regionala utvecklingsarbetet i samverkan med länets kommuner, länsstyrelsen och övriga berörda statliga myndigheter, företrädare för berörda organisationer och näringsliv.

Denna utvecklingsstrategi är således vägledande för aktörer på nationell och regional nivå, stödjande för dem som verkar på kommunal och lokal nivå och inspirerande för näringslivet och den ideella sektorn.

Mötesarenor, överenskommelser och uppföljning

Som regionalt utvecklingsansvarig aktör ska Region Uppsala vara en plattform för samverkan kring gemensamma utmaningar och mötesplats för kommunerna och andra aktörer, både på politisk nivå och mellan tjänstemän och andra aktörer. Under Region Uppsalas ledning möts en mångfald av frågeställningar och sakområdesansvar som har betydelse för regionens utveckling.

Budgetar och verksamhetsplaner, strategier och handlingsprogram, projekt och investeringar, översiktsplaner och insatser – alla är de på ett eller annat sätt en del av regionens utveckling. Utvecklingsstrategin fäster hos alla aktörer om den blir utgångspunkt när andra strategier och verksamhetsplaner beslutas, när handlingsprogram sjösätts och när samarbetsprojekt inleds.

I Region Uppsalas regionplan och budget (RPB) konkretiseras de delar av utvecklingsstrategin som Region Uppsala har ansvar för.

Kommunerna har en central roll för det lokala och regionala utvecklingsarbetet genom sina verksamhetsområden och långsiktiga fysiska planering.

Andra aktörer behöver konkretisera hur de, utifrån sina olika uppdrag och möjligheter, kan bidra till att tidigare utpekade mål hanteras och åtaganden ingås. Det gäller att systematisera, koordinera och utveckla befintliga strukturer i regionen. Att se till samhällsuppdraget, snarare än att fastna i det egna stupröret. När så krävs kommer Region Uppsala att ta initiativ till nya handlingsplaner för ett resultatnriktat genomförande.

Region Uppsala ska bidra till mer av helhetssyn, en löpande omvärldsbevakning och en förmåga för regionen att anpassa sig till ständig förändringar.

Region Uppsala finansierar vissa utvecklingsfrämjande aktörer med årliga verksamhetsstöd och projektmedel. Dessa kombineras med årliga uppdragsavtal.

Region Uppsala föreslår att treåriga överenskommelser tecknas med varje kommun om hur samverkan ska bedrivas och vilka insatser som ska prioriteras, med utgångspunkt från den regionala utvecklingsstrategin. Överenskommelserna följs upp vid årliga utvecklingsdialoger om vad som gjorts och uppnåtts samt vad som ska göras tillsammans framöver. Detta arbete ska ske inom ramen för den samverkansstruktur mellan Region Uppsala och länets kommuner som etableras inför 2017.

Liknande överenskommelser kan även tecknas med andra aktörer eller inom olika samarbetskonstellationer. Efter remisshantering kan dessa aktörer namnges närmare.

Region Uppsala svarar för årlig uppföljning av hur regionen utvecklas, med utgångspunkt från angivna mål och överenskommelser.

Utveckla en erkänt god samverkan

Samverkan och närheten mellan människor och organisationer i Uppsala län är omvittnat god men behöver utvecklas ytterligare. Inom flera sektorer krävs ökad samordning och ett helhetstänk som sträcker sig över administrativa gränser och mellan sektorer. Det fordras ett regionalt ledarskap som kan prioritera och vägleda utifrån tydligt uttalade ambitioner.

Pågående regionalisering erbjuder en möjlighet att åstadkomma en mer kraftfull samordning av olika frågor på regional nivå och därmed få ett bättre genomslag av olika politiska beslut.

Skapa ekonomiska förutsättningar för utveckling

Fram till 2020 väntas Sverige ha en god BNP-tillväxt men utvecklingen är osäker. Under stabila förhållanden väntas god utveckling av sysselsättning och skatteunderlag. Trots

det bedöms resultaten i kommuner och landsting komma att försämrats till följd av ökade kostnader för verksamheterna och demografisk utveckling. Till detta kommer att dagens och framtidens invånare lär ställa ökade krav på servicen vad gäller kvalitet och individuella behov.

Kostnaden för hälso- och sjukvården har ökat snabbare än den ekonomiska tillväxten, mätt i BNP, och behoven ökar i takt med att fler sjukdomar kan botas, allt svårare kirurgiska ingrepp kan göras och nya mediciner utvecklas. Detta är i sig positivt men det gör också att värden gör anspråk på en större del av samhällets totala resurser.

De offentliga verksamheterna behöver eftersträva ständiga effektiviseringar för att möta väntade kostnadsökningar. Generellt sett gäller det att skapa utrymme för ökad produktivitet, med fokus på verksamheten. Den administrativa bördan behöver minska på alla plan.

För att regionen ska kunna bära sin del av landets utveckling krävs det statliga investeringar i infrastruktur, där utgångspunkten är att statlig infrastruktur ska bekostas av staten. Möjligheten att använda kompletterande finansiering genom en kombination av offentliga och privata medel bör ändå prövas. Det kan handla om ökade markvärden genom försäljning av byggrätter, ökade fastighetsvärden och brukaravgifter.

Bygg långsiktig samverkan i sjukvårdsregionen med stabila spelregler

Den samverkan som bedrivs inom ramen för Uppsala–Örebro sjukvårdsregion omfattar sju landsting med drygt två miljoner invånare, vilket tillgodoser behovet av patientunderlag för regionens två universitetssjukhus. Genom samver-

kansavtal mellan alla parter i nuvarande sjukvårdsregion ges alla invånare tillgång till en jämlik hälso- och sjukvård på lika villkor. Den nyligen inledda processen kring storregioner gör det att möjligt att långsiktigt parera en ojämn befolkningstillväxt och ekonomisk bärkraft, för ett mer effektivt utnyttjande av sjukvårdsresurserna inom regionen.

En fördjupad samverkan inom storregionen är förutsättningen för att gemensamt värna och utveckla universitetssjukhusen och andra enheter inom regionen som utgör centra för regionvård, forskning, utveckling och utbildning.

Inom välfärdsområdet ska den väl upparbetade samverkan och samordningen mellan kommunerna och Region Uppsala gällande socialtjänst och hälso- och sjukvård, samt specifika, mer tillfälliga uppdrag, utvecklas.

Påverka beslut på högre nivå

Utifrån den nationella strategin för hållbar regional tillväxt och stärkt attraktionskraft har regionerna ett betydande handlingsutrymme och ansvar för utvecklingsarbetet, även om det i hög grad påverkas av vad som beslutas på högre nivå. Förutsättningar för infrastrukturutveckling, bostadsförsörjning eller arbetsmarknadsinsatser och andra områden påverkas av regelverk och lagstiftning på nationell och EU-nivå. Det är därför av stor vikt att försöka påverka besluten på högre nivå i för regionen rätt riktning, genom initiering av ärenden, som remissinstans eller i den politiska behandlingen. Det är även viktigt att arbeta för en tilldelning av nationella infrastruktur- och utvecklingsanslag som svarar upp mot befolknings- och sysselsättningstillväxten.

RUS I KORTHET

Ett gott liv i en nyskapande kunskapsregion med internationell lyskraft

EN REGION FÖR ALLA

Mål:

- Andelen gymnasieelever med examen inom fyra år ska överstiga 80%.
- Andelen 30–34-åringar som har minst en tvåårig eftergymnasial utbildning ska överstiga 57 %.
- Andelen sysselsatta i åldrarna 20–64 år ska överstiga 80 %.
- Regioninvånarna ska ha landets högsta självskattade hälsa, med minskade skillnader mellan grupper och individer.

Åtaganden:

- Säkra utbildning av högsta kvalitet i en attraktiv kunskapsregion.
- Skapa goda möjligheter till livslångt lärande.
- Utveckla en jämlik arbetsmarknad.
- Påskynda integrering av nyanlända på arbetsmarknaden.
- Säkerställ en kvalitativ hälso- och sjukvård och omsorg.

EN VÄXANDE REGION

Mål:

- Planera för ca 5000 bostäder per år till år 2023 för att bygga ikapp behoven och därefter ca 2100 nya bostäder per år för att möta befolkningstillväxten.
- De samlade utsläppen av växthusgaser, i absoluta tal, ska ha minskat med minst 40 procent till år 2030 jämfört med år 1990.
- Minst 95 procent av alla hushåll och verksamheter ska vara anslutna till snabbt och kapacitetsstarkt bredband minst 100 Mb/sek till 2030.
- Antalet resor i kollektivtrafiken ska fördubblas till år 2020 och kollektivtrafikens marknadsandel av motoriserade resor ska fördubblas till år 2030.

Åtaganden:

- Planera för och bygg fler bostäder.
- Planera för och bygg täta, funktionsblandade miljöer.
- Stärk sambanden mellan bebyggelseutveckling och utbyggnad av kollektivtrafiken.
- Skapa hälsofrämjande och inkluderande livsmiljöer.
- Möjliggör kretsloppsanpassade och effektiva energisystem.
- Utveckla hållbara godstransporter.
- Utveckla infrastruktur för hållbara drivmedel.
- Utveckla den digitala infrastrukturen.

EN NYSKAPANDE REGION

Mål:

- Antalet globalt konkurrenskraftiga innovativa och entreprenöriella företag ska öka. Indikatorer: antalet exporterande företag och exportvärdets andel av BRP.
- Privata och offentliga investeringar i FoU ska uppgå till minst 6 % av bruttoregionalprodukten (BRP).
- Antal nystartade företag per år ska överstiga 13 företag per 1000 inv.

Åtaganden:

- Utveckla det regionala innovationssystemet.
- Utveckla och koppla samman konkurrenskraftiga företag och kluster.
- Stärk hälso- och sjukvården och Akademiska sjukhuset som regional utvecklingskraft.
- Befäst Uppsala universitets och SLU:s ställning som globalt ledande lärosäten.
- Skapa ett gott företagsklimat och underlätta för entreprenörer.
- Stöd fler företag att bli internationellt verksamma.
- Underlätta för nya etableringar och investeringar.
- Kraftsamla för ökad global synlighet.
- Utveckla samspelet mellan länets alla delar.
- Utveckla en kulturregion med internationell lyskraft.
- Utveckla destinationer för stärkt och hållbar besöksnäring.

SWOT FÖR UPPSALA LÄN

En region för alla	
STYRKOR • Ung befolkning • Låg arbetslöshet • God hälsa och hög medellivslängd • Hög utbildningsnivå • Växande befolkning • Brett utbud av utbildningar av god kvalitet • Stark lokal identitet och stolthet över kultur och historia • Stark tillit mellan människor	MÖJLIGHETER • Inflyttning och växande befolkning underlättar kompetensförsörjningen • Många jobbchanser uppstår på växande arbetsmarknad • Kompetensimport från andra länder och regioner • Utvecklad tillit och samverkan ger utvecklingskraft • Utvecklad samverkan mellan kommuner, landsting och andra aktörer
SVAGHETER • Låg sysselsättningsgrad bland flera grupper • Regionala och könsmissiga skillnader i hälsa, utbildningsnivå, arbetslöshet och övergångar till högre utbildning • Bristande inkludering • Svaga skolresultat, f f a bland killar • Avhopp från gymnasieskolan • Barnfattigdom och social utsatthet • Könsuppdelad arbetsmarknad	HOT • Stor inflyttning på kort tid försvårar integrationen • Ökad konkurrens om kunskap och kompetens • Ökade klyftor och utanförskap • Lågkvalificerade jobb försvinner och ersätts av ny teknik – kräver omskolning • Demografin skapar obalans mellan försörjda och försörjande

En växande region	
STYRKOR • Ökad befolkning, ca 4500 inv/år • Strategiskt geografiskt läge • Närhet till Arlanda • Attraktiva städer • God tillgänglighet inom och mellan regioner • Livskraftig landsbygd med bördiga marker • Utvecklad kollektivtrafik • Väl utvecklad samverkan inom Stockholm–Mälarenregionen	MÖJLIGHETER • Resurseffektiv samhällsbyggnad längs prioriterade stråk och noder • Öka integration med omkringliggande län • Länet utvecklar sin särart som nordlig nod i huvudstadsregionen • Utbyggd digital infrastruktur inkluderar fler i utvecklingen • Länet blir förebild i energi- och klimatarbetet, genom lyckad omställning • Regionförstoring ger utvecklingskraft i alla länsdelar, med utbyggda kommunikationer och bättre service. Bostäder byggs överallt
SVAGHETER • Bristande kapacitet och underhåll av infrastrukturen • Bostadsbrist i alla kommuner • Endast 1 av 15 miljömål uppfyllda • Höga CO₂-utsläpp	HOT • Länet utvecklas till utpendlingslän, med ökad obalans mellan dag- och nattbefolkning • Ekonomiskt svårt att matcha investeringsbehoven i kommunerna • Ökad press på ekosystemtjänster, brukbar mark och tillgång till dricksvatten • Hög kostnadsutveckling i kommuner och landsting • Ökad sårbarhet och bristande anpassningsförmåga till snabba förändringar i samhället • Omställningen till ett resurseffektivt, klimatsmart och digitalt samhälle går för långsamt • Försämrade service på landsbygden

En nyskapande region	
STYRKOR • Utvecklat innovationsstödsystem • Innovationskraften • Stark sysselsättningstillväxt • Växande BRP och ökade lönesummor • Stora satsningar på FoU • Stark image kring kunskap och kompetens • Konkurrentkraftiga kluster, särskilt Life science, med Akademiska sjukhuset • Attraktiva urbana innovationsmiljöer • Världsledande inkubator och högt rankade lärosäten	MÖJLIGHETER • Starkare integrering med Stockholm • Bättre etableringsfrämjande arbete genom stärkt profilering • Potential som framstående ekosystem för innovation • Korsbefruktnings av kluster och kompetens möter samhällsutmaningar • Snabb anpassning till digitaliseringen, med utvecklade samhällstjänster • Utvecklad delningsekonomi skapar nya tjänster • Ökad närvaro i internationella nätverk och samarbeten • Utvecklade testbäddar
SVAGHETER • Ojämn nyföretagsamhet mellan kommuner • Få utländska företagsetableringar • Få exporterande företag och låg andel export av BRP • Lägre företagsamhet bland kvinnor och utlandsfödda • Sysselsättningen främst kopplad till intern köpkraft och konsumtion	HOT • Förlopad konkurrenskraft mot Stockholm och omvärld • Innovationskraften i offentlig sektor otillräcklig - produktivitetsförbättring och effektivisering uteblir • Potentialen tas ej tillvara – svårare att locka hit investeringar och besökare och attrahera riskkapital • Utlandsägda företag tappar konkurrenskraft och lämnar regionen

Underlagsmaterial finns på www.regionuppsala.se/RUS





REGIONFÖRBUNDET
Uppsala län

Remissvar avseende reviderad förbundsordning för Samordningsförbundet Uppsala län

Bakgrund

Samordningsförbundets nu gällande förbundsordning antogs av medlemmarna inför bildandet av förbundet år 2008. Samordningsförbundets styrelse har fattat beslut om ett förslag till reviderad förbundsordning. Förslaget skickas på remiss till samtliga medlemmar, som ombeds inkomma med synpunkter och svar på förslaget. Remissvar skickas senast den 30 september till:

info@finsamuppsala.se.

Ändringar i förbundsordningen ska godkännas av fullmäktige eller motsvarande hos samtliga medlemmar. Reviderad förbundsordning föreslås gälla från och med 2017-07-01.

Förslag till beslut

Östhammars kommun instämmer i huvudsak med den reviderade förbundsordningen. Vi vill dock lyfta fram nedanstående synpunkt mot bakgrund av att två av fyra av de huvudsakliga förändringarna i reviderad förbundsordning innebär ökat ansvar/inflytande för en av huvudmännen, Landstinget Uppsala län:

- **6 § Valberedning**

”Förbundet ska ha en valberedning med en representant vardera från Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Landstinget i Uppsala län samt en gemensam representant för kommunerna i länet. Via medlemssamråden kan kommunerna utse en gemensam representant. Landstingets representant är sammankallande.”

Erinran: Vi vill lyfta fördelarna med ett rotarande ansvar för sammankallandet så att samtliga huvudmän ges samma inflytande över och ansvar för arbetet i valberedningen.

I beredning av ärendet har följande deltagit: Håkan Dahlqvist och Rebecka Modin, Socialförvaltningen, Helene Ulman Lilja, Kommunledningsförvaltningen. Beslut har fattats av Kommunstyrelsen med stöd av Socialnämnden.

Dnr: 2016:20

Landstingsstyrelsen i Uppsala län
Kommunstyrelsen i Enköping
Kommunstyrelsen i Heby
Kommunstyrelsen i Håbo
Kommunstyrelsen i Knivsta
Kommunstyrelsen i Tierp
Kommunstyrelsen i Uppsala
Kommunstyrelsen i Älvkarleby
Kommunstyrelsen i Östhammar
Försäkringskassan
Arbetsförmedlingen

Remiss revidering av förbundsordning för Samordningsförbundet Uppsala län

Samordningsförbundets nu gällande förbundsordning antogs av medlemmarna inför bildandet 2008. Det finns behov av förtydliganden inför kommande mandatperiod samt att lösa frågor inför regionbildningen. Dokumentet behöver även anpassas till aktuellt lagstöd.

Samordningsförbundets styrelse har fattat beslut om ett förslag till reviderad förbundsordning. Förslaget skickas på remiss till samtliga medlemmar, som ombeds inkomma med synpunkter och svar på förslaget. Förbundet emotser besked senast 2016-09-30 för att tidsramarna ska hållas.

Ändringar i förbundsordningen ska godkännas av fullmäktige eller motsvarande hos samtliga medlemmar. Reviderad förbundsordning föreslås gälla från och med 2017-07-01.

I färdigt textförslag som skickas till medlemmarna för beslut kommer Landstinget att bytas ut till namnet på regionen som bildas 2017-01-01.

De viktigaste ändringarna

- Mandattiden för styrelseledamöter föreslås räknas från och med 1 april året efter det att val till kommuner och landsting har ägt rum, vilket är en anpassning till finsamlagen. I nuvarande ordning utses ledamöter från 1 januari året efter ordinarie val. Till medlemmarna hemställs att mandattiden för nuvarande styrelseledamöter förlängs till 2019-03-31.
- En valberedning föreslås tillsättas där Landstinget är sammankallande.
- Revisorerna föreslås få rätt att i styrelsen väcka ärenden rörande granskningen av förbundet.
- Revisorsersättare tas bort. Landstinget föreslås utse två gemensamma revisorer för kommunernas och Landstingets räkning. Mandattiden för revisorer förtydligas.
- Tvister föreslås avgöras i allmän domstol istället för genom skiljeförfarande.

Tidplan

- 2016-06-02 Styrelsen beslutar om remiss till medlemmarna med förslag till reviderad förbundsordning.
- 2016-09-30 Sista dag för remissvar från medlemmarna
- 2016-11-25 Styrelsen beslutar att reviderad förbundsordning skickas till medlemmarnas fullmäktige eller motsvarande för godkännande.
- 2017-03-31 Sista dag för beslut i fullmäktige eller motsvarande.
- 2017-07-01 Reviderad förbundsordning börjar gälla.

Remissvar och synpunkter skickas till:

Samordningsförbundet Uppsala län
Kungsgatan 16
753 32 Uppsala

alternativt via e-post till
info@finsam uppsala.se

Bilagor:

- Förbundsordning 2008, nu gällande
- Förslag till reviderad förbundsordning att gälla från och med 2017-07-01

Vänliga hälsningar



Ordförande, Samordningsförbundet Uppsala län

Förbundsordning för Samordningsförbundet Uppsala län

Samordningsförbundet Uppsala län har inrättats med stöd av lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser (FinsamL) mellan Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Landstinget i Uppsala län samt kommunerna Enköping, Heby, Håbo, Knivsta, Tierp, Uppsala, Älvkarleby och Östhammar.

Förbundet bildades 16 september 2008.

Förbundsordning för Samordningsförbundet Uppsala län gäller från 1 juli 2017 och ersätter tidigare förbundsordning.

1 § Förbundets namn

Förbundets namn är Samordningsförbundet Uppsala län

2 § Förbundets säte

Förbundet har sitt säte i Uppsala kommun

3 § Förbundets medlemmar

Förbundets medlemmar är Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Landstinget i Uppsala län, samt kommunerna Enköping, Heby, Håbo, Knivsta, Tierp, Uppsala, Älvkarleby och Östhammar.

4 § Förbundets ändamål

Förbundets ändamål är att genom finansiell samordning underlätta eller förbättra möjligheterna till egen försörjning för individer som är i behov av samordnade rehabiliteringsinsatser.

Förbundet ska också sträva efter en effektiv användning av gemensamma resurser och främja en positiv utveckling av verksamheten.

5 § Styrelse

Förbundet ska ledas av en styrelse.

Styrelsen ska bestå av elva ledamöter och elva ersättare. Varje medlem väljer en ledamot och en ersättare för denna. Ersättare har närvaro- och yttranderätt.

Från och med ordinarie val väljs ledamöter och ersättare för fyra år räknat från och med 1 april året efter det att val av fullmäktige i landsting och kommuner har ägt rum.

Styrelsen utser inom sig en ordförande, en 1:e vice ordförande och en 2:e vice ordförande samt ett arbetsutskott för den tid som styrelsen bestämmer.

6 § Valberedning

Förbundet ska ha en valberedning med en representant vardera från Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Landstinget i Uppsala län samt en gemensam representant för kommunerna i länet. Via medlemssamråden kan kommunerna utse en gemensam representant. Landstingets representant är sammankallande.

Valberedningen lämnar förslag till förbundsstyrelsen om presidieposter: ordförande, 1:e vice ordförande och 2:e vice ordförande, samt om representation i förbundsstyrelsens arbetsutskott.

7 § Uppgifter och beslutanderätt

Styrelsen är beslutförför om fler än hälften av ledamöterna är närvarande. Vid lika röstetal har ordföranden utslagsröst.

Förbundet har till uppgift att:

1. besluta om mål och riktlinjer för verksamheten inom den finansiella samordningen,
2. stödja samverkan mellan samverkansparterna,
3. besluta på vilket sätt de medel som står till förfogande för finansiell samordning skall användas,
4. finansiera insatser som avser individer som är i behov av samordnade rehabiliteringsinsatser,
5. svara för uppföljning och utvärdering av beslutade åtgärder,
6. upprätta budget och årsredovisning för den finansiella samordningen samt

Ett samordningsförbund får inte besluta i frågor om förmåner eller rättigheter för enskilda eller vidta åtgärder i övrigt som innefattar myndighetsutövning.

8 § Personal

Förbundsstyrelsen ska utse en tjänsteman som ska leda arbetet inom förbundet enligt styrelsens anvisningar.

9 § Initiativrätt

Medlem i förbundet har rätt att väcka ett ärende i förbundsstyrelsen enligt sin huvudmans beslutsordning. Revisorerna får i styrelsen väcka ärenden som rör granskningen av verksamheten i Samordningsförbundet.

10 § Samråd

Styrelsen ska hålla förbundsmedlemmarna underrättade om den allmänna planläggningen av förbundets verksamhet samt om frågor av större ekonomisk eller organisatorisk betydelse. Styrelsen har rätt att från förbundsmedlemmarna få de yttranden och upplysningar som behövs för att styrelsen skall kunna fullgöra sina uppgifter.

11 § Kungörelser

Förbundets kungörelser, protokoll och andra tillkännagivanden ska tillkännages på förbundets hemsida samt på anslagstavlan hos kommunerna Enköping, Heby, Håbo, Knivsta, Tierp, Uppsala, Älvkarleby och Östhammar samt hos Landstinget i Uppsala län.

12 § Andelar i tillgångar och skulder

Medlemmarna har vid varje tidpunkt andel i förbundets tillgångar och skulder och fördelningen av förbundets kostnader i förhållande till de andelar som medlemmarna ska bidra med enligt 5 § FinsamL (2003:1210).

Fördelningen mellan kommunerna ska göras utifrån invånarantalet den 1 november året före det år som fördelningen avser.

13 § Förbundsmedlemmarnas styrning och insyn

Styrelsen ska fastställa förbundets budget senast den 30 november varje år. Styrelsen ska dessförinnan samråda med förbundsmedlemmarna om budgeten.

Styrelsen ska upprätta delårsuppföljningar med helårsprognos för verksamheten och ekonomin som skickas till förbundsmedlemmarna. Styrelsen ska också årligen till förbundsmedlemmarna i samband med bokslutet redovisa verksamhetens utfall.

Förbundet får inte ingå borgen. Förbundet får heller inte sätta sig i skuld utöver det som gäller sedvanliga krediter för verksamheten.

14 § Revisorer och revision

Förbundets räkenskaper och årsredovisning samt styrelsens förvaltning ska granskas av revisorer för varje förbundsmedlems räkning. För Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan ska en gemensam revisor utses. För Landstinget i Uppsala län och kommunernas räkning utser Landstinget två gemensamma revisorer.

Mandattiden för revisorer räknas från 1 januari året efter det att val av fullmäktige i landsting och kommuner har ägt rum. Uppdraget är slutfört när revisorerna under det femte året efter valet har avslutat granskningen av det fjärde årets verksamhet och avlämnat revisionsberättelse.

15 § Ekonomiska ersättningar

Arvoden och andra ekonomiska förmåner till ledamöter och ersättare i styrelsen samt till revisorer ska bestämmas enligt de ersättningsregler som gäller för förtroendevalda i Landstinget Uppsala län. Revisorerna ersätts av Samordningsförbundet.

Förbundsstyrelsen lämnar närmare anvisningar om hur Landstingets arvodesreglemente används för ekonomiska ersättningar inom Samordningsförbundet.

16 § Utträde

En förbundsmedlem har rätt att efter uppsägning utträda ur förbundet. Uppsägningstiden är tre år. Vid utträdet upplöses förbundet och 17 § i denna förbundsordning gäller.

17 § Likvidation och upplösning

Förbundet kan träda i likvidation om medlemmarna är överens om det eller om en eller flera medlemmar utträder ur förbundet. Ett sådant beslut ska alltid föregås av ett samråd mellan huvudmännen.

När förbundet trätt i likvidation ska skulderna betalas och egendomen avyttras. Härfter ska kvarvarande tillgångar fördelas enligt principerna i 12 § i denna förbundsordning.

Förbundets styrelse svarar för likvidationen.

När styrelsen fullgjort sitt uppdrag ska den avge en slutredovisning för sin förvaltning. Detta sker genom framläggandet av en förvaltningsberättelse över likvidationen i sin helhet med redovisning av betalningen av skulder, försäljning av egendom och skiftet av därefter resterande tillgångar. Till förvaltningsberättelsen ska bifogas redovisningshandlingar för hela likvidationen.

När förvaltningsberättelsen och redovisningshandlingarna delgivits medlemmarna är förbundet upplöst.

18 § Tvister

Tvist mellan förbundet och en eller flera medlemmar ska, om parterna inte kan nå frivillig uppgörelse, avgöras vid en allmän domstol i Sverige.

19 § Arkivtillsyn

Kommunstyrelsen i Uppsala kommun ansvarar för tillsynen av att Samordningsförbundet fullgör sina skyldigheter enligt arkivlagen (1990:782).

Förbundsordning för Samordningsförbund Uppsala län

Samordningsförbundet Uppsala län har inrättats med stöd av Lag (SFSnr 2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser mellan Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, Landstinget, Uppsala, Knivsta, Håbo Enköping, Heby, Tierp, Älvkarleby och Östhammars kommun.

1§

Förbundets namn

Förbundets namn är Samordningsförbundet Uppsala län

2§

Förbundets säte

Förbundet har sitt säte i Uppsala kommun

3§

Förbundets medlemmar

Förbundets medlemmar är Landstinget i Uppsala län, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, Uppsala, Knivsta, Håbo, Enköping, Heby, Tierp, Älvkarleby och Östhammars kommun.

4§

Förbundets ändamål

Förbundets ändamål är att genom finansiell samordning underlätta eller förbättra möjligheterna till egen försörjning för individer som är i behov av samordnade rehabiliteringsinsatser.

Förbundet ska också sträva efter en effektiv användning av gemensamma resurser och främja en positiv utveckling av verksamheten.

5§

Styrelse

Förbundet skall ledas av en styrelse.

Styrelsen skall bestå av 11 ledamöter med 11 ersättare. Varje medlem väljer 1 ledamot och 1 ersättare för denna. Ersättare har närvaro- och yttranderätt.

Ledamöter och ersättare väljs första gången för tiden september 2008 till den 31-12-2010. Härefter väljs ledamöter och ersättare för fyra år räknat från och med 1 januari året efter det val av fullmäktige i landsting och kommun ägt rum.

Styrelsen utser inom sig en ordförande, en 1:e vice ordf. och en 2:e vice ordf. för den tid som styrelsen bestämmer.

6§

Uppgifter och beslutanderätt

Styrelsen är beslutförmålig om fler än hälften av ledamöterna är närvarande.

Vid lika röstetal har ordföranden utslagsröst.

Förbundet har till uppgift att:

1. besluta om mål och riktlinjer för verksamheten inom den finansiella samordningen,
2. stödja samverkan mellan samverkansparterna,
3. besluta på vilket sätt de medel som står till förfogande för finansiell samordning skall användas,
4. finansiera insatser som avser individer som är i behov av samordnade rehabiliteringsinsatser,
5. svara för uppföljning och utvärdering av beslutade åtgärder,
6. upprätta budget och årsredovisning för den finansiella samordningen samt
7. fatta beslut om former för personalorganisationernas delaktighet

Ett samordningsförbund får inte besluta i frågor om förmåner eller rättigheter för enskilda eller vidta åtgärder i övrigt som innefattar myndighetsutövning.

7§

Personal

Förbundsstyrelsen skall utse en tjänsteman som skall leda arbetet inom förbundet enligt styrelsens anvisningar. Styrelsen har rätt att anställa den personal som behövs för att utföra administrativa arbetsuppgifter.

8§

Initiativrätt

Medlem i förbundet har rätt att väcka ett ärende i förbundsstyrelsen enligt sin huvudmans beslutsordning.

9§

Samråd

Styrelsen skall hålla förbundsmedlemmarna underrättade om den allmänna planläggningen av förbundets verksamhet samt om frågor av större ekonomisk eller organisatorisk betydelse.

Styrelsen har rätt att från förbundsmedlemmarna få de yttranden och upplysningar som behövs för att styrelsen skall kunna fullgöra sina uppgifter.

10§

Kungörelser

Förbundets kungörelser, protokoll och andra tillkännagivanden skall tillkännages på anslagstavlan hos medlemmarna och på förbundets anslagstavla.

11§

Andelar i tillgångar och skulder

Medlemmarna har vid varje tidpunkt andel i förbundets tillgångar och skulder och fördelningen av förbundets kostnader i förhållande till de andelar som medlemmarna skall bidra med enligt 5§ SFS 2003:1210.

12§

Förbundsmedlemmarnas styrning och insyn

Styrelsen skall fastställa förbundets budget senast den 30 november varje år. Styrelsen skall dessförinnan samråda med förbundsmedlemmarna om budgeten. Vid bildandet av Samordningsförbundet Uppsala län fastställs budgeten av medlemmarna vid bildandet av förbundet.

Styrelsen skall upprätta periodvisa uppföljningar med helårsprognos för verksamheten och ekonomin som tillställs förbundsmedlemmarna. Styrelsen skall också årligen till förbundsmedlemmarna i samband med bokslutet redovisa verksamhetens utfall.

Förbundet får inte ingå borgen. Förbundet får heller inte sätta sig i skuld utöver det som gäller sedvanliga krediter för verksamheten.

13§

Revisorer och revision

Förbundets räkenskaper och årsredovisning samt styrelsens förvaltning skall granskas av revisorer för varje förbundsmedlems räkning. För Arbetsförmedling och Försäkringskassa skall en gemensam revisor utses. Landstinget och kommunerna utser vardera en revisor.

För samtliga revisorer skall finnas personlig ersättare. Mandattiden för revisorer och revisorsersättare är densamma som för styrelsens ledamöter.

14§

Ekonomiska ersättningar

Arvoden och andra ekonomiska förmåner till ledamöter och ersättare i styrelsen samt till revisorer och revisorsersättare skall bestämmas enligt de ersättningsregler som gäller för förtroendevalda i Lanstinget Uppsala län. Revisorerna ersätts av samordningsförbundet.

15§

Utträde

En förbundsmedlem har rätt att efter uppsägning utträda ur förbundet. Uppsägningstiden är därvid tre år. Vid utträdet upplöses förbundet och 16 § i denna förbundsordning gäller.

16§

Likvidation och upplösning

Förbundet kan träda i likvidation om medlemmarna är överens därom eller om en eller flera medlemmar utträder ur förbundet.

När förbundet trätt i likvidation skall skulderna betalas och egendomen avyttras. Härefter skall kvarvarande tillgångar fördelas enligt principerna i 11 § i denna förbundsordning.

Förbundets styrelse svarar för likvidationen.

När styrelsen fullgjort sitt uppdrag skall den avge en slutredovisning för sin förvaltning. Detta sker genom framläggandet av en förvaltningsberättelse över likvidationen i sin helhet med redovisning av betalningen av skulder, försäljning av egendom och skiftet av därefter resterande tillgångar.

När förvaltningsberättelsen och redovisningshandlingarna delgivits medlemmarna är förbundet upplöst.

17§

Tvister

Tvist mellan förbundet och en eller flera medlemmar skall, om parterna inte kan nå frivillig uppgörelse, avgöras genom skiljeförfarande enligt lagen om skiljeförfarande (1999:116)

18§

Arkivtillsyn

Ansvaret för tillsynen av att förbundet fullgör sina skyldigheter enligt arkivlagen (SFS 1990:782) åvilar kommunstyrelsen i Uppsala kommun.

19§

Förbundets bildande

Förbundet anses bildat när förbundsordningen har fastställts av medlemmarna senast den 30 augusti 2008.

YTTRANDE

2016-08-24

Dnr A 2016/01307/I

Arbetsmarknadsdepartementet
103 33 Stockholm

Sammanfattning

Östhammars kommun anser;

- att de kraftigt försämrade ersättningarna i kombination med den korta omställningstiden avsevärt försämrar förutsättningarna för kommunen att bedriva ett mottagande av ensamkommande barn med bibehållen hög kvalitet, god säkerhet och med barnperspektivet i blickfånget.
- att förslaget medför en kostnadsövertäring på kommunen som får konsekvenser för kommunens totala ekonomi, som i dagsläget är svåra att överblicka.
- att förslaget i nuvarande utformning behöver kompletteras, med en genomgående riskanalys, utifrån såväl ett socialt perspektiv som barnperspektivet.

Inledning

Kommunstyrelsen i Östhammars kommun har valt att avlämna remissvar utan att vara utsedd remissinstans. Anledningen är de betydande konsekvenser som förslagen i promemorian, ”Ett nytt ersättningssystem för mottagandet av ensamkommande barn och unga”, får för kommunen.

Kommunen har under det gångna året utökat sitt mottagande av ensamkommande barn med 325%. Detta har medfört stora utmaningar vad gäller att få fram boendeplatser för dessa barn samt anställa socialsekreterare som ska utreda dem. Ambitionen har varit, och är fortfarande, att så många placeringar som möjligt ska ske inom egen regi. Kommunen har idag två hem

för vård eller boende (HVB) med tillhörande utsluss i egen regi samt ett entreprenadavtal på ett HVB med en extern utförare. Planering för nyanskaffande och iordningsställande av ytterligare lokaler pågår för att kunna ta hem barn som placerats i konsulentstödda familjehem och på externa HVB i andra kommuner.

En satsning på integration i samverkan med andra aktörer kring ensamkommande barn pågår i kommunen.

1.2 Ett stort behov av ett förändrat ersättningssystem

Kommunen behöver en längre omställningstid för att organisera billigare boendevalternativ för de barn som placerats utanför kommunen.

Ett förändrat ersättningssystem med mindre administration kan underlätta för kommunen dock är det inte realistiskt att det införs redan 1/1 2017.

För att kunna bibehålla ett mottagande av ensamkommande barn med hög kvalitet, långsiktighet och med barnets bästa i fokus fordras en hög personaltäthet på våra boenden. Östhammars kommun har dessutom en unik samhällsstruktur med fem tätorter. Det innebär att barnen måste transporteras mellan olika orter inom kommunen för att de ska kunna delta i olika integrerande aktiviteter tex. utöva en sport, dessa transporter förutsätter hög bemanning på boendena.

1.3 Barnperspektivet är en viktig utgångspunkt.

En del ensamkommande som fyller 18 år och har beviljats uppehållstillstånd anses inte klara av att bo t.ex. i ett stödboende direkt vid 18 årsdagen utan behöver en högre grad av omvårdnad där tillgång till personal behövs i större omfattning. Detta kan inte erbjudas för de över 18 år med den föreslagna ersättningsnivån.

Att av ekonomiska skäl vara tvungen att flytta ut från den i många fall enda trygghet man har på ett HVB är inte förenligt med hög kvalitet i mottagandet och försvårar integrationsarbetet. Socialtjänsten och boendena är bäst lämpade att bedöma när en utflytt kan ske utifrån en individuell bedömning och om det ska ske till en utsluss inom HVB;ets ramar eller till en mer självständig boendeform.

1.4 Asylsökande ensamkommande barn som fyller 18 år

Kommunens socialtjänst har hittills låtit asylsökande som fyllt 18 år få bo kvar i såväl våra HVB som i familjehem i avvaktan på beslut från Migrationsverket. Även de som fått avslag har bott kvar i avvaktan på överklagan och att beslutet trätt i laga kraft.

Kommunen håller med om att de som inte fått beslut på sin asylansökan och fyller 18 år samt de som fått avslag på sin asylansökan och fyller 18 år ska överföras från kommunen till Migrationsverkets ansvar.

1.5 Ersättning för ensamkommande unga över 18 år som har uppehållstillstånd.

Förslaget att unga över 18 år inte behöver vara placerade för att ersättning ska utgå är bra, dock är nivån på schablonersättningen för låg eftersom en del unga kommer att vara i behov av fortsatt HVB-placering utan att för den skull vara i behov av behandling.

1.6 Behovet av administrativ förenkling

Kommunen ställer sig positiv till schablonbaserade ersättningar som princip.

Dock saknas en analys av vad de föreslagna ersättningsnivåerna får för konsekvenser för kommunerna.

Promemorians föreslagna ersättningsnivåer medför en kostnadsövertäring på kommunerna.

1.8 Utgångspunkter och inriktning för ett nytt ersättningssystem

En utökning av antalet socialsekreterare och även andra administrativa tjänster inom socialtjänsten har varit nödvändig.

Ökningen av ensamkommande i Östhammars kommun under perioden 2015-07-01 till 2016-06-30 har gått från 24 till 102 ärenden på ett år, en ökning med 325%. Socialtjänsten har utökat från två utredartjänster till sex.

Kommunen anser att ersättningarna ska täcka även denna typ av merkostnader för kommunen, då mottagandet av ensamkommande är obligatoriskt.

3.1 Ny ersättning för beredskap och kapacitet för mottagandet av ensamkommande barn.

Nuvarande ersättning för obelagda platser försvinner och det är svårt att överblicka vad det nya förslaget om rörlig ersättning motsvarande 7 dagars ersättning motsvarande obelagd plats kommer att innebära rent konkret då den baseras på antalet anvisade.

Risken med den typen av ersättningssystem är att kommunen inte kan tillhandahålla boenden med stabil personalgrupp utan måste vara väldigt flexibel vad gäller bemanningsgraden på våra boenden. Vi kan inte erbjuda personal tillsvidareanställning i någon större utsträckning, och kommunen får stå med lokalkostnader oavsett antalet anvisningar.

Det är bra att kommunerna erhåller ett årsbelopp för beredskap och kapacitet men dess utformning kompenserar inte för nuvarande system med ersättning för tomplats.

3.3 Schablonersättning för mottagandet av ensamkommande barn

Den föreslagna schablonen på 52.000 är för låg och kommer att medföra att kommunerna inte får alla uppräknade kostnader täckta, tex. sina tolkkostnader som kan uppgå till betydande belopp under asyltiden både inom myndighetsutövningen och på boendena.

3.4 Schablonersättning per dygn för mottagandet av ensamkommande barn.

Den kraftigt sänkta dygnersättningen får stora konsekvenser för kommunen och skulle medföra att tex bemanningen på vardera boende skulle behöva minskas med mellan 18-20%. En sådan sänkning påverkar givetvis kvalitén på omvårdnaden och förutsätter en längre omställningstid än 3 månader.

Antagandet att 16-17 åringar framgent skulle placeras i stödboenden i större utsträckning stämmer inte med kommunens erfarenhet av målgruppen. Ett vanligt förlopp efter beslut från Migrationsverket om uppehållstillstånd är att de efter en tid mår sämre och ev. trauman gör sig påminda. Att i det skedet placeras på ett stödboende med lägre personaltäthet och utan bemanning nattetid är inte förenligt med god omvårdnad och en trygg och säker miljö.

3.5 Begränsad möjlighet till ersättning för asylsökande ensamkommande unga i åldern 18-20 år

Enbart asylsökande med **ett omfattande vård- och behandlingsbehov** bör vara fortsatt placerade – kommunen kan då ersättas med faktiska kostnader för placeringen.

Kommunen anser att det är viktigt att avgränsningen till landstinget tydliggörs så att vård- och behandlingsbehovet avser sociala problem – tex.

Missbruk/Kriminalitet och inte psykiatri.

3.6 Schablonersättning för ensamkommande unga i åldern 18-20 år med uppehållstillstånd.

En ersättning på 750:-/dygn (ca 22.500:-/månad) kommer inte att kunna täcka kostnaderna för mottagandet av denna åldersgrupp. Att en halvering av den genomsnittliga kostnaden på ca 1.500:- idag, skulle vara tillräcklig nivå förefaller vara ett antagande som utgår från att allt fler ska bo i stödboende eller andra boendialternativ och inte vara i behov av omvårdnad.

Förslaget att beslut om placering inte ska vara nödvändigt för att erhålla schablonersättningen kräver att socialtjänsten tar beslut om andra typer av insatser som tillgodoser behovet av boende/bostad och sedan kopplar olika former av stödinsatser till den unge. Detta medför att kommunen kan behöva en helt annan inriktning på hur mottagandet av ensamkommande ska organiseras.

Kommunen anser att det behövs en lång omställningstid för att kunna erbjuda boendialternativ till den föreslagna ersättningsnivån. Bostadsbrist, svårigheter med överflyttningar av ärenden mellan kommunerna, och hemtagning av externt placerade barn till kommunen är försvårande omständigheter som tar tid att genomföra.

Kommunen tycker det är bra att schablonersättning utbetalas även för unga över 18 år som fått beslut om uppehållstillstånd och anvisas till kommunen som vuxna enligt annat lagrum.

Förutsättningen för att schablonersättningen på 750:-/dygn ska utbetalas av Migrationsverket är att den unge beviljats studiestöd för gymnasiala studier och är folkbokförd i kommunen.

3.7 Ersättning för ensamkommande barn och unga som är placerade i annan kommun än anvisningskommun

Det finns ett förslag om att anvisningskommuner inte ska få placera anvisade barn i annan kommun utan att det har gjorts en överenskommelse kommunerna emellan, detta förslag är även det ute på remiss.

Östhammars kommun har ambitionen att alla placeringar ska ske inom kommungränsen men det var inte möjligt att vidmakthålla under tillströmningen av ensamkommande barn under 2015.

Idag är det ytterst få ärenden där kommuner kommer överens om en överflyttning, så förslaget att det ska kunna ske vad gäller ensamkommande barn är med nuvarande regelverk inte särskilt troligt.

Kommunen håller med om att asylsökande ensamkommande unga över 18 år i normalfallet ska bo på Migrationsverkets förläggning.

3.8 Ersättning för faktiska kostnader i vissa särskilda situationer

Syftet med ersättning för faktiska kostnader för placeringar där det föreligger ett omfattande vårdbehov är att kommunen ska erhålla full ekonomisk kompensation för placeringskostnaden.

Östhammars kommun håller inte med om att faktiska kostnader vid t.ex. en LVU-placering inte ska betalas ut till kommunen om schablonen blivit automatiskt utbetald. Ett sådant förfarande kan medföra att kommunen förlorar tusentals kronor/dygn pga. en administrativ miss.

Kommunen anser vidare att det är positivt att kommunen får rätt till ersättning för utbetalt försörjningsstöd för unga mellan 18-21 år som inte studerar och är folkbokförda i kommunen.

Schablonersättningen utbetalas till kommunen fram till vårterminen det år den unge fyller 20 år och uppbär studiehjälp. Tanken är då att den unge ska ansöka om lånedelen och på så sätt kunna försörja sig själv vilket är samma tankesätt som man har kring övriga unga. Det finns dock en risk för att den unge hoppar av från sina gymnasiestudier då det kan finnas ett motstånd utifrån kultur och religion att sätta sig i skuld.

3.9 Ikraftträdande m.m

Kommunen anser att tidpunkten för övergång till nytt ersättningssystem ska flyttas fram, förslagsvis till 1 juli 2017.

Kommunen behöver en längre omställningstid än den angivna och är bl.a bunden av ett entreprenadavtal som sträcker sig över årsskiftet, där den överenskomna ersättningen överskrider den föreslagna nivån på 1.350:-/dygn.

4.1 – 4.6 Konsekvensanalys

I de olika konsekvensanalyserna saknas genomgående en riskanalys utifrån barnperspektivet och de sociala aspekterna på mottagandet av ensamkommande barn och unga. Förslaget har tonvikt på ekonomisk konsekvensanalys. Stödboende för 16-17 åringar framställs som en universallösning för kommunerna utan att en grundlig riskanalys gjorts.

Flertalet av ensamkommande barn i den åldersgruppen har nyligen anlänt till Sverige, de kan inte språket, de har inte hunnit tillägna sig den kunskap som behövs för att de ska klara sin dagliga livsföring utan hjälp, de har svårigheter utifrån upplevda trauman och de har bristande tillit till vuxna och många gången sömnsvarigheter, känslor av övergivenhet och saknad m.m. I nuläget har även landstinget svårigheter att tillgodose dessa ungdomars vårdbehov vilket medför att personal på boendena får ta hand om situationer som egentligen borde hänföras till sjukvården.

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om stödboende, HSLF-FS 2016:56 framgår att placering i stödboende ska föregås av en bedömning av socialnämnden vilket behov av stöd barnet eller den unge har. Vid inskrivning på stödboende ska behovet av stöd kunna tillgodoses under trygga och säkra former. På ett stödboende ska personal finnas tillgänglig dygnet runt men inte finnas på plats kvälls- och nattetid.

Östhammars kommun anser att det kommer vara ytterst få, om ens någon 16-17 åring som kan komma i fråga för ett stödboende. Även kan, i vissa fall, även de som fyllt 18 år vara i behov av en högre omvårdnadsgrad än vad ett stödboende kan ge.

Ett annat område där en riskanalys utifrån ett socialt perspektiv saknas är att en 17- åring som först anvisas till en kommun och börjar sin skolgång där, efter 18- årsdagen överförs till Migrationsverkets anläggning och kanske inte får någon skolgång eller måste byta skola och sedan vid beslut om uppehållstillstånd kan hamna i en annan kommun och ska återuppta sin skolgång. En uppenbar risk är att en stor andel av dem aldrig uppnår slutbetyg från gymnasiet och får stora svårigheter att komma in på arbetsmarknaden. Risken för att hamna i utanförskap är betydande.

Östhammars kommun har förståelse för nödvändigheten av en åtstramning av ekonomin kring mottagandet av ensamkommande barn men det får inte ske på bekostnad av de sociala aspekterna.

Martina Jirlow

Datum
2016-08-23
2016-08-10Dnr
KS-2016-590
SN-2016-193Sid
8 (8)

Socialnämndens arbetsutskott föreslås besluta;

- att avlämna yttrande till Kommunstyrelsen
- att denna paragraf förklaras omedelbart justerad

Kommunstyrelsen föreslås besluta;

- att avlämna yttrande till Arbetsmarknadsdepartementet
- att denna paragraf förklaras omedelbart justerad

2016-06-27

Avdelningen för vård och omsorg

Till Socialchefer eller motsvarande

Möjlighet att svara på remisser om nytt ersättningssystem för mottagande av och kommunplacering av ensamkommande barn och unga

Regeringen har den 21 respektive den 23 juni skickat [Promemoria om ett nytt ersättningssystem för mottagande av ensamkommande barn och unga](#) (Diarienummer A2016/01307/I) och [Departementspromemoria Ändringar i fråga om sysselsättning för asylsökande och kommunplacering av ensamkommande barn på remiss](#) (Ds 2016:21), se bilagor. I dessa presenteras förslag på nya schabloner och ersättningsnivåer, ändrade regler för mottagandet samt begränsad möjlighet att placera barn i en annan kommun. Ändringarna föreslås träda i kraft 1 januari 2017.

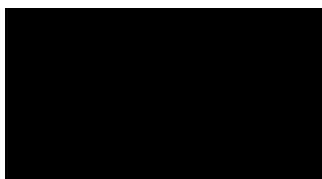
35 kommuner är remissinstans (se bilagor), men SKL vill med detta brev uppmärksamma samtliga kommuner på möjligheten att svara på remissen. Ett brett och samstämmigt svar från sektorn stärker vårt gemensamma ställningstagande i en fråga som innebär stora förändringar i kommunernas förutsättningar för ett långsiktigt hållbart mottagande av ensamkommande barn och unga.

SKL är remissinstans, och kommer senast i början av augusti att som stöd i kommunernas remissförfarande sända förbundets remissyttrande som cirkulär till landets samtliga kommuner. Remissvaren ska ha kommit in till Arbetsmarknadsdepartementet senast den [24 augusti](#) respektive [12 augusti](#) 2016.

SKL har gjort ett första uttalande om regeringens förslag om ett nytt ersättningssystem (se länk nedan), men börjar nu arbetet med en fördjupad analys.

[Kostnader för ensamkommande täcks inte av nya schabloner](#)

Sveriges Kommuner och Landsting
Sektionen för vård och socialtjänst



Sektionschef



Arbetsmarknadsdepartementet

**Promemoria om ett nytt ersättningssystem för mottagandet av
ensamkommande barn och unga**

Remissinstanser:

1. Kammarrätten i Jönköping
2. Förvaltningsrätten i Linköping
3. Lunds tingsrätt
4. Migrationsverket
5. Justitieombudsmannen
6. Barnombudsmannen
7. Inspektionen för vård och omsorg
8. Socialstyrelsen
9. Statens institutionsstyrelse
10. Länsstyrelsen i Jönköpings län
11. Länsstyrelsen i Kalmar län
12. Länsstyrelsen i Skåne län
13. Länsstyrelsen i Stockholms län
14. Länsstyrelsen i Värmlands län
15. Länsstyrelsen i Västerbottens län
16. Länsstyrelsen i Västernorrlands län
17. Länsstyrelsen i Västra Götalands län
18. Riksrevisionen
19. Statskontoret
20. Centrala studiestödsnämnden
21. Skolinspektionen
22. Statens skolverk
23. Stockholms universitet
24. Diskrimineringsombudsmannen
25. Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor, MUCF
26. Nämnden för statligt stöd till trossamfund
27. Arbetsförmedlingen
28. Arbetsgivarverket
29. Arbetsmiljöverket
30. Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering,
IFAU

31. Svenska ESF-rådet
32. Uppsala läns landsting
33. Blekinge läns landsting
34. Borgholms kommun
35. Burlövs kommun
36. Danderyds kommun
37. Eskilstuna kommun
38. Falkenbergs kommun
39. Filipstads kommun
40. Flens kommun
41. Forshaga kommun
42. Göteborgs kommun
43. Götene kommun
44. Helsingborgs stad
45. Hultsfreds kommun
46. Härnösands kommun
47. Lekebergs kommun
48. Lessebo kommun
49. Lidingö kommun
50. Ljusnarsbergs kommun
51. Malmö kommun
52. Mölndals kommun
53. Norbergs kommun
54. Norrköpings kommun
55. Nässjö kommun
56. Oskarshamns kommun
57. Pajala kommun
58. Sigtuna kommun
59. Simrishamns kommun
60. Stockholms kommun
61. Söderhamns kommun
62. Södertälje kommun
63. Trelleborgs kommun
64. Uppvidinge kommun
65. Vänersborgs kommun
66. Ånge kommun
67. Åsele kommun
68. Ödeshögs kommun
69. Almega
70. Dalarnas idrottsförbund
71. Famna
72. Flyktinggruppernas riksråd, FARR
73. Folkbildningsrådet
74. Forum – idéburna organisationer med social inriktning
75. Frivilligorganisationernas insamlingsråd
76. Goda företagare för barn och unga – Gfbu
77. Hela Sverige ska leva
78. Human rights watch

79. Individuell Människohjälp
80. IOGT-NTO
81. Islamic Relief Sverige
82. Lantbrukarnas Riksförbund
83. Landsorganisationen i Sverige, LO
84. Riksföreningen Sveriges stadsmissioner
85. Riksidrottsförbundet
86. Rädda Barnen
87. Röda korsets ungdomsförbund
88. Rörelsefolkhögskolornas intresseorganisation
89. Scouterna
90. Skyddsvärnet
91. Småkom
92. Studieförbunden
93. Svenska kyrkan
94. Svenska Röda korset
95. Svenska vård
96. Svenskt Näringsliv
97. Sveriges akademikers centralorganisation, Saco
98. Sveriges Ensamkommandes Förening Riksförbund, SEF
99. Sveriges Kommuner och Landsting
100. Tjänstemännens Centralorganisation, TCO
101. UNHCR
102. UNICEF
103. Vårdföretagarna

Remissvaren ska ha kommit in till Arbetsmarknadsdepartementet senast den **24 augusti 2016**. Vi ser gärna att remissvaren även skickas i elektronisk form via e-post i både word- och pdf-format till a.registrator@regeringskansliet.se. Filnamnet bör vara: A2016/01307/I och remissinstansens namn. I remissvaret ska Regeringskansliets diarienummer A2016/01307/I anges.

I remissen ligger att regeringen vill ha synpunkter på förslagen eller materialet i promemorian. **Myndigheter under regeringen** är skyldiga att svara på remissen. En myndighet avgör dock på eget ansvar om den har några synpunkter att redovisa i ett svar. Om myndigheten inte har några synpunkter, räcker det att svaret ger besked om detta. För **andra remissinstanser** innebär remissen en inbjudan att lämna synpunkter.

Remissvarens disposition bör om möjligt ansluta sig till dispositionen i promemorian. Råd om hur remissyttranden utformas finns i Statsrådsberedningens promemoria Svara på remiss – hur och varför (SB PM 2003:2). Den kan laddas ner från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Frågor under remisstiden kan ställas till enhetschef [REDACTED] (e-postadress: [REDACTED]@regeringskansliet.se) med telefonnummer [REDACTED]

[REDACTED]

Rättschef



REGERINGSKANSLIET

Ett nytt ersättningssystem för mottagandet av ensamkommande barn och unga

Promemoria

2016-06-21

Innehåll

1	Utgångspunkter för ett nytt ersättningssystem	6
1.1	Ett ökat antal ensamkommande barn och unga	7
1.2	Ett stort behov av ett förändrat ersättningssystem	8
1.3	Barnperspektivet är en viktig utgångspunkt	10
1.4	Asylsökande ensamkommande barn som fyller 18 år	11
1.5	Ersättning för ensamkommande unga över 18 år som har uppehållstillstånd	12
1.6	Behovet av administrativ förenkling	13
1.7	Behovet av ett kostnadseffektivt regelverk	14
1.8	Utgångspunkter och inriktning för ett nytt ersättningssystem	15
2	Nuvarande regler om ersättning för mottagandet av ensamkommande barn och unga	17
2.1	Kommuner och landstings rätt till ersättning för mottagandet av ensamkommande barn och unga	17
2.1.1	Allmänt om kommuner och landstings rätt till ersättning	17
2.1.2	Överenskomna platser och kommunala ersättningar	18
2.1.3	Ersättning för asylsökande	18
2.1.4	Ersättning för mottagandet av personer med uppehållstillstånd	21
2.2	Ersättning till asylsökande och personer med uppehållstillstånd	25
2.2.1	Ersättning till asylsökande	25
2.2.2	Ersättning till personer med uppehållstillstånd	26
2.2.3	Asylsökande och unga med uppehållstillstånd som studerar	27
2.3	Övriga lagar som har betydelse för ensamkommande barn	28

2.3.1	Ansvar och skyldigheter för föräldrar och vårdnadshavare	28
2.3.2	Kommunernas ansvar utifrån anvisning och placering.....	29
3	Ett nytt ersättningssystem för mottagandet av ensamkommande barn och unga	31
3.1	Ny ersättning för beredskap och kapacitet för mottagandet av ensamkommande barn.....	31
3.2	Schablonersättning till ankomstkommuner för tillfälligt mottagande av asylsökande ensamkommande barn	34
3.3	Schablonersättning för mottagandet av asylsökande ensamkommande barn i anvisningskommun.....	35
3.4	Schablonersättning per dygn för mottagandet av ensamkommande barn.....	36
3.5	Begränsad möjlighet till ersättning för asylsökande ensamkommande unga i åldern 18–20 år	38
3.6	Schablonersättning för ensamkommande unga i åldern 18–20 år med uppehållstillstånd.....	39
3.7	Ersättning för ensamkommande barn och unga som är placerade i annan kommun än anvisningskommunen	43
3.8	Ersättning för faktiska kostnader i vissa särskilda situationer	45
3.9	Ikraftträdande m.m.....	47
4	Konsekvensanalys	48
4.1	Inledning	48
4.2	Antalet ensamkommande barn och unga.....	49
4.3	Ekonomiska konsekvenser för staten	50
4.4	Övriga konsekvenser för staten.....	52
4.5	Konsekvenser för kommunerna	53

4.6	Konsekvenser för ensamkommande barn och unga	60
4.7	Övriga konsekvenser	61

1 Utgångspunkter för ett nytt ersättningssystem

Den stora ökningen av antalet ensamkommande barn under 2015 medför utmaningar för kommunerna. Det är viktigt att värna kvalitet och säkerhet i mottagandet av ensamkommande barn och unga. Samtidigt måste regelverken ta hänsyn till kommunernas förutsättningar och bidra till en effektiv användning av skattemedel.

Dagens system för ersättning till kommunerna för mottagandet av ensamkommande barn och unga är inte ändamålsenligt utan har lett till ett svåröverskådligt regelverk som även är administrativt betungande. Ersättningen för mottagandet av ensamkommande barn och unga bör därför i större utsträckning än i dag utgöras av schabloner.

Regeringen aviserade i vårpropositionen 2016 att man avsåg att återkomma med förslag för att förenkla regelverket, förbättra kommunernas planeringsförutsättningar, minska den administrativa bördan och öka kostnadseffektiviteten.

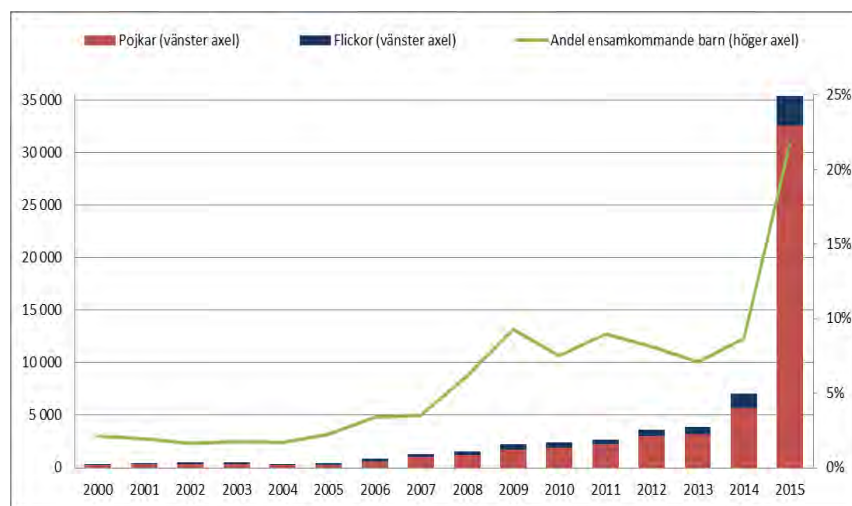
I denna promemoria beskrivs ett nytt ersättningssystem för mottagandet av ensamkommande barn och unga. I avsnitt 1 redovisas utgångspunkter och i avsnitt 2 sammanfattas nuvarande regler om ersättning för mottagandet av ensamkommande barn och unga. Bedömningar och motiveringar för det nya ersättningssystemet redovisas i avsnitt 3. Konsekvensanalys redovisas i avsnitt 4.

1.1 Ett ökat antal ensamkommande barn och unga

Sverige är det land i Europa som under de senaste tio åren har tagit emot flest asylsökande ensamkommande barn, dvs. personer som vid ankomsten inte hade fyllt 18 år och som anlänt utan sin vårdnadshavare eller någon som anses ha trätt i vårdnadshavarens ställe. Antalet är särskilt stort i relation till landets befolkningsmängd, men Sverige har också varit största mottagarland i absoluta tal. Under 2015 tog dock Tyskland emot fler asylansökningar från ensamkommande barn än Sverige.

Diagram 1.1 visar antalet och andelen asylsökande ensamkommande barn i Sverige sedan år 2000.

Diagram 1.1 Antal asylsökande ensamkommande barn 2000–2015 och andel ensamkommande barn av det totala antalet asylsökande



Källa: Migrationsverket

År 2005 sökte knappt 400 ensamkommande barn asyl i Sverige. Fem år senare hade antalet asylsökande ensamkommande barn ökat till nästan 2 400. På tre år, 2010–2013, skedde en 60-procentig ökning av antalet asylsökande ensamkommande barn och 2013 uppgick antalet till 3 852. Under 2014 kom 7 049 asylsökande ensamkommande barn till Sverige, vilket var en ökning med drygt 80 procent jämfört med föregående år. I början av 2015 var bedömningen att både antalet asylsökande totalt sett och antalet ensamkommande barn skulle minska. Utvecklingen under

sommaren och hösten blev emellertid den motsatta. Sammantaget sökte 35 369 ensamkommande barn asyl i Sverige under 2015. Antalet asylsökande ökade totalt, men framför allt ökade andelen ensamkommande barn av de asylsökande som kom till Sverige. 2015 var andelen ensamkommande barn av de asylsökande drygt 20 procent. Prognoserna för de närmaste åren är mycket osäkra, men Migrationsverkets bedömning (april 2016) är att antalet asylsökande kommer att ligga på en fortsatt hög nivå i ett historiskt perspektiv.

Majoriteten av de asylsökande ensamkommande barnen har under hela perioden varit pojkar och andelen pojkar har ökat. Under perioden 2000–2005 var i genomsnitt 34 procent av de ensamkommande barnen som sökte asyl i Sverige flickor. Sedan 2006 fram till 2014 har andelen flickor varit i genomsnitt 19 procent per år.

2015 minskade andelen flickor till 8 procent och därmed var 92 procent av de ensamkommande barnen som sökte asyl i Sverige pojkar. Nästan alla var ungdomar i åldern 13–17 år (93 procent) och en tredjedel var i åldern 16–17 år. Afghanistan är sedan länge det vanligaste ursprunglandet, varifrån två tredjedelar kom 2015. Syrien var näst vanligaste ursprungland med 10 procent. Andra vanliga ursprungsländer är Somalia, Eritrea och Irak.

1.2 Ett stort behov av ett förändrat ersättningssystem

Den kraftiga ökningen av antalet ensamkommande barn som kommit till Sverige under 2015 har inneburit att bl.a. kommunerna ställts inför betydande påfrestningar i sin verksamhet. Regelverket för mottagandet av ensamkommande barn har förändrats under den senaste tioårsperioden, men någon samlad utvärdering har inte gjorts. Under 2015 tillsattes en utredning som har i uppdrag att ta ett helhetsgrepp om mottagande och bosättning av asylsökande och nyanlända, inklusive ensamkommande barn (dir. 2015:107). Utvecklingen av antalet asylsökande ensamkommande barn under 2014 och 2015 har emellertid gjort det nödvändigt att omgående se över regelverket och utformningen av de statliga ersättningarna till kommunerna. En översyn av kommunersättningarna aviserades i

budgetpropositionen för 2015 och förändringar presenterades i budgetpropositionen för 2016. Under hösten 2015 stod det klart att ytterligare förändringar var nödvändiga och ett arbete inom Regeringskansliet har lett fram till bedömningar om nya former för kommunersättning vid mottagandet av ensamkommande barn och unga som presenteras i denna promemoria.

Det stora antalet ensamkommande barn och unga innebär att behovet av att förenkla regelverket, dämpa kostnadsutvecklingen och minska den administrativa bördan är stort. Staten ansvarar för finansieringen av mottagandet av ensamkommande barn och unga. Genom de statliga ersättningarna ska kommunerna ges ekonomisk ersättning för mottagandet av ensamkommande barn och unga så att trygghet och kvalitet i mottagandet kan upprätthållas. Det är även viktigt att säkerställa att skattemedel används på ett kostnadseffektivt sätt. Regelverket för ersättningen bör vara utformat så att den administrativa bördan blir mindre för såväl kommuner som Migrationsverket. Planeringsförutsättningarna för kommunerna behöver förbättras genom ökad förutsägbarhet i fråga om vilken ekonomisk ersättning de är berättigade till och när utbetalningen kommer att ske. På så vis förbättras också kommunernas förutsättningar för mottagandet.

Den snabba och kraftiga ökningen av antalet asylsökande ensamkommande barn har inneburit att behovet av olika boendeanternativ har ökat kraftigt. Kommunernas ansträngda situation och behov av att snabbt hitta boende har bidragit till att efterfrågan på boenden har ökat. Behovet av bostäder ledde till att utbudet av boenden ökade då många privata aktörer såg en expanderande marknad med möjligheter att ta ut ett högt pris. Regelverkets utformning och den ansträngda situationen för kommunerna har bidragit till att orimligt höga priser har kunnat tas ut. För att förbättra de ekonomiska drivkrafterna för kostnadseffektiva boenden behöver regelverket ses över och förändras. Skattemedel måste användas ansvarsfullt och de samlade statliga utgifterna för mottagandet av ensamkommande barn och unga måste vara rimliga i förhållande till andra offentliga utgifter.

I utformningen av ett regelverk för statliga ersättningar till kommunerna är det flera aspekter som behöver beaktas. Inte minst är barnperspektivet viktigt. Mottagandet av ensamkommande barn ska hålla hög kvalitet och utgå från barnets bästa. Statens,

kommuners och landstings resurser är begränsade. Regelverket bör vara utformat så att det möjliggör ett bra mottagande utan att det sker en undanträngning av andras behov. Utformningen behöver också vara långsiktigt hållbar eftersom mottagandet av ensamkommande barn är ett flerårigt åtagande för kommunen.

1.3 Barnperspektivet är en viktig utgångspunkt

Det stora antal asylsökande ensamkommande barn som kommit till Sverige under senare tid innebär en stor utmaning för kommunerna som har ansvaret för att säkerställa att varje barn får det stöd han eller hon behöver. Barn utan vårdnadshavare har många gånger behov av stora insatser från samhället för att de ska kunna växa upp under förutsättningar som i så stor utsträckning som möjligt motsvarar de förutsättningar som barn som bor med sina föräldrar eller andra vårdnadshavare har. En viktig utgångspunkt för förändringar i ersättningsystemet för ensamkommande barn är att inte försämra förutsättningarna för att barn ska få ett bra omhändertagande. Barn under 18 år har särskilda rättigheter enligt FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen) och det är därför viktigt att särskilja barn från vuxna.

Vid åtgärder inom socialtjänsten som rör barn ska barnets bästa särskilt beaktas. Vid beslut eller andra åtgärder som avser vård- eller behandlingsinsatser för barn ska vad som är bäst för barnet vara avgörande. När resurserna inom kommunen är begränsade finns en risk för undanträngning av utredningar av bl.a. orosanmälningar om barn som far illa. Nuvarande regelverk innebär att kommunerna har ekonomiska drivkrafter att placera ensamkommande unga med stöd av socialtjänstlagen (2001:453), förkortat SoL, upp till 21 års ålder, eftersom placeringsbeslut har krävts för statlig ersättning för mottagandet till kommunerna. Återkommande placeringsbeslut och därmed följande uppföljning innebär en upplåsning av resurser vid socialtjänsten som inte alltid är motiverade utifrån den enskildes vårdbehov. Fortsatt placering av ensamkommande barn som blivit unga vuxna riskerar därför att försvåra kommunernas möjlighet att ge tillräckligt stöd till barn som är i behov av stöd eller vård- eller behandlingsinsatser.

Med barnperspektivet som utgångspunkt är det naturligt att förändra ersättningssystemet så att en tydligare skillnad görs mellan ensamkommande barn och unga vuxna, dvs. ensamkommande unga som har fyllt 18 år. Förändringar av ersättningar som kan påverka vilka former av boenden som erbjuds bör därför i första hand avse unga över 18 år.

1.4 Asylsökande ensamkommande barn som fyller 18 år

Migrationsverket har enligt lagen (1994:137) om mottagande av asylsökande m.fl. (LMA) ansvar för att erbjuda plats på förläggning¹ åt asylsökande som inte bor i eget boende. För ensamkommande barn ska Migrationsverket i stället anvisa en kommun som ska ordna boendet.

För dem som söker asyl som ensamkommande barn och fyller 18 år innan asylprövningen är avgjord finns med nuvarande regler ett dubbelt ansvarssystem. Migrationsverkets ansvar för att erbjuda plats på förläggning omfattar alla som är över 18 år och söker asyl i Sverige. Kommunens ansvar för dem som sökt asyl som ensamkommande barn kvarstår i normalfallet genom att socialtjänsten fattar beslut om fortsatt placering med stöd av SoL innan en asylsökande fyller 18 år. När beslut om fortsatt placering tas har kommunen också rätt till fortsatt statlig ersättning för mottagandet som längst till den unga fyller 21 år. Vid fortsatt placering efter 18 års ålder är ersättningsvillkoren desamma som ersättningsvillkoren som gäller för placering av ensamkommande barn under 18 år. Drivkrafterna för kommunen att förlänga placeringsbeslut efter 18 års ålder är stora eftersom det leder till fortsatt statlig ersättning med 1 900 kronor per dygn för överenskomna platser eller ersättning för faktiska kostnader för placerade ensamkommande unga utöver överenskomna platser. Majoriteten av de asylsökande som fyller 18 år är därför även fortsättningsvis placerade fram till 21 års ålder. Bedömningen är att detta snarare är en följd av

¹ Förläggning är det begrepp som används i LMA. Numera används begreppet anläggningsboende. Dessa kan drivas i både Migrationsverkets regi, hyras eller handlas upp av privata entreprenörer.

ersättningsreglernas utformning än att alla unga har behov av att vara fortsatt placerade.

I prop. 2005/06:46 Mottagande av ensamkommande barn framgår det att barn som blir myndiga innan ansökan om uppehållstillstånd slutligt prövats i normalfallet inte bör bo kvar vid ett kommunalt ungdomsboende utan ska beredas plats inom Migrationsverkets anläggningsboenden.

De nuvarande reglerna innebär också att den som söker asyl strax före 18 års ålder omfattas av ett helt annat system för omhändertagande än den som söker asyl strax efter 18-årsdagen. Att behovet av stöd skulle vara helt olika för den som sökt asyl strax före respektive efter 18-årsdagen är svårt att motivera. För staten innebär regelverket höga kostnader i förhållande till mottagandet av en asylsökande som har fyllt 18 år vid ankomsten till Sverige.

1.5 Ersättning för ensamkommande unga över 18 år som har uppehållstillstånd

Kommunen har med nuvarande regler rätt till ersättning för mottagandet av unga som har fyllt 18 men inte 21 år om den unga är placerad enligt SoL och om vården påbörjats före 18 års ålder. Enligt SoL finns sedan den 1 januari 2016 tre olika former av boenden, s.k. placeringsformer: familjehem, hem för vård eller boende (HVB) och stödboende. Eftersom ersättningen baseras på beslut om vård enligt SoL saknar kommunen ekonomiska drivkrafter för att avsluta placeringar av unga som har fyllt 18 men inte 21 år. Då ersättningens storlek i stor utsträckning är kopplad till olika former av boende saknas drivkrafter för att placera unga över 18 år i ett boende med lägre kostnad även när den unges behov ger möjlighet till detta.

Ekonomiska drivkrafter för kommunen kan leda till boende- och placeringslösningar som inte motsvarar den enskildes behov. Placering enligt SoL är inte alltid det bästa boendet för en ung vuxen som saknar vårdbehov.

Bedömningen är att regelverket bör vara så konstruerat att unga över 18 år inte behöver vara placerade enligt SoL för att statlig ersättning för mottagandet ska utgå till kommunen. En del av de

unga kommer även framöver att ha behov av fortsatt placering enligt SoL. Det är viktigt att beslut om fortsatt placering fattas utifrån individens behov och inte påverkas av regelverket för statlig ersättning till kommunen.

Stödboende har som målgrupp ungdomar i åldern 16–20 år som av olika skäl behöver placeras men bedöms klara ett självständigt boende i kombination med socialt och/eller praktiskt stöd. Unga som kan få sina behov tillgodosedda i ett stödboende bör inte placeras i hem för vård eller boende. Enligt 6 kap. 1 § SoL krävs särskilda skäl för att placera barn i åldern 16–17 år i stödboende.

Slutligen innebär de nuvarande reglerna att barn som söker asyl före 18 års ålder omfattas av ett helt annat system upp till 21 års ålder eftersom de mottas som ensamkommande barn, medan unga som söker asyl strax efter 18 års ålder behandlas som vuxna.

1.6 Behovet av administrativ förenkling

Med nuvarande regler behöver kommunerna ansöka om ersättningar för en stor andel av de mottagna ensamkommande barnen. Kommunernas ansökningar om ersättning för faktiska kostnader för placeringar utöver överenskomna platser om mottagande motsvarade 2014 hälften av alla mottagna barn och unga. Ansökningsförfarandet för 2015 är ännu ofullständigt, eftersom kommunerna enligt gällande regelverk kan ansöka om ersättning upp till ett år efter att kostnaden har uppstått.

Ansökan och beslut om ersättning för faktiska kostnader är administrativt krävande för både kommunerna och Migrationsverket som handlägger och fattar beslut om utbetalning av ersättning. Dessa ersättningar skapar dessutom en osäkerhet och dåliga planeringsförutsättningar för kommunerna eftersom det inte är säkert att alla delar i ersättningsanspråken beviljas. Kommunerna tvingas också bära kostnaderna i väntan på utbetalning av ersättningen under tiden för Migrationsverkets handläggning. Den tidsmässiga förskjutningen mellan utgifter och intäkter kan vara kännbar för den kommunala ekonomin, särskilt i små kommuner med omfattande mottagande.

Systemet med boendedifferentierade schabloner som till viss del finns i nuvarande regelverk är också administrativt betungande

eftersom kommunen måste redovisa exakt hur många dygn en individ bott i familjehem, hem för vård eller boende respektive stödboende. I det fall det handlar om hem för vård eller boende för barn och unga som har uppehållstillstånd och som är mottagna utöver överenskomna platser, måste även de faktiska kostnaderna redovisas. För familjehemsplaceringar utöver överenskomna platser måste faktiska kostnader redovisas både för asylsökande barn och unga och för barn och unga med uppehållstillstånd.

Systemet med överenskommelser är administrativt betungande för länsstyrelserna som för dialoger med kommunerna i syfte att de ska ingå överenskommelser med Migrationsverket om mottagande av ensamkommande barn. För kommunerna krävs resurser då de fattar beslut om överenskommelserna. Även ersättningarna för de överenskomna platserna är administrativt betungande eftersom det innebär utbetalningar i två steg där bara den ena delen betalas ut automatiskt utan föregående ansökan. Den andra delen betalas ut efter ansökan. Detta kräver i sig administrativa resurser för Migrationsverket som betalar ut ersättningen men även för kommunerna som måste ansöka om ersättning för de belagda platserna.

För att minska den administrativa bördan bör ersättningarna baseras på schabloner som inte är kopplade till överenskommelser. För att komma ifrån redovisning av antalet dygn i olika former av boenden bör ersättningen inte heller vara kopplad till placeringsform. Ersättningarna bör dessutom konstrueras så att de i så stor utsträckning som möjligt kan betalas ut automatiskt utan ett ansökningsförfarande.

1.7 Behovet av ett kostnadseffektivt regelverk

Kommunen ansöker om ersättning för faktiska kostnader för hälften av alla mottagna ensamkommande barn och unga. När en kommun upphandlar olika former av boenden eller bygger upp verksamhet i egen regi och får ersättning för faktiska kostnader, kan det medföra att det inte finns tillräckliga drivkrafter för att hålla nere verksamheternas kostnader. Schabloner för ersättning till kommunerna skulle leda till förenklad administration, men kan också bidra till ökad kostnadseffektivitet. För att bidra till

ekonomiska drivkrafter för mindre kostsamma lösningar vid valet av placeringsform bör ersättningarna vara oberoende av vilken placeringsform som väljs, vilket också är motiverat utifrån ett administrativt perspektiv.

1.8 Utgångspunkter och inriktning för ett nytt ersättningssystem

Sammantaget finns det ett stort behov av att förändra det statliga systemet för ersättning till kommunerna för mottagandet av ensamkommande barn och unga.

Utgångspunkten för utformningen av det nya ersättningssystemet bör vara att kommunerna sammantaget ska kunna erbjuda ett mottagande för ensamkommande barn och unga med hög kvalitet och säkerhet. Ett schabloniserat ersättningssystem skulle innebära att ersättningen till kommunerna i någon situation kan vara för hög och i en annan för låg, men att den i genomsnitt avser täcka kommunens kostnader.

Mottagandet av ensamkommande barn och unga är ett obligatoriskt åtagande för kommunerna enligt LMA. Statlig ersättning utgår till kommunerna för mottagandet. Utgångspunkten för de förändringar av ersättningssystemet som presenteras i denna promemoria är att en förändring av ersättningssystemet inte innebär bindande förändringar i form av förändrade regler för kommunernas verksamhet. Kraven på kommunernas verksamhet bör därför vara oförändrade. Den s.k. kommunala finansieringsprincipen beträffande ersättning för nya åtaganden eller åtaganden som tas bort från kommunerna blir därför inte tillämplig. Utformningen av de nya ersättningarna till kommunerna bör täcka kostnaderna för de uppgifter som kommunerna sedan tidigare har ansvarat för.

Inriktningen för det nya ersättningssystemet är att förenkla regelverket, minska den administrativa bördan och förbättra planeringsförutsättningarna. Nuvarande ansökningsförfarande leder till eftersläpningar i utbetalning av ersättningar eftersom kommunen har förhållandevis lång tid på sig att ansöka om ersättning och till följd av långa handläggningstider hos Migrationsverket. Bedömningen är att ett system som i huvudsak

är baserat på schabloner som innebär att ersättningen kan betalas ut automatiskt bidrar till att förbättra både för kommunerna och för Migrationsverket som utbetalande myndighet. Ett välfungerande ersättningssystem bör också leda till att kommunerna får drivkrafter att hitta kostnadseffektiva former av boenden. Det bör också kunna bidra till boendelösningar som är anpassade till behoven hos ensamkommande barn och unga och till ökad flexibilitet i kommunernas mottagande.

2 Nuvarande regler om ersättning för mottagandet av ensamkommande barn och unga

2.1 Kommuner och landstings rätt till ersättning för mottagandet av ensamkommande barn och unga

2.1.1 Allmänt om kommuner och landstings rätt till ersättning

En kommun har rätt till ersättning för vissa kostnader för barn under 18 år som vid ankomsten till Sverige är skilda från båda sina föräldrar eller från någon annan vuxen person som får anses ha trätt i föräldrarnas ställe eller som efter ankomsten står utan sådan ställföreträdare. Denna grupp omnämns fortsättningsvis som ensamkommande barn. De som kommit hit som ensamkommande barn, men som har fyllt 18 år omnämns som ensamkommande unga. Ersättning lämnas för kommunens kostnader för sådan vård i annat hem än barnets eget som ges med stöd av socialtjänstlagen (2001:453), förkortat SoL, eller lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU). Kommunen kan även få ersättning för ungdomar som har fyllt 18 men inte 21 år, men då krävs att beslut om vård enligt SoL eller LVU har fattats före 18 års ålder. Staten ansvarar för finansieringen för mottagandet av ensamkommande barn. Ansvaret för mottagandet av ensamkommande barn är ett obligatoriskt åtagande för kommunerna. Mottagandet och placeringen av ensamkommande barn och unga innebär ansvar för boende, omsorg, skola samt hälso- och sjukvård m.m.

2.1.2 Överenskomna platser och kommunala ersättningar

Kommuner sluter överenskommelser med Migrationsverket om platser för mottagande av ensamkommande barn. Överenskommelserna omfattar både asylsökande ensamkommande barn och ensamkommande barn och unga med uppehållstillstånd. Länsstyrelserna för dialog med kommunerna om platser för mottagande utifrån Migrationsverkets bedömningar av platsbehovet för kommande år. Systemet med kommunernas överenskomna platser ligger i stor utsträckning till grund för nuvarande bestämmelser om statlig ersättning till kommunerna för kostnader för mottagandet av ensamkommande barn.

2.1.3 Ersättning för asylsökande

För personer i Migrationsverkets mottagningssystem har kommuner och landsting rätt till statlig ersättning enligt förordningen (2002:1118) om statlig ersättning för asylsökande m.fl., förordningen (1996:1357) om statlig ersättning för hälso- och sjukvård till asylsökande och förordningen (2014:946) om statlig ersättning för utbildning i svenska som ges till vissa utlännningar i Migrationsverkets anläggningsboenden.

Ersättning för överenskomna platser

En kommun som träffat en överenskommelse om mottagande av asylsökande ensamkommande barn får en årlig ersättning om 500 000 kronor. Ersättningen ska betalas ut i januari varje helår som överenskommelsen gäller eller månadsvis inom en månad från det att överenskommelsen träder i kraft. När en överenskommelse träffas under året, betalas ersättningen ut med en tolfedel per månad under resterande tiden av året. De kommuner som har tecknat överenskommelse om tillfälligt mottagande, s.k. ankomstboende, får ersättning med ytterligare 500 000 kronor årligen.

Kommuner som träffar en särskild överenskommelse med Migrationsverket om att tillhandahålla platser för ensamkommande barn som är asylsökande har rätt till ersättning med 1 600 kronor per dygn för varje överenskommen plats. Ersättningen för de

överenskomna platserna betalas ut månaden efter varje passerat kvartal, utan ansökningsförfarande. Kommunen kan därutöver få 300 kronor per dygn för varje belagd plats. Beviljad ersättning för de belagda platserna betalas ut löpande i efterskott efter att kommunen ansökt om ersättning. Inom de överenskomna platserna kan placeringar ske i familjehem eller hem för vård eller boende. Ersättningen är oberoende av placeringsformen.

Ersättning för hem för vård eller boende

För belagda platser utöver överenskommelse kan kommunen få ersättning med 1 900 kronor per dygn för vård i hem för vård eller boende eller ersättning för faktiska kostnader om barnet vistas i familjehem. Kommunen har även rätt till ersättning för sina faktiska kostnader för vård enligt LVU.

Stödboende

Den nya boendeformen stödboende infördes som en placeringsform enligt SoL den 1 januari 2016. För placeringar i stödboende utgår en ersättning med 1 000 kronor per dygn. Ett stödboende får inte ingå i överenskomna platser för boende för ensamkommande barn.

Ersättning för resekostnader, utredningskostnader och kostnader för gode män

Kommunen har rätt till ersättning för kostnader för god man till ensamkommande barn. Det är överförmyndaren i kommunen som beslutar om ersättning till en god man enligt bestämmelser i föräldrabalken. Kommunen kan söka ersättning för denna kostnad hos Migrationsverket. Migrationsverket kan inte överpröva överförmyndarens beslut om ersättning.

Kommuner som anvisats ett barn av Migrationsverket har även rätt till ersättning för utredningar om lämplig placeringsform. Begreppet utredning omfattar all den verksamhet som syftar till att göra det möjligt för socialnämnden att fatta beslut i ett ärende hos

nämnden (prop. 1979/80:1 s. 562). Även om kommunen därefter har ett fortlöpande ansvar för vården och omsorgen för barnet och det kan uppstå nya omständigheter som leder till nya utredningar och nya beslut, så är det den första utredningen som ersätts med stöd av 7 a § förordningen om statlig ersättning för asylsökande m.fl.

Ankomstkommuner ansöker om ersättning för faktiska kostnader för sina kostnader för tillfälligt mottagande.

Ersättning för förskola och skola för asylsökande.

Kommunen får ersättning för skola och barnomsorg för asylsökande barn. Ersättning lämnas med schablonbelopp som för 2016 är 60 800 kronor per år för barn i förskola från och med höstterminen det år barnet fyller 3 år, 49 700 kronor per år för en elev i förskoleklass, 97 500 kronor per år för en elev i grundskola, grundsärskola, specialskola eller sameskola och 110 800 kronor per år för en elev i gymnasieskola eller gymnasiesärskola. För ett barn i förskola eller en elev som inte genomgår utbildning under ett helt år betalas ersättningen med ett belopp som för varje påbörjad fyraveckorsperiod utgör en tiondel av de ovan angivna beloppen. Efter särskild prövning får Migrationsverket betala ersättning för t.ex. extra skolkostnader för barn eller elever med behov av extra stöd.

Stödinsatser av förebyggande karaktär

Ersättning får ges till kommuner som har asylsökande barn under 18 år boende inom kommunen. Ersättningen avser stödinsatser av förebyggande karaktär enligt SoL. Ersättningen består av en fast och en rörlig del. Den fasta delen motsvarar 10 procent av 50 miljoner kronor delat med antalet aktuella kommuner. Den rörliga delen motsvarar 90 procent av 50 miljoner kronor delat med antalet barn som är registrerade hos Migrationsverket enligt LMA och som vistas i respektive kommun den 30 april varje år. Ersättningen betalas ut under maj månad.

Ersättning till landsting för personer i Migrationsverkets mottagningssystem

Landstingen kan få ersättning för asylsökande personer som har fyllt 18 år för vård som inte kan anstå, mödrahälsovård, förlossningsvård, preventivmedelsrådgivning, vård vid abort, vård och åtgärder enligt smittskyddslagen (2004:168) samt tandvård som inte kan anstå. För asylsökande personer som inte har fyllt 18 år ges ersättning för fullständig hälso- och sjukvård samt tandvård. Ersättningen består av ett visst fastställt schablonbelopp som betalas ut per kvartal. Schablonbeloppet för 2016 är 3 550 kronor för personer till och med 18 år, 4 205 kronor för personer mellan 19 och 60 år och 5 340 kronor för personer som har fyllt 61 år. Schablonbeloppet avser landstingens kostnader för hälso- och sjukvård, tandvård samt landstingets kostnader för t.ex. tolk, hjälpmedel, sjuktransport eller sjukresa i samband med vården. Ett landsting kan få ersättning för hälso- och sjukvård för asylsökande (inklusive tolkkostnader) för den del av en vårdkontakt som överstiger 100 000 kronor.

Ett landsting kan få ersättning för en genomförd hälsoundersökning av en asylsökande som vid tiden för hälsoundersökningen var registrerad i Migrationsverkets mottagningssystem. Ersättningen består av ett fastställt schablonbelopp som för 2016 är 2 060 kronor och betalas ut en gång per person efter genomförd hälsoundersökning. Ersättningen avser landstingens kostnader för hälsoundersökning med hälsosamtal och eventuella tolkkostnader i samband med undersökningen.

2.1.4 Ersättning för mottagandet av personer med uppehållstillstånd

Kommuner som tagit emot skyddsbehövande eller vissa andra utlänningar för bosättning har rätt till ersättning enligt förordningen (2010:1122) om statlig ersättning för insatser för vissa utlänningar samt enligt förordningen (1990:927) om statlig ersättning för flyktingmottagande m.m. som omfattar dem som togs emot före den 1 december 2010. Personer som har beviljats uppehållstillstånd enligt de grunder som nämns i förordningen och är kommunmottagna omnämns nyanlända i denna promemoria.

Kommunerna har rätt till olika typer av ersättningar för nyanlända. För ensamkommande barn och unga som har beviljats uppehållstillstånd har kommunen rätt till motsvarande ersättning som för andra nyanlända. Utöver det har kommunen rätt till vissa särskilda av ersättningar som enbart avser ensamkommande barn och unga.

Schablonersättning för mottagande av nyanlända

Kommunen får en schablonersättning för varje nyanländ person som tas emot. Schablonersättningen avser kommunens kostnader för mottagande och praktisk hjälp i samband med bosättning, särskilda introduktionsinsatser inom skola, förskola och fritidshem, utbildning i svenska för invandrare, samhällsorientering, tolkning och andra insatser för att underlätta etablering i samhället. För 2016 är schablonersättningen 125 000 kronor för personer som inte har fyllt 65 år och 78 200 kronor för personer som har fyllt 65 år. Schablonersättningen betalas ut i omgångar under en tvåårsperiod och om den nyanlända flyttar får den nya kommunen återstoden av ersättningen.

Ersättning för initiala kostnader för ekonomiskt bistånd

Eftersom etableringsersättningen betalas ut i efterskott har den kommun som en nyanländ först tas emot i rätt till ersättning för initiala kostnader för ekonomiskt bistånd. För nyanlända som har anvisats från ett anläggningsboende är ersättningen 7 500 kronor för en person som har fyllt 20 men inte 65 år. För nyanlända som har fyllt 20 men inte 65 år och har bosatt sig på egen hand är ersättningen 4 000 kronor. För personer under 20 år är ersättningen 3 000 kronor oavsett boendeform.

Hyreskostnader

En kommun som har anmält tillgängliga bostäder har rätt till ersättning för hyreskostnader som uppstår innan nyanlända som anvisas med stöd av lagen (2016:38) om mottagande av vissa nyanlända invandrare för bosättning flyttar in.

Grundersättning för mottagande av nyanlända

Kommuner som har tecknat en överenskommelse om mottagande av nyanlända får en grundersättning på fem prisbasbelopp per år, vilket för 2016 innebär 221 500 kronor. Den 1 mars 2016 trädde lagen om mottagande av vissa nyanlända invandrare för bosättning i kraft. Detta innebär att även kommuner som inte har överenskommelser kommer att anvisas nyanlända. För 2016 kommer därför alla kommuner att få grundersättningen oavsett om de hade en överenskommelse om mottagande eller inte när lagen trädde i kraft.

Ersättning för ekonomiskt bistånd, stöd och service samt hälso- och sjukvård

För personer som vid mottagandet har en sjukdom eller funktionsnedsättning får kommunen även ersättning för ekonomiskt bistånd och stöd och hjälp i boendet enligt SoL. För denna grupp får kommunen även ersättning för kostnader som uppgår till minst 60 000 kronor under en tolv månadersperiod och avser insatser enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, assistansersättning enligt socialförsäkringsbalken, bostadsanpassning enligt lagen (1992:1574) om bostadsanpassningsbidrag m.m. och kostnader för hälso- och sjukvård.

Ersättning lämnas även för ekonomiskt bistånd som kommunen lämnat till utlänningar som har fyllt 18 men inte 21 år, saknar föräldrar här i landet, går i gymnasieskola och inte är föremål för sådan vård i annat hem än deras eget som ges med stöd av SoL eller LVU.

Ersättning för mottagande av ensamkommande barn med uppehållstillstånd

För ensamkommande barn som har beviljats uppehållstillstånd får kommunen en schablonersättning på 30 000 kronor som ett engångsbelopp.

Rätten till ersättning för ensamkommande barns vård och boende är densamma för ensamkommande barn med uppehålls-

tillstånd som för asylsökande, dock med undantaget att kommunen i stället för en schablonersättning om 1 900 kronor per dygn för placering i hem för vård eller boende får ersättning för faktiska kostnader för placeringar utöver överenskommelser om platser för mottagande.

Ersättning för vissa särskilda kostnader

Kommunerna kan ansöka om ersättning för särskilda kostnader för mottagande av nyanlända som t.ex. avser initiala kostnader i samband med mottagning av kvotflyktingar och mottagande av personer med särskilda behov eller olika typer av insatser inom socialtjänstens område. Ersättning lämnas i mån av tillgång på medel.

Ersättning för hälso- och sjukvård för nyanlända

Ett landsting har rätt till ersättning för kostnader för hälso- och sjukvård för nyanlända om det gäller en sjukdom eller en funktionsnedsättning som den nyanlände hade när han eller hon först togs emot i en kommun, om vårdbehovet bedöms vara i minst tre år och de sammanlagda vårdkostnaderna uppgår till minst 60 000 kronor under en tolv månadersperiod. Landstingen har rätt till en schablonersättning för hälsoundersökning som görs inom tolv månader från att en person tagits emot i en kommun. Under 2016 uppgår ersättningen till 2 060 kronor per hälsoundersökning. Landsting kan också, efter ansökan till Migrationsverket, få ersättning för betydande särskilda kostnader för insatser för personer eller familjer som har särskilda behov eller extraordinära kostnader, som t.ex. vårdinsatser. Ersättning lämnas i mån av tillgång på medel.

Sfi i anläggningsboende

En kommun har rätt till ersättning för kostnader för utbildning i svenska för invandrare som erbjuds nyanlända som vistas i anläggningsboende.

Ersättning för att skapa beredskap och mottagningskapacitet m.m.

Länsstyrelserna disponerar medel som får lämnas till kommuner och kommunalförbund för insatser för att skapa beredskap och kapacitet för mottagande av nyanlända. Ersättning lämnas i mån av tillgång på medel. Länsstyrelserna disponerar även medel som får lämnas till flyktingguider och familjekontakter som syftar till att underlätta etablering i samhället, skapa nätverk, stödja språkinläring eller ge socialt stöd till ensamkommande barn. Ersättning lämnas i mån av tillgång på medel.

Uppgiftsskyldighet till Migrationsverket

Kommuner och landsting är enligt 12 § förordningen om statlig ersättning för asylsökande m.fl. och 38 § förordningen om statlig ersättning för insatser för vissa utlänningar skyldiga att lämna Migrationsverket de uppgifter som krävs för att verket ska kunna bedöma deras rätt till ersättning enligt förordningarna.

2.2 Ersättning till asylsökande och personer med uppehållstillstånd

2.2.1 Ersättning till asylsökande

I LMA regleras frågor om bistånd till vissa utlänningar som ansökt om uppehållstillstånd i Sverige. Bistånd lämnas under förutsättning att utlänningen är registrerad vid en förläggning. Rätten till bistånd gäller också efter det att uppehållstillstånd har beviljats om utlänningen inte anvisats eller har kunnat utnyttja en anvisad plats i en kommun. Bistånd lämnas i form av logi, bostadsersättning, särskilt bidrag och dagersättning. För utlänningar som inte vistas på förläggning gäller rätt till bistånd även under en månad från den dag de har beviljats uppehållstillstånd.

Dagersättningen ska täcka kostnader för livsmedel, kläder och skor, fritidsaktiviteter, hygienartiklar och andra förbrukningsvaror. Även viss hälso- och sjukvård samt tandvård ska täckas av ersättningen. Ersättningen regleras i förordningen (1994:361) om

mottagande av asylsökande m.fl. Beloppet varierar från 19 till 71 kronor per dag för vuxna ensamstående, beroende på om fri mat ingår i inkvarteringen. Barnfamiljer får även dagersättning per barn, där beloppet varierar beroende på bl.a. barnets ålder.

2.2.2 Ersättning till personer med uppehållstillstånd

Flyktingar, skyddsbehövande och deras anhöriga som beviljas uppehållstillstånd och är mellan 20 och 64 år ingår i målgruppen för Arbetsförmedlingens etableringsuppdrag. Om man inom etableringsuppdraget deltar i aktiviteter enligt en etableringsplan, har man rätt till etableringsersättning och under vissa förutsättningar även etableringstillägg och bostadsersättning. Även unga mellan 18 och 20 år som saknar föräldrar i landet kan delta i etableringsinsatser. Frågor om ersättning regleras i förordningen (2010:407) om ersättning till vissa nyanlända invandrare. Etableringsersättningen uppgår till 308 kronor per dag och ges för fem dagar per vecka. Ersättningen blir lägre vid deltagande på deltid.

Etableringstillägg lämnas med 800 kronor per månad för varje hemmavarande barn som inte har fyllt 11 år och med 1 500 kronor per månad för barn som har fyllt 11 men inte 20 år. Sådan ersättning kan lämnas för högst tre barn. Bostadsersättning lämnas till den som är ensamstående utan hemmavarande barn för den bostad där han eller hon är bosatt och folkbokförd. Ersättningen kan som mest utgå för den del av bostadskostnaden per månad som överstiger 1 800 men inte 5 700 kronor.

En nyanländ som medverkar till upprättandet av en etableringsplan och som inte har rätt till bistånd enligt LMA har också rätt till etableringsersättning. Sådan ersättning uppgår till 231 kronor per dag fem dagar per vecka.

Nedsättning av ersättningen kan ske vid viss frånvaro från aktiviteter som ingår i en etableringsplan. Etableringsersättningen får inte lämnas för samma tid som en nyanländ får vissa förmåner enligt socialförsäkringsbalken.

Arbetsförmedlingen prövar frågor om etableringsersättning och Försäkringskassan prövar frågor om etableringstillägg och bostads-

tillägg. Försäkringskassan ansvarar för utbetalningen av samtliga ersättningar.

Nyanlända som bor kvar i anläggningsboende efter att uppehållstillstånd har beviljats har rätt till samma ersättningar som under tiden de är asylsökande till dess att de blir kommunmottagna. Om en person med uppehållstillstånd bor kvar i anläggningsboende i ett år, har personen rätt till etableringsplan och då upphör rätten till bistånd enligt LMA.

En nyanländ som inte har rätt till etableringsersättning eller bistånd enligt LMA och som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt har rätt till bistånd av socialnämnden för sin försörjning och för sin livsföring i övrigt, se 4 kap. 1 § SoL. Den enskilde ska genom biståndet tillförsäkras en skälig levnadsnivå. Biståndet ska utformas så att det stärker hans eller hennes möjligheter att leva ett självständigt liv.

2.2.3 Asylsökande och unga med uppehållstillstånd som studerar

Asylsökande som har påbörjat en gymnasieutbildning före 18 års ålder har enligt skollagen (2010:800) rätt att fortsätta med studierna även efter 18 års ålder. Asylsökande har dock inte rätt till studiehjälp utan har rätt till bistånd enligt LMA även om de studerar.

Personer som har uppehållstillstånd har samma rätt till skolgång som svenska medborgare. Den som är bosatt i Sverige, har permanent uppehållstillstånd och har bosatt sig i Sverige huvudsakligen i annat syfte än att genomgå utbildning här har enligt 2 kap. 4 § studiestödslagen (1999:1395) rätt till studiehjälp. Studiehjälp får lämnas även om kravet på permanent uppehållstillstånd inte är uppfyllt, om det finns särskilda skäl för det. Studiebidraget inom studiehjälpen uppgår till 1 050 kronor per månad och betalas ut under 10 månader om året. Inom studiehjälpen finns även ett extra tillägg som prövas mot elevens och föräldrarnas ekonomiska förhållanden. Den som har en särskilt förordnad vårdnadshavare, eller hade det före 18 års ålder, kan få ett extra tillägg som beräknas enbart på den egna ekonomin. Har barnet eller den unga en årsinkomst som understiger 85 000 kronor är tillägget 855 kronor per månad. Vid en årsinkomst i intervallet

85–105 000 kronor är bidraget 570 kronor per månad och vid en årsinkomst som understiger 125 000 kronor är bidraget 285 kronor per månad. För att familjehemsplacerade barn och unga ska ha rätt till extra tillägg krävs att familjens inkomst understiger 125 000 kronor. Studiehjälp lämnas längst till och med det första kalenderhalvåret det år den studerande fyller 20 år (2 kap. 3 § studiestödslagen).

2.3 Övriga lagar som har betydelse för ensamkommande barn

2.3.1 Ansvar och skyldigheter för föräldrar och vårdnadshavare

Utgångspunkten för mottagandet av ensamkommande barn är att dessa kommit till Sverige och står utan föräldrar eller annan vårdnadshavare. I avsaknad av vårdnadshavare måste samhället genom det allmänna säkerställa att ensamkommande barn och unga får rätt till motsvarande stöd, omsorg och omvårdnad.

Den som har vårdnaden om ett barn ska enligt 6 kap. 1 och 2 §§ föräldrabalken se till att barnets behov av omvårdnad, trygghet och en god fostran blir tillgodosedda. Vårdnadshavaren ansvarar för att se till att barnet får den tillsyn som behövs, liksom tillfredsställande försörjning och utbildning. Vårdnadshavaren har även underhållsskyldighet gentemot barnet. Vårdnadsansvaret upphör när barnet fyller 18 år, men underhållsskyldigheten fortsätter så länge barnet eller den unga går i skolan, dock längst till dess han eller hon fyller 21 år.

Socialnämnden ska bl.a. verka för att barn och unga växer upp under trygga och goda förhållanden och i nära samarbete med hemmen sörja för att barn och unga som riskerar att utvecklas ogynnsamt får det skydd och stöd som de behöver och, om barnets eller den unges bästa motiverar det, vård och fostran utanför det egna hemmet.

Många unga bor kvar hos sina föräldrar eller andra vårdnadshavare i flera år efter 18-årsdagen. Det finns ingenting som hindrar att barn som av olika anledningar inte bor med föräldrarna, på egen

hand ansöker om ekonomiskt bistånd. För att ungdomar över 18 år ska anses ha rätt till bistånd till boendekostnad har det dock krävts starka sociala skäl (se SOU 2009:68 s. 344).

Den gode man som förordnas när ett ensamkommande barn kommer till Sverige ersätts normalt av en eller två särskilt förordnade vårdnadshavare när barnet har fått uppehållstillstånd. Ansvar och skyldigheter regleras i föräldrabalken. En särskilt förordnad vårdnadshavare har ingen underhållsskyldighet, men ska bevaka att barnet får tillfredsställande försörjning genom de bidrag som det har rätt till, 6 kap. 2 § föräldrabalken. Förordnandet upphör med automatik när barnet fyller 18 år.

2.3.2 Kommunernas ansvar utifrån anvisning och placering

När Migrationsverket har anvisat en kommun ett ensamkommande barn enligt 3 § andra stycket LMA anses barnet vistas i den kommunen i den mening som avses i 2 a kap. 1 § SoL. Kommuner får med stöd i 2 kap. 5 § SoL sluta avtal med någon annan om att utföra uppgifter inom socialtjänsten. Genom ett sådant avtal får en kommun tillhandahålla tjänster åt en annan kommun. Uppgifter som innefattar myndighetsutövning får dock inte med stöd av denna bestämmelse överlämnas till andra juridiska personer eller en enskild individ. Det innebär att anvisningskommunen kan besluta om placering i en annan kommun (placeringskommun). Under 2015 var 34 procent av alla anvisade asylsökande ensamkommande barn placerade i en annan kommun än anvisningskommunen.

Anvisningskommunen ansvarar för att barnet får det stöd och den hjälp som hon eller han behöver även om barnet placeras i ett boende i en annan kommun. Regeln om anvisningskommunens ansvar bygger på principen om ett sammanhållet vårdansvar, vilket kvarstår tills vårdbehovet är uppfyllt eller ärendet flyttats till en annan kommun enligt 2 a kap. 4 § SoL (se prop. 1996/97:124 Ändring i Socialtjänstlagen s. 157).

En kommun behåller ansvaret för stöd och hjälp åt en enskild som till följd av ett beslut av kommunen vistas i en annan kommun i exempelvis hem för vård eller boende enligt 2 a kap. 4 § SoL.

Placeringskommunen, dvs. den kommun där barnet bor, får dock ansvar för att ordna skolgång för barn som placerats i

kommunen. Detta ansvar baseras på vistelsebegreppet i skollagen och gäller även i de fall när anvisningskommunen inte har kommit överens med placeringskommunen om placeringen av barnet, vilket innebär att placeringskommunen i vissa fall inte känner till placeringen.

När ensamkommande barn placeras i boenden i en annan kommun än anvisningskommunen kan det vara svårbedömt hur långt fram i tiden placeringskommunens ansvar sträcker sig. Det kan därmed uppstå oklarheter kring vilken kommun som ansvarar för stödinsatser efter avslutad placering. Socialstyrelsen anger i vägledningen Socialtjänstens arbete med ensamkommande barn och ungdomar (2013) att en bedömning måste göras från fall till fall utifrån omständigheterna i det enskilda ärendet.

Kommuner kan komma överens om överflyttning av ärenden, vilket innebär att socialnämnden i placeringskommunen tar över myndighetsansvaret från socialnämnden i anvisningskommunen.

Inom Regeringskansliet bereds förslag som avser att begränsa möjligheten för en anvisningskommun att placera barn i andra kommuner. Inriktningen är att en departementspromemoria (Ds) med förslag om ändring i LMA ska remitterats.

3 Ett nytt ersättningssystem för mottagandet av ensamkommande barn och unga

3.1 Ny ersättning för beredskap och kapacitet för mottagandet av ensamkommande barn

Bedömning: En ny ersättning för kommunernas beredskap och kapacitet för mottagandet av ensamkommande barn bör införas. Ersättningen bör bestå av en fast del och en del som baseras på kommunens beräknade andel av mottagandet enligt Migrationsverkets anvisningsmodell.

Systemet med överenskommelser samt de ersättningar kommunerna får för att ingå överenskommelser om mottagande och ersättningar för överenskomna platser bör tas bort.

Nuvarande ersättningar

Den nuvarande regleringen ger varje kommun som träffat en överenskommelse om mottagande av asylsökande ensamkommande barn en årlig ersättning på 500 000 kronor. Ersättningen betalas ut inom en månad från det att överenskommelsen träder i kraft. Med nuvarande regler får en kommun enligt förordningen (2002:1118) om statlig ersättning för asylsökande m.fl. ersättning med 1 600 kronor per dygn för

överenskomna platser och därutöver 300 kronor per dygn om platsen är belagd. Detsamma gäller för ensamkommande barn och unga som har beviljats uppehållstillstånd enligt förordningen (2010:1122) om statlig ersättning för insatser för vissa utlänningar.

Överenskomna platser och anvisning till kommun

Anvisning av asylsökande ensamkommande barn till kommuner byggde tidigare på frivilliga överenskommelser mellan Migrationsverket och kommuner. Den 1 januari 2014 fick Migrationsverket genom en ändring i lagen (1994:137) om mottagande av asylsökande m.fl. (LMA) möjlighet att anvisa ensamkommande barn även till kommuner som saknar överenskommelser om mottagande. Genom denna förändring är en överenskommelse inte längre nödvändig för möjligheten att anvisa en kommun att ta emot ett ensamkommande barn. Efter lagändringen fanns de frivilliga överenskommelserna kvar för att anvisning till överenskomna platser skulle kunna göras i första hand. När antalet ensamkommande barn ökade kraftigt under sommaren och hösten 2015 gjordes de flesta anvisningarna utöver de överenskomna platserna. Anvisningsmodellen som tillämpades innebar också att anvisningar utifrån anknytning skedde utöver överenskomna platser.

Den 1 april 2016 införde Migrationsverket, på uppdrag av regeringen, en ny anvisningsmodell i vilken överenskommelsernas betydelse minskar ytterligare. Avsikten med den nya modellen är att uppnå en jämnare fördelning av ensamkommande barn mellan kommunerna. Den nya anvisningsmodellen kommer också att ge kommunerna bättre planeringsförutsättningar eftersom den innebär att varje kommun kommer att få anvisningar som motsvarar en fastställd andel av alla asylsökande ensamkommande barn. Andelen är uträknad utifrån kommunens folkmängd, mottagande av nyanlända, mottagande av ensamkommande barn och antalet asylsökande inom kommunen, mätt som antalet dygn i Migrationsverkets mottagningssystem. Andelarna för anvisning av ensamkommande barn fastställs i samband med Migrationsverkets prognos i februari varje år och löper under tolv månader med start den 1 mars. Antalet asylsökande barn som respektive kommun

anvisas bestäms således av kommunens beräknade andel av det totala antalet asylsökande ensamkommande barn under året.

Systemet med överenskommelser är ineffektivt och bör tas bort

Systemet med överenskomna platser är av flera skäl ineffektivt och kostnadsdrivande. Utöver den administrativa börda det innebär att ta fram och förhandla om överenskommelserna för samtliga involverade aktörer innebär regelverket för ersättningen för överenskomna platser ett ineffektivt system. Eftersom överenskommelserna om platser för mottagandet av ensamkommande barn kan vara inriktade mot vissa barn, t.ex. flickor eller barn med uppehållstillstånd, kan det medföra att Migrationsverket behöver anvisa asylsökande pojkar utöver de överenskomna platserna till vissa kommuner och ersätta kommunen för deras kostnader samtidigt som en annan kommun ersätts för tomma platser med 1 600 kronor per dygn med anledning av överenskommelserna. Komplexiteten i systemet med överenskommelser medför också att det är svårt för Migrationsverket att veta exakt vilka överenskomna platser som är belagda och vilka det går att anvisa till.

Systemet med ersättning för ej belagda överenskomna platser leder till stora utgifter för staten. Därutöver är kostnaden för en belagd plats 1 900 kronor, vilket är mer än den genomsnittliga kostnaden för en plats som ersätts utöver överenskommelserna.

Systemet för ersättningen är vidare administrativt komplicerat eftersom utbetalningen sker i två steg, dvs. dels automatiskt för den överenskomna platsen, dels efter ansökan om den varit belagd.

För att kunna skapa ett effektivt ersättningssystem som i hög grad kan automatiseras bör systemet med överenskommelser och ansökan om ersättning för belagda platser tas bort.

Ny ersättning för beredskap och kapacitet i mottagandet

Den nuvarande ersättningen för att ha en överenskommelse om mottagande och ersättningen för de överenskomna platserna som inte är belagda bör ersättas med dels en fast del som är lika för alla kommuner, dels en rörlig del som är större ju fler barn kommunen beräknas anvisa under året. Den fasta delen bör göra det möjligt

även för små kommuner med ett lågt förväntat mottagande att upprätthålla beredskap och kapacitet för mottagandet. Nuvarande ersättning på 500 000 kronor per kommun och år bör betalas ut även fortsättningsvis, men ersättningen bör inte längre vara kopplad till en överenskommelse om mottagande. Ersättningen bör betalas ut till alla kommuner i början av året och utgöra den fasta delen av ersättningen för beredskap och kapacitet.

Utöver detta bör kommunerna, i stället för ersättning för obelagda platser, få en annan form av rörlig ersättning för att ha viss beredskap och kapacitet för mottagandet av ensamkommande barn och unga. Ersättningen bör motsvara 7 dagars ersättning för obelagda platser för samtliga asylsökande ensamkommande barn som kommunen beräknas få anvisade i enlighet med Migrationsverkets fastställda andel för kommunen. Den rörliga ersättningen för beredskap och kapacitet avser att göra det möjligt för kommunerna att ha beredskap för att ta emot nya barn och viss outnyttjad kapacitet för att exempelvis kunna hantera att ett barn behöver placeras om.

I syfte att begränsa antalet ersättningar bör ersättningen för stödinsatser av förebyggande karaktär som enligt nuvarande reglering betalas ut till kommunerna inkluderas i schablonen.

3.2 Schablonersättning till ankomstkommuner för tillfälligt mottagande av asylsökande ensamkommande barn

Bedömning: Ankomstkommuner bör få en schablonersättning på 3 000 kronor per dygn och mottaget barn för tillfälligt mottagande av asylsökande ensamkommande barn. Ersättningen bör innefatta ersättning för att säkerställa beredskap och betalas ut kvartalsvis i efterskott efter ansökan.

Med nuvarande regler ansöker s.k. ankomstkommuner om ersättning för faktiska kostnader för tillfälligt mottagande. Flera ankomstkommuner ansöker även om ersättning för extraordinära kostnader.

Ersättningar för tillfälligt mottagande av asylsökande ensamkommande barn i ankomstkommunerna bör i stället betalas ut i form av en schablonersättning på 3 000 kronor per dygn och mottaget barn. I schablonen bör nuvarande årliga ersättning om 500 000 kronor för tillfälligt mottagande inräknas. Schablonen bör också avse de kostnader som kommunerna i dag ansöker om som extraordinära kostnader. Den nya schablonersättningen bör motsvara den ersättning som kommunerna ansöker om enligt både 7 och 11 §§ i förordningen om statlig ersättning för asylsökande m.fl.

Ersättningen bör betalas ut kvartalsvis i efterskott efter ansökan. Ersättning bör utgå för de dygn barnet vistas i ankomstkommunen, dvs. till dess att barnet har tagits om hand av den anvisade kommunen.

3.3 Schablonersättning för mottagandet av asylsökande ensamkommande barn i anvisningskommun

Bedömning: En enhetlig schablonersättning till anvisningskommunen på 52 000 kronor som avser mottagandet av asylsökande ensamkommande barn bör införas. Ersättningen bör avse transportkostnader, socialtjänstens utrednings- och uppföljningskostnader, tolkkostnader samt kostnader för god man och andra relaterade kostnader. Ersättningen bör betalas ut automatiskt till anvisningskommunen när barnet har tagits emot.

Enligt 4 § förordningen om statlig ersättning för asylsökande m.fl. får en kommun ersättning för transport av ensamkommande barn. Enligt 8 § har en kommun rätt till ersättning för kostnader för god man till ensamkommande barn. Kommunen får ersättning för faktiska kostnader som avser detta. Kommunen har också rätt till ersättning för utredningskostnader enligt 7 a § med 39 000 kronor om en placering görs i familjehem och med 31 000 kronor för en placering i hem för vård eller boende.

Dessa ersättningar bör ersättas med en schablonersättning om 52 000 kronor per asylsökande ensamkommande barn som betalas ut automatiskt till anvisningskommunen när barnet har tagits emot i anvisningskommunen. Ersättningen bör avse transportkostnader, socialtjänstens utrednings- och uppföljningskostnader, tolkkostnader samt kostnader för god man och andra relaterade kostnader.

Om den unga beviljas uppehållstillstånd ges enligt 31 § förordningen om statlig ersättning för insatser för vissa nyanlända invandrare ytterligare ett bidrag i form av en schablonersättning på 30 000 kronor som avser särskilt förordnad vårdnadshavare och särskilda kostnader inom socialtjänsten. Denna ersättning bör kvarstå.

3.4 Schablonersättning per dygn för mottagandet av ensamkommande barn

Bedömning: För ensamkommande barn som är asylsökande eller har uppehållstillstånd bör anvisningskommunen få en automatiskt utbetald schablonersättning på 1 350 kronor per dygn.

Enligt nuvarande regler för ersättning till anvisningskommuner vid mottagande av ensamkommande barn och unga finns en kombination av ersättningar enligt schablon och ersättningar utifrån faktiska kostnader. Reglerna är dessutom till viss del olika för asylsökande ensamkommande barn respektive ensamkommande barn och unga med uppehållstillstånd.

Bedömningen är att anvisningskommunen bör få en enhetlig och automatiskt utbetald ersättning per dygn för ensamkommande barn som anvisats kommunen. Ersättningen bör vara densamma för ensamkommande barn som är asylsökande respektive har uppehållstillstånd.

Den nya placeringsformen stödboende som infördes i januari 2016 innebär att det finns en ökad flexibilitet och möjlighet till placeringar utifrån individens behov och mognad. I propositionen om den nya placeringsformen (prop. 2015/16:43 Stödboende en ny placeringsform för barn och unga) skrev regeringen att stödboende är tänkt som ett placeringsalternativ för unga i åldern 18–20 år,

men om det finns särskilda skäl ska även 16- och 17-åringar kunna bli aktuella för placering i ett stödboende. Barn i åldern 16–17 år ska endast kunna placeras i stödboende om det finns särskilda skäl. Socialnämnden ska i varje enskilt fall bedöma om det kan finnas särskilda skäl. Särskilda skäl kan vara att barnet bedöms vara moget och förberett för att på ett bra sätt klara av att bo och leva i ett eget boende, att barnet anses moget i övrigt och att barnet själv har uttryckt en önskan att bo i ett eget boende. När Socialstyrelsens föreskrifter är utfärdade och Inspektionen för vård och omsorg har prövat ansökningar om tillstånd för stödboenden, bedöms den nya placeringsformen kunna tillämpas i betydligt större utsträckning.

Gruppen 16–17-åringar är stor och en betydande andel av dem kommer sannolikt att placeras i stödboende. Därigenom kommer de genomsnittliga kostnaderna för placeringarna av ensamkommande barn kunna sänkas. Den genomsnittliga ersättningen för asylsökande ensamkommande barn och ensamkommande barn under 18 år med uppehållstillstånd som betalades ut under 2014 motsvarade 1 500 kr per dygn efter justering för prisutvecklingen (se vidare avsnitt 4.4). Bedömningen är att schablonen för mottagandet av asylsökande ensamkommande barn och ensamkommande barn med uppehållstillstånd bör vara 1 350 kronor per dygn.

Ersättningen bör betalas ut automatiskt i efterskott för ett kvartal i taget fram tills barnet fyller 18 år eller tills kommunen meddelar att kommunen inte längre har kostnader för barnet. Rätten till ersättning bör upphöra om kommunens kostnader för barnet upphör t.ex. för att barnet lämnar landet. Rätten till ersättning bör också upphöra om barnet återförenas med sina föräldrar.

3.5 Begränsad möjlighet till ersättning för asylsökande ensamkommande unga i åldern 18–20 år

Bedömning: När det gäller asylsökande ensamkommande unga som har fyllt 18 men inte 21 år bör kommunen enbart ha rätt till ersättning för dem som är placerade med stöd av lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) och för dem med motsvarande vårdbehov men som är placerade med stöd av socialtjänstlagen (SoL). Ersättning för faktiska kostnader bör betalas ut i efterskott efter ansökan.

När asylsökande fyller 18 år träder de bestämmelser som gäller vuxna asylsökande in. Den som är 18 år har enligt 14 § LMA rätt till logi på en förläggning. Bedömningen är att asylsökande ensamkommande unga som har fyllt 18 år i normalfallet ska bo på en förläggning enligt LMA.

Bedömningen är att enbart asylsökande ensamkommande unga som har fyllt 18 men inte 21 år som har ett omfattande vård- och behandlingsbehov bör vara fortsatt placerade. För asylsökande ensamkommande unga som har fyllt 18 år men inte 21 år har en kommun enligt förordningen om statlig ersättning för asylsökande m.fl. rätt till ersättning för kostnader för vård enligt socialtjänstlagen (2001:453), förkortat SoL, eller lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, förkortat LVU, om vården påbörjats före 18 års ålder. Rätten till ersättning för fortsatt placering bör begränsas till dem som är placerade med stöd av LVU eller för dem med motsvarande vårdbehov men som är placerade med stöd av SoL. De placeringar enligt SoL som ersätts bör vara de placeringar som görs med samma grund som en placering med stöd av LVU, men där den enskilde samtycker till vården vilket innebär att beslutet då fattas med stöd av SoL. Dessa kostnader bör ersättas efter ansökan om ersättning för faktiska kostnader (se vidare avsnitt 3.8).

3.6 Schablonersättning för ensamkommande unga i åldern 18–20 år med uppehållstillstånd

Bedömning: Anvisningskommunen eller den kommun som ärendet flyttats över till bör få en automatiskt utbetald ersättning på 750 kronor per dygn för ensamkommande unga som har fyllt 18 men inte 21 år och har uppehållstillstånd.

Rätten till ersättning bör förutsätta att den unga är folkbokförd i anvisningskommunen eller den kommun som ärendet har flyttats över till. Den unga bör också ha fått studiehjälp för studier på gymnasial nivå under någon av månaderna i det kvartal som ersättningen avser. Kommunens rätt till ersättning bör upphöra när en person beviljas etableringsersättning eller om den ungas föräldrar anländer till Sverige.

Med nuvarande regler är placering med stöd av SoL eller LVU en förutsättning för att kommunen ska ha rätt till ersättning för mottagandet av ensamkommande unga som har fyllt 18 men inte 21 år och har uppehållstillstånd. Enligt 29 § i förordningen om statlig ersättning för insatser för vissa utlänningar har kommunen rätt till ersättning för kostnader för sådan vård i annat hem än barnets eget som ges med stöd av SoL eller LVU.

Schablonersättning för ensamkommande unga i åldern 18–20 år med uppehållstillstånd

Nuvarande regelverks utformning innebär att kommunerna inte har ekonomiska drivkrafter att ompröva ett placeringsbeslut även när den unga inte längre har sådana vårdbehov som motiverar en placering. Bedömningen är att ensamkommande unga i åldern 18–20 år i normalfallet inte skulle behöva vara placerade med stöd av SoL eller LVU. Med ensamkommande unga avses här ensamkommande barn som har fyllt 18 men inte 21 år.

Bedömningen är att statlig ersättning till kommunerna för mottagandet av ensamkommande unga i åldern 18–20 år med uppehållstillstånd bör betalas i form av en enhetlig schablon utan att placeringsbeslut krävs. Det innebär att kommunerna får ökad

flexibilitet att hitta olika former av boenden utifrån individens behov. De boenden som kan vara aktuella för unga som har fyllt 18 men inte 21 år och som inte har behov av att vara placerade kan vara hyreslägenheter i kommunalt ägda bolag eller lägenheter som kommunen hyr av privata fastighetsägare. Andra former av boenden som kan bli aktuella är studentlägenheter. Det kan även handla om att skapa lösningar som motsvarar elevhem eller boende på folkhögskolor med internat. I de fall det finns särskilda vårdbehov kan placeringsbeslut med stöd av SoL eller LVU vara motiverat (se även avsnitt 3.8).

Olika former av boenden kommer att innebära att kostnaderna per dygn får en större spridning. Schablonen bör motsvara de genomsnittliga kostnaderna för boende, omsorg och eventuell vård eller behandling som kommunerna kan förväntas ha för unga som har fyllt 18 men inte 21 år. Under 2014 betalade Migrationsverket i genomsnitt 1 500 kronor per dygn för placeringar enligt SoL som kommunerna ansökte om ersättning för utifrån faktiska kostnader. En schablonersättning på 750 kronor per dygn bedöms täcka kommunernas genomsnittliga kostnader framöver, eftersom kravet på placering tas bort och kommunen därigenom kommer att kunna erbjuda mindre kostsamma boendelösningar. Genomsnittskostnaden bör också kunna minska i förhållande till tidigare år till följd av den nya placeringsformen stödboende som finns från och med 2016. När föreskrifter för placeringsformen finns klara och verksamhet har kunnat byggas upp i kommunerna, bedöms stödboende kunna svara för en betydande andel av placeringarna av unga i åldern 18–20 år.

Schablonen bör utbetalas till anvisningskommunen eller den kommun som har tagit över socialnämndens ansvar för den unge. Ersättningen bör betalas ut automatiskt kvartalsvis i efterskott.

Automatisk utbetalning av schablon

För att möjliggöra en automatisk utbetalning av schablonen är bedömningen att utbetalningen bör kopplas till att den person som ersättningen avser har fått studiehjälp för studier på gymnasial nivå från Centrala studiestödsnämnden (CSN) under någon av de månader som den kvartalsvisa utbetalningen avser.

Kommunens ersättning bör kopplas till att studiehjälp har betalats ut under någon månad i det kvartal som ersättningen avser. Migrationsverket behöver då inte kontrollera vilken månad utbetalningen avser. Även om ansökan om studiehjälp tar tid kan utbetalningen ha hunnit göras innan den kvartalsvisa utbetalningen görs. Ersättningen till kommunen behöver inte heller korrigeras retroaktivt om den unges studiehjälp skulle korrigeras retroaktivt.

Kravet på studiehjälp bör förhindra att ersättning betalas ut automatiskt för unga som är självförsörjande eftersom det kan antas att en person som studerar på gymnasial nivå i normalfallet inte samtidigt kan försörja sig själv. Uppgiften leder dock inte till någon fullständig överensstämmelse i detta avseende men mot bakgrund av den administrativa förenkling som uppnås bedöms detta vara godtagbart. Studiehjälp kan lämnas som längst till och med det första kalenderhalvåret det år den studerande fyller 20 år. Kravet på att den unga ska ha fått studiehjälp för att kommunen ska ha rätt till schablonersättning bör därför leda till att den tid kommunerna kan få schablonersättning för blir kortare än den tid för vilken den nuvarande ersättningen kan lämnas. Unga som fortsätter att studera efter vårterminen det år han eller hon fyller 20 år har rätt till studiemedel som består av studiebidrag och studielån som är anpassat för att en person ska kunna betala för eget boende. Att kommunen får schablonersättning för denna grupp är inte rimligt och därför bör schablonersättning inte lämnas för unga som får studiemedel.

Att schablonersättningen betalas ut så länge som den unge har möjlighet att få studiehjälp ger ekonomiska drivkrafter för kommunen att erbjuda gymnasieutbildning som är utformad så att den enskilde kan och vill fortsätta studera så länge han eller hon kan få studiehjälp.

För att inte kopplingen till studiehjälpen ska leda till att kostnader för en grupp som med nuvarande regler täcks av staten helt och hållet tas bort bör kommunen ha rätt till ersättning för kostnader för försörjningsstöd till nyanlända som har fyllt 18 men inte 21 år efter att möjligheten till studiehjälp har upphört enligt vad som beskrivs i avsnitt 3.8.

Schablonersättningen bör inte betalas ut om den unga har rätt till etableringsersättning. När en person beviljas etableringsersättning lämnar Arbetsförmedlingen uppgift till Migrationsverket

och CSN om bl.a. under vilken tidsperiod etableringsersättning lämnas eller har lämnats. Kommunens rätt till ersättning bör upphöra från och med den dag en person beviljas etableringsersättning.

För den automatiska ersättningen bör det vidare krävas att den unga är folkbokförd i anvisningskommunen vilket förhindrar att ersättning betalas ut automatiskt för unga som flyttat ifrån kommunen och som kommunen därmed inte har några kostnader för. Däremot kommer ersättningen att betalas ut för unga som ordnat boende på egen hand i anvisningskommunen.

Till skillnad från den automatiska schablonersättningen för barn bör kommunen ha rätt till denna ersättning när förutsättningarna för ersättning är uppfyllda. Detta ska gälla även om det i teorin kan finnas unga där förutsättningarna är uppfyllda utan att kommunen har några kostnader, t.ex. om en ung person bor kvar i anvisningskommunen men bor tillsammans med någon och klarar sig på studiehjälpen. Kommunerna bör därför inte vara skyldiga att anmäla att kostnader upphört.

Ensamkommande unga över 18 år som anvisas till kommun efter beslut om uppehållstillstånd

Asylsökande ensamkommande barn som fyller 18 år är med nuvarande regler vanligtvis fortsatt placerade i kommunen. Enligt de bedömningar som presenteras i denna promemoria kommer asylsökande ensamkommande barn som fyller 18 år under asyltiden i normalfallet att vistas på anläggningsboende (se avsnitt 3.5). Det innebär att ensamkommande unga som beviljas uppehållstillstånd efter att de har fyllt 18 år kommer att anvisas med stöd av lagen (2016:38) om mottagande av vissa nyanlända invandrare för bosättning. Dessa individer bör även efter att de blivit anvisade till kommun med stöd av denna lag omfattas av schablonersättningen.

Om denna grupp inte skulle omfattas av schablonersättningen, skulle enbart det faktum att Migrationsverket har långa handläggningstider leda till att kommunen blir utan ersättning för en grupp som annars skulle omfattas av statlig ersättning till kommunerna om handläggningstiderna var kortare.

3.7 Ersättning för ensamkommande barn och unga som är placerade i annan kommun än anvisningskommunen

Bedömning: När ensamkommande barn och unga är placerade i en annan kommun än anvisningskommunen och ansvaret för ärendet har flyttats över till socialnämnden i den kommun där barnet eller den unga bor, bör ersättningen betalas ut till den kommun där barnet eller den unga bor.

När socialnämnden i anvisningskommunen har kvar ansvaret för barnet eller den unga och placeringen är i en annan kommun, bör ersättningen betalas till anvisningskommunen.

Begränsning av anvisningskommunernas möjlighet att placera anvisade barn i annan kommun

För att alla kommuner ska kunna fullgöra sitt ansvar när det gäller mottagandet av ensamkommande barn och unga behövs en jämnare fördelning av mottagandet mellan kommunerna. Regeringen gav den 28 januari 2016 Migrationsverket i uppdrag att ta fram en ny modell för anvisning av asylsökande ensamkommande barn med syfte att en jämnare fördelning av mottagandet mellan kommunerna skulle uppnås. Den nya anvisningsmodellen tillämpas sedan den 1 april 2016.

Utgångspunkten för mottagandet av ensamkommande barn och unga bör vara att anvisningskommunen behåller ansvaret samt att placering sker i den kommunen. Bedömningen är att möjligheten att placera ensamkommande barn och unga i annan kommun bör begränsas. Inom Regeringskansliet bereds förslag som avser att begränsa möjligheten för en anvisningskommun att placera barn i andra kommuner. Inriktningen är att en departementspromemoria (Ds) med förslag om ändring i LMA ska remitteras.

Ersättning när ensamkommande barn och unga är placerade i annan kommun än anvisningskommunen

Utgångspunkten i denna promemoria är att ersättningen till kommuner för mottagandet av ensamkommande barn och unga i huvudsak ska baseras på schabloner. När ensamkommande barn och unga är placerade i en annan kommun än anvisningskommunen, kan problem uppstå gällande vilken kommun som ska ha rätt till ersättningen för mottagandet. Det kommer därför att finnas behov av att reglera hur ersättningen i sådant fall ska betalas ut.

Schablonersättning för ensamkommande barn och unga utbetalas som grundregel till anvisningskommunen (se avsnitt 3.4 och 3.6). Om anvisningskommunen placerar ensamkommande barn och unga i en annan kommun, kan kommunerna träffa en överenskommelse om att socialnämndens ansvar övergår till den kommun där barnet bor. I det fall s.k. överflyttning av ärendet sker enligt 2 a kap. 10 § SoL bör anvisningskommunen anmäla det till Migrationsverket, så att ersättningen i stället kan utbetalas till bosättningskommunen.

Såväl asylsökande ensamkommande barn som ensamkommande barn med uppehållstillstånd placeras med stöd av SoL och i vissa fall med stöd av LVU. För asylsökande ensamkommande unga är bedömningen att de i normalfallet inte ska vara placerade utan i stället bo på förläggning (se avsnitt 3.5). I de fall asylsökande ensamkommande unga är placerade med stöd av LVU eller har motsvarande vårdbehov men är placerade med stöd av socialtjänstlagen (SoL) bör ersättning för faktiska kostnader betalas efter ansökan. När ensamkommande barn och unga med uppehållstillstånd är placerade i annan kommun bör ersättning motsvarande respektive schablon utbetalas (se vidare avsnitt 3.4 och 3.6).

3.8 Ersättning för faktiska kostnader i vissa särskilda situationer

Bedömning: För asylsökande ensamkommande barn samt ensamkommande barn och unga med uppehållstillstånd som är placerade med stöd av lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) eller med stöd av socialtjänstlagen (SoL) i fråga om de som har motsvarande vårdbehov, bör kommunen få ersättning för faktiska kostnader. Ersättning för faktiska kostnader bör betalas ut i efterskott efter ansökan. Kommunen bör ansöka om ersättningen kvartalsvis i efterskott, senast inom sex månader efter den sista månaden i det kvartal som ersättningen avser. Har kommunen fått automatiskt utbetald ersättning för den person och den tidsperiod som ansökan avser, bör inte ersättning för faktiska kostnader betalas ut.

För unga som har fyllt 18 men inte 21 år, saknar föräldrar i landet och som kommunen inte har rätt till schablonersättning för bör kommunen ha rätt till ersättning för kostnader för försörjningsstöd. Ersättning för kostnader för försörjningsstöd bör betalas ut i efterskott efter ansökan. Ansökan bör göras senast sex månader efter den månad som ersättningen avser.

Bedömningen är att den nuvarande möjligheten till ersättning för faktiska kostnader för placering enligt LVU bör finnas kvar för både asylsökande och ensamkommande barn och unga med uppehållstillstånd. Antalet placeringar är litet, men de kan vara mycket kostsamma för kommunen. Möjligheten bör även omfatta de placeringar som görs på motsvarande grunder som för placering enligt LVU men där samtycke från den enskilde, dennes gode man eller särskild förordnad vårdnadshavare innebär att placeringen kan göras frivilligt enligt SoL. För asylsökande över 18 år bedöms detta i enlighet med beskrivningen i avsnitt 3.5 vara de enda kostnader som kommunen har möjlighet att få ersättning för, eftersom asylsökande över 18 år i normalfallet ska vistas i anläggningsboende.

Kommunen bör ansöka om ersättningen kvartalsvis i efterskott, senast inom sex månader efter den sista månaden i det kvartal som ersättningen avser. Har kommunen fått schablonersättning för den

person och den tidsperiod som ansökan avser bör ansökan om ersättning för faktiska kostnader inte beviljas.

För ensamkommande unga som har fyllt 18 men inte 21 år och har uppehållstillstånd samt saknar föräldrar i landet, men som inte omfattas av någon av de andra ersättningarna för att de inte har studiehjälp eller är folkbokförda i anvisningskommunen, bör folkbokföringskommunen ha rätt till ersättning för kostnader för försörjningsstöd. Utan denna möjlighet skulle det finnas unga som omfattas av det nuvarande ersättningssystemet, men som kommunen inte får ersättning för med de nya bestämmelserna. Eftersom gymnasieskolan är en skolform som är frivillig för unga att delta i kan det handla om ensamkommande unga med uppehållstillstånd som väljer att inte gå i gymnasieskolan. Det kan också handla om ensamkommande unga som inte klarar av att gå i gymnasieskolan. Eftersom den schablonersättning som kommunen bedöms få för unga som får studiehjälp kommer att vara högre än den ersättning de kan få för faktiska kostnader för ekonomiskt bistånd för dem som inte går i gymnasieskolan får kommunen dock starka drivkrafter att erbjuda gymnasieutbildning som är anpassad till den unges behov och förutsättningar. Sådana drivkrafter är önskvärda för att den enskilde ska ges möjlighet till gymnasiestudier och därmed bättre förutsättningar för etablering på arbetsmarknaden och i samhällslivet. Kommunen bör inte bli helt utan ersättning för att en nyanländ väljer att avstå eller inte klarar av att bedriva gymnasiestudier. Mot bakgrund av detta bedöms det vara en rimlig avvägning att kommunen har rätt till ersättning för försörjningsstöd till denna grupp.

Kravet på studiehjälp för schablonersättningen innebär att kommunen får schablonersättning för en kortare tid än den tid som den nuvarande ersättningen för boendekostnader kan betalas ut. Det är rimligt att kommunens ersättning blir lägre när den unga har uppnått den ålder då han eller hon inte längre har rätt till studiehjälp men det är inte önskvärt att kommunen ska bli helt utan ersättning för personer som omfattas av det nuvarande ersättningssystemet. En rimlig avvägning bör därför vara att möjligheten att få ersättning för försörjningsstöd sträcker sig lika långt i tid som den nuvarande ersättningen.

Kommunen bör ansöka om ersättning för försörjningsstöd kvartalsvis i efterskott senast inom sex månader efter den sista månaden i det kvartal som ersättningen avser.

3.9 Ikraftträdande m.m.

Bedömning: Det nya ersättningssystemet bör träda i kraft den 1 januari 2017.

För kostnader som uppkommit under 2016 bör ersättning lämnas enligt nuvarande reglering. Det bör vara möjligt att ansöka om ersättning för kostnader som uppstått före den 1 januari 2017 fram till den 1 juli 2017.

Ändringarna i ersättningssystemen bör avse ersättningar för kostnader som uppstår från och med den 1 januari 2017. Ersättningar som betalas ut under 2017 och som avser kostnader för placeringar under 2016 omfattas därför inte.

Med nuvarande regler har kommunerna möjlighet att en lång tid i efterhand ansöka om ersättning för belagda överenskomna platser och ersättning för faktiska kostnader för placeringar utöver överenskomna platser. För att undvika en långvarig och betungande administration bör en övergång från de nuvarande reglerna ske så snart som möjligt. För att begränsa tidsperioden som Migrationsverket måste hantera parallella ersättningssystem, bör en ansökan om ersättning för kostnader som uppstått före den 1 januari 2017 ha inkommit till Migrationsverket senast den 1 juli 2017 för att kommunen ska ha rätt till ersättning.

4 Konsekvensanalys

4.1 Inledning

De senaste årens ökningar av antalet asylsökande ensamkommande barn medför att det är och kommer att vara många barn och unga som omfattas av kommunernas mottagande. Den kraftiga och snabba ökningen av antalet asylsökande har medfört att handläggningstiderna har ökat och det innebär en längre period som asylsökande. När ensamkommande barn och unga beviljas uppehållstillstånd är de ofta inom kommunens mottagande under flera år, oftast 3–5 år. Sammantaget omfattar mottagandet av ensamkommande barn och unga många individer under en lång tidsperiod.

Det är nödvändigt med ett hållbart och förenklat regelverk för de statliga ersättningarna till kommunerna för mottagandet, så att kvaliteten och säkerheten för barn och unga kan upprätthållas samtidigt som statens sammantagna utgifter för mottagandet måste stå i proportion till behov hos individerna. Utgifterna för mottagandet av ensamkommande barn och unga kan inte tillåtas öka okontrollerat och måste också ställas i relation till andra prioriterade områden. Skattemedel ska användas på ett kostnadseffektivt sätt och omotiverat höga kostnadsökningar måste motverkas.

Avsikten med statlig ersättning till kommunerna som i huvudsak baseras på schabloner är att begränsa statens sammantagna utgifter för mottagandet av ensamkommande barn och unga samtidigt som kommunerna ges ersättning för att klara av ett mottagande med hög kvalitet och säkerhet. Schabloner bedöms bidra till att effektivitetsvinster uppstår både för staten och för

kommunerna bl.a. till följd av att den administrativa bördan minskar.

4.2 Antalet ensamkommande barn och unga

Enligt nuvarande regler för statlig ersättning till kommunerna omfattas asylsökande och ensamkommande barn och unga med uppehållstillstånd av samma regler när de är minderåriga som när de är unga vuxna, eftersom ersättningen till kommunerna betalas ut för unga som har fyllt 18 men inte 21 år förutsatt att placeringen skett före 18 års ålder.

Till följd av att ett mycket stort antal ensamkommande barn har kommit till Sverige under de senaste åren kommer de statliga ersättningarna till kommunerna för mottagandet av ensamkommande barn att omfatta ett stort antal barn och unga. I tabell 4.1 redovisas en uppskattning av antalet asylsökande ensamkommande barn samt ensamkommande barn och unga som har beviljats uppehållstillstånd och som beräknas omfattas av de nya reglerna under perioden 2017-2020. Uppskattningen baseras på Migrationsverkets prognos (februari 2016) över antalet asylsökande som kommit hit som ensamkommande barn och beräknas omfattas av ersättningssystemet under tidsperioden 2017–2020. Beräkningarna som redovisas i tabell 4.1 baseras på antagandet att 25 procent av de asylsökande i gruppen kommer att vara över 18 år. Denna grupp består av individer som sökt asyl före 18 års ålder men fortfarande väntar på besked om uppehållstillstånd i första instans, men även av individer som väntar på besked i andra eller tredje instans respektive väntar på ett återvändande.

Bedömningen att kommunen ska kunna få schablonersättning för unga över 18 år som får studiehjälp innebär att kommunen får ersättning för unga som inte är placerade, vilket kan öka gruppen som kommunen har rätt till ersättning för. Studiehjälp betalas ut som längst till och med vårterminen då den unga fyller 20 år. Denna begränsning av schablonersättningen innebär att antalet personer som kommunen får schablonersättning för minskar jämfört med nuvarande ersättning som ges som längst till och med att den unga fyller 21 år. Den sammantagna effekten är svår att bedöma.

Förändringarna innebär att kommunen får rätt till ersättning för försörjningsstöd för unga som är placerade men inte går i gymnasieskolan och som de med nuvarande regler kan få schablon-ersättning för.

Tabell 4.1 Antalet barn och unga i åldern 18–20 år som beräknas omfattas av nya regler för ersättning vid mottagandet av ensamkommande barn och unga

Antal	2017	2018	2019	2020
Asylsökande Ensamkommande barn under 18 år	25 500	25 000	16 000	13 000
Ensamkommande barn med UT under 18 år	10 000	22 000	16 000	11 000
Asylsökande fd. ensamkommande barn över 18 år	4 500	4 500	3 000	2 500
Ensamkommande unga med UT över 18 år	5 000	14 000	31 000	40 000
Summa under 18 år	35 500	47 000	32 000	24 000
Summa över 18 år	9 500	18 500	34 000	42 500

Källa: Migrationsverket (prognos i februari 2016) och egna beräkningar.

4.3 Ekonomiska konsekvenser för staten

Till följd av den stora ökningen av antalet ensamkommande barn har statens utgifter för ersättning till kommuner för mottagandet av ensamkommande barn ökat avsevärt och förväntas fortsätta öka under kommande år. Förutom ett stort antal nya asylsökande ensamkommande barn, bidrar varaktigheten i mottagandet att kostnaderna blir höga både nu och under de kommande åren. Under 2016 beräknas statens utgifter för placeringskostnaderna för asylsökande ensamkommande barn och ensamkommande barn och unga med uppehållstillstånd bli ca 28 miljarder kronor (baserat på Migrationsverkets prognos i februari 2016). Förändringarna som redovisas i denna promemoria skulle dämpa kostnadsutvecklingen.

Vissa av åtgärderna skulle innebära minskade utgifter i förhållande till nuvarande regler. Andra syftar till administrativ

förenkling men avser att täcka motsvarande kostnader som nuvarande ersättningar. Ingen enskild åtgärd beräknas ge ökade utgifter.

Den rörliga ersättningen för kommunernas beredskap och kapacitet baseras på antalet ensamkommande barn som kommunen beräknas få anvisade. Denna ersättning skulle ersätta nuvarande ersättning för ej belagda platser och beräknas kosta 630 miljoner kronor 2017, vilket är lägre än beräknade utgifter enligt nuvarande regelverk.

Schablonersättningen för barn på 1 350 kronor per dygn är lägre än den genomsnittliga ersättningen för kommunernas faktiska kostnader vid mottagande utöver de överenskomna platserna 2014 uppräknat till 2017 års priser. Den nya placeringsformen stödboende förväntas bidra till att de genomsnittliga kostnaderna ska kunna sänkas. Eftersom ersättningen för de överenskomna platserna i nuvarande system är 1 900 kronor per belagd plats uppstår en besparing när ersättningen för de belagda överenskomna platserna tas bort.

Schablonersättningen till ankomstkommunerna är lagd på en nivå som är något högre i förhållande till det nuvarande systemet där ankomstkommunerna ansöker om ersättning för faktiska kostnader. Genom en ökad ersättning i schablonen bedöms ankomstkommunernas behov av att ansöka om ersättning med hänvisning till extraordinära kostnader minska. Schablonersättningen för utredning, transportkostnad och god man för asylsökande skulle betalas ut en gång i stället för att kommunerna behöver ansöka om ersättning för faktiska kostnader. Schablonen ger även kommunen ökad flexibilitet i hur medlen ska prioriteras och användas inom kommunen. Sammantaget bidrar det till att minska den administrativa bördan för både kommunerna och Migrationsverket. Schablonersättningen bidrar även till att kommunerna snabbare får ersättning för sina kostnader.

Att ungdomar som fyller 18 år under asyltiden hänvisas till anläggningsboenden innebär att staten kommer att ha kostnader för anläggningsboenden på ca 350 kronor per dygn fram till dess att den unga beviljas uppehållstillstånd eller får avslag på ansökan. Med nuvarande regler betalar staten i stället en betydligt högre ersättning per dygn och dessutom upp till 21 års ålder.

Schablonersättning på 750 kronor per dygn för unga vuxna som kommit som ensamkommande barn, har fyllt 18 men inte 21 år och som har beviljats uppehållstillstånd medför en utgiftsminskning för staten eftersom denna ersättning är lägre än både ersättningen för de överenskomna platserna och lägre än utgifterna för statlig ersättning utifrån faktiska kostnader för platser utöver de överenskomna platserna.

Den enhetliga schablonen för dem som har fyllt 18 men inte 21 år skulle ge kommunerna ekonomiska drivkrafter att starta och upphandla stödboenden. Den nya placeringsformen bedöms göra det möjligt för kommunerna att sänka sina genomsnittliga kostnader. Om placering inte längre ska vara ett krav för ersättning bidrar det också till att kommunerna kommer att kunna sänka kostnaderna. Schabloner som inte är kopplade till placeringsform bedöms också bidra till att motverka kostnadsdrivande effekter. Eftersom de förändringar som beskrivs i promemorian ger kommunen både möjlighet och drivkraft att minska sina kostnader är bedömningen att statens kostnader bör kunna sänkas utan att kostnader vältras över på kommunerna.

4.4 Övriga konsekvenser för staten

Om man skulle begränsa möjligheten till ersättning för faktiska kostnader för placering av asylsökande som har fyllt 18 men inte 21 år, skulle det innebära att Migrationsverkets ansvar för asylsökande personer i behov av anläggningsboende kommer att öka. De långa handläggningstiderna hos Migrationsverket gör att det rör sig om uppskattningsvis 7 000 unga över 18 år som beräknas bli hänvisade till anläggningsboende under 2017 och 2018 som med nuvarande regler i stället skulle varit inskrivna i mottagningssystemet som ensamkommande barn. Med de nya ersättningsregler som beskrivs i promemorian kommer dessa personer i stället att erbjudas boende i Migrationsverkets anläggningsboende. Så långt det är möjligt bör anläggningsboende erbjudas i närheten av anvisningskommunen. Detta kommer att kräva såväl ökade personella resurser som behov av boenden för asylsökande ensamkommande unga vuxna inom Migrationsverkets mottagningsverksamhet.

Att överenskommelserna om mottagande av asylsökande ensamkommande barn och ensamkommande barn med uppehållstillstånd avskaffas bedöms leda till minskad administrativ börda för både länsstyrelserna och Migrationsverket.

Åldersbaserade automatiskt utbetalade schabloner bedöms minska Migrationsverkets administrativa börda avsevärt eftersom handläggningen av ersättning för faktiska kostnader begränsas.

4.5 Konsekvenser för kommunerna

Enligt de bedömningar som presenteras i denna promemoria ska statlig ersättning för kommunens mottagande av ensamkommande unga som har uppehållstillstånd och har fyllt 18 år utbetalas som en schablon. Det bör inte längre krävas placering med stöd av socialtjänstlagen (2001:453), förkortat SoL, för att statlig ersättning ska utbetalas till kommunen. Följdeffekten blir att kommunernas socialtjänster kommer att kunna fokusera på barn som är under 18 år samt de unga som har fyllt 18 år och har behov av fortsatt placering. Avsikten är att styra resurser till barn och till dem som är i störst behov av samhällets stöd. Bedömningen är att samhället i första hand bör fokusera på stöd och omsorg för barn under 18 år framför unga som har fyllt 18 år.

Administrativt bör en automatiskt utbetald schablonersättning leda till förenklingar för kommunerna eftersom redovisning av belagda platser inte behöver ske och ansökan om ersättning för faktiska kostnader endast behöver ske i vissa särskilda situationer.

Över 80 procent av de ensamkommande barnen har hittills varit i åldern 15–17 år när de söker asyl i Sverige. Andelen ensamkommande unga som har fyllt 18 år utgör därmed och kommer under kommande år att utgöra en stor andel av de ensamkommande barn och unga som är mottagna i kommunerna. Ett ersättningssystem som innebär att unga över 18 år i lägre utsträckning är placerade med stöd av SoL förväntas därför innebära en betydande avlastning för kommunernas socialtjänster.

Den enskildes behov och mognadsnivå ska vara utgångspunkt för beslut om placering av barn och unga och för beslut om vilken form av boende som är bäst. Omkring hälften av de mottagna ensamkommande barnen har tagits emot utöver antalet överens-

komna platser och har därmed ersatts utifrån de faktiska kostnader som kommunerna har redovisat. Den oförutsedda kraftiga ökningen av antalet ensamkommande barn i kombination med nuvarande regelverk har medfört relativt dyra boendelösningar som inte har varit kopplade till högre kvalitet för ensamkommande barn och unga. Bedömningarna i denna promemoria innebär att kommunen får drivkrafter att hitta så kostnadseffektiva lösningar som möjligt.

Tabell 4.2 Boendeformer 2014 och genomsnittlig faktisk kostnad för ensamkommande barn under 18 år, placering utöver överenskommelser

	Asylsökande		Med uppehållstillstånd	
	<i>Andel</i>	<i>Snittkostnad</i>	<i>Andel</i>	<i>Snittkostnad</i>
Familjehem	27%	1 041	46%	824
HVB	53%	1 900	40%	2 535
Jourhem	10%	887	5%	788
LVU	3%	4 869	1%	4 041
Privat	6%	265	6%	280
Utlussning	0%	0	2%	1 331
Genomsnittlig kostnad exkl LVU		1 442		1 495
Genomsnittlig kostnad, KPI-uppräknat till 2017		1 476		1 530

Anm.: För asylsökande som placeras i HVB utgår schablonersättning 1 900 kr/dygn enligt gällande regelverk. Privat är Migrationsverkets benämning på placeringar i släktinghem. Innan förändringen i Sol 1 januari 2016, var det möjligt att placera unga över 18 år i s.k. utlussningsboenden.

Källa: Migrationsverket och egna beräkningar.

I tabell 4.2 redovisas andel barn som var placerade i olika former av boenden under 2014 och utbetald ersättning för faktiska kostnader för placeringar utöver de överenskomna platserna. Redovisningen i tabell 4.2 baseras på Migrationsverkets redovisning av utbetalda ersättningar för faktiska kostnader och indelning i olika former av boenden, vilket innebär att jourhem, LVU, privat placering och

utslussningsboende särredovisas även om de inte är några placeringsformer i formell mening.

Schablonen för ensamkommande barn är inte avsedd att förändra kommunernas förutsättningar för kvalitet och säkerhet i mottagandet. Schablonen är något lägre än den genomsnittliga ersättningsnivån för mottagandet som kommunen med nuvarande regler fick ersättning för utifrån faktiska kostnader år 2014 uppräknat till 2017 års priser.

Tabell 4.3 Räkneexempel 1: Genomsnittliga kostnad vid fördelning på olika former av boenden för ensamkommande barn under 18 år med uppehållstillstånd

	Antagen fördelning	Genomsnittlig dygnskostnad	Dygnskostnad, KPI-uppräknat till 2017
Familjehem	38%	824	843
HVB	26%	2 535	2 593
Jourhem	1%	788	806
Privat	1%	280	286
Stödboende	34%	1 000 ¹	1 000 ¹
Genomsnittlig kostnad	100%	1 323	1 345

Anm.: Genomsnittlig dygnskostnad avser utbetalda ersättningar för faktiska kostnader 2014 för barn under 18 år med uppehållstillstånd som var placerade utöver överenskomna platser i respektive form av boende. LVU-placeringar eller motsvarande placeringar enligt SoL ingår inte i räkneexemplet.

¹ Nuvarande schablon för stödboende.

Källa: Migrationsverket och egna beräkningar.

I tabell 4.3 och 4.4 redovisas två olika räkneexempel för ensamkommande barn under 18 år med uppehållstillstånd. Det bör noteras att nuvarande regelverk för ersättning skiljer sig åt mellan asylsökande ensamkommande barn och dem med uppehållstillstånd (se tabell 4.2). Asylsökande ensamkommande barn som placeras i HVB ersätts enligt schablon med 1 900 kronor per dygn. Detta innebär att genomsnittliga faktiska kostnader för HVB-placeringar utöver överenskommelser i räkneexemplen nedan, är betydligt högre än kostnaderna för HVB-placeringar för asylsökande. Under 2014 var ungefär hälften av de ensamkommande barnen med

uppehållstillstånd placerade utöver antalet överenskomna platser. Räkneexempel 1 baseras på genomsnittliga faktiska kostnader 2014 utöver överenskomna platser för de olika formerna av boenden som Migrationsverket registrerar för utbetalda ersättningar. I räkneexempel 2 används nuvarande schablon för överenskomna platser för HVB. I båda fallen används schablonen för stödboende. Räkneexemplen illustrerar möjliga fördelningar på olika former av boenden utifrån olika kostnadsnivåer som innebär att kommunen i genomsnitt får täckning för sina kostnader för sammansättningen av boenden.

Tabell 4.4 Räkneexempel 2: Genomsnittliga kostnad vid fördelning på olika former av boenden för ensamkommande barn under 18 år med uppehållstillstånd

	Antagen fördelning	Genomsnittlig dygnskostnad	Dygnskostnad, KPI-uppräknat till 2017
Familjehem	24%	824	843
HVB	44%	1 900 ¹	1 900 ¹
Jourhem	1%	788	806
Privat	1%	280	286
Stödboende	30%	1 000 ²	1 000 ²
Genomsnittlig kostnad	100%	1 344	1 349

Anm.: Genomsnittlig dygnskostnad avser utbetalda ersättningar för faktiska kostnader 2014 för barn under 18 år med uppehållstillstånd som var placerade utöver överenskomna platser i respektive form av boende. LVU-placeringar eller motsvarande placeringar enligt SoL ingår inte i räkneexemplet.

¹ Nuvarande schablon för HVB.

² Nuvarande schablon för stödboende.

Källa: Migrationsverket och egna beräkningar.

Användning av den nya placeringsformen stödboende för barn i åldern 16–17 år bedöms kunna bidra till kommunernas flexibilitet och individanpassning av placeringar. Placeringar i stödboenden kommer också att innebära att de genomsnittliga kostnaderna kommer att bli lägre i jämförelse med 2014 års kostnader (uppräknade till 2017 års prisnivå), då det tidigare endast fanns familjehem och hem för vård eller boende som placeringsformer.

Bedömningen är att ersättningen kommer att öka kommunernas efterfrågan på boendelösningar som ryms inom schablonen.

Eftersom schablonen för unga som har fyllt 18 men inte 21 år bör vara lägre än nuvarande genomsnittliga ersättning, kommer kommunerna att behöva anpassa sina boendelösningar för dem som har fyllt 18 år. I tabell 4.5 redovisas boendeformer och genomsnittliga faktiska kostnader för unga över 18 år.

Tabell 4.5 Boendeformer 2014 och genomsnittlig faktisk kostnad för ensamkommande unga i åldern 18–21 år, placering utöver överenskommelser

	Asylsökande		Med uppehållstillstånd	
	Andel	Snittkostnad	Andel	Snittkostnad
Familjehem	24%	1 072	20%	974
HVB	60%	1 900	41%	2 153
Jourhem	6%	1 023	1%	950
LVU	4%	4 386	1%	4 317
Privat	5%	402	1%	305
Utslussning	0%	0	37%	1 044
Genomsnittlig kostnad exkl. LVU		1 558		1 476
Genomsnittlig kostnad, KPI-uppräknat till 2017		1 594		1 510

Anm.. För asylsökande som placeras i HVB utgår schablonersättning 1 900 kr/dygn enligt gällande regelverk. Privat är Migrationsverkets benämning på placeringar i släktinghem. Innan förändringen i SoL 1 januari 2016, var det möjligt att placera unga över 18 år i s.k. utslussningsboenden.

Källa: Migrationsverket och egna beräkningar.

I tabell 4.6 och 4.7 redovisas två olika räkneexempel för ensamkommande unga över 18 år med uppehållstillstånd. Räkneexemplen illustrerar möjliga fördelningar på olika former av boenden utifrån olika kostnadsnivåer som innebär att kommunen i genomsnitt får täckning för sina kostnader för sammansättningen av boenden. Beräkningen baseras på genomsnittliga faktiska dygnskostnader för placering av unga i åldern 18–20 år med uppehållstillstånd utöver

överenskomna platser 2014 samt nuvarande schabloner för överenskomna platser respektive stödboende.

Tabell 4.6 Räkneexempel 3: Genomsnittliga kostnad vid fördelning på olika former av boenden för ensamkommande unga över 18 år med uppehållstillstånd

	Antagen fördelning	Genomsnittlig dygnskostnad	Dygnskostnad, KPI-uppräknat till 2017
Familjehem	10%	974	997
HVB	5%	2 153	2 203
Jourhem	1%	950	973
Privat	1%	305	324
Stödboende	33%	1 000 ¹	1 000 ¹
Ej placerade med stöd av SoL	50%	400 ²	409
Genomsnittlig kostnad	100%	748	757

Anm.: Genomsnittlig dygnskostnad avser utbetalda ersättningar för faktiska kostnader 2014 för unga i åldern 18–21 år med uppehållstillstånd som var placerade utöver överenskomna platser i respektive form av boende. LVU-placeringar eller motsvarande placeringar enligt SoL ingår inte i räkneexemplet.

¹ Nuvarande schablon för stödboende.

² Motsvarar genomsnittlig månadskostnad 12 000 kr/mån för boende som inte kräver placering enligt SoL.

Källa: Migrationsverket och egna beräkningar.

Tabell 4.7 Räkneexempel 4: Genomsnittliga kostnad vid fördelning på olika former av boenden för ensamkommande unga över 18 år med uppehållstillstånd

	Antagen fördelning	Genomsnittlig dygnskostnad	Dygnskostnad, KPI-uppräknat till 2017
Familjehem	10%	974	997
HVB	8%	1 900	1 900
Jourhem	1%	950	973
Privat	1%	305	324
Stödboende	40%	800	800
Ej placerade med stöd av SoL	40%	400 ¹	409
Genomsnittlig kostnad	100%	748	757

Anm.: I detta räkneexempel baseras genomsnittligt dygnskostnad för HVB på nuvarande schablon för överenskomna platser, dvs. 1 900 kr/dygn. För stödboende antas dygnskostnaden i genomsnitt vara 800 kr/dygn. Genomsnittlig dygnskostnad när det gäller familjehem, jourhem och privat avser utbetalda ersättningar för faktiska kostnader för unga i åldern 18–21 år med uppehållstillstånd 2014. LVU-placeringar eller motsvarande placeringar enligt SoL ingår inte i räkneexemplet.

¹ Motsvarar genomsnittlig månadskostnad 12 000 kr/mån för boende som inte kräver placering enligt SoL.

Källa: Migrationsverket och egna beräkningar.

Schablonerna bedöms leda till att efterfrågan på stödboenden kommer att öka. Att ersättningssystemet utformas så att asylsökande som har fyllt 18 men inte 21 år i normalfallet inte ska vara placerade enligt SoL innebär att efterfrågan på boenden för placeringar dämpas. De som får uppehållstillstånd före 18 års ålder kommer att vara kvar i kommunens omsorg. Regeländringarna innebär att de efter 18 års ålder inte behöver vara placerade med stöd av SoL för att statlig ersättning ska betalas ut till kommunen. Bedömningen är att ensamkommande unga som har fyllt 18 men inte 21 år kommer att vara placerade i lägre utsträckning än i dag. Antalet placerade barn och unga kommer dock sammantaget att fortsätta att öka mycket eftersom det skett en så stor ökning av antalet asylsökande ensamkommande barn.

En del av gruppen ensamkommande unga i åldern 18–20 år kommer att få uppehållstillstånd efter att de har fyllt 18 år och har bott en tid i anläggningsboende. De kommer då att kunna omfattas

av en anvisning till en kommun enligt lagen (2016:38) om mottagande av vissa nyanlända invandrare för bosättning. Kommunen kommer därmed att vara skyldig att ta emot den nyanlände för bosättning i kommunen. För denna grupp ensamkommande unga bör kommunen få samma schablonersättning som för den grupp som är kvar i kommunen när de får uppehållstillstånd. De kommer därför att kunna erbjuda dem olika former av boenden utifrån individens behov.

De boenden som kan vara aktuella för unga som har fyllt 18 men inte 21 år och som inte har behov av att vara placerade, kan vara hyreslägenheter i kommunalt ägda bolag eller lägenheter som kommunen hyr av privata fastighetsägare. Andra former av boenden som kan bli aktuella är studentlägenheter. Det kan även handla om att skapa lösningar som motsvarar elevhem eller boende på folkhögskolor med internat.

Om individen bedöms ha behov av placering enligt SoL ges samma förutsättningar som för de ensamkommande unga som sedan tidigare är placerade i kommunen.

Den schablonersättning som kommunen skulle få för unga som får studiehjälp, kommer att vara högre än den ersättning de kan få för faktiska kostnader för ekonomiskt bistånd för dem som inte går i gymnasieskolan. Därmed förstärks kommunens drivkrafter att erbjuda gymnasieutbildning som är anpassad till den nyanländes behov.

Administrativt bör en automatiskt utbetald schablonersättning leda till förenkling för kommunerna eftersom redovisning av belagda platser och ansökan om ersättning för faktiska kostnader inte behöver göras.

4.6 Konsekvenser för ensamkommande barn och unga

Nuvarande regelverk kan innebära negativa konsekvenser för ensamkommande barn till följd av att det krävs att även ensamkommande unga ska vara placerade med stöd av SoL för att kommunerna ska få statlig ersättning. Kommunerna har haft ekonomiska drivkrafter att placera unga som fyller 18 år även när det har saknats vårdbehov. Möjligheten för kommunerna att få

statlig ersättning upp till den unga fyller 21 år har sannolikt medfört ett större antal pågående ärenden att hantera och följa upp för socialtjänsten än vad som är motiverat utifrån individernas vårdbehov.

Med de bedömningar som görs i denna promemoria, kommer kommunerna kunna få en schablonersättning för ensamkommande unga över 18 år som beviljats uppehållstillstånd utan krav på beslut om placering enligt SoL. Bedömningen är att det kommer att frigöra resurser vid socialtjänsten i kommunerna som i stället kan användas till stöd- och vårdinsatser för barn och unga som är i behov av det.

Bedömningarna i denna promemoria innebär att kommunen får drivkrafter att hitta så kostnadseffektiva lösningar som möjligt, vilket endast är en nackdel för den enskilde om det samtidigt innebär dåliga lösningar. Utvecklingen på senare tid har visat att dyrast inte alltid innebär bästa kvalitet i detta sammanhang. Regelverkets utformning och stor efterfrågan på boenden har gjort det möjligt att ta ut höga priser per dygn, men som inte har motsvarat högre kvalitet när det gäller boende och omsorg.

Ungdomar som fyller 18 år under asyltiden kommer att behöva flytta till anläggningsboenden. De behöver dessutom flytta igen när de får uppehållstillstånd och anvisas med stöd av lagen om gemensamt mottagande. I möjligaste mån bör de erbjudas anläggningsboende i den kommun de vistats i, men det kommer inte att finnas några garantier för att så alltid blir fallet.

4.7 Övriga konsekvenser

Fortsatt ökning av antalet ensamkommande barn inom mottagandet kommer att innebära en fortsatt stor efterfrågan på olika former av boenden. Det innebär att det sannolikt kommer att behövas både boenden i kommunal och privat regi.

Bedömningarna som görs i denna promemoria har inte några några nämnvärda konsekvenser för det civila samhällets organisationer.

Bedömningen i denna promemoria är att överenskomna platser har spelat ut sin roll när de inte längre har någon större betydelse för anvisningen av asylsökande barn och inte heller ligger till grund

för statlig ersättning till kommunerna. En övervägande majoritet av de ensamkommande barnen är pojkar. De överenskomna platserna i det nuvarande regelverket kan avse olika grupper, t.ex. finns det särskilda överenskommelser för flickor. Även när de överenskomna platserna tas bort bör det vara möjligt för Migrationsverket att beakta att alla kommuner kanske inte kan ha boenden för flickor. Kommunens möjlighet att erbjuda boenden för flickor bör kunna vägas in vid valet av kommun som ska anvisas att ta emot barnet. Borttagandet av överenskommelser om platser för mottagandet bedöms därför inte ha några nämnvärda effekter på jämställdheten.

Socialstyrelsens diarienummer 4.1.1-14967/2016

Synpunkter på förslaget till nya föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården från Socialstyrelsen.

Östhammars kommun kan inte se att de nya föreskrifterna och allmänna råd kommer att påverka kommunens nuvarande läkemedelshantering i någon större utsträckning. Kommunen arbetar redan nu enligt den föreslagna modellen att omvårdnadspersonal genomför webbutbildningen "Jobba säkert med läkemedel" innan delegering.

Leg. apotekare från apoteket gör årligen en kvalitetsgranskning av kommunens läkemedelshantering och upprättar åtgärdsplan.

De riktlinjer och rutiner som Uppsala läns landsting och länets kommuner har gemensamt i (ViS) vård i samverkan och den lokala riktlinjen och rutinen för läkemedelshantering i kommunen stämmer till stora delar överens med förslaget.

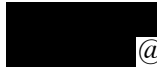
Positivt är förslagets: 10 kap. Ställningstagande till pågående läkemedelsbehandling vid inskrivning. För att patienten ska kunna behålla sitt självbestämmande och sin integritet så långt det är möjligt och då kan det vara betydelsefullt att själv få sköta sina läkemedel.

Lika viktigt är att förnyat ställningstagande angående egenvård genomförs innan hemgång från slutenvård.

Anette Frode
Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Socialförvaltningen
Östhammars kommun

Avdelningen för regler och behörighet
Enheten för hälso- och sjukvårdsjuridik

Enligt sändlista

@socialstyrelsen.se

Remiss avseende förslag till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården m.m.

Ni bereds härmed tillfälle att lämna synpunkter på Socialstyrelsens förslag till

- nya föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården,
- ändring av Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2001:16) om kompetenskrav för sjuksköterskor vid förskrivning av läkemedel.,
- upphävande av föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 1992:22) om informationsskyldighet för läkare och tandläkare om generiska läkemedel m.m., och
- tillhörande konsekvensutredning.

Synpunkter på förslaget och konsekvensutredningen ska ha kommit in till Socialstyrelsen senast den **15 september 2016**. Vi är tacksamma för yttranden per e-post i Wordformat för att underlätta vårt sammanställningsarbete. Remissvar skickas till **socialstyrelsen@socialstyrelsen.se**.

Vänligen ange diarienumret 4.1.1-14967/2016 i remissvaret.

Med vänlig hälsning



Avdelningschef regler och behörighet

Kontaktperson



Bilagor

- Sändlista
- Förslag - Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården.
- Förslag - Socialstyrelsens föreskrifter om ändring i föreskrifterna (SOSFS 2001:16) om kompetenskrav för sjuksköterskor vid förskrivning av läkemedel
- Förslag - Socialstyrelsens föreskrifter om upphävande av föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 1992:22) om informationsskyldighet för läkare och tandläkare om generiska läkemedel m.m.
- Konsekvensutredning med 5 bilagor

Sändlista

1. Datainspektionen
2. ehälsomyndigheten
3. Folkhälsomyndigheten
4. Generalläkaren
5. Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd
6. Läkemedelsverket
7. Regelrådet
8. Skolverket
9. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering
10. Statens institutionsstyrelse
11. Strålskyddsmyndigheten
12. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV)
13. Landstinget Blekinge
14. Landstinget Dalarna
15. Landstinget i Kalmar län
16. Landstinget i Uppsala län
17. Landstinget i Värmland
18. Landstinget Sörmland
19. Landstinget Västernorrland
20. Landstinget Västmanland
21. Norrbottens läns landsting
22. Region Gotland
23. Region Gävleborg
24. Region Halland
25. Region Jämtland Härjedalen
26. Region Jönköpings län
27. Region Kronoberg
28. Region Skåne
29. Region Örebro län
30. Region Östergötland
31. Stockholms läns landsting
32. Västerbottens läns landsting
33. Västra Götalandsregionen
34. Bodens kommun
35. Falu kommun
36. Grums kommun
37. Gävle kommun
38. Göteborgs stad
39. Linköping kommun
40. Luleå kommun
41. Lunds kommun
42. Malmö stad
43. Mullsjö kommun
44. Norrköping kommun

45. Pajala kommun
46. Sandvikens kommun
47. Solna stad
48. Stockholms stad
49. Sundsvalls kommun
50. Umeå kommun
51. Uppsala kommun
52. Västerås kommun
53. Älvdalens kommun
54. Örebro kommun
55. Östhammars kommun
56. Aleris
57. Almega
58. Ambulansförbundet
59. Anhörigas Riksförbund
60. Apotek hjärtat
61. Apotekarsocieteten
62. Apoteket AB
63. Apoteksgruppen
64. Astma- och Allergiförbundet
65. Attendo
66. Biomedicinska analytikerföreningen
67. Capio
68. CompuGroup Medical
69. Diabetesförbundet
70. Evry
71. Famna, Riksorganisationen för vård och omsorg utan vinstsyfte
72. Fysioterapeuterna
73. Handikappförbunden
74. Hjärtebarnsförbundet
75. Kommunal
76. Kronans Droghandel Apotek AB
77. Lloyds apotek
78. Läkemedelsindustriföreningen (LIF)
79. Naturvetarna
80. Optikbranschen
81. Optikerförbundet
82. Pensionärernas riksförbund
83. Praktikertjänst
84. Privattandläkarna
85. Reumatikerförbundet
86. Riksförbundet Attention
87. Riksförbundet för social och mental hälsa
88. Riksförbundet Sällsynta diagnoser
89. Siemens Healthcare Service
90. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)

91. SPF Senioreernas Förbundskansli
92. SRAT
93. Svenska Psykiatriföreningen för Skötare (SPfS)
94. Svensk Förening för Röntgensjuksköterskor
95. Svenska Barnmorskeförbundet
96. Svenska Epilepsiförbundet
97. Svenska sjukhusfysikerförbundet
98. Svenska vård
99. Svenska läkaresällskapet
100. Sveriges Farmaceuter
101. Sveriges läkarförbund
102. Sveriges tandhygienistförening
103. Sveriges tandläkarförbund
104. Tiohundra
105. Unionen
106. Vardaga
107. Vision
108. Vårdförbundet
109. Vårdföretagarna

Gemensamma författningssamlingen avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, folkhälsa m.m.

ISSN 2002-1054, Artikelnummer xxxxxxxx
Utgivare: Rättschef [REDACTED], Socialstyrelsen

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården;

**HSLF-FS
2016:xx**

beslutade den dag månad 2016.

Utkom från trycket
den dag månad 20x

Socialstyrelsen föreskriver följande med stöd av 2 § 1 och 4 och 4 § 2 förordningen (1985:796) med vissa bemyndiganden för Socialstyrelsen att meddela föreskrifter m.m., 7 kap. 4 § och 8 kap. 5 § första stycket 1 och andra stycket första meningen patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) samt 13 § andra stycket tandvårdsförordningen (1998:1338) och beslutar följande allmänna råd.

1 kap. Författningens innehåll

1 § Författningen innehåller bestämmelser och rekommendationer om

- tillämpningsområde m.m. (2 kap.),
- definitioner (3 kap.),
- ledningssystem (4 kap.),
- behörighet att ordinera läkemedel (5 kap.),
- ordination av läkemedel (6 kap.),
- behörighet att iordningsställa, administrera och överlämna läkemedel (7 kap.),
- iordningställande och administrering eller överlämnande av läkemedel (8 kap.),
- delegering av iordningsställande och administrering eller överlämnande av läkemedel (9 kap.),
- ställningstagande om pågående läkemedelsbehandling vid inskrivning (10 kap.),
- läkemedelsgenomgångar (11 kap.),
- kontroll och förvaring samt rekvisition av läkemedel (12 kap.), och
- undantag från bestämmelserna (13 kap.).

2 kap. Tillämpningsområde m.m.

1 § Föreskrifterna ska tillämpas i sådan verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

De ska med undantag för 11 kap. även tillämpas i sådan verksamhet som omfattas av tandvårdslagen (1985:125).

2 § Föreskrifterna ska inte tillämpas på sådan hantering av läkemedel som omfattas av läkemedelslagen (2015:315) eller lagen om handel med läkemedel (2009:366).

3 § I den kommunala hälso- och sjukvården fullgörs uppgifter som enligt dessa föreskrifter ska utföras av verksamhetschefen av en sådan sjuksköterska som avses i 24 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Bestämmelser i andra författningar

4 § Av 7 kap. 1 § patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) framgår att den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen på ett betryggande sätt ska förvara, hantera och i förekommande fall dela ut läkemedel som han eller hon har hand om.

5 § Bestämmelser om utfärdande av recept, rekvisition av läkemedel samt märkning och expediering av läkemedel på apotek finns i Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 2009:13) om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit.

6 § Bestämmelser om beredning av radioaktiva läkemedel finns i Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 2014:4) om beredning av radioaktiva läkemedel.

7 § Bestämmelser om att en legitimerad yrkesutövare ska göra en bedömning av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård, planera egenvården samt följa upp och ompröva bedömningen finns i Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:6) om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård.

8 § Bestämmelser om läkemedelsförsörjningen till och inom sjukhus finns i Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 2012:8) om sjukhusens läkemedelsförsörjning.

3 kap. Definitioner

HSLF-FS
2016:xx

1 § I dessa föreskrifter och allmänna råd avses med

administrering av läkemedel	tillförsel av läkemedel till kroppen
dos	mängd av ett visst läkemedel med en given styrka som ska administreras
dosering	uppgift om dos och periodicitet
generellt direktiv om läkemedelsbehandling	beslut om läkemedelsbehandling som gäller patienter på en viss vårdenhets vid särskilt angivna tillstånd
hemsjukvård	hälso- och sjukvård när den ges i en patients bostad eller motsvarande och som är sammanhängande över tiden
iordningställande av läkemedel	färdigställande av ett ordinerat läkemedel inför administrering
läkemedelslista	lista med uppgifter om läkemedelsordinationer som avser en viss patient
ordination	beslut av hälso- och sjukvårdspersonal som är avsett att påverka en patients hälsotillstånd genom en hälso- och sjukvårdsåtgärd
ordinationsorsak	indikation som den som ordinerar anger som skäl till en viss ordination
överlämnande av läkemedel	det att ett läkemedel som ska tillföras till en patient lämnas över till patienten själv eller till en tredje person som administrerar läkemedlet

4 kap. Ledningssystem

1 § Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete framgår att varje vårdgivare ansvarar för att det finns sådana processer och rutiner som behövs för att säkerställa att verksamheten uppfyller de krav som ställs i dessa föreskrifter.

Rutiner för ordination och hantering av läkemedel

2 § Vårdgivaren ska fastställa rutiner för ordination och hantering av läkemedel i verksamheten.

Farmaceutisk kvalitetsgranskning

3 § Vårdgivaren ska som ett led i egenkontrollen enligt 5 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete säkerställa att läkemedelshanteringen regelbundet genomgår en extern farmaceutisk kvalitetsgranskning.

Allmänna råd

Granskningen bör utföras minst en gång per år.

5 kap. Behörighet att ordinera läkemedel

1 § Endast den hälso- och sjukvårdspersonal som är behörig att förordna eller förskriva ett läkemedel enligt de författningar som anges i 2–4 §§ är behörig att ordinera läkemedlet.

2 § Bestämmelser om läkares, tandläkares, tandhygienisters och barnmorskors behörighet att förordna läkemedel finns i Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2016:34) om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit.

3 § Särskilda bestämmelser om behörighet för läkare att förordna vissa läkemedel finns i

1. Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 1992:4) om förordnande av viss farmaceutisk specialitet,
2. Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 2002:7) om förordnande av narkotikaklassade läkemedel för behandling av ADHD hos barn och ungdom,
3. Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 2004:15) om förordnande och utlämnande av narkotikaklassade läkemedel för behandling av opiatberoende, och

4. Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 2013:9) om förordnande och utlämnande av läkemedel som innehåller isotretinoin.

**HSLF-FS
2016:xx**

4 § Bestämmelser om sjuksköterskors behörighet att ordinera och förskriva läkemedel finns i Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2001:16) om kompetenskrav för sjuksköterskor vid förskrivning av läkemedel.

6 kap. Ordination av läkemedel

1 § Av 2 a § första stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), 3 § tandvårdslagen (1985:125) och 5 kap. 1 § patientlagen (2014:821) framgår att den vård och behandling som en patient får ska

1. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, och
2. så långt som möjligt utformas och genomförs i samråd med patienten.

Lämplighetsbedömning

2 § Den som ordinerar ett läkemedel ska säkerställa att ordinationen är lämplig för patienten. Detta innebär att den som ordinerar särskilt ska göra en lämplighetsbedömning med hänsyn till patientens

1. hälsotillstånd,
2. ålder,
3. kön,
4. övriga läkemedelsanvändning,
5. pågående behandling och utredning,
6. överkänslighet mot läkemedel, och
7. eventuella graviditet eller amning.

Vid bedömningen ska även läkemedlets kontraindikationer och andra viktiga faktorer för läkemedelsbehandlingen beaktas.

Vad som anges i första och andra styckena ska gälla såväl vid insättning eller utsättning av ett läkemedel, som vid ändring eller förlängning av en pågående läkemedelsbehandling.

Läkemedelsordinationer till barn

3 § Vårdgivaren ska säkerställa att den som ordinerar läkemedel till ett barn ges förutsättningar att göra detta med utgångspunkt i barnets behov.

För att kunna ordinera läkemedel med utgångspunkt i barnets behov bör barnspecifika beslutsstöd och sådana it-stöd användas som gör det möjligt att vid ordination ange uppgifter om

- barnets vikt,
- barnets kroppsytta,
- styrkan på det färdigspädda läkemedlet, och
- läkemedlets maxdos.

It-stödet bör även ge förutsättningar för den som ordinerar ett läkemedel att göra en rimlighetsbedömning av den givna läkemedelsdoseringsen.

För kontinuerliga och intermittenta infusioner bör tidsenhet anges i doseringsinstruktionen i it-stödet, t.ex. i form av mg/kg/tidsenhet.

Information om utbyte av läkemedel på apotek

4 § Den som ordinerar ett läkemedel ska i de fall läkemedlet kan komma att bytas ut till ett annat likvärdigt läkemedel på ett öppenvårdsapotek i enlighet med 21 § lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m., informera patienten om detta.

Planering av avslut eller uppföljning av läkemedelsbehandling

5 § Den som ordinerar ett läkemedel ska

1. bestämma ett datum för när den ordinerade läkemedelsbehandlingen ska avslutas, eller
2. planera för en uppföljning av den ordinerade läkemedelsbehandlingen, i vilket ingår att bestämma tidpunkten för ett ställningstagande till eventuell fortsättning av behandlingen.

Muntliga läkemedelsordinationer

6 § Ett läkemedel får ordineras muntligen endast när en patient behöver omedelbar behandling eller när den som ordinerar läkemedlet är förhindrad att komma till patienten.

Generella direktiv om läkemedelsbehandling

7 § Endast en läkare får utfärda ett generellt direktiv om läkemedelsbehandling.

Det generella direktivet ska vara skriftligt och innehålla uppgifter om

1. läkemedelsnamn eller aktiv substans,

2. läkemedlets styrka,
3. dosering,
4. maxdos,
5. administreringsätt,
6. indikationer och kontraindikationer, och
7. antalet tillfällen som läkemedlet får ges utan att en läkare kontaktas.

Generella direktiv om läkemedelsbehandling ska utfärdas restriktivt och omprövas återkommande.

Allmänna råd

Den läkare som ansvarar för hälso- och sjukvården av en patient bör regelbundet ta ställning till om en läkemedelsbehandling som ges med stöd av ett generellt direktiv ska omvandlas till en individuell läkemedelsordination.

8 § Innan en sjuksköterska med stöd av ett generellt direktiv om läkemedelsbehandling iordningställer och administrerar eller överlämnar ett läkemedel till en patient ska han eller hon

1. göra en bedömning av patientens behov av läkemedlet, och
2. kontrollera läkemedlets indikation och kontraindikationer.

Dosjustering

9 § Även om en sjuksköterska inte har behörighet att ordinera ett läkemedel får han eller hon justera doseringen i en läkemedelsordination i sådana situationer där doseringen är beroende av en patients individuella mål- eller mätvärden. Doseringen får justeras endast om det är förenligt med en god och säker vård av patienten. Justeringen ska göras med utgångspunkt i patientens behov.

Allmänna råd

Justering av en dosering kan vara aktuell vid behandlingar med insulin eller blodförtunnande läkemedel.

Dokumentation av läkemedelsordinationer

10 § En läkemedelsordination ska dokumenteras på ett strukturerat och enhetligt sätt i patientjournalen.

Allmänna råd

Dokumentationen bör göras elektroniskt.

11 § De uppgifter om en läkemedelsordination som ska dokumenteras är

1. läkemedelsnamn eller aktiv substans,
2. läkemedelsform,
3. läkemedlets styrka,
4. dosering,
5. administreringssätt,
6. administreringstillfällen,
7. läkemedelsbehandlingens längd,
8. ordinationsorsak,
9. när och hur läkemedelsbehandlingen ska avslutas eller följas upp, och
10. sådana övriga uppgifter som behövs för en säker hantering av läkemedlet.

Doseringen ska anges i ett strukturerat format.

Om doseringen anges som en vidbehovsordination, ska även uppgiften om maxdos per dygn dokumenteras.

Allmänna råd

Doseringen kan anges i

- antal tabletter eller andra avdelade läkemedelsdoser per tidsenhet, eller
- volym per doseringstillfälle.

Ordinationsorsak bör anges genom användning av Socialstyrelsens nationella källa för ordinationsorsak.

En uppgift om att det ordinerade läkemedlet inte får bytas ut mot ett likvärdigt läkemedel är en sådan övrig uppgift som bör omfattas av 11 § första stycket 10.

12 § Vid dokumentation av en läkemedelsordination ska internationella enheter förkortas med E.

13 § En muntlig läkemedelsordination ska dokumenteras vid ordinationstillfället eller i undantagsfall så snart som möjligt därefter.

Om den som muntligen ordinerar ett läkemedel är förhindrad att dokumentera ordinationen, ska den dokumenteras av en sjuksköterska.

14 § Om en sjuksköterska dokumenterar en muntlig läkemedelsordination, ska han eller hon utöver vad som anges i 11 § dokumentera

namnet på den som har ordinerat läkemedlet och tidpunkten för ordinationen.

**HSLF-FS
2016:xx**

Bestämmelser om journalhandlingar

15 § Bestämmelser om journalhandlingars innehåll, tidpunkten för när uppgifter ska föras in i journalen samt signering av journalanteckningar finns i patientdatalagen (2008:355) och i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40 om behandling av personuppgifter och journalföring i hälso- och sjukvården.

Rutiner för uppföljning och för generella direktiv om läkemedelsbehandling

16 § Av rutinerna för ordination och hantering av läkemedel ska det framgå hur vårdgivaren säkerställer att

1. ordinerade läkemedelsbehandlingar följs upp, och
2. generella direktiv om läkemedelsbehandling utfärdas på ett patientsäkert sätt.

Av rutinerna ska det även framgå vilken eller vilka läkare som får utfärda generella direktiv om läkemedelsbehandling.

7 kap. Behörighet att iordningställa, administrera och överlämna läkemedel

1 § Läkare, tandläkare och sjuksköterskor är behöriga att iordningställa och administrera eller överlämna läkemedel.

2 § Fysioterapeuter är behöriga att iordningställa och administrera eller överlämna läkemedel som ska ges till patienter i samband med fysioterapi.

3 § Sjukhusfysiker är behöriga att iordningställa radioaktiva läkemedel och administrera och överlämna perorala radioaktiva läkemedel.

4 § Biomedicinska analytiker, tandhygienister, röntgensjuksköterskor och de barnmorskor som inte är sjuksköterskor är behöriga att iordningställa och administrera eller överlämna läkemedel inom sina respektive kompetensområden.

5 § Apotekare och receptarier är behöriga att iordningställa och överlämna läkemedel. Om ett läkemedel har iordningställts av en apotekare eller en receptarie och läkemedlet därefter ska administre-

ras till en patient, ska detta göras av sådan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som anges i 1–4 §§.

6 § Studenter som genomgår verksamhetsförlagd utbildning får iordningställa och administrera eller överlämna läkemedel under tillsyn av sådan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som anges i 1–5 §§.

7 § Icke legitimerad personal i ambulanssjukvården och räddningstjänsten får med stöd av ett generellt direktiv om läkemedelsbehandling iordningställa och administrera medicinsk oxygen till en patient, utan att en sjuksköterska har gjort en sådan behovsbedömning som anges i 6 kap. 8 §.

8 kap. Iordningställande och administrering eller överlämnande av läkemedel

Samlad information om läkemedelsbehandling

1 § Vårdgivaren ska säkerställa att den hälso- och sjukvårdspersonal som iordningställer och administrerar eller överlämnar ett läkemedel har tillgång till

1. de uppgifter om läkemedelsordinationen som har dokumenterats enligt 6 kap. 11 §, och
2. uppgifter om vem som har ordinerat läkemedlet och tidpunkten för detta.

Dessa uppgifter ska finnas samlade.

2 § Innan ett läkemedel iordningställs och administreras eller överlämnas till en patient ska den aktuella ordinationen vara signerad av den som ordinerat läkemedlet.

När en patient behöver omedelbar behandling får läkemedel iordningställs och administreras eller överlämnas till honom eller henne utan hinder av vad som anges i första stycket.

Kontroll vid iordningställande av läkemedel

3 § Den som iordningställer ett läkemedel till en patient ska mot den givna ordinationen kontrollera

1. patientens identitet,
2. läkemedelsnamn eller aktiv substans,
3. läkemedelsform,
4. läkemedlets styrka,

5. dosering,
6. administreringsätt, och
7. administreringstillfällen.

Vid spädning av läkemedel till barn ska särskild försiktighet iakttas.

4 § Den som iordningställer ett läkemedel ska göra en rimlighetsbedömning av såväl den ordinerade dosen som det iordningställda läkemedlet.

5 § Vårdgivaren ska ta fram tydliga instruktioner till den hälso- och sjukvårdspersonal som iordningställer de läkemedel som ska spädas.

Märkning av iordningställda läkemedel

6 § Ett iordningställt läkemedel som inte omedelbart administreras eller överlämnas till en patient ska märkas med uppgifter om

1. patientens identitet,
2. läkemedelsnamn eller aktiv substans,
3. läkemedlets styrka,
4. tidpunkten för iordningställandet, och
5. sådana övriga uppgifter som behövs för en säker hantering av läkemedlet.

Allmänna råd

Internationella standarder kan ge stöd vid märkning av läkemedel.

Ansvar för administrering eller överlämnande av läkemedel

7 § Den som iordningställer ett läkemedel till en patient ska själv administrera eller överlämna läkemedlet till honom eller henne.

Under förutsättning att det är förenligt med en god och säker vård av patienten får, utan hinder av vad som anges i första stycket, någon annan behörig hälso- och sjukvårdspersonal än den som har iordningställt läkemedlet administrera eller överlämna det. Läkemedlet ska då märkas enligt 6 §.

8 § En sjuksköterska som vid ordination av dos IV av det vaccin mot difteri, stelkramp, kikhosta och polio som ska erbjudas vårdnadshavare enligt 2 § Folkhälsomyndighetens föreskrifter (HSLF-FS 2015:6) om vaccination av barn har ordinerat ett läkemedel som även innehåller vaccin mot *Haemophilus influenzae* typ b har själv ansvaret för iordningställandet och administreringen av läkemedlet. Vaccinet mot *Haemophilus influenzae* typ b ska inte administreras till patienten.

Kontroll vid administrering eller överlämnande

9 § Den som administrerar eller överlämnar ett läkemedel till en patient ska mot den givna ordinationen kontrollera

1. patientens identitet,
2. läkemedelsnamn eller aktiv substans,
3. läkemedlets styrka,
4. dosering,
5. administreringssätt, och
6. administreringstillfällen.

Vid kontinuerlig infusion av läkemedel ska kontrollen göras återkommande och vid varje tillfälle som ansvaret för administreringen övergår från en behörig hälso- och sjukvårdspersonal till någon annan sådan personal. Läkemedlen ska då märkas enligt 6 §.

Dokumentation vid iordningställande och administrering eller överlämnande av läkemedel

10 § Vid iordningställande och administrering eller överlämnande av läkemedel ska det i patientjournalen dokumenteras uppgifter om

1. vem som har iordningställt och administrerat eller överlämnat ett läkemedel,
2. när läkemedlet har iordningställts och administrerats eller överlämnats,
3. vem som har utfört en kontroll enligt 8 § andra stycket och tidpunkten för detta, och
4. batchnummer, om det är fråga om ett läkemedel för vaccination eller ett biologiskt läkemedel.

Om aktiv substans har angivits i ordinationen eller om läkemedlet har bytts ut mot ett annat likvärdigt läkemedel, ska även namnet på det läkemedel som har iordningställts och administrerats dokumenteras.

Utbyte mot likvärdigt läkemedel

11 § Verksamhetschefen ska ansvara för att det fastställs vilka läkemedel som får bytas ut mot likvärdiga läkemedel vid iordningställande och administrering eller överlämnande av läkemedel.

Rutiner för märkning m.m.

12 § Av rutinerna för ordination och hantering av läkemedel ska det framgå

1. under vilka förutsättningar någon annan behörig hälso- och sjukvårdspersonal än den som har iordningställt ett läkemedel får administrera eller överlämna det enligt 6 § andra stycket, och
2. hur vårdgivaren säkerställer att iordningställda läkemedel märks enligt 6 §.

13 § I ambulanssjukvården ska vårdgivaren fastställa rutiner för hur icke legitimerad personal ska iordningställa och administrera medicinsk oxygen i enlighet med 5 kap. 7 och 8 §§.

9 kap. Delegering av iordningställande och administrering eller överlämnande av läkemedel

1 § Av 6 kap. 3 § patientsäkerhetslagen (2010:659) framgår att

1. hälso- och sjukvårdspersonal endast får delegera en arbetsuppgift till någon annan när det är förenligt med en god och säker vård av patienten, och
2. den som delegerar en arbetsuppgift till någon annan ansvarar för att denna har förutsättningar att fullgöra uppgiften.

Behörighet att delegera

2 § Endast en läkare, en tandläkare eller en sjuksköterska får delegera iordningställande och administrering eller överlämnande av läkemedel till någon annan.

I ambulanssjukvården är det inte tillåtet att delegera iordningställande och administrering eller överlämnande av läkemedel.

Verksamhetschefens ansvar

3 § Verksamhetschefen ska ansvara för att besluten om delegeringar är förenliga med en god och säker vård.

Kunskaper om hantering av läkemedel

4 § Den som genom delegering får i uppgift att iordningställa och administrera eller överlämna läkemedel ska ha kunskaper om hantering av läkemedel och de risker som är förenade med hanteringen.

Kompletterande bestämmelser om delegering

5 § Kompletterande bestämmelser om delegering finns i

1. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård, och

2. Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2002:12) om delegering inom tandvården.

Rutiner om delegering

6 § Av rutinerna för ordination och hantering av läkemedel ska det framgå

1. under vilka förutsättningar som det är förenligt med en god och säker vård att delegera iordningställande och administrering eller överlämnande av läkemedel, och
2. vilken kompetens som krävs för den som genom delegering får i uppgift att iordningställa och administrera eller överlämna läkemedel.

10 kap. Ställningstagande till pågående läkemedelsbehandling vid inskrivning

1 § Vid inskrivning av en patient i sluten vård ska hälso- och sjukvårdspersonalen ta ställning till om patienten har möjlighet att fortsätta att själv ansvara för en redan pågående läkemedelsbehandling eller om läkemedlet i stället ska administreras eller överlämnas av hälso- och sjukvårdspersonal.

11 kap. Läkemedelsgenomgångar

1 § En läkare ska ansvara för läkemedelsgenomgångar. Läkaren ska vid behov samarbeta med andra läkare, apotekare, sjuksköterskor och annan hälso- och sjukvårdspersonal, om det inte finns hinder enligt offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), patientsäkerhetslagen (2010:659) eller patientdatalagen (2008:355).

2 § Av 2 a § första stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och 5 kap. 1 § patientlagen (2014:821) framgår att den vård och behandling som en patient får ska

1. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, och
2. så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

Enkel läkemedelsgenomgång

3 § Vårdgivaren ska erbjuda de patienter som är 75 år eller äldre och som är ordinerade minst fem läkemedel en enkel läkemedelsgenomgång vid

1. besök hos läkare i öppen vård,
2. inskrivning i slutenvård,
3. påbörjad hemsjukvård, och
4. inflyttning i en sådan boendeform eller bostad som omfattas av 18 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Patienterna som är 75 år eller äldre och som är ordinerade minst fem läkemedel ska dessutom erbjudas en enkel läkemedelsgenomgång minst en gång per år under pågående hemsjukvård eller boende i en sådan boendeform eller bostad som omfattas av 18 § hälso- och sjukvårdslagen.

Skyldigheten att erbjuda läkemedelsgenomgångar gäller för de vårdgivare som i sin verksamhet har läkare anställda eller har läkare som arbetar där på uppdrag eller annan liknande grund.

4 § Vårdgivaren ska även erbjuda patienter som har läkemedelsrelaterade problem eller där det finns misstanke om sådana problem en enkel läkemedelsgenomgång.

Allmänna råd

Läkemedelsrelaterade problem kan vara olämpliga läkemedelsval, felaktig dosering, biverkningar, interaktioner, hanteringsproblem eller andra problem som är relaterade till en patients läkemedelsanvändning.

5 § Vid en enkel läkemedelsgenomgång ska det med utgångspunkt i tillgänglig dokumentation och patientens egna uppgifter så långt möjligt kartläggas

1. vilka läkemedel patienten är ordinerad och varför,
2. vilka av dessa läkemedel patienten använder, samt
3. vilka övriga läkemedel patienten använder.

Läkaren ska kontrollera om läkemedelslistan är korrekt samt göra en bedömning av om läkemedelsbehandlingen är ändamålsenlig och säker.

Allmänna råd

Om patienten begär det eller om patienten inte själv kan lämna uppgifterna, bör uppgifterna om möjligt hämtas in från närstående.

Vid kartläggningen kan uppgifter behöva hämtas in från den egna vårdgivarens och andra vårdgivares journalhandlingar samt från läkemedelsförteckningen, om det inte finns hinder enligt patientdatalagen (2008:355), offentlighets- och sekretesslagen

(2009:400), patientsäkerhetslagen (2010:659) eller lagen (2005:258) om läkemedelsförteckning.

6 § Vid en enkel läkemedelsgenomgång ska patienten få individuellt anpassad information om sina läkemedelsrelaterade problem.

7 § Läkaren ska ta ställning till vilka av patientens läkemedelsrelaterade problem som kan lösas direkt och vilka som kräver en fördjupad läkemedelsgenomgång. Problemen som går att lösa direkt ska åtgärdas.

Patienten ska därefter få

1. individuellt anpassad information om vilka åtgärder som har vidtagits och orsaker till åtgärderna, samt
2. en uppdaterad läkemedelslista.

När patienten vårdas i sluten vård, ska den uppdaterade läkemedelslistan lämnas vid utskrivningen.

8 § Om det bedöms att patienten inte behöver en fördjupad läkemedelsgenomgång, ska ställning tas till när den enkla läkemedelsgenomgången ska följas upp.

9 § Utöver vad som anges i 3 kap. 5–8 och 11 §§ patientdatalagen (2008:355) samt i 5 kap. 3 och 5 §§ i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40 om behandling av personuppgifter och journalföring i hälso- och sjukvården ska läkaren i patientjournalen dokumentera

1. vilka läkemedel patienten använder,
2. vilka läkemedelsrelaterade problem som patienten har, och
3. orsakerna till de åtgärder som har vidtagits enligt 7 § första stycket.

Fördjupad läkemedelsgenomgång

10 § Den patient som efter en enkel läkemedelsgenomgång har kvarstående läkemedelsrelaterade problem eller där det finns en misstanke om sådana problem ska av vårdgivaren erbjudas en fördjupad läkemedelsgenomgång.

11 § Vid en fördjupad läkemedelsgenomgång ska för varje ordinerat läkemedel

1. kontrolleras att det finns en indikation för läkemedlet,
2. behandlingseffekten värderas,

3. bedömas hur doseringen av läkemedlet förhåller sig till patientens fysiologiska funktioner,
4. utvärderas om läkemedlets biverkningar, risken för biverkningar eller risken för interaktioner är större än nyttan med läkemedlet, och
5. nyttan med läkemedlet i förhållande till patientens övriga läkemedel och behandlingar värderas.

Patienten ska få individuellt anpassad information om resultatet av genomgången.

12 § Läkaren ska göra de ändringar i ordinationerna och vidta de andra åtgärder som behövs för att läkemedelsbehandlingen ska vara ändamålsenlig och säker.

Patienten ska därefter få

1. individuellt anpassad information om de åtgärder som har vidtagits och orsaker till åtgärderna,
2. individuellt anpassad information om målen för läkemedelsbehandlingen, och
3. en uppdaterad läkemedelslista.

När patienten vårdas i slutenvård, ska den uppdaterade läkemedelslistan lämnas vid utskrivningen.

13 § En fördjupad läkemedelsgenomgång ska följas upp. Det ska tas ställning till när uppföljningen ska göras och vilken vårdgivare eller vårdenhet som ska ansvara för den.

14 § Utöver vad som anges i 3 kap. 5–8 och 11 §§ patientdatalagen (2008:355) samt i 5 kap. 3 och 5 §§ i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40 om behandling av personuppgifter och journalföring i hälso- och sjukvården ska läkaren i patientjournalen dokumentera

1. orsakerna till de åtgärder som har vidtagits enligt 12 § första stycket,
2. målen för läkemedelsbehandlingen,
3. när uppföljningen av den fördjupade läkemedelsgenomgången ska göras,
4. vilken vårdgivare eller vårdenhet som ska ansvara för uppföljningen, och
5. vilka yrkesutövare som har deltagit vid läkemedelsgenomgången.

Läkemedelsberättelse

15 § När en patient som under vårdtillfället har fått en läkemedelsgenomgång i enlighet med dessa föreskrifter skrivs ut från sluten vård ska en läkare upprätta en läkemedelsberättelse i patientjournalen.

Läkemedelsberättelsen ska innehålla uppgifter om

1. vilka ordinationer som har ändrats,
2. vilka andra åtgärder rörande läkemedelsbehandlingen som har vidtagits, och
3. orsakerna till de vidtagna åtgärderna.

16 § Vid utskrivningen ska det även finnas uppdaterade uppgifter i patientjournalen om

1. målen för läkemedelsbehandlingen,
2. när uppföljningen av behandlingen ska göras, och
3. vilken vårdgivare eller vårdenhet som ska ansvara för uppföljningen.

Därutöver ska det finnas en uppdaterad läkemedelslista i patientjournalen.

Överföring av information vid utskrivning

17 § Om en patient efter utskrivningen ska få vård hos en annan vårdgivare eller vårdenhet, ska läkemedelsberättelsen och informationen som anges i 16 § föras över till denna, om det inte finns hinder enligt offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), patientsäkerhetslagen (2010:659) eller patientdatalagen (2008:355). Överföringen ska göras senast samma dag som patienten skrivs ut.

Vid utskrivningen ska patienten få läkemedelsberättelsen, den uppdaterade läkemedelslistan och den övriga informationen som anges i 16 § skriftligen.

18 § Bestämmelser om vårdplanering och överföring av information vid utskrivning finns i Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:27) om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård.

Uppföljning

19 § Verksamhetschefen hos den vårdgivare eller på den vårdenhet som har ansvaret för uppföljningen efter en fördjupad läkemedelsgenomgång eller efter en utskrivning där det har upprättats en läkeme-

delsberättelse enligt 15 § ska se till att patienten tilldelas en läkare som ansvarar för uppföljningen av läkemedelsgenomgången.

Vårdgivaren ska ansvara för att det finns rutiner som säkerställer att patienter tilldelas en läkare i enlighet med första stycket.

Allmänna råd

Om patienten har en fast vårdkontakt enligt 29 a § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) som är läkare, bör han eller hon ansvara för uppföljningen.

20 § Läkaren ska vid uppföljningen som avses i 19 § göra en bedömning av om läkemedelsbehandlingen är ändamålsenlig och säker samt vid behov vidta åtgärder. Läkaren ska även ansvara för att följa upp, uppdatera och ompröva målen för behandlingen.

När det finns ett behov av fortsatt uppföljning, ska läkaren ansvara även för denna.

Information till närstående

21 § När informationen som anges i 6, 7, 12, 15 och 16 §§ inte kan lämnas till patienten, ska den i stället lämnas till en närstående, om det inte finns hinder i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) eller i bestämmelserna om tystnadsplikt i 6 kap. 12–16 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659).

12 kap. Kontroll och förvaring samt rekvisition av läkemedel

Förvaring av läkemedel

1 § Läkemedel ska förvaras

1. oåtkomliga för obehöriga,
2. enligt tillverkarens anvisningar, och
3. i ett särskilt läkemedelsförråd som är anpassat till verksamhetens inriktning och omfattning.

2 § Under förutsättning att det är förenligt med en säker hantering får läkemedel som måste vara lätt tillgängliga förvaras utanför läkemedelsförrådet.

Tillförsel och förbrukning av narkotiska läkemedel

3 § Tillförseln av narkotiska läkemedel till läkemedelsförråd samt förbrukningen och kassationen av sådana läkemedel ska dokumenteras i en särskild förbrukningsjournal.

4 § Vårdgivaren ska som ett led i egenkontrollen enligt 5 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete regelbundet kontrollera tillförsel, förbrukning och kassation av narkotiska läkemedel.

Rutiner för förvaring samt rekvirering av läkemedel

5 § Av rutinerna för ordination och hantering av läkemedel ska det framgå

1. vilka läkemedel som bedöms kunna förvaras utanför läkemedelsförrådet, och
2. vem som ansvarar för hur läkemedel ska rekquireras.

13 kap. Undantagsbestämmelse

1 § Socialstyrelsen kan medge undantag från bestämmelserna i dessa föreskrifter, om det finns särskilda skäl.

-
1. Denna författning träder i kraft den 1 mars 2017.
 2. Genom författningen upphävs
 - Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2000:1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården
 - Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1992:22) om informationsskyldighet för läkare och tandläkare om generiska läkemedel m.m.

Socialstyrelsen

XX

YY

HSLF-FS kan laddas ned eller beställas via

webb: www.xxxxxxxxxxxxxx.xx

e-post: xxxxxxxx@xxxxxxxx.xx

Kontakt

Xxxxxxxxxxxx

Adress

Telefon: xx-xxxxxxxx Fax: xx-xxxxxxxx

e-post: xxxxxxxx@xxxxxxxx.xx

webb: www.xxxxxxxxxxxxxx.xx

Tryckort: Tryckeri och tryckår

Förslag

Gemensamma författningssamlingen avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, folkhälsa m.m.

ISSN 2002-1054, Artikelnummer xxxxxxxx
Utgivare: Rättschef [REDACTED], Socialstyrelsen

Socialstyrelsens föreskrifter om ändring i föreskrifterna (SOSFS 2001:16) om kompetenskrav för sjuksköterskor vid förskrivning av läkemedel;

**HSLF-FS
2016:xx**

Utkom från trycket
den dag månad
20xx

beslutade den dag månad år.

Socialstyrelsen föreskriver med stöd av 4 kap. 5 § 8 patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) att det i Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2001:16) om kompetenskrav för sjuksköterskor vid förskrivning av läkemedel ska införas en ny paragraf, 4 § och närmast före 4 § en ny rubrik med följande lydelse.

Behörighet att ordinera läkemedel för vaccination

4 §¹ En sjuksköterska som antingen har genomgått specialistutbildning till distriktssköterska eller specialistutbildning inom hälso- och sjukvård för barn och ungdomar är behörig att ordinera läkemedel för vaccination i enlighet med de vaccinationsprogram som finns upptagna i följande föreskrifter, allmänna råd och rekommendationer:

1. Socialstyrelsens rekommendationer för profylax till vuxna mot difteri och stelkramp
2. Folkhälsomyndighetens allmänna råd (HSLF-FS 2015:1) om vaccination mot pneumokocker
3. Folkhälsomyndighetens allmänna råd (HSLF-FS 2015:2) om vaccination mot influensa
4. Folkhälsomyndighetens föreskrifter (HSLF-FS 2015:6) om vaccination av barn i enlighet med det allmänna vaccinationsprogrammet för barn
5. Socialstyrelsens rekommendationer för profylax mot hepatit B, Profylax med vaccin och immunoglobulin — före och efter exposition
6. Socialstyrelsens rekommendationer för preventiva insatser mot tuberkulos

¹ Senaste lydelse HSLF-FS 2015:11.

7. Socialstyrelsens rekommendationer för vaccination mot humant papillomvirus (HPV).

En sjuksköterska som genomgått en utbildning som är likvärdig med någon av specialistutbildningarna i första stycket är behörig att till barn och vuxna ordinera läkemedel för vaccination enligt 1–7.

Vid ordination av dos IV av det vaccin mot difteri, stelkramp, kikhosta och polio som ska erbjudas vårdnadshavare enligt X § Folkhälsomyndighetens föreskrifter om vaccination av barn i enlighet med det allmänna vaccinationsprogrammet för barn är en sjuksköterska med sådan utbildning som anges i första och andra styckena behörig att ordinera läkemedel som även innehåller vaccin mot *Haemophilus influenzae* typ b. Av en sådan ordination ska det framgå att vaccinet mot *Haemophilus influenzae* typ b inte ska administreras till patienten.

En sjuksköterska som genomgått någon annan utbildning som innefattar kunskapsområdet är behörig att till vuxna ordinera läkemedel för vaccination enligt 1–3, 5 och 6.

Det är verksamhetschefen som ska ansvara för att det görs en bedömning av om utbildningarna i andra och fjärde styckena motsvarar specialistutbildningarna i första stycket. Bedömningen ska dokumenteras.

Denna författning träder i kraft den dag månad 201X.

Socialstyrelsen

YY

xx

Gemensamma författningssamlingen avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, folkhälsa m.m.

ISSN 2002-1054, Artikelnummer xxxxxxxx
Utgivare: Rättschef [REDACTED], Socialstyrelsen

Socialstyrelsens föreskrifter om upphävande av föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 1992:22) om informationsskyldighet för läkare och tandläkare om generiska läkemedel m.m.;

**HSLF-FS
201X:xx**

Utkom från trycket
den xx 20xx

beslutade den dag månad 201X.

Socialstyrelsen föreskriver med stöd av 2 § 1 och 4 förordningen (1985:796) med vissa bemyndiganden för Socialstyrelsen att meddela föreskrifter m.m. och 7 kap. 4 § patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) att Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1992:22) om informationsskyldighet för läkare och tandläkare om generiska läkemedel m.m. ska upphöra att gälla den dag månad 201X.

Socialstyrelsen

XX

yy

Avdelningen för regler och behörighet



@socialstyrelsen.se

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården

Läkemedel är den vanligaste behandlingsmetoden inom svensk sjukvård och 66 procent av befolkningen tog 2015 ut minst ett läkemedel på recept.¹ Läkemedel är förenat med stora risker när det inte används korrekt och för den enskilde patienten kan fel läkemedel eller en olämplig kombination av läkemedel föra med sig allvarliga konsekvenser för hälsa och livskvalitet.² För att öka säkerheten och effektivitet vid ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården och tandvården har Socialstyrelsens tagit fram nya föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel. Föreskrifterna syftar även till att modernisera regelverket kring ordination och hantering av läkemedel för att på ett bättre sätt kunna användas i dagens hälso- och sjukvård samt tandvård.

Bakgrund

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2000:1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården

Föreskrifterna och de allmänna råden i SOSFS 2000:1 trädde i kraft i mars år 2000 och reglerar ordination av läkemedel, läkemedelsgenomgångar, iordningställande och administrering av läkemedel, rekvisition och kontroll av läkemedel samt förvaring av läkemedel i hälso- och sjukvården och tandvården.

Mot bakgrund av att en betydande andel av akuta inläggningar av äldre på sjukhus beror på läkemedelsbiverkningar och att äldre får mediciner utskrivna av flera olika läkare som inte känner till varandras ordinationer infördes det under 2013 ett nytt kapitel (3 a kap.) om läkemedelsgenomgångar i SOSFS 2000:1. Bestämmelserna i 3 a kapitlet innebär bl.a. att vårdgivare ska erbjuda en läkemedelsgenomgång till patienter som är 75 år eller äldre och som är ordinerade minst fem läkemedel. I samband med remitteringen av det nya kapitlet lyfte många remissinstanser att det såg ett behov av en större revidering av hela

¹ Statistik om läkemedel 2015, Socialstyrelsen 2016, 2016-4-4

² Rätt information på rätt plats i rätt tid, SOU 2014:23, sid. 385

SOSFS 2000:1. Flera remissvar innehöll anmärkningar om att SOSFS 2000:1 inte är anpassad för dagens hälso- och sjukvård.

Föreskrifterna om hantering av läkemedel, SOSFS 2000:1, är en av de föreskrifter som genererar flest frågor till Socialstyrelsen. En vanligt förekommande fråga är ”Får jag göra detta?”. Under den tid som SOSFS 2000:1 har varit i kraft har även en ny patientdatalag (2008:400) införts och digitaliseringen i vården har ökat i snabb takt. Förutom införandet av 3 a kapitlet har regelverket i SOSFS 2000:1 dock inte ändrats i någon större omfattning.

Hur har föreskrifterna tagits fram?

Arbetet påbörjades under vintern 2014/15 och tog avstamp i Socialstyrelsens förstudie om översyn av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2000:1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården (se nedan). Redan på ett tidigt stadie stod det klart för arbetsgruppen att den stora utmaningen i arbetet var att ta fram föreskrifter som bidrar till en ökad patientsäkerhet och som på ett effektivt sätt ska kunna användas inom all hälso- och sjukvård och tandvård utan att samtidigt bidra till en onödig administration.

Stor arbetsgrupp

Då föreskrifternas tillämpningsområde är mycket vitt har Socialstyrelsen lagt stor vikt vid att se till att de sakkunniga som deltagit i arbetet med att ta fram de nya föreskrifterna har representerat såväl olika yrkesgrupper som olika delar av hälso- och sjukvården och tandvården. Arbetsgruppen har bl.a. haft sjuksköterskor, apotekare, läkare och tandläkare som medlemmar.

Studiebesök, referensgruppsmöten och samråd

En stor del av arbetet med de nya föreskrifterna har genomförts med hjälp av aktiva yrkesutövare, vårdgivare, huvudmän, fackförbund och intresseorganisationer och myndigheter.

Hela eller delar av arbetsgruppen har gjort studiebesök vid följande verksamheter:

- Folktandvården i Stockholm
- Danderyds sjukhus
- Astrid Lindgrens barnsjukhus
- Sahlgrenska universitetssjukhuset
- Drottning Silvias barnsjukhus
- Sunderby sjukhus
- Porsöns vårdcentral
- MAS Luleå

Under 2015 genomförde Socialstyrelsen 7 x 2 referensgruppsmöten à 3 h var. Inför dessa möten bjöd Socialstyrelsen in yrkesföreningar, fackförbund, huvudmän, intresseorganisationer, arbetsgivarorganisationer och representanter för hälso- och sjukvården och tandvården samt representanter från kommuner och landsting.

De sju referensgrupperna bestod av representanter från:

- Elevhälsa
- Psykiatri
- Sjukhusvård
- Kommunal hälso- och sjukvård
- Barnsjukvård
- Tandvård
- Primärvård

För såväl informationsinhämtning, dito spridning om det pågående arbetet och inhämtande av synpunkter har hela eller delar av arbetsgruppen även träffat Läkemedelsverket, SKL, eHälsomyndigheten, Inera, Folkhälsomyndigheten, Svensk sjuksköterskeförening, representanter för journalleverantörerna inom hälso- och sjukvården, Läkarförbundet, Kommunal samt deltagit vid medicinska riksstämman. I frågor om ambulanssjukvård har information särskilt inhämtats från Vårdförbundet, Ambulansförbundet och Riksföreningen ambulanssjuksköterskor.

Förstudien

Socialstyrelsen genomförde under hösten 2013 en förstudie³ om SOSFS 2000:1. Samtliga landsting och ett antal kommuner samt andra intressenter fick genom en enkät möjlighet att ge sina synpunkter på författningen.

Enkäten besvarades av 30 aktörer. Av enkätsvaren framkom bl.a. att

- vissa delar av SOSFS 2000:1 behöver ändras för att bättre fungera dagens hälso- och sjukvård,
- ny informationsteknik har införts i vården, vilket ger helt andra förutsättningar för t.ex. dokumentation och informationsöverföring än när SOSFS 2000:1 trädde i kraft,
- gränsdragningen mellan SOSFS 2000:1 och andra författningar behöver förtydligas,
- idag medverkar fler yrkeskategorier vid läkemedelshanteringen än tidigare, vilket gör att SOSFS 2000:1 bör tydliggöra vilken reell kompetens som ska krävas för olika moment i läkemedelshanteringen,
- skillnaden mellan öppen och sluten vård är numera inte lika tydlig som tidigare och det bör därför inte göras någon åtskillnad mellan öppen och sluten vård i föreskriften när det t.ex. gäller delegering samt hantering av narkotiska läkemedel, och
- flera av de som besvarat enkäten har framfört synpunkter rörande ansvarsfrågor vid ordinationer av läkemedel, bl.a. efterfrågades ett klargörande om vad som åligger olika läkargrupper vid ordination.

³ Förstudie om översyn av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2000:1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården., 2013-08-27, Dnr 53935/2012

Beskrivning av problemet

Skador och risker i samband med ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården

Av Socialstyrelsens lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet från 2016 framgår att många av de skador som uppstår i vården kan kopplas till användningen av läkemedel och att allvarliga vårdskador kan inträffa i samband med ordination, iordningställande och administrering av läkemedel.⁴ I rapporten konstateras att flera av de läkemedelsrelaterade patientsäkerhetsriskerna såsom exempelvis olämpliga läkemedelskombinationer och oavsiktlig dubbelmedicinering, är möjliga att undvika.⁵ Ett annat riskområde som beskrivs i rapporten är äldre och läkemedel. En allt mer omfattande läkemedelsanvändning hos äldre leder till en ökad risk för olika typer av läkemedelsrelaterade problem.⁶

Lex Maria

Vårdgivare har en skyldighet att utreda alla händelser i hälso- och sjukvården som medfört eller hade kunna medföra en vårdskada. De händelser som bedöms vara allvarliga ska i sin tur anmälas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO), dessa anmälningar kallas lex Maria.⁷

Av de 2 823 lex Maria anmälningar som Inspektionen för vård och omsorg fattade beslut om under 2015 kunde 393 ärenden hänföras till hantering av läkemedel.⁸

Rätt information på rätt plats i rätt tid, SOU 2014:23

I april 2014 överlämnades slutbetänkandet i utredningen *Rätt information på rätt plats*, SOU 2014:23. En av de frågor som belystes i utredningen var rätt information om läkemedel och vägen mot en samlad läkemedelslista. Utredningen uttryckte följande om det beslutsunderlag som den som ordinerar ett läkemedel behöver.

Läkemedelsbehandling fordrar systematik; indikation, värdering av risker och nytta, kontinuerlig uppföljning samt att i varje stund av nytillkomna symtom beakta läkemedel som tänkbar utlösande orsak. För att kunna göra detta krävs ett korrekt och aktuellt underlag av patientens läkemedelsbehandling. För ordinatören som ska ta ställning inte bara till enskilda läkemedel, utan även till hur läkemedel samverkar med varandra och med andra pågående behandlingar för att bl.a. ta ställning till fortsatt behandling krävs visserligen mer information än endast uppgift om ordinerade läkemedel. Det behövs inte sällan en koppling mellan varje läkemedelsordination och exempelvis information om vem som

⁴ Lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet 2016, Socialstyrelsen, sid. 72

⁵ ibid

⁶ a.a. sid. 73

⁷ Detta framgår av 3 kap. 3 och 5 §§ samt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659)

⁸ Tabell 3. Antal lex Maria-beslut fördelat efter vad ärendet avser, hela riket och per län, Statistik över antal inkomna och avslutade ärenden avseende lex Maria anmälningar 2015, Inspektionen för vård och omsorg

*ordinerat läkemedlet, orsaken till ordinationen, mål för behandlingen samt planerad uppföljning.*⁹

Utredningen konstaterade att en förutsättning för en patientsäker läkemedelsordination är att den som ordinerar ett läkemedel har tillgång till ett ändamålsenligt beslutsunderlag i form av en läkemedelslista och uppgifter om ordinationsorsaker m.m. Denna information finns inte sällan hos flera olika vårdgivare. Den stora ökningen av antalet vårdgivare som har ägt rum alltsedan år 2009 har tillsammans med den ökade patienttrörligheten och specialiseringen i hälso- och sjukvården medfört att behoven av att hålla samman uppgifter om patienternas läkemedelsbehandling är större än någonsin.¹⁰

Utredningen yttrade följande om ansvaret för den som ordinerar ett läkemedel.

*Vår utgångspunkt är att varje förskrivare har ett ansvar för att i varje given förskrivningssituation göra en bedömning av aktuell läkemedelsbehandling, bedöma om helheten fungerar och att den ordination som avses är ändamålsenlig och säker. Även en oförändrad ordination kan betraktas som ett ställningstagande och i princip jämföras med en ordination av given dos, styrka och behandlingstid.*¹¹

Utredningen konstaterade vidare att:

*Utvecklingen med elektroniska journalsystem och tillhörande läkemedelsmoduler har möjliggjort snabbare, effektivare och säkrare handläggning i samband med läkemedelsordinationer. System för sammanhållen journalföring har dessutom möjliggjort viss informationsöverföring över vårdgivargränserna. Samtidigt uppger vårdgivare och yrkesutövare att det förekommer många olika läkemedelslistor och s.k. ordinationsunderlag i verksamheterna, vilket medför risker för felaktiga eller olämpliga ordinationer. Läkemedelslistan delas inte heller alltid i realtid på ett sådant sätt att den finns tillgänglig i den stund behovet uppstår, vilket ger ett bristande ordinationsunderlag och medföljande risk för patienten.*¹²

Nationell läkemedelslista

Arbetet mot en samlad läkemedelslista för hela landet har i skiftande form pågått de senaste åren. Någon nationell läkemedelslista finns idag inte men Socialdepartementet arbetar med att under 2016 ta fram ett förslag till hur en nationell läkemedelslista ska kunna bli verklighet.

Effektiv vård, SOU 2016:2

Utredningen *Effektiv vård* som presenterades i januari 2016 hade som uppdrag att göra en analys av hur hälso- och sjukvården kan använda professionernas

⁹ SOU 2014:23 sid. 408

¹⁰ Ibid.

¹¹ SOU 2014:23 sid. 409

¹² a.a. sid. 406

resurser på ett mer ändamålsenligt och effektivt sätt. Utredningen redovisade bl.a. ett antal hinder mot att omfördela (och därmed bättre utnyttja hälso- och sjukvårdens resurser) arbetsuppgifter. Ett av dessa hinder ansågs vara de formella möjligheterna att delegera läkemedelshantering till undersköterskor. Omständigheten, att det med det nuvarande regelverk i SOSF 2000:1 går att delegera läkemedelshantering i öppen vården men inte i sluten vården, får som praktisk följd att möjligheterna att använda undersköterskors kompetens är ganska kraftigt kringskurna i vården.¹³

Nya föreskrifter behövs

Läkemedelsbehandling är den i särklass vanligaste behandlingen i hälso- och sjukvården och tandvården och det förekommer ett stort antal läkemedelsrelaterade händelser som medfört vårdskador i hälso- och sjukvården och tandvården. Mot bakgrund av att de senaste årens digitalisering av hälso- och sjukvården och tandvården parallellt med en föränderlig organisation av vården konstaterar Socialstyrelsen att SOSFS 2000:1 är i behov av en mer omfattande uppdatering. Socialstyrelsen har därför tagit fram nya bestämmelser om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården och tandvården.

Ändring i Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2001:16) om kompetenskrav för sjuksköterskor vid förskrivning av läkemedel

För att skapa en enhetlig författning om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården har bestämmelsen om vissa sjuksköterskors behörighet att ordinera läkemedel för vaccination i 3 kap. 10 § i SOSFS 2000:1 flyttats över till Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2001:16) om kompetenskrav för sjuksköterskor vid förskrivning av läkemedel. Med denna förändring kommer sjuksköterskornas behörighet att ordinera och förskriva läkemedel finnas samlade i en föreskrift.

Upphävande av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1992:22) om informationsskyldighet för läkare och tandläkare om generiska läkemedel

Samtidigt som de nya föreskrifterna om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården beslutas avser Socialstyrelsen att upphäva Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1992:22) om informationsskyldighet för läkare och tandläkare om generiska läkemedel m.m.

SOSFS 1992:22 utfärdades 1992 och innehåller föreskrifter och allmänna råd som kompletterade de regler om prisnedsättning av läkemedel som trädde i kraft 1993. Reglerna om prisnedsättning av läkemedel har därefter genomgått genomgripande förändringar. Föreskrifterna och de allmänna råden i SOSFS 1992:22

¹³ Effektiv vård, SOU 2016:2, sid. 277

har till följd av detta blivit inaktuella. De allmänna råden i SOSFS 1992:22 består också i huvudsak av annat än vad som enligt 1 § författningssamlingsförordningen (1976:725) är allmänna råd, dvs. generella rekommendationer om tillämpningen av en författning som anger hur någon kan eller bör handla i ett visst hänseende. SOSFS 1992:22 bör därför upphävas.

Vad ska uppnås?

Motivet till att förändra de föreskrifter som reglerar hälso- och sjukvårdens hantering av läkemedel är framförallt en ökad säkerhet för patienterna och en mer effektiv, jämlik och samhällsekonomisk läkemedelshantering och användning i hälso- och sjukvården och tandvården.

Bestämmelserna i föreskriftsförslaget förtydligar såväl vilket ansvar vårdgivarna har som ansvaret för den hälso- och sjukvårdspersonal som ordinerar och hanterar läkemedel. Ett förtydligande av detta ansvar och de tillhörande skyldigheterna kommer att stärka säkerheten för patienten och även underlätta för hälso- och sjukvårdspersonal. Det ska vara tydligt vilket ansvar vårdgivarna respektive hälso- och sjukvårdspersonalen har och hur arbetsuppgifterna ska utföras och kan fördelas.

Syftet med den nya föreskriften syftar vidare till att uppnå en mer effektiv läkemedelshantering. Den ökade effektiviteten består dels av en anpassning av bestämmelserna till vårdens nuvarande organisation och dels av en förändring som ska säkerställa att rätt personer utför rätt uppgifter och på rätt nivå. En avancerad och läkemedelsintensiv sjukvård kan idag utföras såväl på ett sjukhus som i en patients hem. Att under dessa förutsättningar fortsätta att ha skilda bestämmelser mellan sluten och öppen vård vad gäller delegering av läkemedelshantering framstår inte som effektivt. Förutom att öppna upp för delegering av läkemedelshantering i sluten vården gör de nya föreskrifterna bl.a. det möjligt för apotekare och receptarier att överlämna läkemedel till en patient samt ger sjuksköterskor en möjlighet att under vissa förutsättningar justera enskilda patienters läkemedelsdoser. Socialstyrelsen bedömer vidare att de föreslagna förändringarna även kommer att bidra till en mer jämlik användning av läkemedel där patienten ordinerar rätt läkemedel utifrån hans eller hennes behov.

Föreskriftsförslaget är dessutom anpassat till den logistiska och tekniska som skett inom läkemedelshanteringsområdet under de 16 år som SOSFS 2000:1 har varit i kraft.

Alternativa lösningar och effekter om ingen reglering kommer till stånd

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2000:1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården reglerar ordination och hantering av läkemedel idag. Om några nya föreskrifter inte kommer till stånd fortsätter SOSFS 2000:1 att gälla. Utan några nya föreskrifter finns det risk för att den eftersträlvade ökningen i patientsäkerhet och effektivisering som de nya föreskrifterna väntas

generera, uteblir. De bestämmelser i SOSFS 2000:1 som brister i funktionalitet gentemot dagens hälso- och sjukvård och tandvård kommer vidare att fortsätta att gälla. De problem som bl.a. lyfts fram i SOU 2016:2 kommer därtill inte att lösas utan några nya föreskrifter.

Socialstyrelsen har även valt att meddela allmänna råd på de områden där myndigheten ansett att det inte funnits tillräckliga skäl eller annars varit lämpligt att meddela rättsligt bindande föreskrifter. De allmänna råden utgör generella rekommendationer om tillämpningen av vissa bestämmelser och de anger hur någon kan eller bör handla i ett visst hänseende. Råden innebär ett ytterligare stöd för verksamheterna och personalen när de ska tillämpa föreskrifterna.

Berörda av regleringen

Samtliga verksamheter som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen och tandvårdslagen är berörda av regleringen.

De som berörs direkt av den nya föreskriften är vårdgivare, verksamhetschefer, hälso- och sjukvårdspersonal såsom läkare, tandläkare, sjuksköterskor och undersköterskor m.fl. som arbetar inom hälso- och sjukvården och tandvården. Vidare kommer sådana apotekare och receptarier som är verksamma inom hälso- och sjukvården att beröras av den nya föreskriften. Även personal inom den sociala omsorgen, hemtjänst och hemsjukvård berörs av föreskrifterna. De förändringar som gjorts i föreskriftsförslaget ska tillämpas inom verksamheter som bedrivs av landsting, kommuner samt privata vårdgivare/aktörer (v.g. se bilaga 2, tabell 1 för en sammanställning över berörda arbetsställen samt bilaga 3, tabell 1-4 för antalet berörda sjukhus [fördelat på universitetssjukhus, länsjukhus, länsdelssjukhus och privata sjukhus med specialiserad somatisk och psykiatrisk vård]).

Upphävandet av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1992:22) om informationsskyldighet för läkare och tandläkare om generiska läkemedel m.m. berör utöver ovanstående grupper även farmaceuter som lämnar ut läkemedel från apotek.

De som berörs indirekt av den nya föreskriften är

- patienter och deras anhöriga då den nya föreskriften ställer ökade krav på en mer patientsäker läkemedelshantering,
- Inspektionen för vård och omsorg (IVO) påverkas indirekt då deras tillsyn över hälso- och sjukvården och tandvården ska utövas gentemot nya bestämmelser, och
- Läkemedelsverket kan beröras indirekt av en ny reglering då föreskriftsförslaget syftar till att förtydliga förhållandet mellan Socialstyrelsens respektive Läkemedelsverkets regelverk.

Föreslagna förändringar och nyheter

Ett flertal av bestämmelserna i föreskriftsförslaget har motsvarigheter i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2000:1) om läkemedelshandling i hälso- och sjukvården, varav vissa har genomgått en redaktionell eller språklig ändring. Andra bestämmelser har genomgått mer omfattande ändringar eller tagits bort och ytterligare några är helt nya. En detaljerad jämförelsetabell mellan SOSFS 2000:1 och föreskriftsförslaget finns i bilaga 5.

Författningens innehåll (1 kap.)

Föreskriftsförslaget innehåller ett större antal bestämmelser och allmänna råd fördelade på 13 kapitel. För att ge läsaren en möjlighet att få en överblick över innehållet i föreskrifterna inleds de med en innehållsförteckning.

Tillämpningsområde m.m. (2 kap.)

Förutom att ange i vilka verksamheter som föreskrifterna ska tillämpas har föreskriftsförslaget flera hänvisningsbestämmelser till andra författningar. Dessa avser att förtydliga föreskriftsförslagets relation till och samband med andra föreskrifter från såväl Socialstyrelsen som andra myndigheter.

Definitioner (3 kap.)

Föreskriftsförslaget har jämfört med bestämmelserna i SOSFS 2000:1 ändrat på några definitioner, introducerat ett antal nya och tagit bort ett antal.

En ny definition är *överlämnande av läkemedel*. Ett överlämnande av läkemedel innebär att ett läkemedel som ska tillföras till en patient lämnas över till patienten själv eller till en tredje person som i sin tur administrerar läkemedlet till patienten. Denna nya definition har medfört en uppdelning mellan *administrering av läkemedel* och *överlämnande av läkemedel*.

Ledningssystem och lokala rutiner för läkemedelshandling (4 kap.)

I föreskriftsförslaget hänvisas till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Dessa föreskrifter ställer bl.a. krav på att vårdgivaren ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten samt att fastställa de rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.¹⁴

Ordination och hantering av läkemedel bedöms vara en av de processer som har mycket stor inverkan på vårdgivarens patientsäkerhet. Mot bakgrund av detta innehåller föreskriftsförslaget krav på att vårdgivaren ska fastställa rutiner för verksamhetens ordination och hantering av läkemedel samt säkerställa att läkemedelshandlingen regelbundet genomgår en extern kvalitetsgranskning. En

¹⁴ 3 kap. 1 § och 4 kap. 4 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

kvalitetsgranskning *bör*, i enlighet med det allmänna rådet, genomföras minst en gång per år.

Behörighet att ordinera (5 kap.)

Tydliga bestämmelser om vem som får ordinera

I föreskriftsförslaget finns det hänvisningar till Läkemedelsverkets föreskrifter som reglerar förordnande och utlämnande av läkemedel samt Socialstyrelsens föreskrifter som reglerar vilka kompetenskrav som krävs för sjuksköterskor när de ska ordinera läkemedel. Bestämmelsernas syfte är att tydliggöra gränssnittet mellan de olika myndigheterna respektive författningarna och tillämpningsområden.

I 5 kap. 1 § föreslås en bestämmelse som syftar till att ytterligare klargöra att endast den hälso- och sjukvårdspersonal som är behörig att förordna eller förskriva ett läkemedel, i enlighet med de författningar från Läkemedelsverket och Socialstyrelsen som anges i 2 - 4 §§, är behörig att ordinera läkemedel.

Ordination av läkemedel (6 kap).

Lämplighetsbedömning vid läkemedelsbehandling

All hälso- och sjukvårdspersonal har en lagstadgad skyldighet att fullgöra sina arbetsuppgifter i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.¹⁵ Denna skyldighet åligger givetvis även hälso- och sjukvårdspersonalen vid ordination av läkemedel. Den som ordinerar läkemedel måste bl.a. ta hänsyn till patientens aktuella behov och hälsotillstånd, eventuell överkänslighet samt ålder och vikt.

En ny bestämmelse har införts i 6 kap. 2 §. Bestämmelsen kan ses som ett förtydligande av vad som i vart fall alltid ingår i begreppet ”vetenskap och beprövad erfarenhet” vad gäller ordination av läkemedel.

Av skrivningen i 6 kap. 2 § framgår att den som ordinerar läkemedel ska säkerställa att läkemedelsordinationen är lämplig utifrån patientens aktuella behov. Detta innebär att den som ordinerar ett läkemedel särskilt ska göra en lämplighetsbedömning med hänsyn till patientens

1. hälsotillstånd,
2. ålder,
3. kön,
4. övriga läkemedelsanvändning,
5. pågående behandling och utredning,
6. överkänslighet mot läkemedel, och
7. eventuella graviditet eller amning.

¹⁵ 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659)

Den som ordinerar ska även beakta läkemedlets kontraindikationer och andra viktiga faktorer för läkemedelsbehandlingen. Med formuleringen ”särskilt ska” avses att uppräknningen inte är uttömmande.

Samtliga av de uppgifter som räknas upp i 2 § ska beaktas av den som ordinerar läkemedlet. I dagsläget kan det handla om olika informationsmängder beroende på om den som ordinerar läkemedlet har tillgång till sammanhållen journaldata eller inte. När det gäller information om patientens övriga läkemedelsanvändning kan en kommande gemensam eller nationell läkemedelslista innebära att all hälso- och sjukvårdspersonal som ordinerar läkemedel får tillgång till samma information om patienters läkemedelsanvändning. Skrivningen i 2 § skulle under dessa förutsättningar även gälla för den utökade information som en nationell läkemedelslista innehåller.

Läkemedelsordinationer till barn

Av förstudien om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården framgår att flera remissinstanser påtalat svårigheterna och riskerna med att ordinera läkemedel till barn.

I 5 kap. 3 § föreslås en bestämmelse som särskilt reglerar vårdgivarnas ansvar vid läkemedelsordinationer till barn. Vid sådana ordinationer ska vårdgivaren säkerställa att det finns förutsättningar för att ordinera läkemedel med utgångspunkt i barnets behov. Till denna bestämmelse finns det även ett allmänt råd om bl.a. barnspecifika beslutsstöd och it-stöd samt rimlighetsbedömningar.

Information om utbyte av läkemedel på apotek

I en mindre underökning utförd av Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) undersöktes hur ofta som förskrivare brukar informera sina patienter om att deras förskrivna läkemedel kan komma att bytas ut på apoteket. Av svaren framgår att av de förskrivare som skriver ut 26 eller fler recept per vecka, var det endast 18 % som alltid informerade sina patienter.¹⁶

Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1992:22) om informationsskyldighet för läkare och tandläkare om generiska läkemedel m.m. framgår att den som förordnar ett läkemedel till en patient ska informera patienten om att läkemedlet kan komma att bytas ut. Med anledning av att föreskrifterna i stora delar har blivit inaktuella föreslår Socialstyrelsen att dessa ska upphävas.

Hälso- och sjukvårdspersonalens skyldighet att informera patienten om att läkemedlet kan komma att bytas ut till ett annat likvärdigt läkemedel på apoteket bör dock fortfarande finnas kvar. En sådan viktig bestämmelse får en relevant placering om den införs i detta föreskriftsförslag. Följaktligen har det införts en bestämmelse om informationsskyldigheten i förslaget.

¹⁶ Generiskt utbyte – ur apotekspersonals och förskrivares perspektiv 2013, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, tabell 4

Krav på uppföljning

I föreskriftsförslaget har det införts en bestämmelse med krav på att den som ordinerar ett läkemedel även ska bestämma ett datum för när den ordinerade läkemedelsbehandlingen ska avslutas, eller planera för en uppföljning av den ordinerade läkemedelsbehandlingen. Uppföljning av insatt behandling är en viktig komponent för en säker läkemedelsanvändning hos äldre.¹⁷ Dessutom är en vanlig orsak till brister i läkemedelsbehandlingar av äldre att det saknas uppföljning av den givna behandlingen.¹⁸ Nätverket för Sveriges Läkemedelskommittéer (LOK) och Sveriges läkarförbund har uttryckt att ett beslut om ordination av ett läkemedel även innebär ett ansvar för plan för uppföljning och avslutning av behandlingen.¹⁹

Syftet med bestämmelsen är att säkerställa att ordinationer av läkemedel inte fortgår utan vare sig en uppföljning eller ett avslut av läkemedelsbehandlingen.

Generella direktiv om läkemedelsbehandling

Generella direktiv om läkemedelsbehandling är vanligt förekommande inom hälso- och sjukvården och i synnerhet inom ambulanssjukvården. Ett generellt direktiv om läkemedelsbehandling innebär enligt definitionen i 3 kap. 1 § *ett beslut om läkemedelsbehandling som gäller patienter på en viss vårdenhets särskilt angivna tillstånd*. Först efter att en sjuksköterska genomfört en sådan behovsbedömning som beskrivs i 6 kap. 8 § kan ett läkemedel iordningställas och administreras eller överlämnas till en patient.

I jämförelse med nu gällande reglering om generella direktiv i SOSFS 2000:1 beskriver föreskriftsförslaget i mer detalj än tidigare vad ett generellt direktiv om läkemedelsbehandling ska innehålla.

Kravet på att endast läkare får utfärda ett generellt direktiv om läkemedelsbehandling kvarstår. Till bestämmelsen har lagts ett allmänt råd om att den läkare som ansvarar för patientens hälso- och sjukvård regelbundet bör ta ställning till om en läkemedelsbehandling som ges med stöd av ett generellt direktiv ska omvandlas till en individuell läkemedelsordination. Av de referensgruppsmöten som Socialstyrelsen genomfört har det framkommit att det mer sällan förekommer att ett sådant ställningstagande görs.

Dosjustering

I föreskriftsförslaget (6 kap. 9 §) har det förts in en bestämmelse som inte har någon motsvarighet i SOSFS 2000:1. Denna bestämmelse möjliggör för sjuksköterskor att, under vissa angivna förutsättningar, justera den dos av ett läkemedel som en patient ska få. Bestämmelsen har tillkommit mot bakgrund av det inte alltid är möjligt att i en ordination av läkemedel ange en för patienten optimal dosering. Många läkemedel är även föremål för interaktioner som kräver en

¹⁷ Läkemedelsbehandling hos äldre, Läkemedelsboken, Läkemedelsverket.

¹⁸ Äldres läkemedelsanvändning – hur kan den förbättras?, SBU 2009, sid. 94

¹⁹ Ansvar för patientens ordinerade läkemedel – läkemedelslista, Nätverket för Sveriges Läkemedelskommittéer (LOK) och Sveriges läkarförbund

dosjustering av läkemedlet i fråga.²⁰ En kontinuerlig justering av läkemedelsdosen kan även ibland vara aktuell. Vid exempelvis läkemedelsbehandling med blodförtunnande läkemedel eller insulin kan det finnas behov av ett en sjuksköterska justera doseringen beroende på patientens individuella mål- eller mätvärden.

Krav på att en ordination ska dokumenteras och vilken information som måste dokumenteras

En ordination av ett läkemedel ska enligt föreskriftsförslaget dokumenteras i patientjournalen. Detta kan jämföras med de nuvarande kraven på att en ordination ska föras in i *en särskild ordinationshandling* eller på ett *ordinationskort* eller i en annan *ordinationshandling*. Till bestämmelsen har lagt ett allmänt råd som rekommenderar att dokumentationen görs digitalt.

Den information om en ordination av läkemedel som ska dokumenteras har i viss utsträckning ändrats i föreskriftsförslaget. En jämförelse mellan kraven i SOSFS 2000:1 och föreskriftsförslaget finns i tabell A.

Tabell A.

SOSFS 2000:1 3 kap. 7 § första stycket	HSLF-FS 2016:xx 6 kap. 11 §
En läkemedelsordination ska innehålla uppgifter om läkemedlets namn, läkemedelsform, styrka, dosering, administrationsätt och tidpunkterna för administrering. Doseringen ska anges som antalet tabletter eller andra avdelade läkemedelsdoser eller läkemedlets volym per doseringstillfälle.	De uppgifter om en läkemedelsordination som ska dokumenteras är 1. läkemedelsnamn eller aktiv substans, 2. läkemedelsform, 3. läkemedlets styrka, 4. dosering, 5. administreringssätt, 6. administreringstillfällen, 7. läkemedelsbehandlingens längd, 8. ordinationsorsak, 9. när och hur läkemedelsbehandlingen ska avslutas eller följas upp, och 10. sådana övriga uppgifter som behövs för en säker hantering av läkemedlet.

²⁰ Läkemedelsinteraktioner, Läkemedelsboken, Läkemedelsverket

Muntliga ordinationer av läkemedel

I SOSFS 2000:1 finns det idag bestämmelser om ordination per telefon och muntliga ordinationer samt om hur och av vem dessa ordinationer ska dokumenteras och bekräftas (av en sjuksköterska och de kan signeras via telefax eller elektronisk post). I föreskriftsförslaget (6 kap. 13 §) finns en bestämmelse som reglerar alla former av muntliga ordinationer. Bestämmelsen är numera helt teknikneutral. Muntliga ordinationer av läkemedel ska dokumenteras i anslutning till ordinationstillfället eller i undantagsfall så snart som möjligt därefter. Om den som ordinerar läkemedlet är förhindrad att dokumentera ordinationen ska den dokumenteras av en sjuksköterska.

Iordningställande och administrering eller överlämnande av läkemedel (7 – 9 kap.)

I utkastet till föreskrifter finns bestämmelserna om iordningställande och administrering eller överlämnande av läkemedel i tre olika kapitel, närmare bestämt i 7 kap. med bestämmelser om *behörighet att iordningställa, administrera och överlämna läkemedel*, i 8 kap. med bestämmelser om *iordningställande och administrering eller överlämnande av läkemedel* och i 9 kap. som innehåller bestämmelser om *delegering av iordningställande och administrering eller överlämnande av läkemedel*.

Behörighet att iordningställa, administrera och överlämna läkemedel (7 kap.)

För att på ett tydligare sätt än i SOSFS 2000:1, där behörigheten regleras på olika ställen, klargöra vem som får iordningställa, administrera och överlämna läkemedel har bestämmelserna om hälso- och sjukvårdspersonalens olika behörigheter delats in i fler paragrafer i samma kapitel 7 kap. (1 – 7 §§).

Uppgifter som får utföras av barnmorskor, biomedicinska analytiker, medicintekniska assistenter och tandhygienister inom deras respektive verksamhetsområden

I SOSFS 2000:1 finns en bestämmelse som anger att de uppgifter som enligt föreskriften ska utföras av sjuksköterskor även får utföras av barnmorskor, biomedicinska analytiker, medicintekniska assistenter och tandhygienister inom deras respektive verksamhetsområden (1 kap. 5 §). Vid såväl Socialstyrelsen referensgruppsmöten som i förstudien framkom att denna bestämmelse uppfattas som ottydlig. En vanlig fråga som uppkommit är om bestämmelsen innebär att exempelvis en tandhygienist har samma befogenheter som en sjuksköterska har inom ramen för alla föreskriftens bestämmelser, eller endast i vissa delar. För att förtydliga vem som får göra vad finns i föreskriftsförslaget sju bestämmelser som på ett tydligare sätt anger hälso- och sjukvårdspersonalens befogenheter.

I samma bestämmelse (1 kap. 5 § SOSFS 2000:1) anges att även vissa tidigare förste skötare och överskötare inom psykiatrin får utföra motsvarande uppgifter. I föreskriftsförslaget har möjlighet utföra dessa arbetsuppgifter självständigt

tagits bort för medicintekniska assistenter, förste skötare och överskötare inom psykiatrin. Under förutsättning att arbetsuppgiften delegeras till dem kan dessa grupper även fortsättningsvis utföra sina arbetsuppgifter.

Apotekare och receptarier får överlämna läkemedel

Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2000:1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården framgår att receptarier eller apotekare får iordningställa läkemedel. När detta har skett ska dock en sjuksköterska, läkare, tandläkare ansvara för administreringen av läkemedlet till patienten.

Föreskriftsförslaget utökar receptarier och apotekares behörighet på sådant sätt att de även får en behörighet att överlämna läkemedel till patienter. Denna möjlighet till utvidgning av receptarier och apotekares behörighet efterfrågades bl.a. i Socialstyrelsens förstudie. På Uppsala Universitet finns ett ettårigt magisterprogram i klinisk farmaci. Utbildningen ger farmaceuter de kunskaperna som behövs för att kunna arbeta kliniskt. Antalet utexaminerade kliniska farmaceuter är dock fortfarande få till antalet.

Mot bakgrund av att apotekare och receptarier idag deltar i den kliniska hälso- och sjukvården på ett helt annat sätt än tidigare har Socialstyrelsen bedömt att det är både effektivt och patientsäkert att ge receptarier och apotekare en möjlighet att såväl iordningställa som överlämna läkemedel.

Iordningställande och administrering eller överlämnande av läkemedel (8 kap.)

Samlad information om läkemedelsbehandling

För att uppnå en hög patientsäkerhet är det viktigt att den hälso- och sjukvårdspersonal som iordningställer och administrerar eller överlämnar ett läkemedel har tillgång till korrekt information om den läkemedelsordination som iordningställandet och administreringen eller överlämnandet baseras på.

I syfte att stärka patientsäkerheten har det i föreskriftsförslaget (8 kap. 1 §) förts in en bestämmelse som ålägger vårdgivaren en skyldighet att säkerställa att den hälso- och sjukvårdspersonal som iordningställer och administrerar eller överlämnar ett läkemedel har tillgång till bl.a. de uppgifter om läkemedelsordinationen som har dokumenterats enligt 6 kap. 11 §. Dessutom ska hälso- och sjukvårdspersonalen ha tillgång till uppgifter om vem som har ordinerat läkemedlet och tidpunkten för detta.

Signering innan iordningställande, administrering och överlämnande

Av 3 kap. 10 § patientdatalagen (2008:355) framgår att en journalanteckning ska, om det inte finns något synnerligt hinder, signeras av den som svarar för uppgiften. Denna bestämmelse gäller givetvis också en anteckning om en ordination av läkemedel. Såväl Socialstyrelsens arbetsgrupp som många deltagare vid referensgruppsmötena har påtalat vikten av att ett läkemedel inte iordningställs eller administreras till en patient innan den aktuella ordinationen

har signerats. Mot bakgrund av detta har det införts en bestämmelse i föreskriftsförslaget (8 kap. 2 §) som inte har någon motsvarighet i SOSFS 2000:1. Bestämmelsen innebär att den som iordningställer och administrerar eller överlämnar ett läkemedel till en patient inte kan göra detta innan ordinationen är signerad av den som ordinerat läkemedlet. I de situationer då en patient behöver omedelbar behandling får dock läkemedel iordningställas och administreras eller överlämnas till patienten utan att ordinationen har signerats.

Kontroll vid iordningställande, administrering eller överlämnande

Av Socialstyrelsens lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet från 2016 framgår det att det inom den kommunala hälso- och sjukvården finns en samstämmig bild av att fall och läkemedel är de största riskområdena för uppkomst av vårdskador.²¹ Inom hälso- och sjukvården är läkemedelsrelaterade skador näst vanligast av alla vårdskador och utgör 12,2 % av alla skador.²²

I syfte att minska antalet vårdskador i samband med iordningställande, administrering eller överlämnande av läkemedel har bestämmelserna om kontroll vid iordningställande, administrering eller överlämnande av läkemedel utökats i föreskriftsförslaget.

Kontroll vid iordningställande

Jämfört SOSFS 2000:1 innehåller föreskriftsförslaget förändrade krav på vad som ska kontrolleras vid iordningställande, administrering eller överlämnande av läkemedel. Kontrollen ska enligt föreskriftsförslaget även göras av administreringsätt och administreringstillfällen. Den som iordningställer ett läkemedel ska också göra en rimlighetsbedömning av såväl den ordinerade som den iordningställda dosen. En jämförelse mellan bestämmelserna om kontroll vid iordningställande av läkemedel i SOSFS 2000:1 respektive i föreskriftsförslaget finns i tabell B.

Tabell B.

SOSFS 2000:1 4 kap. 5 § första stycket	HSLF-FS 2016:XX 8 kap. 3 och 4 §§
Den som iordningställer ett läkemedel ska kontrollera patientens identitet, läkemedlets namn, styrka och läkemedelsform samt dosen och	Den som iordningställer ett läkemedel till en patient ska mot den givna ordinationen kontrollera 1. patientens identitet,

²¹ Lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet 2016, Socialstyrelsen, sid. 53

²² Skador i vården, resultat från nationell mätning med strukturerad journalgranskning under perioden jan-mars 2012, SKL 2014, sid 3.

doseringstidpunkten mot ordinationshandlingen	2. läkemedelsnamn eller aktiv substans, 3. läkemedelsform, 4. läkemedlets styrka, 5. dosering, 6. administreringsätt, och 7. administreringstillfällen. Vid spädning av läkemedel till barn ska särskild försiktighet iakttas. 4 § Den som iordningställer ett läkemedel ska göra en rimlighetsbedömning av såväl den ordinerade som den iordningställda dosen.
---	---

Kontroll vid administrering eller överlämnande av läkemedel

Bestämmelsen om vad som ska kontrolleras vid administrering och överlämnande av läkemedel till en patient har i föreskriftsförslaget utökats med fler moment. Utöver att lägga till en kontroll av läkemedelsnamn eller aktiv substans, styrka, dosering, och administreringsätt har det även förts in en ny bestämmelse om kontroll av läkemedel som administreras över tid. I dessa situationer ska kontrollen av det administrerade läkemedlet göras återkommande över tid samt vid skiftbyten. En jämförelse mellan bestämmelserna om kontroll vid administrering eller överlämnande av läkemedel i SOSFS 2000:1 respektive i föreskriftsförslaget finns i tabell C.

Tabell C.

SOSFS 2000:1 4 kap. 5 § andra stycket	HSLF-FS 2016:XX 8 kap. 9 §
Den som administrerar ett läkemedel ska kontrollera patientens identitet och ge patienten det ordinerade läkemedlet vid avsedd tidpunkt.	Den som administrerar eller överlämnar ett läkemedel till en patient ska mot den givna ordinationen kontrollera 1. patientens identitet, 2. läkemedelsnamn eller aktiv substans, 3. läkemedlets styrka,

	4. dosering, 5. administreringssätt, och 6. administreringstillfällen. Vid kontinuerlig infusion av läkemedel ska kontrollen göras återkommande och vid varje tillfälle som ansvaret för administreringen övergår från en behörig hälso- och sjukvårdspersonal till någon annan sådan personal. Läkemedlen ska då märkas enligt 6 §.
--	--

Dokumentation vid iordningställande och administrering eller överlämnande av läkemedel

I den föreslagna bestämmelsen i 8 kap. 10 § finns det en regel om dokumentation vid iordningställande och administrering eller överlämnande av läkemedel.

Informationen om vem som har iordningställt och administrerat eller överlämnat ett läkemedel till en patient och tidpunkten för detta ska dokumenteras i patientjournalen. Utöver detta ska det även framgå vem som utfört en kontroll av en kontinuerlig infusion samt när kontrollen har skett.

I SOSFS 2000:1 finns det i 4 kap. 9 § ett krav på att den som iordningställer och administrerar ett vaccin ska dokumentera vaccinets batchnummer eller något annat identifikationsnummer i patientjournalen. Denna bestämmelse har utökats till att gälla även för batchnummer för biologiska läkemedel.

Ordination med aktiv substans eller generiskt utbyte – krav på dokumentation av vilket läkemedel som har administrerats eller överlämnats

I föreskriftsförslaget har det införts ett krav på att det i patientens journal ska dokumenterats vilket läkemedel som har administrerats eller överlämnats, i de situationer då det i ordinationen har angivits en aktiv substans eller i de situationer när ett generiskt utbyte mot ett likvärdigt läkemedel har skett (8 kap. 10 § andra stycket). Denna bestämmelse gör det möjligt för hälso- och sjukvården och tandvården att spåra vilket läkemedel som patienten i praktiken har fått.

En jämförelse mellan bestämmelserna om dokumentation vid iordningställande och administrering eller överlämnande av läkemedel i SOSFS 2000:1 respektive i föreskriftsförslaget finns i tabell D.

Tabell D.

SOSFS 2000:1 4 kap. 6 §	HSLF-FS 2016:X 8 kap. 10 §
I den ordinationshandling som anges i 3 kap. 3 § ska genom signering framgå vem eller vilka som ansvarat för iordningställandet och administreringen av varje ordinerat läkemedel. Om läkemedelsordinationerna sammanställts i en ordinationshandling enligt 3 kap. 4 §, får signering göras på en särskild lista och avse administrerat läkemedel till en viss patient vid en viss tidpunkt.	Vid iordningställande och administrering eller överlämnande av läkemedel ska det i patientjournalen dokumenteras uppgifter om 1. vem som har iordningställt och administrerat eller överlämnat ett läkemedel, 2. när läkemedlet har iordningställts och administrerats eller överlämnats, 3. vem som har utfört en kontroll enligt 8 § andra stycket och tidpunkten för detta, och 4. batchnummer, om det är fråga om ett läkemedel för vaccination eller ett biologiskt läkemedel. Om aktiv substans har angivits i ordinationen eller om läkemedlet har bytts ut mot ett annat likvärdigt läkemedel, ska även namnet på det läkemedel som har iordningställts och administrerats dokumenteras.

Märkning av läkemedel

Många läkemedelsrelaterade incidenter i hälso- och sjukvården uppkommer när ett läkemedel som har iordningställts men inte administrerats eller överlämnats till en patient inte har märkts upp i nödvändig omfattning eller inte alls. Risken för förväxling är i dessa situationer påtagligt stor. I syfte att åstadkomma en hantering av läkemedel som är mer säker för patienten har bestämmelsen om märkning av läkemedel ändrats i föreskriftsförslaget. En jämförelse mellan bestämmelserna om märkning av läkemedel i SOSFS 2000:1 respektive i föreskriftsförslaget finns i tabell E.

Tabell E.

SOSFS 2000:1 4 kap. 7 §	HSLF-FS 2016:X 8 kap. 6 §
Ett iordningställt läkemedel ska på förpackningen eller behållaren vara märkt med uppgifter om patientens identitet och läkemedlets namn, styrka och dos samt de övriga uppgifter som behövs för en säker hantering. Direktiv om märkning ska finnas i den lokala instruktionen för läkemedelshantering.	Ett iordningställt läkemedel som inte omedelbart administreras eller överlämnas till en patient ska märkas med uppgifter om 1. patientens identitet, 2. läkemedelsnamn eller aktiv substans, 3. läkemedlets styrka, 4. tidpunkten för iordningställandet, och 5. sådana övriga uppgifter som behövs för en säker hantering av läkemedlet. <i>Allmänna råd</i> Internationella standarder kan ge stöd vid märkning av läkemedel.

Ansvar för administrering eller överlämnande av läkemedel

I föreskriftsförslaget anges i 8 kap. 7 § huvudregeln att den som iordningställer ett läkemedel till en patient ska själv administrera eller överlämna läkemedlet till honom eller henne. Någon annan behörig hälso- och sjukvårdspersonal än den som har iordningställt läkemedlet kan dock under vissa förutsättningar administrera eller överlämna läkemedlet. I SOSFS 2000:1 finns denna möjlighet endast när det är *nödvändigt till följd av tekniska krav, sterilitetskrav eller liknande*. Mot bakgrund av dels att Socialstyrelsen fått information om att det funnits oklarheter om tillämpningen av denna bestämmelse, dels att dagens hälso- och sjukvård är mycket varierad till sin art, har dessa begränsningar tagits bort.

Utbyte mot likvärdigt läkemedel

I dagens läkemedelshantering i hälso- och sjukvården är det mer regel än undantag att det sker ett generiskt utbyte av läkemedel. I syfte att öka patientsäkerheten kring dessa utbyten anges i den föreslagna 8 kap. 11 § att verksamhets-

chefen ska ansvara för att fastställs vilka läkemedel som får bytas ut mot likvärdiga läkemedel vid iordningställande och administrering eller överlämnande av läkemedel. Enligt uppgifter från de referensgruppsmöten som genomförts sker detta redan i hälso- och sjukvården idag.

Delegering av iordningställande och administrering eller överlämnande av läkemedel (9 kap.)

Delegering i såväl öppen som slutenvård

Av Socialstyrelsens förstudie framgår att många aktörer inom hälso- och sjukvården anser att delegering är ett område där det råder osäkerhet och att behov av förtydligande finns. Dessa åsikter framkom även vid de referensgruppsmöten som hölls under våren 2015. Även i SOU 2014:23 framfördes att möjligheten att delegera iordningställande och administrering av läkemedel borde utvidgas till att gälla även i slutenvård (se vidare ovan under rubriken ”Rätt information på rätt plats i rätt tid, SOU 2014: 23”). Denna synpunkt återkom även i utredningen ”Effektiv vård”, SOU 2016:2.²³

Vid referensgruppsmötena framfördes flera exempel på när denna begränsning av delegering försvårar ett effektivt utnyttjande av hälso- och sjukvårdspersonalen. Inom en och samma klinik på ett sjukhus kan det förekomma att olika regler gäller för exempelvis undersköterskor som hjälper till vid administrering av inhalationer. Om patienten besöker kliniken såsom en öppenvårdspatient är det fullt möjligt för en kunnig undersköterska att administrera en inhalation av ett läkemedel. Om patienten däremot är inskriven på sjukhuset och således befinner sig inom slutenvården, är detta inte möjligt.

Den utveckling som har skett inom hälso- och sjukvården de senaste två decennierna har inneburit att mycket av den avancerade vården som tidigare endast kunde utföras på ett sjukhus, numera sker i patienternas hem genom den kommunala hälso- och sjukvården (öppen vård). I dessa situationer där det vanligtvis inte finns tillgång till läkare och det kan vara långt till sjukhus, är det idag tillåtet att delegera iordningställande och administrering av läkemedel till icke legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Motsatsvis kan en undersköterska inom slutenvården med dagens regelverk inte överlämna läkemedel till en patient. Socialstyrelsen ser att de skäl som säkerligen en gång i tiden låg bakom förbudet för delegering i slutenvården (att den vård som utförs på sjukhus alltid är mer avancerad och innebär större risker än den vård som sker utanför sjukhusen) inte längre är aktuella. Ett överlämnande av läkemedel som utförs av en undersköterska kan möjliggöra att legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal kan användas till andra arbetsuppgifter. Mot bakgrund av dessa skäl har Socialstyrelsen valt att möjliggöra delegering i all hälso- och sjukvård och tandvård förutom ambulanssjukvården.

²³ Effektiv vård, slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården, SOU 2016:2, sid. 508

Delegering kan göras endast av endast en läkare, en tandläkare eller en sjuksköterska

I 9 kap. 1 § anges att endast en läkare, en tandläkare eller en sjuksköterska får delegera iordningställande och administrering eller överlämnande av läkemedel till någon annan. Detta kan jämföras med bestämmelsen i SOSFS 2000:1 som anger att en sjuksköterska genom delegering får överlåta åt en annan befattningshavare att iordningställa eller administrera läkemedel. Denna bestämmelse har av hälso- och sjukvården uppfattats som begränsande i det dagliga arbetet. För att främja en mer effektiv vård har bestämmelsen utvidgats till att omfatta även läkare och tandläkare.

Kunskaper om hantering av läkemedel

Delegering av iordningställande och administrering eller överlämnande av läkemedel är vanligt förekommande inom den kommunala hälso- och sjukvården. Av det urval av lex Maria anmälningar som Socialstyrelsens arbetsgrupp har gått igenom har det framkommit att det inom den kommunala hälso- och sjukvården förekommer misstag och förväxlingar vid administrering av läkemedel. I syfte att minska förekomsten av dessa situationer finns det i föreskriftsförslaget en bestämmelse som anger att den som genom delegering får i uppgift att iordningställa och administrera eller överlämna läkemedel ska ha kunskaper om hantering av läkemedel och de risker som är förenade med hanteringen (9 kap. 4 §). Ett exempel på vilka kunskaper som man kan behöva finns i webbutbildningen, *Jobba säkert med läkemedel*, som SKL tagit fram.

Läkemedelshantering inom ambulanssjukvården

Inom ambulanssjukvården kommer det inte heller med de föreslagna föreskrifterna inte vara möjligt att delegera läkemedelshantering. Ambulanssjukvården har under de senaste 20 åren gått från att ha varit en transportorganisation till att allt oftare beskrivas som en del av den avancerade akutsjukvården. Den medicintekniska utvecklingen har gjort att mer vård kan ges i ambulanserna idag jämfört med tidigare, vilket bland annat ökat kraven på kompetens hos ambulanspersonalen, till exempel för att kunna hantera läkemedel.²⁴ Den läkemedelshantering som görs inom ambulanssjukvården utförs efter beslut om generella direktiv. Många av de läkemedel som används är potenta och administreras intravenöst. Mot bakgrund av detta har Socialstyrelsen valt att undanta ambulanssjukvården från möjligheten att delegera läkemedelshantering till annan hälso- och sjukvårdspersonal.

**Ställningstagande till pågående läkemedelsbehandling
(10 kap.)**

I Socialstyrelsens förstudie framfördes att det är oklart vad som gäller enligt regelverket i de situationer när en patient sköter sin egen läkemedelsbehandling i sluten vård. En aktör framhöll vikten av att patienter ska kunna behålla sitt

²⁴ Statens insatser inom ambulansverksamheten, RIR 2012:20, sid. 15f

självbestämmande och sin integritet så långt det är möjligt och då kan det vara betydelsefullt att själv få sköta sina läkemedel.

Många patienter som skrivs ut från slutenvård gör det med ett eller flera recept på nya läkemedel. Många gånger kan det vara lämpligt att patienten under sjukhusvistelsen förbereds på och utbildas i hur han eller hon själv ska kunna ansvara för sin egen läkemedelshantering efter utskrivning. Även i dessa situationer kan det vara aktuellt för patienter inom slutenvård att själva kunna administrera sina läkemedel.

Med anledning av dessa situationer har det i föreskriftsförslaget införts en bestämmelse som anger att hälso- och sjukvårdspersonalen vid inskrivning av en patient i slutenvård ska ta ställning till om patienten har möjlighet att fortsätta att själv ansvara för en redan pågående läkemedelsbehandling eller om läkemedlet i stället ska administreras eller överlämnas av hälso- och sjukvårdspersonal (10 kap. 1 §).

Läkemedelsgenomgångar (11 kap.)

Bestämmelserna i detta kapitel har helt och hållet förts över från 3 a kap. i SOSFS 2000:1. Endast några redaktionella ändringar har gjorts, bl.a. med anledning av att hälso- och sjukvårdslagen har ändrats och att patientlagen (2014:821) har tillkommit.

Kontroll och förvaring samt rekvisition av läkemedel (12 kap.)

I Socialstyrelsens förstudie framkom att flera aktörer ville ha samma regler för kontroll och förvaring av narkotiska läkemedel i både slutenvård och öppenvård. Under Socialstyrelsens referensgruppsmöten framkom även att många vårdgivare inom den öppna vården redan idag har särskild kontroll av narkotiska läkemedel. I föreskriftsförslaget har bestämmelsen med krav på en särskild förbrukningsjournal utökats till att gälla för all hälso- och sjukvård och tandvård (12 kap. 3 §).

I kapitlet har det även införts en bestämmelse som anger att vårdgivaren som ett led i egenkontrollen enligt 5 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete regelbundet ska kontrollera tillförsel, förbrukning och kassation av narkotiska läkemedel (12 kap. 4 §).

I övrigt har det endast gjorts mindre ändringar i bestämmelserna jämfört med 5 och 6 kap. i SOSFS 2000:1

Bemyndiganden som myndighetens beslutanderätt grundar sig på

Socialstyrelsen grundar sin beslutanderätt på följande bestämmelser.

2 § 1 och 4 och 4 § 2 förordningen (1985:796) med vissa bemyndiganden för Socialstyrelsen att meddela föreskrifter m.m.

I bestämmelserna ges Socialstyrelsen rätt att meddela föreskrifter om hälso- och sjukvård enligt 32 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) till skydd för enskilda och om journalhandlingars innehåll, utformning, hantering och förvaring enligt patientdatalagen (2008:355) samt om undantag från föreskriften i 3 kap. 10 § samma lag om signeringskrav.

7 kap. 4 § och 8 kap. 5 § första stycket 1 och andra stycket första meningen patientsäkerhetsförordningen (2010:1369).

I 7 kap. 4 § patientsäkerhetsförordningen ges Socialstyrelsen rätt att meddela ytterligare föreskrifter om skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonalen som behövs till skydd för människors liv, personliga säkerhet eller hälsa. I 8 kap. 5 § första stycket 1 och andra stycket första meningen patientsäkerhetsförordningen bemyndigas Socialstyrelsen att meddela föreskrifter om vilka moment som ska ingå i vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete enligt 3 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659) samt om verkställigheten av patientsäkerhetslagen och föreskrifter om verkställigheten av patientsäkerhetsförordningen.

13 § andra stycket tandvårdsförordningen (1998:1338).

I bestämmelsen bemyndigas Socialstyrelsen att meddela ytterligare föreskrifter om verkställigheten av tandvårdslagen och föreskrifter om verkställigheten av tandvårdsförordningen.

Kostnadmässiga och andra konsekvenser

Med anledning av den nya föreskriften har Socialstyrelsen identifierat ett antal områden som kan innebära en kostnadsökning för verksamheter, kommuner och landsting samt kostnader som kan komma att uppstå i enlighet med 7 § förordningen (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning för administrativa kostnader för utökad dokumentation. Vidare har identifierats att en del ändringar kan behöva göras i verksamheternas ledningssystem för att fastställa nya rutiner och riktlinjer (SOSFS 2011:9).²⁵ Samtliga kostnader och konsekvenser som kan komma att uppstå redogörs för nedan.

²⁵ Se Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

De nya föreskrifterna har ett mycket brett tillämpningsområde och berör i stort sett all hälso- och sjukvård och tandvård. Antalet läkemedelsordinationer som görs inom de olika vårdgivarnas verksamheter varierar emellertid kraftigt. Många vårdgivare bedriver verksamheter där läkemedelsbehandling är den mest vanliga behandlingsåtgärden och antalet olika läkemedel är även stort. Inom andra verksamheter sker det få läkemedelsordinationer och inga iordningställanden och administreringar av läkemedel. Kostnaderna för en vårdgivare att anpassa sin verksamhet till de nya föreskrifterna varierar även beroende på bl.a. vilken sorts personal som är anställd, antalet läkemedelsordinationer som utförs, vilka journalsystem som används, om läkemedlet ska iordningställas och överlämnas eller administreras av hälso- och sjukvårdspersonal eller av patienten själv. Detta har lett till att Socialstyrelsen har bedömt det som omöjligt att räkna fram en sammanlagd kostnad. Mot bakgrund av detta har Socialstyrelsen därför i stället angivit hur mycket varje individuell administrativ åtgärd kan komma att kosta. Varje vårdgivare har därmed en möjlighet att räkna på sina egna individuella kostnader.

Även om de nya föreskrifterna initialt kan medföra vissa kostnader för vårdgivarna bedömer Socialstyrelsen att de leder till en effektivisering av ordinationer och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården och tandvården. Dessa effektiviseringar kan på sikt leda till minskade kostnader för vårdgivarna. De nya föreskrifterna bedöms även resultera i ett minskat antal läkemedelsrelaterade vårdskador som i sin tur över tid bedöms resultera i minskade kostnader.

Förordningen (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning ställer krav på att en myndighet ska utreda såväl föreskrifterna som de allmänna rådens kostnadsmässiga och andra konsekvenser (detta framgår av 4 § 1 i nämnda förordning). Även om allmänna råd inte är bindande som föreskrifter ger de en rekommendation om tillämpningen av en författning och anger hur någon kan eller bör handla i ett visst hänseende. För att Socialstyrelsen och vårdgivarna ska kunna bedöma vilka kostnader som kan komma att uppstå när de allmänna råden tillämpas har Socialstyrelsen beräknat kostnaderna för de nya allmänna råd som föreslås i föreskriftsförslaget.

För samtliga nedan redovisade kostnader ingår inga påslag för overhead-kostnader (OH-kostnader) förutom för Socialstyrelsen där en schablon om 30 % har lagts till. Avsaknad av påslag för OH-kostnader för övriga verksamheter och yrkeskategorier beror på bristfällig information kring den procentuella andelen (påslaget).

Delegering

En stor ändring och nyhet i den föreslagna föreskriften är att delegering av såväl iordningställande som administrering eller överlämnande av läkemedel kommer att vara möjligt inom slutenvården. Enligt 9 kap. 2 § av föreskriftsförslaget får delegering ske inom slutenvården. Ett skäl till att öppna upp för delegering inom slutenvården är den ökade rörligheten av sjuksköterskor och undersköterskor från öppen vård till slutenvård samt att linjerna mellan öppen och slutenvård håller på att suddas ut. I samband med att undersköterskor ges möjlighet att

administrera läkemedel kan en del av sjuksköterskornas tid frigöras till andra omvårdnadsuppgifter. Undersköterskornas yrkesroll kan även anses bli starkare då deras kunskap, erfarenheter och färdigheter tillvaratas i större utsträckning. Detta kan även bidra till ett ökat engagemang och ökad flexibilitet inom en verksamhet. Eftersom undersköterskan frigör tid från sjuksköterskan görs även en lönebesparing, då en del av sjuksköterskans arbetsuppgifter kan utföras till en lägre kostnad. Det bör dock uppmärksammas att det inte ställs något krav på verksamheterna inom slutenvården att delegering *måste* ske. En delegering av en arbetsuppgift får endast göras när det är förenlig med kraven på en god och säker vård.²⁶

Beräkning

Enligt statistiska centralbyråns (SCB) register²⁷ för lönestatistik uppgår löne-kostnaderna per månad för en undersköterska och sjuksköterska till det som anges i tabell 1. Ett påslag för sociala avgifter om 44,13 % har gjorts i enlighet med SKL:s rekommendationer till landsting för påslag om sociala avgifter. Påslaget för sociala avgifter tillämpas på samtliga angivna löner om inte annat anges.

• **Tabell 1. Genomsnittlig månadslön för undersköterska och sjuksköterska**

• Yrke	• Månadslön	• Månadslön, inkl. sociala avgifter	• Timlön, inkl. sociala avgifter	• Kod enl. SCB
• Hemtjänstpersonal, vårdbiträde	• 23 100	• 33 294	• 192	• 533
• Undersköterska	• 25 500	• 36 753	• 212	• 532
• Sjuksköterska, ospec	• 32 400	• 46 698	• 269	• 222
• Läkare, ospec	• 61 900	• 89 216	• 515	• 221

Då en undersköterska i och med den nya föreskriften kommer tillåtas att administrera läkemedel inom slutenvården, innebär det att en del av den tiden sjuksköterskan lägger på administrering av läkemedel kan frigöras till andra arbetsuppgifter. För att exemplifiera detta ges ett exempel utifrån information från Norrlands Universitetssjukhus över fördelning av personal på medicinkliniken där ca 200 sjuksköterskor och ca 110 undersköterskor arbetar. Om ett antagande görs utifrån att hälften av samtliga undersköterskor (n=55) dagligen delegeras en timmes administrering av läkemedel innebär det att 55 timmar av sjuksköters-

²⁶ Se 6 kap. 3 § i patientsäkerhetslagen (2010:659).

²⁷ Samtliga angivna timlöner baseras på lönestatistik från SCB per år 2014, genomsnittlig månadslön redovisas som grundlön plus fasta och rörliga tillägg, siffror hämtade från lönedatabasen, SCB, Timlön beräknas enligt formeln: timlön = månadslön x 12 / (52x antalet veckoarbetstimmar)

kornas tid kan frigöras till andra kvalificerade arbetsuppgifter. För antalet yrkesverksamma sjuksköterskor och undersköterskor inom hälso- och sjukvården v.g. se bilaga 1, tabell 1.

Krav på grundläggande kunskap om läkemedelshantering

Den som genom delegering får i uppgift att iordningställa och administrera eller överlämna läkemedel ska, enligt en ny bestämmelse i föreskriften (9 kap. 4 §), ha kunskaper om hantering av läkemedel och de risker som är förenade med hanteringen. Det nya kravet anger att samtliga som tar emot en delegering ska ha särskilda kunskaper om läkemedelshantering. Det yttersta ansvaret för att delegeringar är patientsäkra åligger vårdgivaren och verksamhetschefen samt inom kommunerna, en sådan sjuksköterska som avses i 24 § första stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) även kallad medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS). Inom den kommunala hälso- och sjukvården ska en sådan sjuksköterska ansvara för att rutinerna för läkemedelshantering är ändamålsenliga och väl fungerande.²⁸

Kommunal hälso- och sjukvård

För att exemplifiera de kostnader som kan komma att uppstå till följd av det nya kravet om grundläggande kunskap om hantering av läkemedel och de risker som hantering av läkemedel kan innebära vid en mottagen delegering kan exempel för ökad tidsåtgång och kostnader göras utifrån ett standardiserat utbildningsprogram. SKL har tagit fram den standardiserade webbutbildningen *Jobba säkert med läkemedel* som riktar sig till omvårdnadspersonal i särskilt boende och hemtjänst i kommunal vård och omsorg. Utbildningen är kostnadsfri och finns tillgänglig via Svenskt demenscentrums utbildningsportal. Utbildningen tar cirka två timmar att genomföra och består av fem delkurser som bland annat ger kunskap om att ge läkemedel i rätt tid, på rätt sätt, uppmärksammande och igenkännande av risker samt att förstå ansvarsrollen vid delegering. Utbildningen inkluderar avslutande kunskapsfrågor där ett diplom kan laddas ner vid ett godkänt kunskapstest.

Konsekvenser av att införa webbutbildningen *Jobba säkert med läkemedel* är en ökad kostnad i form av en kostnad för utbildning av personal som uppskattas till två timmar. Det uppstår ingen kostnad för framtagning av själva utbildningen då den redan finns öppet tillgänglig på Svenskt demenscentrums utbildningsportal. Personen som ska motta en delegering kan antas genomföra utbildningen själv för att sedan uppvisa ett godkänt kunskapstest för ansvarig sjuksköterska. Det kan antas att rutiner kring genomförande av utbildning redan existerar och att det snarare handlar om att tiden för utbildningen utvidgas (i förekommande fall).

Kostnaden för en undersköterska att genomgå en webbutbildning i baskunskaper inför delegering uppskattas till 424 kronor och motsvarande för hem-

²⁸ 7 kap. 3 § 4 patientsäkerhetsförordningen (2010:1369)

tjänstpersonal/vårdbiträde 384 kronor²⁹ (utan tillägg för obekväm arbetstid – OB), se tabell 1. De extra kostnader som uppstår i form av lönekostnader vid genomförande av utbildningen görs utifrån antagandet om att arbetstagaren genomför utbildningen utöver den ordinarie arbetstiden eller innan t.ex. en nyanställning. I de fall där utbildningen genomförs under ordinarie arbetstid innebär det att personen inte samtidigt kan vara delaktig i den ordinarie verksamheten och vikarierande personal kan därför kan behöva kallas in vilket innebär ökade kostnader. För antalet berörda arbetsställen som kan antas gå under kommunens ansvar v.g. se bilaga 2, tabell 1 för antal berörda arbetsställen inom vård och omsorg fördelat på näringsgren och storlek.

Landstingen

Föreskriftsförslaget innebär att det öppnas upp för delegering inom slutenvården vilket innebär att det även där kommer att finnas krav på att den som mottagit en delegering ska ha grundläggande kunskaper om hantering och risker med läkemedel. Redan idag delegeras en del medicinska arbetsuppgifter från sjuksköterska till undersköterska inom slutenvården, såsom insättning av urinkateter och venprovtagning etc. Kring detta finns strikt utarbetade rutiner om att en undersköterska ska kunna uppvisa grundläggande kunskaper om genomförande och risker vid mottagande av delegering av tidigare nämnda uppgifter. Vidare genomförs ett praktiskt moment under övervakning av legitimerad sjuksköterska (information från yrkesverksam sjuksköterska samt f.d. verksamhetschef inom akutvården) för att uppvisa reell kunskap. Det kan mot bakgrund av detta antas att rutiner och utbildning vid delegering av läkemedelsadministrering kommer att vara uppbyggda på liknande eller samma sätt som vid delegering av andra medicinska arbetsuppgifter.

Ett antagande görs utifrån att det tar två timmar för en undersköterska att genomgå utbildning kring läkemedelshantering exklusive tid för det praktiska momentet under övervakning av legitimerad sjuksköterska. Antagandet baseras på information från yrkesverksam sjuksköterska och f.d. undersköterska inom akutvården om att längd på utbildning vid delegering av medicinska arbetsuppgifter kan variera från cirka 10 minuter till en halvdag. Uppskattning av tid för genomförande av det praktiska momentet baseras på tidsåtgången för insättning av urinkateter och venprovtagning etc. som uppskattningsvis tar ca 60 minuter att genomföra. Det kan antas att det praktiska momentet vid delegering av administrering av läkemedel tar lika lång tid. Tiden kan dock variera beroende på om det rör sig om administrering av perorala läkemedel eller läkemedelsinfusioner. Om man antar att utbildningens längd är två timmar och att det praktiska momentet tar en timme att genomföra uppgår kostnaden för en undersköterska att genomgå detta till 636 kronor³⁰ (utan tillägg för OB), v.g. se tabell 1 för genomsnittlig timlön för undersköterska. Vid genomförande av utbildning och det praktiska momentet antas det om att den genomförs under ledning av en

²⁹ 212x2=424, 192x2=384

³⁰ Totala kostnaden för två timmars utbildning och praktiskt moment under en timme.

sjuksköterska som därmed avsätter tre timmar av sin arbetsid för utbildning och handledning vilket innebär en kostnad om 807 kronor (utan tillägg för OB), v.g. se tabell 1 för genomsnittlig timlön för sjuksköterska. Den totala engångskostnaden per undersköterska som mottar delegering uppskattas uppgå till 1 443 kronor (807+636 kronor). Denna kostnad kan uppskattas lägre om flera undersköterskor genomgår utbildning och handledning samtidigt. Vidare innebär genomförande av utbildning och handledning att berörd personal inte kan vara delaktig i den ordinarie verksamheten varför vikarierande personal kan behöva kallas in och detta kan innebära ökade kostnader.

Dokumentation av biologiska läkemedel

De som bedriver verksamhet inom hälso- och sjukvården har en skyldighet att rapportera samtliga misstänkta biverkningar av läkemedel till Läkemedelsverket.³¹ Vid biverkningar av läkemedel som innehåller bioteknologiskt framställda läkemedel ska därutöver alltid batchnummer anges i biverkningsrapporten. Detta innebär att hälso- och sjukvården redan idag dokumenterar batchnummer på de biologiska läkemedel som administreras till patienter. För att tydliggöra detta indirekta dokumentationskrav har det i föreskriftsförslaget införts ett krav på att dokumentera biologiska läkemedels batchnummer i patientjournalen ska (8 kap. 9 § första stycket 4).

Dokumentation av batchnummer uppskattas ta några sekunder och upp till en minut att genomföra (enligt information från distriktsköterska, sjuksköterska och läkare inom öppen- och slutenvården), vilket innebär en ökad tid för administration. Kvantiteten kring användningen av biologiska läkemedel skiljer sig inom olika inriktningar inom vården samt varierar i hur stor utsträckning det används. Enligt uppgifter från sjuksköterska, apotekare och läkare inom öppen och slutenvård tillämpas biologiska läkemedel inom vissa inriktningar inte alls samtidigt som det inom reumatologi används i stor utsträckning. Då det redan idag ställs (indirekta) krav på dokumentation av batchnummer för biologiska läkemedel innebär det nya kravet i föreskriften inte någon förändring eller påverkan på hälso- och sjukvården varför inga ökade kostnader uppstår till följd av det nya kravet i föreskriften.

Systematiskt kvalitetsarbete vid egenkontroll

Den nya föreskriften ställer ett nytt krav (4 kap. 3 §) på vårdgivaren att säkerställa att läkemedelshanteringen regelbundet genomgår en extern kvalitetsgranskning. En kvalitetsgranskning *bör* i enlighet med det allmänna rådet genomföras minst en gång per år. Idag finns det apotek/apotekskedjor som tillhandahåller tjänster inom kvalitetsgranskning av läkemedelshandling för enheter inom hälso- och sjukvård och social omsorg där läkemedel hanteras. En kvalitetsgranskning tar olika lång tid beroende på en verksamhets storlek samt hur mycket läkemedel som hanteras. Socialstyrelsen har varit i kontakt med ett apotek som erbjuder denna typ av tjänst som gjort en uppskattning om att en

³¹ Se 19 § Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 2012:14) om säkerhetsövervakning av humanläkemedel

kvalitetsgranskning (inklusive rapportskrivning) i genomsnitt tar fyra timmar att genomföra. Apoteket i fråga tillämpar en ersättning om 1 005 kronor per timme innebärande en total kostnad om 4 020 kronor (1 005x4) för en kvalitetsgranskning/år som alltså blir en återkommande årlig kostnad om man följer minimirekommendationen i de allmänna råden. Kostnader för en extern kvalitetsgranskning kan anses få olika konsekvenser för olika aktörer beroende på storlek, v.g. se avsnittet om konkurrensförhållanden, påverkan på stora och små vårdföretag. För vidare information kring antalet berörda privata arbetsställen fördelat över storlek och näringsgren som påverkas av det nya kravet se tabell 1, bilaga 2.

Ökad administration och digital dokumentation

Digital dokumentation

Bestämmelser om patientjournaler och dess innehåll finns bl.a. i patientdatalagen (2008:355), Socialstyrelsens föreskrifter (2008:14) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården och i SOSFS 2000:1.

I 6 kap. 10 § anges att en läkemedelsordination ska dokumenteras på ett strukturerat och enhetligt sätt i patientjournalen. I viss mån kan detta innebära en ökad administration för den som ordinerar läkemedel då nya krav på dokumentation har uppkommit. Det kan dock anses ligga i utförande läkare eller sjuksköterskans roll att redogöra för om tidigare ordination ändrats eller avslutats till följd av att en ny läkemedelsordination initieras. Enligt information från sjuksköterska inom akutsjukvården samt distriktsköterska inom primärvården ska dokumentation av avslut och ändring av en läkemedelsordination göras i patientjournalen, dock används i viss utsträckning *tillsvidareordinationer* som kan ändras och uppdateras med tiden.

Eftersom läkemedelsordinationer redan idag ska dokumenteras i patientjournalen innebär kravet i 6 kap. 10 § inte en ökad administrativ belastning för berörd hälso- och sjukvårdspersonal.

Vidare redogör det allmänna rådet för att dokumentation bör göras elektroniskt. Idag sker nästan uteslutande all dokumentation inom hälso- och sjukvården elektroniskt på plats på respektive vårdenhets. Dock finns det brister i möjligheten till e-dokumentation på plats hemma hos patient i den kommunala hälso- och sjukvården. Enligt information från flera kommuner, personal inom primärvården och anställda på Socialstyrelsen beskrivs att det finns ett behov av tillgång till information gällande läkemedelsordinationer, tidigare ordinationer samt läkemedel som eventuellt har blivit utsatt om patient vårdats på sjukhus eller vårdhem. I Socialstyrelsens rapport³² om e-hälsa i kommunerna redogörs för att i fem procent av kommunerna kan all legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal läsa mobilt i det egna IT-systemet. Andelen kommuner där personal kan dokumentera mobilt utgör även den fem procent. I de kommuner där social omsorg även drivs i privat regi kan fem procent av personalen läsa mobilt i det egna IT-systemet och tre procent dokumentera mobilt.

³² E-hälsa i kommunerna – Redovisning av nyckeltal för utveckling av e-hälsa i kommunerna, Socialstyrelsen 2015

När en legitimerad sjuksköterska, undersköterska eller övrig omvårdnadspersonal administrerar läkemedel i en patient/brukares hem, på vård och omsorgs/demensboenden fylls ofta en signeringslista i som visar att givet läkemedel har administrerats. Enligt uppgift från distriktsköterska inom primärvården, medicinskt ansvariga sjuksköterskor samt anställda inom kommunen är denna lista i pappersformat och samlas in i slutet av varje månad (ibland efter längre tid). Listan dokumenteras genom att den scannas in i journalsystemet eller sätts in i en pärm. Denna lista kan innehålla många anteckningar och kommentarer som gör den otydlig och svår att läsa. Då listan samlas in i slutet på månaden sker dokumentationen långt efter att läkemedlet har administrerats. I och med att de uppgifter som behov för en god och säker vård av patienten ska antecknas i patientjournalen så snart som möjligt³³ är det önskvärt att t.ex. signering³⁴ vid administrering av läkemedel ska ske i realtid elektroniskt. Detta kan göras med hjälp av en smartphone eller surfplatta på sådant sätt att ansvarig sjuksköterska även kan delges information om att patient/brukare har mottagit givet läkemedel. Inom landet har identifierats att en del kommuner samt privata aktörer infört digitala signeringslistor inom hemtjänst, hemsjukvård, allmänna vård och omsorgs/demensboenden samt gruppboenden för personer med funktionsnedsättning.

Digital signeringslista

Socialstyrelsen har identifierat tre kommuner som har infört digitalt signeringsverktyg såsom digitala signeringslistor: Norrtälje, Lerum och Tomelilla kommun. De har infört de digitala signeringslistorna inom verksamheter såsom hemtjänst, hemsjukvård, särskilda boenden och vård- och omsorgsboenden. I bilaga 4 ges exempel på kostnader som har identifierats av respektive kommun vid införandet av digital signeringslista inom olika verksamheter. Vidare redovisas vad de totala kostnaderna för respektive kommun kan uppgå till om digital signeringslista införs inom samtliga verksamheter som drivs på uppdrag av kommunerna.

Utveckling inom området för E-hälsa

Inom stora delar av landet pågår en dialog och pågående projekt om nationell samverkan för e-hälsa. I dessa arbeten ingår uppdraget med att skapa en nationell ordinationsdatabas med en samlad läkemedelslista med information som ska lagras inom ramen för sammanhållen journalföring. Idag finns flera olika journalsystem i bruk vilket innebär strukturella svårigheter och omfattande kostnader för landstingen i arbetet med att skapa bland annat en samlad läkemedelslista. Nedan redogörs för de journalsystem som utgör den största delen av den svenska marknaden.

³³ 3 kap. 9 § patientdatalagen (2008:355)

³⁴ Signering: påföra signatur i syfte att styrka riktighet och säkerställa spårbarhet, se bl.a. 1 kap. 3 § SOSFS 2008:14

• Marknaden för vårdssystem ³⁵	• Andel (%)
• Cosmic	• 27,6
• Melior	• 25,9
• Take Care	• 20,6
• System Cross	• 10,4
• VAS	• 7,7
• PMO/J3	• 4,2
• Övriga	• 3,6
• Totalt	• 100

Som ett exempel kan anges att Region Skåne, Västra Götalandsregionen och Stockholms läns landsting gått samman under namnet 3R med syfte att skapa en gemensam plattform för vårdinformation, integration, kommunikation och dokumentation. Den pågående utvecklingen inom integrering av olika system påskyndar en ökad digitalisering som på sikt kan bidra till minskade kostnader och göra det mer tillgängligt för alla verksamheter inom hälso- och sjukvårdsområdet och därmed även till såväl en ökad effektivitet inom läkemedelshanteringen som en ökad patientsäkerhet. I dagsläget är det dock svårt att göra en uppskattning av kostnader för en ökad koordinering av olika system då utvecklingsarbetet pågår kontinuerligt i olika omfattning. Det är även svårt att uppskatta kostnader för uppdatering av system och licensavgifter är på grund av att verksamheterna är så pass olika.

Ökad administration

Uppskattning

Sammanfattningsvis uppstår det kostnader för landstingen både av engångskaraktär samt löpande i verksamheterna. Det är utbildning i läkemedelshantering för undersköterskor där sjuksköterskor handleder, kontroll vid kontinuerliga infusioner och uppdatering av de generella direktiven. Vidare uppstår det kostnader vid utökad dokumentation av läkemedelsordination samt även doku-

³⁵ eHälsa i Landstingen 2014 – inventering på uppdrag av SLIT-gruppen

mentation vid iordningsställandet och administrering eller överlämning av ett läkemedel.

Internationella standarder

I den nya föreskriften har ett nytt allmänt råd tillkommit i 8 kap. 6 §. Det anger att framtagna internationella standarder kan ge stöd vid märkning av läkemedel. De internationella standarder som nämns är något som redan existerar varför det inte ålägger verksamheter någon extra börda gällande rutiner eller administration.

Kontroll vid kontinuerliga infusioner

I 8 kap. 9 § andra stycket ställs ett nytt krav om att vid kontinuerlig infusion av läkemedel ska detta kontrolleras återkommande samt vid byte av personal. I och med detta ska ansvarig för administrering säkerställa att läkemedlet överensstämmer mot given ordination. Den ökade tid det innebär att kontrollera mot given ordination uppskattas till 5 minuter³⁶ för kontroll och eventuell dokumentation vid personalbyte, detta till en kostnad om ca 22 kronor för en sjuksköterska.³⁷

Dokumentation vid iordningsställandet och administrering eller överlämnande av ett läkemedel

I 8 kap. 10 § ställs ett nytt krav om dokumentation av vem som iordningsställt och administrerat eller överlämnat ett läkemedel samt tidpunkt för detta. Vidare ska ett generiskt utbyte av läkemedel dokumenteras vid namn. I samma bestämmelse sista stycket anges att det iordningställda läkemedlets produktnamn ska dokumenteras. Samtliga dokumenterade uppgifter ska signeras med en uppskattad tidsåtgång om <1 minut. Som utgångspunkt för de extra kostnader som kan komma att uppstå givet den tidsåtgång det nya kravet innebär kan beräknas timlön x ökad tid för dokumentation för den hälso- och sjukvårdspersonal det gäller.

Ställningstagande om fortsatt ansvar för läkemedelsbehandling

I 10 kap. 1 § ställs ett nytt krav på att hälso- och sjukvårdspersonalen vid inskrivning av en patient i slutenvård ska ta ställning till om patienten har möjlighet att fortsätta att själv ansvara för en redan pågående läkemedelsbehandling eller om läkemedlet i stället ska administreras eller överlämnas av hälso- och sjukvårdspersonal. Det kan antas att antalet fall av ställningstaganden som genomförs är väldigt varierat varför det är svårt att uppskatta för tidsåtgång och kostnader. Socialstyrelsen har efterfrågat information kring antalet omprövningar av tidigare beslut om läkemedelsbehandling som görs vid inskrivning i slutenvård och fått information om att det är svårt att uppskatta. Det får vidare förmodas att majoriteten av vårdinrättningarna inom den slutna vården redan

³⁶ Enligt inkommen information från sjuksköterska som arbetar inom akutvården

³⁷ Timlön 269 (inkl. sociala avgifter)/60=4,5, 4,5x5=22,4

idag har rutiner kring omprovning och ställningstagande av tidigare läkemedelsbehandling som egenvård.

Rutinkrav

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete anges att vårdgivaren ska utarbeta och fastställa de rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. I föreskriftsutkastet finns det i 4 kap. 2 § ett krav på att vårdgivaren ska fastställa rutiner för ordination och hantering av läkemedel i verksamheten. Därutöver finns det i föreskriftsutkastet ytterligare bestämmelser³⁸ som specificerar vilka rutiner som ska finnas för att säkerställa en god och säker läkemedelshantering inom verksamheten. Enligt uppgifter som framkommit genom Socialstyrelsens förstudie och vid de referensgruppsmöten som har hållits har det framkommit att det stora flertalet vårdgivare har lokala rutiner för läkemedelshantering.³⁹ De krav på rutiner som den nya föreskriften ställer krav på att vårdgivaren ska ha finns i allt väsentligt redan i vårdgivarnas lokala rutiner för läkemedelshantering och kan även anses vara inom ramen för vad som är förenligt med en god och säker vård.

Generella direktiv

Ett nytt krav i bestämmelsen om generella direktiv (6 kap. 7 §) är att fyra nya punkter har tillkommit som ska föras in i det skriftliga generella direktivet. Detta innebär att en uppdatering behöver göras av samtliga generella direktiv för att innefatta de nytillkomna punkterna. Hur de generella direktiven ser ut samt är dokumenterade skiljer sig åt mellan olika verksamheter. Enligt information från hälso- och sjukvårdspersonal inom slutenvård och öppenvård, ambulans samt verksamhet under den kommunala hälso- och sjukvården kan de generella direktiven finnas införda som en del av läkemedelsmodulen i journalsystemet, dokumenterade i en bok eller i ett pappersdokument. Det finns vidare skillnader i hur många generella direktiv som finns på respektive vårdenheter varför den sammanlagda tid och kostnad för att uppdatera samtliga generella direktiv skiljer sig åt. Vidare framgår av olika exempel på generella direktiv att en del av de nya krav som finns i den nya föreskriften redan finns med i dagens generella direktiv, varför det i vissa fall inte behöver innebära en extra administrativ börda.

Landsting

En skattning av den tid som behöver läggas ned för att uppdatera besluten om generella direktiv kan göras baserad på information som inkommit från en yrkesverksam läkare inom den neonatala vården. Av denna framgår att en uppdatering av de generella direktiven uppskattas ta 1-3 dagar att genomföra (avdelning på ett större sjukhus). Utifrån detta görs ett antagande om att den genomsnittliga tiden för uppdatering av de generella direktiven innebär två

³⁸ 6 kap. 16 §, 8 kap. 12-13 §§, 9 kap. 6 § och 12 kap. 5 §

³⁹ Fram till och med 2013 fanns det i SOSFS 2000:1 en bestämmelse som angav att vårdgivaren skulle fastställa lokala rutiner för läkemedelshantering.

dagars heltidsarbete (å 8 timmar) för en läkare. Enligt SCB:s register över lönestatistik är den genomsnittliga månadslönen för en läkare (se tabell 1) 61 900 kronor, vilket innebär en timpenning om 515 kronor (inkl. påslag för sociala avgifter). Den totala kostnaden för två dagars arbete uppgår då till 8 240 kronor och antas utgöra en engångskostnad för en avdelning.

Om man antar att samtliga avdelningar inom slutenvården på ett universitets-sjukhus behöver uppdatera sina generella direktiv, görs en skattning utifrån antalet slutenvårdsavdelningar på Norrlands universitetssjukhus som uppgår till 37 stycken, v.g. se bilaga 3, tabell 1 - 3 för antalet sjukhus med slutenvårdsavdelningar. Kostnaden för att uppdatera de generella direktiven inom slutenvården uppgår då till 304 880⁴⁰ kronor för Västerbottens läns landsting. Vidare innebär en uppdatering av de generella direktiven att den läkare som utför arbetet inte kan delta i den ordinarie verksamheten till följd av uppdateringen. Å andra sidan kan antas att en återkommande uppdatering av de generella direktiven ingår i verksamhetschefens eller läkarens ordinarie arbetsuppgifter varför dessa inte torde åsidosättas.

Kommun

I den kommunala hälso- och sjukvården och inom hemsjukvården förekommer det att ansvariga läkare, och primärvården i samråd med Läkemedelsrådet utarbetar de generella direktiven som revideras årligen. Antalet generella direktiv som ska uppdateras är svårt att kvantifiera och Socialstyrelsen har inte kunnat ta del av information kring hur många generella direktiv det kan röra sig om. De ökade kostnader som kan antas uppkomma kan beräknas utifrån antalet utökade arbetstimmar för att revidera befintliga direktiv i samband med den årliga uppdateringen, timlön x nedlagd arbetstid för revidering och tillägg utifrån de fyra nytillkomna punkterna till direktiven.

Spädningsinstruktioner

I 8 kap. 5 § anges att vårdgivaren ska ta fram tydliga spädningsinstruktioner till stöd för den hälso- och sjukvårdspersonal som iordningställer sådana läkemedel som ska spädas. Enligt uppgifter inhämtade från hälso- och sjukvårdspersonal inom slutenvården samt sjuksköterska inom öppenvård är det svårt att uppskatta den tid som det tar att ta fram spädningsinstruktioner då dessa skiljer sig inom olika inriktningar inom vården⁴¹. Vidare kan det antas att spädningsinstruktioner används redan idag och att det normalt får anses ingå i kraven på en god och säker vård.

Förbrukningsjournal

Ett nytt krav som tillkommit i 12 kap. 3 § i föreskriftsförslaget är att en förbrukningsjournal för tillförsel av narkotiska läkemedel, ska finnas hos alla vårdgivare som hanterar narkotiska läkemedel. Enligt information från sjuksköterska inom

⁴⁰ 8 240 x 37 = 304 880 kronor

⁴¹ Baseras på inkommen information från läkare och sjuksköterska inom slutenvården samt sjuksköterska inom öppenvård

hjärtvård och medicinskt ansvariga sjuksköterskor på kommun används förbrukningsjournal idag i stor utsträckning. I en förbrukningsjournal kan det finnas information om läkemedlets namn, mängd, styrka samt förpackningsstorlek.⁴² När uttag av narkotiska läkemedel sker dokumenteras mängden läkemedel som ges och patientens (mottagarens) personnummer. Utifrån den informationsmängd som ska uppges görs uppskattningen att det tar omkring en minut att fylla i en förbrukningsjournal. Detta kan anses utgöra en marginell skillnad när det gäller den utökade tiden för administration som det nya kravet innebär. Dock får det förmodas att tiden för administration skiljer sig åt beroende på i hur stor utsträckning narkotiska preparat används hos vårdgivaren. Beroende på vårdens inriktning och sjukdomspanoramat kan förbrukningen variera. Ökade kostnader för registrering i förbrukningsjournal beräknas utifrån timlön x ökad tidsåtgång i form av nedlagt arbetstid.

Kontroll av tillförsel, förbrukning och kassation av narkotiska läkemedel

Vårdgivaren ska, enligt 12 kap. 4 § i föreskriftsutkastet, regelbundet kontrollera tillförsel, förbrukning och kassation av narkotiska läkemedel. Enligt uppgift är detta något som redan genomförs idag. Den nya bestämmelsen anses därför inte innebära någon ökad administrativ och ekonomisk belastning för vårdgivarna.

Lämplighetsbedömning

I 6 kap. 2 § redogörs för att den som ordinerar ett läkemedel ska säkerställa att en läkemedelsordination är lämplig utifrån en patients aktuella behov. Detta ska säkerställas utifrån sju angivna punkter. Det ställs inget krav på dokumentation. Att en ordination är lämplig behöver säkerställas utifrån varje individs aktuella behov och det ligger i läkarens, tandläkarens och sjuksköterskans yrkesroll att göra detta. Inga nya rutiner kring detta borde behöva utarbetas. I 6 kap. 5 § i föreskriftsutkastet ställs ett krav om att den som ordinerar ett läkemedel ska bestämma ett datum för när den ordinerade läkemedelsbehandlingen ska avslutas, eller planera för en uppföljning av behandlingen. Denna punkt anses ligga inom kunskaps- och ansvarsområdet för den som ordinerar läkemedel. Föreskriften har för avsikt att ge ett skriftligt uttryck för något som redan idag får anses ligga i kravet på god vård och vetenskap och beprövad erfarenhet.⁴³

Behovsbedömning vid generella direktiv

Av bestämmelsen i 6 kap. 8 § framgår att en sjuksköterska ska göra en behovsbedömning av patienten och kontrollera indikation och kontraindikation innan hon eller han med stöd av ett generellt direktiv om läkemedelsbehandling iordningställer och administrerar eller överlämnar ett läkemedel till en patient.

⁴² Enligt information från enmedicinskt ansvarig sjuksköterska på kommun och sjuksköterska inom akutvård

⁴³ Patientsäkerhetslagen 6 kap. 1 §, 1 § Hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten ska visas omtanke och respekt.

Ett nytt allmänt råd har tillkommit som innebär att läkaren regelbundet bör ta ställning till om en läkemedelsbehandling ska omvandlas från ett generellt direktiv till ett individuellt. I paragrafen ställs inget utökat krav på dokumentation. Den nya bestämmelsen anses därmed inte innebära någon ökad administrativ och ekonomisk belastning.

Dokumentation av en läkemedelsordination

I 6 kap. 11 § ställs ökade krav på vad som ska dokumenteras vid en läkemedelsordination. En uppskattad tidsåtgång för en eventuell utökad administration kan estimeras till <1 minut, en ökad kostnad för detta kan beräknas utifrån timlön⁴⁴ x ökad tid för dokumentation av behandlingens längd, ordinationsorsak och när och hur behandlingen ska avslutas eller följas upp.

Rimlighetsbedömning

Bestämmelsen i 8 kap. 4 § ställer ett nytt krav på att den som iordningställer ett läkemedel ska göra en rimlighetsbedömning av såväl den ordinerade dosen som det iordningställda läkemedlet. En rimlighetsbedömning av en iordningsställt läkemedelsdos antas utföras redan idag och bedömningen får anses ligga inom ramen för kraven på en god och säker vård. Detta krav får vidare anses ingå i en sjuksköterskas och läkares yrkesroll varför det inte bör innebära en ökad arbetsbörda i form av ökad administration eller tid.

Kontroll vid iordningsställande

Ett nytt krav som ställs i 8 kap. 3 § är att den som iordningställer ett läkemedel mot given ordination även ska kontrollera administreringstidpunkt och administreringssätt. En sådan kontroll uppskattas innebära en ökad tidsåtgång om cirka < 1 minut. Ökad kostnad för detta kan beräknas utifrån timlön (sjuksköterska/undersköterska) x den ökad tid det tar att jämföra given ordination mot administreringstidpunkt och administreringssätt införda i patientjournal.

Apotekare och receptarier iordningsställer och överlämnar läkemedel

I föreskriftsförslaget (7 kap. 5 §) anges att apotekare och receptarier som är verksamma i hälso- och sjukvården utöver att iordningställa numera även får överlämna läkemedel. Detta innebär att inom till exempel slutenvården kan en sjuksköterskas uppgift att iordningsställa och överlämna ett läkemedel till en patient vid hemgång/utskrivning istället läggas på en apotekare eller en receptarie. Det kan även innebära att apotekare eller receptarier endast iordningsställer läkemedel så att sjuksköterskan (eller undersköterskan) sedan kan administrera eller överlämna läkemedlet till patienten. Detta kan frigöra tid för sjuksköterskan för att utföra andra arbetsuppgifter. Det kan vidare anses öka patientsäkerheten då apotekare och receptarier har en formell kompetens om läkemedel och dess biverkningar. Den nytillkomna bestämmelsen i föreskriften kan anses utgöra en ökad kostnad i de fall verksamheter väljer att ta hjälp av apotekare och recepta-

⁴⁴ Se tabell 1 för genomsnittlig lön för läkare.

rier för iordningsställande, å andra sidan kan det på sikt innebära minskade kostnader i form av att sjuksköterkan helt (eller delvis) frigörs från iordningsställande och helt kan fokusera på andra arbetsuppgifter. Enligt inkommen information från Apotekarsocieteten finns det redan idag apotekare och receptarier som är anställda av landstingen och som arbetar inom området för sjukvårdsfarmaci med bland annat att iordningsställa läkemedel, v.g. se bilaga 1, tabell 1 för antalet receptarier och apotekare som kan innefattas av den nya förändringen.

Kunskapsstöd vid ordination av läkemedel till barn

I 6 kap. 3 § anges att vårdgivaren ska säkerställa att det finns förutsättningar för den som ordinerar läkemedel till barn att ordinera utifrån barnets behov. Som ett allmänt råd till denna bestämmelse anges att ordination av läkemedel bör ske med hjälp av barnspecifika besluts- och it-stöd. Enligt uppgifter från Astrid Lindgrens barnsjukhus, Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus samt Skåne Universitetssjukhus saknas möjligheten att ordinera och journalföra läkemedel i journalsystemet inom intensivvården. Detta innebär att information kring dos, hantering och administrering dokumenteras på papper för att sedan scannas in i journalen.

Många barnkliniker hanterar idag kunskap och information om läkemedelsanvändning hos barn på ett strukturerat sätt med hjälp av olika metoder men det råder brist på möjligheten att kvalitetssäkra att ordination och dosering görs rätt. I en rapport⁴⁵ från Inera anges det att det idag saknas ett enhetligt nationellt IT-system och beslutsstöd för läkemedelsanvändning inom barnsjukvården. Dock finns det lokalt framtagna system och processer som stödjer ordination och administrering av läkemedel till barn och som gör det möjligt att minska risken för fel, ge förenklat handhavande, harmonisera rutiner för personal som roterar mellan arbetsplatser samt spara tid för informationsletande.

Kunskapsstödet ePed som är framtaget inom slutenvården vid Astrid Lindgrens Barnsjukhus omfattar information avseende 570 barnläkemedel kopplade till 320 olika substanser och modifierar läkemedelsprodukter som anpassas till barnsjukvård. Kunskapsstödet innehåller vidare information om rutiner vid hantering av barnläkemedel, produktinformation och kunskap från specialister. Idag är ePed på distribution och en uppskattning av kostnader för införandet baseras på given information i rapporten *Förstudie – kunskapsstöd vid läkemedelsordination till barn, Förutsättningar för ePed att bli en nationell tjänst* samt från projektledare på Inera.

Uppstart och distribution av ePed uppskattas kosta 5,6 miljoner kronor och finansieras från och med den 2016-01-01 av samtliga landsting tillsammans (280 000 kronor per landsting). Samtliga landsting har idag gått med på att finansiera ePed, dock används ePed i huvudsak inom slutenvården men är inte begränsat till intensivvård.

⁴⁵ Förstudie – Kunskapsstöd vid läkemedelsordination till barn - Förutsättningar för ePed att bli en nationell tjänst, Inera 2014,

Vidare behöver ePed integreras med Svensk informationsdatabas för Läkemedel (SIL) något som betalas vid Socialdepartementet och som åligger Inera att utföra. Kostnader för detta saknas på grund av bristfällig information. Integrationen med SIL krävs för att hälso- och sjukvårdspersonal ska kunna nå samtlig information via de vanliga journalsystemen vid förskrivning. Förvaltning, uppdatering och vidareutveckling av ePed kommer att medföra löpande kostnader för samtliga landsting.

Konsekvenser av ändringen i Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2001:16) om kompetenskrav för sjuksköterskor vid förskrivning av läkemedel

De bestämmelser som förs över från SOSFS 2000:1 till Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2001:16) om kompetenskrav för sjuksköterskor vid förskrivning av läkemedel är idag redan gällande. Att bestämmelserna nu förs över från en föreskrift till en annan bedöms inte medföra några kostnader.

Konsekvenser av upphävande av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1992:22) om informationsskyldighet för läkare och tandläkare om generiska läkemedel m.m.

Några kostnader med anledning av upphävandet bedöms inte uppkomma. Då föreskrifterna inte längre är aktuella på grund av senare författningsändringar och då SOSFS 1992:22 i övrigt huvudsakligen består av annat än vad som enligt författningssamlingsförordningen är allmänna råd, bedömer Socialstyrelsen att övriga konsekvenser av upphävandet kommer att bli begränsade.

Konsekvenser för Socialstyrelsen

I samband med förändringar i föreskriften har ändringar, tillkomst av och borttagning av definitioner gjorts i Socialstyrelsen termbank. Lönekostnaden för en terminolog faller under kategorin språkkonsult, tolk, journalist, författare (kod 264) i SCB:s register för lönestatistik och uppgår till 35 200 kronor månatligen. Med ett påslag för sociala avgifter för statlig verksamhet⁴⁶ blir månadskostnaden 53 152 kronor innebärande en kostnad om 307 kronor per timme. Nedlagd tid för uppdatering av definitioner har uppskattats till totalt 50 - 60 timmar innebärande en kostnad om 15 350 – 18 420 kronor. Utöver angiven kostnad tillkommer overheadkostnader som utgörs av gemensamma personal- och driftskostnader. Socialstyrelsen tillämpar ett genomsnittligt schablonbelopp om 30 %⁴⁷ innebärande en total kostnad om 19 955 – 23 946 kronor för utfört arbete.

⁴⁶ Påslaget är 51 % enligt uppgift från controller på Socialstyrelsen

⁴⁷ Det pålagda schablonbeloppet om 30 % är enligt uppgift från controller på Socialstyrelsen

Konsekvenser för barn

Föreskriftsförslaget öppnar upp för delegering inom slutenvård vilket kan innebära en ökad risk då rimlighetsbedömningar vid administrering av läkemedel kan utföras av en undersköterska som saknar formell kunskap för att administrera läkemedel. Motsatsvis kan omständigheten att undersköterskor nu kan utföra många sådana patientnära arbetsuppgifter såsom exempelvis inhalationer och administrering av perorala läkemedel även öka patientsäkerheten. Dessa arbetsuppgifter kan inte sällan ta lång tid och särskild kompetens krävs. En kompetens som undersköterskor ofta innehar. Dessa omständigheter kan öka patientsäkerheten och samtidigt frigöra tid för barnsjuksköterskorna och leda till en effektivare hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården. Vid införande av en läkemedelsspecifik modul för beräkning vid dosering av läkemedel till barn anses patientsäkerheten öka och därmed vara till barnets bästa.

Konkurrensförhållanden, påverkan på stora och små vårdföretag

De kostnadsmässiga konsekvenserna anses vara olika betungande för olika aktörer och verksamheter beroende på storlek, antalet anställda och omsättning. Kostnader och utökad administration kan slå hårdare mot mindre verksamheter då en del av personalens tid i större utsträckning går åt till arbetsuppgifter som går utanför omvårdnad (givet det antal personer som är anställda). Vidare kan det antas att det är svårare för en liten verksamhet att frigöra tid från ordinarie arbetstid för att frigöra tid för administration och uppdatering och framtägnning av nya rutiner. Personal utanför verksamheten kanske behöver lånas in eller konsulteras vilket kan innebära ökade kostnader.

Det kan anses bli en ökad belastning på mindre privata vårdföretag inom t.ex. hemtjänst då det ställs krav på att undersköterskor och omsorgspersonal ska ha kunskaper om risker m.m. med läkemedelsbehandlingar. Om de privata vårdföretagen även måste utbilda sin personal kan det innebära ökade lönekostnader samt i viss utsträckning kostnader för förlorad arbetstid. Mot bakgrund av detta är det att anse som en högre belastning på mindre företag i relation till större utifrån omsättning och antalet anställda.

Ett nytt tillkommet krav är den externa kvalitetskontrollen av läkemedelshantering innebärande att ett apotek eller annan extern part ska genomföra en årlig kontroll. Detta innebär en ökad kostnad i jämförelse med idag. Kostnaden för kontrollen kan slå hårdare mot små privata aktörer givet dess storlek och årlig omsättning. Även uppdatering och revidering av samtliga generella direktiv kan anses mer betungande för små privata aktörer, detta är också beroende av antalet angivna generella direktiv som en mindre privat aktör använder sig av inom verksamheten.

Vid utveckling av olika IT-lösningar och uppdatering av journalsystem med syfte att verka för en ökad integrering mellan system kan det anses mer ekonomiskt betungande för mindre verksamheter gällande uppstarts-, inköp och utbildningskostnader i jämförelse med en större verksamheter. Detta kan

medföra att små verksamheter i mindre utsträckning implementerar olika digitala lösningar.

Då undersköterskor ges möjligheten att administrera läkemedel genom delegering kan en del av sjuksköterskans tid frigöras till andra mer kvalificerade uppgifter. Då kan en lönebesparing uppstå eftersom en del av sjuksköterskans arbetsuppgifter kan utföras till en lägre kostnad.

Socialstyrelsen konstaterar att föreskriftsförslaget kan innebära en skillnad i påverkan mellan stora och små företag, till nackdel för små företag. Dock har det av patientsäkerhetsskäl inte bedömts vara möjligt att ta fram en särreglering för små företag.

Överväganden enligt 14 kap. 3 § regeringsformen

En inskränkning i den kommunala självstyrelsen bör enligt 14 kap. 3 § regeringsformen inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som föranlett den. Bestämmelsen ger uttryck för en proportionalitetsprincip vad gäller inskränkningar i den kommunala självstyrelsen.

Författningsförslaget innebär i viss utsträckning nya skyldigheter för landstingen och kommunerna och utgör därmed en mindre inskränkning i den kommunala självstyrelsen. Samtliga förslag i författningsförslaget är dock ägnade att öka patientsäkerheten samt effektivisera hanteringen av läkemedel och innebär inte någon större inskränkning jämfört med de befintliga bestämmelserna i SOSFS 2000:1. Socialstyrelsen bedömer att den inskränkning i den kommunala självstyrelsen som författningsförslaget innebär, inte går utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till ändamålet.

Bedömning av om regleringen överensstämmer med eller går utöver de skyldigheter som följer av Sveriges anslutning till Europeiska unionen

Författningsförslaget bedöms inte ha någon betydelse för de skyldigheter som följer av Sveriges anslutning till den Europeiska unionen.

Ikraftträdande och informationsinsatser

Socialstyrelsen föreslår att förslaget till föreskrifter och allmänna råd ska träda i kraft den 31 mars 2017.

Socialstyrelsen kommer under vintern 2016 och våren 2017 genomföra en informationsinsats om de nya föreskrifterna. Myndigheten planerar också att ta fram en vägledning för hälso- och sjukvården och tandvården vid ordination och hantering av läkemedel.

Bilaga 1 - Berörda yrkesgrupper

Yrkesgrupper som berörs av Socialstyrelsens förslag till föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården.

Tabell 1. Berörda yrkesgrupper och antal sysselsatta inom hälso- och sjukvården¹

Yrkeskategori	Antal
Apotekare, receptarier (inom sjukvårdsfarmaci)	500 - 600
Barnmorskor	7 161
Läkare	38 144
Sjuksköterskor	106 176
Tandhygienister	3 996
Tandläkare	7 699
Tandsköterskor	12 000
Undersköterskor, sjukvårdsbiträden m fl.	175 980
Vårdbiträden, personlig assistenter m fl.	154 723

¹ Information om antalet per berörd yrkeskategori är hämtat från; Nationella planeringsstödet 2015, Socialstyrelsen (baserat på data för år 2012), Tandsköterskeförbundet, data för år 2010/2011, Statistiska Centralbyrån, 2013 och Apotekarsocieteten och Sveriges Farmaceuter, 2015

Bilaga 2 - Berörda arbetsställen

Arbetsställen som berörs av Socialstyrelsens förslag till föreskrifter och allmänna råd om ordination, iordningställande, administrering och överlämnande av läkemedel i hälso- och sjukvården.

Tabell 1. Antal berörda arbetsställen fördelat över näringsgren och storlek

Storleksklass efter antalet anställda ¹							
Näringsgren	0	1-4	5-9	10-19	20-199	>200	Totalt
Hälso- och sjukvård							
Slutenvårdskliniker för primärvård	1	0	0	0	1	0	2
Slutenvårdskliniker för somatisk sjukvård	399	115	10	16	34	87	661
Slutenvårdskliniker för psykiatrisk sjukvård	16	10		4	16	7	53
Primärvårds-mottagningar med läkare m.m.	1128	628	108	249	689	5	2807
Andra allmänpraktiserande läkarmottagningar	2276	1198	168	157	106	1	3906
Specialistläkar-mottagningar inom öppenvård, på sjukhus	580	245	18	15	44	13	915
Specialistläkar-mottagningar inom öppenvård, ej på sjukhus	1471	920	140	104	158	3	2796
Tandläkar-mottagningar	945	1785	679	371	207	2	3989
Distriktsköterske-mottagningar	58	124	53	33	21	0	289

¹ Berörda arbetsställen är fördelade över näringsgren och storleksklass enligt SCB per november 2014.

&barnavårdscentraler o.d.							
Tandhygienist-mottagningar	143	52	2	0	0	0	197
Andra öppna enheter för hälso- och sjukvård, utan läkare	7571	1013	114	63	54	0	8815
	0	1-4	5-9	10-19	20-199	>200	Totalt
Vård och omsorg med boende							
Vårdhem	13	5	2	6	24	0	50
Hem med särskild service för personer med utvecklingsstörning eller psykiska funktionshinder	44	326	1768	1491	448	2	4079
Hem med särskild service för barn och ungdomar med missbruksproblem	43	22	17	17	11	0	110
Hem med särskild service för vuxna med missbruksproblem	67	47	92	83	54	0	343
Servicehus, servicelägenheter för äldre samt ålderdomshem	78	113	198	275	2140	43	2847
Gruppboendestäder o.d. för funktionshindrade personer	15	24	49	56	29	2	175
Öppna sociala insatser							
	0	1-4	5-9	10-19	20-199	>200	Totalt
Hemtjänst,	329	327	301	329	811	172	2269

dagcentraler o.d. för äldre							
Hemtjänst, dagcentraler, personlig assistans o.d. för funktionshindrade personer	376	887	644	387	502	56	2852

Bilaga 3 - Antalet berörda sjukhus

Antalet berörda sjukhus fördelat på universitetssjukhus, länssjukhus, länsdelssjukhus och privata sjukhus med anledning av Socialstyrelsens förslag till föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården.

Tabell 1. Antal regionsjukhus/universitetssjukhus¹ och vårdplatser

Huvudman	Sjukhus	Antal vårdplatser totalt (spec. vård)	Varav spec. somatisk vård	Spec. psykiatrisk vård
Stockholm	Karolinska univsjh.	1301	1301	0
Stockholm	S:t Eriks ögonsjukhus AB	16	16	0
Uppsala	Akademiska sjukhuset	841	717	124
Östergötland	Univsjh. Linköping	539	505	34
Skåne	Skåne univsjh. Malmö	886	658	228
Skåne	Skåne univsjh. Lund	732	616	116
V:a Götaland	Sahlgrenska univsjh	1841	1449	392
Örebro	Universitetssjh. Örebro	476	476	0
Västerbotten	Norrlands univsjh.	527	464	63
Totalt 9 stycken		7159	6202	957

¹ Regionsjukhus/universitetssjukhus - har för vissa specialiteter flera upptagningsområden och har därmed kliniker som inte finns på övriga sjukhus

Tabell 2. Antal länssjukhus² och vårdplatser

Huvudman	Sjukhus	Antal vårdplat- ser totalt (spec. vård)	Varav spec. soma- tisk vård	Spec. psykia- trisk vård
Stockholm	Södersjukhuset AB	572	572	0
Stockholm	Danderyds sjukhus AB	443	443	0
Sörmland	Mälarsjukhuset	332	287	45
Östergötland	Vrinnevisjukhuset	300	263	37
Jönköping	Länssjukhuset Ryhov	504	410	94
Kronoberg	Centrallasarettet, Växjö	307	306	1
Kalmar	Länssjukhuset i Kalmar	381	342	39
Blekinge	Blekingesjukhuset Karlskrona	273	273	0
Skåne	Centralsjukhuset Kristianstad	343	298	45
Skåne	Helsingborgs lasarett	478	390	88
Halland	Hallands sjukhus Halmstad/Varberg	674	585	89
V:a Götaland	NU-sjukvården	787	624	163
V:a Götaland	Södra Älvsborgs sjukhus	525	457	68
V:a Götaland	Skaraborgs sjukhus	630	520	110
Värmland	Centralsjukhuset Karlstad	502	430	72
Västmanland	Västmanlands sjukhus Västerås	548	423	125
Dalarna	Falu lasarett	414	379	35
Gävleborg	Länssjukhuset Gävle	374	328	45

² Länssjukhus - länet som upptagningsområde ligger i specialiseringsgrad och storlek mellan region- och länsdelssjukhus

Västernorrland	Länssjukhuset Sundsvall-Härnösand	465	299	166
Jämtland	Östersunds sjukhus	314	265	49
Norrbottnen	Sunderby sjukhus	347	312	35
Gotland	Visby lasarett	150	132	18
Totalt 22 stycken		9662	8339	1324

Tabell 3. Antal länsdelssjukhus³ och vårdplatser

Huvudman	Sjukhus	Antal vårdplatser totalt (spec. vård)	Varav spec. somatisk vård	Spec. psykiatrisk vård
Stockholm	Södertälje sjukhus	170	170	0
Stockholm	Norrtälje sjukhus	98	91	7
Uppsala	Lasarettet i Enköping	86	86	0
Sörmland	Nyköpings sjukhus	179	134	45
Sörmland	Kullbergssjukhuset	162	74	88
Östergötland	Lasarettet i Motala	307	306	1
Östergötland	Finspångs lasarett	14	14	0
Jönköping	Höglandssjukhuset	239	210	29
Jönköping	Värnamo sjukhus	179	156	23
Kronoberg	Ljungby lasarett	73	73	0
Kalmar	Västerviks sjukhus	217	158	59
Kalmar	Oskarhamns sjukhus	63	63	0
Blekinge	Blekingesjukhuset Karlshamn	99	99	0
Skåne	Ängelholms sjukhus AB	129	113	16
Skåne	Hässleholms sjukhus	116	88	28

³ Länsdelssjukhus - har normalt slutenvårdskliniker för intermedicin, kirurgi, gynekologi/förlossning samt någon ytterligare klinik för öppen vård

Skåne	Lasarettet i Landskrona	68	68	0
Skåne	Lasarettet Trelleborg	106	106	0
Skåne	Lasarettet i Ystad	158	158	0
V:a Götaland	Kungälv's sjukhus	204	166	38
V:a Götaland	Alingsås lasarett	110	110	0
Värmland	Arvika sjukhus	65	65	0
Värmland	Torsby sjukhus	71	71	0
Örebro	Karlskoga lasarett	112	112	0
Örebro	Lindesbergs lasarett	82	82	0
Västmanland	Västmanlands sjukhus Sala	16	16	0
Västmanland	Västmanlands sjukhus Köping	73	73	0
Dalarna	Mora lasarett	136	136	0
Dalarna	Ludvika lasarett	40	40	0
Dalarna	Avesta lasarett	51	51	0
Gävleborg	Hudiksvalls sjukhus	165	135	30
Västernorrland	Örnsköldsviks sjukhus	123	113	10
Västernorrland	Sollefteå sjukhus	81	70	11
Västerbotten	Skellefteå lasarett	184	142	42
Västerbotten	Lycksele lasarett	67	67	0
Norrbotten	Gällivare sjukhus	91	78	13
Norrbotten	Piteå älvdals sjukhus	162	92	70
Norrbotten	Kalix sjukhus	50	50	0
Norrbotten	Kiruna sjukhus	34	34	0
Totalt 69 stycken		4146	3637	508

Tabell 4. Antal privata sjukhus och vårdplatser

Sjukhus	Antal vårdplatser totalt (spec. vård)	Varav spec. somatisk vård	Spec. psykiatrisk vård
S:t Görans sjukhus	280	280	0
Ersta sjukhus	76	58	18
Sophiahemmet	32	32	0
Elisabethsjukhuset	14	14	0
Praktikertjänst Närsjukhus Simrishamn	35	35	0
Lundby sjukhus AB	10	10	0
Carlanderska sjukhuset	17	17	0
Mitt Hjärta, Bergslagssjukhuset, Fagersta	16	16	0
Aleris specialistvård Bollnäs	60	60	0
Totalt 9 stycken	540	522	18

Bilaga 4 Beräkning av kostnad för att införa digitala signeringslistor i tre olika kommuner

Norrtälje kommun

Norrtälje kommun har ca 58 000¹ invånare och är en av de kommuner som har infört det digitala signeringsverktyget MCSS/Appva. Kommunen har enligt given information initialt infört det digitala signeringsverktyget på ett äldreboende med 60 boende. För ändamålet har tre surfplattor köpts in till respektive enhet (totalt fem enheter) på boendet. Surfplattorna används av omsorgspersonal och undersköterskor som registrerar när läkemedel har administrerats till en patient/brukare. Vid registrering av administrerat läkemedel delges ansvarig sjuksköterska information om att patienten/brukaren har mottagit läkemedel vid en bestämd tidpunkt.

Tabell 1. Kostnader för införande av digital signeringslista på ett äldreboende om ca 60 boenden i Norrtälje kommun

Engångskostnader	Kostnad (kr)	Antal	Totalt
Surfplatta	5 000	15	75 000
Uppstart/utbildning	50 000		50 000
		Summa	125 000
Löpande kostnader		Tidsintervall	
Licensavgift	18 000	månatligen	216 000
Kostnad för surf	1 500	månatligen	18 000
Trådlös uppkoppling	Ingen info		
		Summa	234 000
		Kostnad första året	359 000

I tabell 1 redogörs för kostnader vid införandet av digital signeringslista på ett äldreboende med 60 boende. Uppstartskostnaden har uppskattats till 125 000 kronor med årliga löpande kostnader om 234 000 kronor (med avsaknad av information gällande kostnader för trådlös uppkoppling). Vidare antas att kostnader kan uppstå vid uppdatering av surfplattor samt för inköp av fler

¹ SCB per 31 december 2014 (gäller fortsättningsvis vid samtliga angivna befolkningsantal)

surfplattor vid eventuell skada eller utökat behov. Enligt ovan angiven information är den totala kostnaden för införandet av digital signeringslista för ett boende med ca 60 boende 359 000 kronor under det första året.

I Norrtälje kommun finns idag totalt fem boenden med särskild service enligt socialtjänstlagen (2001:453) och 25 boenden med särskild service enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade till vuxna samt barn och unga. Samtliga boenden drivs av det kommun- och landstingsägda vårdboendet TioHundra AB. Vidare finns inom kommunen sju olika hemtjänstverksamheter/hemsjukvårdsverksamheter/hemrehabiliteringsverksamheter (privat n=6, TioHundra AB n=1), 17 verksamheter med särskilda boenden (privat n=6, entreprenad n=2, TioHundra AB n=9) samt ett korttidsboende (TioHundra AB n=1). Om införande av MCSS/Appva skulle göras inom samtliga verksamheter och boenden skulle totalt 50 verksamheter beröras i varierande storlek. Tabell 2 redogör för en uppskattning av de totala kostnaderna vid införandet av MCSS/Appva inom Norrtälje Kommun.

Tabell 2. Kostnader för införandet av digital signeringslista i Norrtälje kommun inom samtliga verksamheter på uppdrag av kommunen

Engångskostnader	Kostnad (kr)	Antal	Totalt
Surfplatta	5 000	597 ²	2 985 000
Uppstart/utbildning	50 000		2 500 000
		Summa	5 485 000
Löpande kostnader		Antal/tidsintervall	
Licensavgift	18 000	månatligen	8 596 800
Kostnad för surf	1 500	månatligen	716 400
		Summa	9 313 200
		Kostnad första året	14 798 200

Som redovisas i tabell 2 så uppskattas de totala engångskostnaderna till ca 5,5 miljoner vid införandet av digital signeringslista inom Norrtälje kommun. De löpande kostnaderna uppskattas till 9,3 miljoner årligen. Storleken på de olika verksamheterna skiljer sig dock åt, från ca 4 till 108 boende/brukare per verksamhet. En uppskattning om antalet surfplattor som kan behövas inom varje verksamhet har därför gjorts. Tabell 2 redogör för att totalt 597 surfplattor

² 15 surfplattor fördelat över 60 boenden/brukare, $60/15=4$, innebärande 1 surfplatta per 4 boende/brukare. I Norrtälje kommun finns totalt 2 386 boende/brukare kunder på särskilda boenden, hemtjänst/hemsjukvård osv. $2\,386/4=597$, på 2 386 boenden går 597 surfplattor. Licensavgift och kostnad för surf beräknas också på 597 surfplattor.

behövs inom Norrtälje kommun vid införandet av digital signeringslista för ca 2 400 boende/brukare. För de redovisade kostnaderna kan antas att en överskattning har gjorts då priset kan vara beroende av ett avtals utformning samt kvantiteten av varor/tjänster som köps in. Kostnader som redogörs för i tabell 2 kan skattas lägre utifrån vad som anges i nedan angivna punkter.

- Kostnad för surfplattor; om en större kvantitet surfplattor köps in kan det antas att kostnaderna för inköp minskar.
- Antalet surfplattor; det kan antas att det har gjorts en överskattning för antalet surfplattor som behövs, eventuellt kan samma surfplattor användas inom flera verksamheter (t.ex. mindre verksamheter).
- Uppstart/utbildning, kostnad för utbildning och uppstart antas minska allteftersom de digitala signeringslistorna integreras i respektive verksamhet och utbildningar kan hållas internt. Vidare antas att uppstartskostnader minskar i och med att fler verksamheter använder sig av digital signeringslista.
- Licensavgift och kostnad för surf; dessa kostnader antas minska beroende på kvantiteten och marknadspris. Detta kan komma att minska kostnaderna över tid.
- Surfplattor/mobiltelefoner; om det redan idag finns surfplattor/mobiltelefoner inom verksamheterna antas det att nya inte behöver köpas in varför denna kostnad skulle minska avsevärt.

Tomelilla kommun

Tomelilla kommun har omkring 13 000 invånare och uppges ha omkring 400³ vårdtagare/brukare/patienter inom kommunen. I dagsläget har Tomelilla kommun infört en test av det digitala signeringsverktyget Alfa e-Läkemedel på ett särskilt boende med totalt 7 lägenheter, v.g. se tabell 3 för beräknade kostnader.

Tabell 3, kostnader för införandet av digital signeringslista på ett särskilt boende om 7 lägenheter i Tomelilla kommun

Engångskostnader	Kostnad (kr)	Antal	Totalt
Mobiltelefon	2 776	2	5 552
Uppstartavgift	150 000		150 000
		Summa	155 552
Löpande kostnader		Antal/tidsintervall	
Mobilabonnemang bas	7	månatligen	168
Kostnad för surf	10	månatligen	240

³ Enligt uppgift från Medicinskt ansvarig sjuksköterska på Tomelilla kommun.

SMS	39 öre	Ca 86 sms/år ⁴	34
Nyttjanderätt	75 000	årligen	75 000
		Summa	75 240
		Kostnad första året	230 792

Under det första året som Alfa e-Läkemedel införts på ett särskilt boende om 7 lägenheter har de totala kostnaderna uppskattats till 230 792 kronor (engångs- och löpande kostnader). Enligt given information är två mobiltelefoner i bruk för ändamålet och samtliga löpande kostnader är beräknade utifrån dessa två mobiltelefoner. En kostnad för nyttjanderätt tillkommer årligen men gäller för ett obegränsat antal användare inom kommunens verksamheter som inför digital signeringslista. Socialstyrelsen har inte kunnat ta del av information gällande antalet särskilda boenden, hemtjänstverksamheter/hemsjukvårdsverksamheter inom kommunen samt fördelningen över privat och offentligt drivna verksamheter inom kommunen. För beräkningen av införandet av digital signeringslista inom samtliga verksamheter för särskilda boenden och hemtjänst/hemsjukvård görs en beräkning utifrån att kommunen har 400 vårdtagare/brukare, enligt inkommen information från Tomelilla kommun. De angivna kostnaderna är i enlighet med inkommen information för det totala kostnaderna och har inte adderats upp av Socialstyrelsen⁵. I tabell 4 beskrivs de uppskattade kostnaderna för Tomelilla kommun under förutsättning att kommunen skulle införa Alfa e-Läkemedel inom samtliga verksamheter för särskilda boenden och hemtjänst/hemsjukvård.

Tabell 4. Kostnader för införande av digital signeringslista inom samtliga särskilda boenden, hemtjänstverksamheter/hemsjukvårdsverksamheter med ett upptagningsområde om 400 vårdtagare/brukare

Engångskostnader	Kostnad (kr)	Antal	Totalt
Mobiltelefon	2 776	116	322 016
Uppstartsavgift	150 000		150 000
		Summa	472 016
Löpande kostnader		Antal/tidsintervall	

⁴ Tomelilla kommun uppskattar att 5 000 sms-påminnelser kommer skickas årligen fördelat på 116 mobiltelefoner, 5 000/116= 43, innebärande 43 sms-påminnelser per telefon.

⁵ Till skillnad från exemplet för Norrtälje kommun där de totala kostnaderna om samtliga 50 verksamheter inom kommunen skulle införa digital signeringslista har adderats upp har Tomelilla kommun har själva inkommit med information för uppskattning av de totala kostnaderna utifrån uppgifter från avtal de har med Alfa e-Läkemedel.

Mobilabonnemang bas	7	116/månatligen	9 744
Kostnad för surf	10	116/månatligen	13 920
SMS	39 öre	Ca 5000/år	1 950
Nyttjanderätt	75 000	årligen	75 000
Utbyte av mobiltelefoner	5 000	årligen	5 000
		Summa	105 614
		Kostnad första året	577 630

Det totala antalet mobiltelefoner som behövs för ändamålet uppskattas till 116 stycken varför inköp för dessa utgör de största kostnaderna under det första året. Den totala kostnaden för det första året uppskattas till 577 630 kronor. I de årliga löpande kostnaderna har kommunen själv räknat in årliga kostnader för utbyte av mobiltelefoner. Vidare är kostnaden för nyttjanderätten obegränsad och densamma oavsett storlek på verksamhet som Alfa e-Läkemedel införs på. Även uppstartsavgiften gäller för ett obegränsat antal användare och är därför en konstant engångskostnad. Antalet mobiltelefoner som behöver köpas in kan antas bli mindre till antalet då många verksamheter redan idag använder sig av sådana mobiltelefoner som kan användas till en digital signeringslista. De löpande kostnaderna om 5 000 kronor antas variera beroende av hur många mobiltelefoner som faktiskt behöver bytas ut eller köpas in per år.

Lerums kommun

Ett tredje exempel på kostnader för införande av digital signeringslista är från Lerums kommun som har ca 40 000 invånare. Lerums kommun har infört det digitala signeringsverktyget MCSS/Appva på ett äldreboende om totalt 56 boende, v.g. se tabell 5 för kostnader vid införandet av den digitala signeringslistan.

Tabell 5. Kostnader för införande av digital signeringslista på ett äldreboende om 56 boende i Lerums kommun

Engångskostnader	Kostnad (kr)	Antal	Totalt
Surfplatta	2 500	21	52 500
Uppstart/utbildning, (hyra för surfplatta ingick till en början samt konfigureringar	150 000		150 000

i system)			
Tactivo-skäl för inlogg m SITHS-kort	5 000	3	15 000
		Summa	217 500
Löpande kostnader		Tidsintervall	
Licensavgift	Ingen info		
Trådlös uppkoppling	Ingen info		
		Summa	
		Kostnad första året	

Socialstyrelsen har enbart kunnat ta del av information kring identifierade engångskostnader. Löpande kostnader såsom kostnad för trådlöst nätverk och mobilt bredband har enligt inkommen information installerats sedan tidigare och är ingen tillkommen kostnad i och med införandet av digital signeringslista. Det finns vidare inga uppgifter kring avgift för licens. Enligt information från Lerums kommun skiljer sig licensavgiften beroende på antalet användare samt antalet verksamheter som använder sig av den digitala signeringslistan och en uppskattning har därför bedömts vara svår att göra. För införandet av den digitala signeringslistan på ett äldreboende med 56 boenden har 21 surfplattor behövts. Tre tactivo-skäl har köpts in på prov och alterneras mellan surfplattorna genom att fästas på dessa. Ett tactivo-skäl möjliggör inloggning med tjänstelegitimation på en surfplatta eller mobiltelefon.

I Lerums kommun finns enligt uppgift från kommunen idag åtta äldreboenden (privat n=2, kommunal n=6), 10 boenden med särskild service (privat n=5, kommunal n=5) samt hemtjänstverksamhet som enbart är i kommunal regi. Totalt har kommunen 867 brukare/boenden (varav 429 inom hemstjänst) inom ovan nämnda verksamheter⁶. Om Lerums kommun skulle införa det digitala signeringsverktyget MCSS/Appva inom samtliga verksamheter skulle alltså totalt 19 verksamheter inklusive hemtjänst beröras. Tabell 6 redogör för en uppskattning av kostnader för att införa den digitala signeringslistan inom dessa verksamheter.

⁶ Hemsjukvård är inte inkluderat

Tabell 6. Kostnader för införande av digital signeringslista inom samtliga äldreboenden, boenden med särskild service och hemtjänstverksamhet i Lerums kommun (totalt 867 brukare/boende)

Engångskostnader	Kostnad (kr)	Antal	Totalt
Surfplatta ⁷	2 500	321	802 500
Uppstart/utbildning, (hyra för surfplatta ingick till en början samt konfigureringar i system)	150 000		2 850 000
Tactivo-skäl för inlog m SITHS-kort	5 000	46	230 000
		Summa	3 882 5000
Löpande kostnader		Tidsintervall	
Licensavgift	Ingen info		
Trådlös uppkoppling	Ingen info		
		Summa	
		Kostnad första året	

Som redovisas i tabell 6 uppskattas de totala engångskostnaderna till uppemot 3,9 miljoner kronor vid införandet av digital signeringslista inom Lerums kommun. Storleken på de olika verksamheterna skiljer sig i storlek om ca 5 – 44 boenden (429 brukare inom hemtjänst) varför en uppskattning för antalet surfplattor som behövs kan ha gjorts då samma surfplattor kan användas inom flera mindre verksamheter. De kostnader som redogörs för i tabell 6 kan skattas lägre utifrån vad som anges i nedan angivna punkter.

- Kostnad för surfplattor kan antas sjunka när en större kvantitet köps in, Lerums kommun har även uppgett att begagnade surfplattor använts och kan komma att användas innebärande lägre kostnader.
- I kostnaderna för uppstart/utbildning ingick initialt hyra av surfplattor, denna kostnad kan räknas bort om samtliga surfplattor som används köps in (nya/begagnade).

⁷ 21 surfplattor fördelat på 56 boenden/brukare, $56/21 = 2,7$, innebärande 1 surfplatta per 2,7 boende. I Lerums kommun finns totalt 867 brukare/boende på boenden med särskild service, äldreboenden och hemtjänst. $867/2,7 = 321$, på 867 brukare/boenden går 321 surfplattor. Antalet tactivo-skäl som antas behövas beräknas utifrån antalet initial surfplattor som köpts in dividerat med tactivo-skäl, $21/3 = 7$, 1 tactivo-skäl per 7 surfplattor antas behöva köpas in, $321/7 = 46$

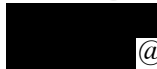
- Uppstart- och utbildningskostnaderna kan även antas bli lägre när avtal för flera verksamheter tecknas och när utbildning kan hållas internt, allteftersom den digitala signeringslistan integreras i verksamheterna.

De angivna exemplen redogör för tänkbara kostnader som kan uppstå i samband med införandet av ett digitalt signeringsverktyg. Kostnaderna varierar beroende på verksamhetens omfattning och storlek samt avtal. Som beskrivet ovan är det tänkbart att kostnader kommer minska med tiden i samband med utökat antal användare samt att uppstartskostnader kan räknas bort i viss mån.

Ingen samlad information om antalet verksamheter i hela landet

Det finns ingen samlad information om antalet hemtjänstverksamheter, omsorgsboenden/demensboenden och särskilda boenden i hela landet. Det är därför svårt att beräkna en totalkostnad för landets alla kommuner vid införande av digital signeringslista. De tre angivna exemplen ger information om engångskostnader samt löpnade kostnader som den digitala signeringslistan innebär för en kommun givet dess storlek, antalet verksamheter samt antalet brukare/boenden inom kommunen.

Avdelningen för regler och behörighet



@socialstyrelsen.se

Bilaga 5

Jämförelsetabell SOSFS 2000:1 och föreskriftsförslaget om ordination och hantering av läkemedel

SOSFS 2000:1	HSLF-FS
	Motsvaras av
1 kap. Inledning	
1 §	2 kap. 1-2 §§ och 2 kap. 5-7 §§
2 §	Saknar motsvarighet
3 §	
Administrering av läkemedel,	3 kap. 1 § ändrad definition
Behandlingsschema	Motsvarighet saknas
Dosdispensering	Motsvarighet saknas
Hemsjukvård	3 kap. 1 § oförändrad definition
Iordningställande av läkemedel	3 kap. 1 § ändrad definition
Läkemedelsform	Motsvarighet saknas
Läkemedelsförråd	Motsvarighet saknas
Läkemedelslista	Motsvarighet saknas
Ordination enligt generella direktiv	3 kap. 1 § ändrad definition
Ordinationshandling	Motsvarighet saknas
Ordinationskort	Motsvarighet saknas
Rekvision	Motsvarighet saknas
Spädningsschema	Motsvarighet saknas
4 §	2 kap. 3 §
5 § först stycket	7 kap.
5 § andra stycket	Motsvarighet saknas
2 kap. Ledningssystem	
1 §	4 kap. 1 §
1 § allmänna råd	4 kap. 3 §

3 kap. Ordination av läkemedel	
1 § första stycket	5 kap. 2 §
1 § andra stycket	5 kap. 4 §
2 §	6 kap. 10 §
3 § första stycket	8 kap. 2 § och 6 kap. 10 §
forts 3 kap.	
3 § andra stycket	Motsvarighet saknas
4 §	6 kap. 10 §
5 §	6 kap. 6 och 13 §§
6 §	6 kap. 6 och 13 §§
7 § första stycket	6 kap. 11 §
7 § andra stycket	Motsvarighet saknas
7 § tredje stycket	6 kap. 12 §
8 §	Motsvarighet saknas
9 § första stycket	6 kap. 7 och 8 §§
9 § andra stycket	6 kap. 16 §
10 §	Bestämmelsen är flyttad till Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2001:16) om kompetenskrav vid förskrivning av läkemedel
3 a kap. Läkemedelsgenomgångar	11 kap. Läkemedelsgenomgångar
4 kap. Iordningställande och administrering av läkemedel	
1 § första, andra och fjärde stycket	7 kap.
1 § tredje stycket	Bestämmelsen är flyttad till (SOSFS 2001:16)
2 §	8 kap. 7 och 12 §§
3 § första stycket	9 kap. 1 §
3 § andra stycket	9 kap. 3 §
3 § tredje stycket	9 kap. 2 §
3 § fjärde stycket	9 kap. 5 §
3 § femte stycket	Motsvarighet saknas
3 § allmänna råd	Motsvarighet saknas
4 §	9 kap. 5 §
5 § första stycket	8 kap. 3 §
5 § andra stycket	8 kap. 9 §
6 §	8 kap. 10 §
7 §	8 kap. 6 §
8 § första stycket	7 kap. 7 §
8 § andra stycket	8 kap. 13 §

8 § tredje stycket	8 kap. 13 §
9 §	8 kap. 9 § 4
5 kap. Rekvisition och kontroll av läkemedel	Motsvaras av
1 §	12 kap. 5 § 2
2 § första stycket	12 kap. 3 §
2 § andra stycket	12 kap. 4 §
3 §	12 kap. 5 §
6 kap. Förvaring av läkemedel	
1 §	12 kap. 1 §
2 §	12 kap. 2 §
7 kap. Undantagsbestämmelse	
1 §	13 kap. 1 §

 ÖSTHAMMARS KOMMUN – EN DEL AV ROSLAGEN		Dokumenttyp:	
		Riktlinjer	
		Titel:	
Socialförvaltningens ledningssystem		Riktlinjer för hjälpmedelsenheten	
Granskad av: Vård- och omsorgschef Områdeschefer MAS	Fastställd av: Socialnämnden	Fastställd datum: 15-03-25	Reviderad datum: 15-08-26

Inledning.....	1
Bakgrund	1
Definitioner	2
Prioritetsordning för insatser.....	3
Ansvar och roller gällande Hjälpmedelsenheten Östhammar	4
Regler som gäller vid förskrivning av hjälpmedel	8
Avgifter	9
Andra verksamheters ansvar	10
Regler gällande vistelse och bostadsort	11
Produktgrupper Hjälpmedelsenheten Östhammars kommun.....	12

Inledning

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) 3 b § och 18 b § har landsting, regioner och kommuner som sjukvårdshuvudmän skyldighet att erbjuda personer med funktionsnedsättning habilitering, rehabilitering och hjälpmedel för det dagliga livet. Östhammars kommun ansvarar för hjälpmedel till personer med rörelse- och/eller kognitiv funktionsnedsättning över 21 år i ordinärt boende, särskilt boende samt boende med särskilt stöd enligt LSS.

Bakgrund

Huvudman när det gäller försörjningen av hjälpmedel, vem som får förskriva hjälpmedel, hur förskrivningen ska gå till, hur dokumentationen ska gå till runt förskrivningen, krav på produkterna, hur hjälpmedlen ska hanteras, avvikelser kring produkterna med mera regleras via lagar, förordningar, föreskrifter, allmänna råd samt via lokala riktlinjer och rutiner.

Myndighetsansvaret för produkter inom medicinteknik är delat mellan **Läkemedelsverket** och **IVO** (Inspektionen för vård och omsorg). Läkemedelsverket ansvarar för tillsynen av tillverkare och produkter och IVO ansvarar för tillsynen av den yrkesmässiga användningen av medicintekniska produkter.

Nedan beskrivs några av de viktigaste lagarna:

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) beskriver de grundläggande reglerna som gäller för all hälso- och sjukvård och anger främst vårdgivarens skyldigheter. Lagen innehåller övergripande mål och ramar för verksamheten och är inte detaljerad. Skälet är att sjukvårdshuvudmännen utifrån det kommunala självstyret ska ha en viss frihet att utforma insatserna efter lokala och regionala behov.

I **Patientsäkerhetslagen (2010:659)** finns bestämmelser om bland annat hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter, behörighets- och legitimationsfrågor samt vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

Lagen om medicintekniska produkter (1993:584) innehåller bland annat definition av medicinteknisk produkt, allmänna bestämmelser om hanteringen av medicintekniska produkter, krav på att en medicinteknisk produkt ska vara lämplig för sin användning och att den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter.

Patientlagen som trädde i kraft 2015-01-01 säger att patienten ska ges möjlighet att välja det alternativ patienten föredrar, om det finns flera alternativ tillgängliga som fyller patientens behov och kostnaderna för hjälpmedlet framstår som befogat. Patienten ska ges information om de hjälpmedel som finns för personer med funktionsnedsättning. Den som lämnar informationen ska så långt som möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av den lämnade informationen.

Andra viktiga lagar som direkt eller indirekt påverkar hjälpmedelsområdet är Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), Patientdatalagen (2008:355) samt Lagen om offentlig upphandling (2007:1091).

Nedan beskrivs några av de viktigaste föreskrifterna och allmänna råden:

Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:1) om användningen av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården. Föreskrifterna handlar om hur verksamheter inom hälso- och sjukvården som använder medicintekniska produkter är skyldiga att se till att endast säkra och medicinskt ändamålsenliga produkter används. I Socialstyrelsens föreskrifter tydliggörs vårdgivarens, verksamhetschefens och hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar när det gäller användningen av medicintekniska produkter.

Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:6) om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Läkemedelsverkets föreskrifter (LFVS 2003:11) om medicintekniska produkter. Föreskriften innehåller krav som ska uppfyllas för att en medicinteknisk produkt ska få CE-märkas och släppas ut på marknaden. Föreskriften innehåller också bestämmelser om specialanpassning av produkter.

Definitioner

Medicinteknisk produkt – En produkt som enligt tillverkarens uppgift ska användas, separat eller i kombination med annat, för att hos människor:

1. påvisa, förebygga, övervaka, behandla eller lindra en sjukdom.
2. påvisa, övervaka, behandla, lindra eller kompensera en skada eller en funktionsnedsättning.
3. undersöka, ändra eller ersätta anatomin eller en fysiologisk process.

Hjälpmedel – I lagen finns ingen fastställd definition av begreppet hjälpmedel. I denna riktlinje avses med hjälpmedel de produkter som kräver hälso- och sjukvårdens särskilda kompetens. Hjälpmedel är en integrerad del i behandling, habilitering och rehabilitering. Hjälpmedlets uppgift är att förebygga framtida förluster av funktion eller förmåga, förbättra eller vidmakthålla funktion och förmåga, kompensera för nedsatt eller förlorad funktion samt förmåga att klara det dagliga livet.

A-hjälpmedel – Avancerade hjälpmedel.

B-hjälpmedel – Bashjälpmedel (enklare hjälpmedel).

Individuella hjälpmedel – Hjälpmedel som är personligt förskrivna och utprovade till en specifik person. Hjälpmedelsbudgeten på Hjälpmedelsenheten omfattar alla individuellt förskrivna hjälpmedel. Individuellt utprovade hjälpmedel hanteras via Hjälpmedelsenheten.

Förskrivare – Legitimerad sjukgymnast, fysioterapeut, arbetsterapeut eller sjuksköterska som har förskrivningsrätt av ett eller flera hjälpmedel.

Förskrivningsprocessen – Förskrivare följer faserna i förskrivningsprocessen vid utprovning av hjälpmedel. Innan förskrivningsprocessen påbörjas ska en behovsbedömning vara utförd. Behovsbedömning samt förskrivningsprocessens faser ska dokumenteras i journal.

De olika faserna i förskrivningsprocessen består av att:

- Prova ut, anpassa och välja lämplig specifik produkt.
- Informera.
- Instruera och träna med förskrivet hjälpmedel.
- Följa upp och utvärdera funktion och nytta.

När förskrivningsprocessen är klar har den enskilde ett eget ansvar för det förskrivna hjälpmedlet, se Hjälpmedelsanvändarens ansvar.

Egenansvar – När behov finns av produkt som faller utanför kommunens ansvar kan förskrivare ge den enskilde råd angående inköpsställen av produkter samt alternativa produkter. Inköpet blir då ett egenansvar för den enskilde. Egenansvar för förskrivaren innebär att råden kan vara generella eller individuella. Ett individuellt råd är när förskrivaren rekommenderar den enskilde att köpa en specifik produkt eller instruktioner ges om hur en produkt ska användas. Ges ett individuellt råd ska detta dokumenteras i journalen. Ett generellt råd behöver inte dokumenteras.

Prioritetsordning för insatser

Enligt HSL 2 § ska vården ges med respekt för alla människors lika värde och den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

Vid förskrivning av hjälpmedel ska riksdagens riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården beaktas. De tre principerna vilka har en inbördes rangordning är följande:

1. Människovärdesprincipen 2. Behovsprincipen 3. Kostnadseffektivitetsprincipen

Med grund i dessa principer prioriteras förskrivningsinsatser av hjälpmedel i Östhammars kommun enligt följande rangordning:

- 1) **Hjälpmedel för att klara dagliga aktiviteter som personlig vård, förflyttning, av- och påklädning samt planera och strukturera sin vardag.**
- 2) **Hjälpmedel för vardagsaktiviteter med syfte att klara ett självständigt och aktivt liv i relation med sin omgivning och närmiljö.**
- 3) **Hobby, idrott och fritidsaktivitet. Enligt kommunens riktlinjer prioriteras inte dessa aktiviteter men förskrivna hjälpmedel kan användas i dessa aktiviteter om de fungerar för ändamålet.**

Ansvar och roller gällande Hjälpmedelsenheten Östhammar

Kommunfullmäktige

Beslutar om avgifter i verksamheten.

Socialnämnden

Beslutar om hur hjälpmedelsverksamheten ska vara organiserad, fastställer budget samt prioriteringar, föreslår avgifter samt fastställer verksamhetens övergripande

hjälpmedelspolicy avseende kvalitet och ambitioner i riktlinjen för tekniska hjälpmedel.

Förändringar av produktgrupper är policybeslut som fattas av socialnämnden.

Produktundergrupper, kriterier vid förskrivning samt rutiner vid förskrivning av hjälpmedel överlåtes till verksamheten att besluta på verksamhetsnivå.

Områdeschef – Verksamhetschef Hjälpmedelsenheten

Ansvarar för att:

- Endast säkra och medicinskt ändamålsenliga medicintekniska produkter används, förskrivs, utlämnas respektive tillförs till personer.
- Rutinerna inom ramen för ledningssystemet finns tillgängliga för hälso- och sjukvårdspersonal samt för annan berörd personal.
- Medicinteknisk produkt som har förskrivits, utlämnats eller tillförts person kan spåras.
- Utser och förtecknar vem eller vilka av personalen som ska vara anmälningsansvarig avseende negativa händelser och tillbud med medicintekniska produkter.
- Gör bedömning om berörd personals utbildning är adekvat mot bakgrund av den kompetens som exempelvis krävs för att vara utbildningsansvarig, förskriva, ta fram skriftliga anvisningar för specialanpassade produkter samt vara anmälningsansvarig.

MAS

- Ansvarar för att journaler förs enligt patientdatalagen vid förskrivning av hjälpmedel.
- Ansvarar för att besluta om delegeringar av arbetsuppgifter är patientsäkra.
- Ansvarar för att Lex Maria-anmälningar görs i vissa situationer.
- Ansvarar tillsammans med enhetschef Hjälpmedelsenheten för att det finns rutiner som möjliggör en säker användning av medicintekniska produkter.

Enhetschef Hjälpmedelsenheten

- Utarbetar riktlinjer samt rutiner för hjälpmedelsverksamheten.
- Är budgetansvarig.
- Fattar beslut om förändring av sortiment i respektive produktområde.
- Ansvarar för lagerhanteringen i hjälpmedelsförrådet Östhammar.
- Representerar kommunen i det länsövergripande arbetet.
- Ska vara sakkunnig gentemot kommunens övriga verksamheter, privatpersoner, politiker samt brukarorganisationer.
- Ska vara behjälplig vid inköp av hjälpmedel gentemot kommunens övriga verksamheter.
- Ansvarar för att tillsammans med enhetschefer se till att förskrivningsrätten identifieras och hålls aktuell.
- Ska sprida information angående hjälpmedel till förskrivare i kommunen.
- Ska introducera alla nya förskrivare i kommunen gällande riktlinjer samt rutiner för Hjälpmedelsenheten.
- Ska i samarbete med MAS ha hand om avvikelser gällande hjälpmedel i kommunen.
- Beslutar om vilka hjälpmedel Östhammars kommun ska ta över när person flyttar från annan kommun till Östhammars kommun.
- Beslutar om vilka hjälpmedel som ska tas över från Landstinget då person fyller 21 år.

Förrådsansvarig Hjälpmedelsenheten

- Ansvarar för inköp av B-hjälpmedel till hjälpmedelsförrådet.
- Inventariemärker B-hjälpmedel.
- Ansvarar för inspektion av samtliga lyftselar.
- Ansvarar för inspektion av dynor.
- Ansvarar för att upprätta rutiner i hjälpmedelsförrådet.
- Ansvarar för inspektion och eventuell kassaktion av B-hjälpmedel.
- Granskar Hjälpmedelsenhetens fakturor
- Sammanställer debiteringsunderlag gällande försäljning av hjälpmedel mellan länets kommuner

Enhetschef verksamhetsområde (Gimo, Alunda, Österbybruk, Öregrund, Östhammar)

- Ansvarar för att besluta inom vilka hjälpmedelsområden legitimerad personal ska ha förskrivningsrätt.
- Meddelar till enhetschef Hjälpmedelsenheten när legitimerad personal med förskrivningsrätt börjar eller slutar sin anställning så att förskrivaren förs in eller tas bort ur Portalen samt får introduktion gällande rutiner och riktlinjer vid förskrivning av hjälpmedel.
- Ansvarar för att varje enhet ska inredas och basutrustas så att miljön motsvarar de behov som de boende och personalen har, oavsett vem som för tillfället bor där enligt arbetsgivarens ansvar för arbetsmiljön.
- Ansvarar för att basutrustningen på enheten är säker och ändamålsenlig. Rutiner ska finnas för regelbundet underhåll, besiktning samt reparation.
- Ansvarar för att det finns enhetsspecifika rutiner för informationsöverföring så att användningen av hjälpmedel är säker.
- Ansvarar för att omvårdnadspersonal har de grundläggande kunskaper som krävs för att tryggt och säkert kunna arbeta med hjälpmedlen.
- Ska prioritera att förskrivare får gå förskrivarutbildningar på HUL.
- Ansvarar för att periodisk inspektion utförs minst var 6:e månad på akutlyftselar.

Förskrivare

- Förskriver de hjälpmedel som respektive enhetschef beslutar att förskrivaren ska ha rätt att förskriva.
- Ska använda bästa tillgängliga faktaunderlag (evidens) för de hjälpmedel som erbjuds den enskilde.
- Ska följa Östhammars kommuns riktlinjer och rutiner vid förskrivning av hjälpmedel.
- Lägsta nivån av nödvändig åtgärd som kompenserar för funktionsnedsättningen ska väljas.
- Ska dokumentera hjälpmedelsinnehav i datorsystemet Portalen samt följa arbetsrutinerna i Portalen.
- Ska innan förskrivning av hjälpmedel göra en *behovsbedömning*.
I behovsbedömningen ska hälsotillståndet identifieras för att kunna planera hur hälsoproblemet ska åtgärdas. Utifrån ICF (Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa) bedöms personens hälsotillstånd utifrån aktivitet och delaktighet, omgivningsfaktorer samt kroppsfunktioner och strukturer. Om förskrivning av hjälpmedel bedöms som lämplig åtgärd ska *förskrivningsprocessens faser* följas: prova ut, anpassa och välja lämplig specifik produkt, eventuellt specialanpassa – initiera och utfärda anvisning vid behov, informera, instruera och träna med förskrivet hjälpmedel samt följa upp och utvärdera funktion och nytta.
- Ska vid förskrivning av hjälpmedel erbjuda de alternativ som finns tillgängliga av ett visst hjälpmedel utifrån befintligt sortiment som fyller personens behov. Den enskilde ska få välja det alternativ som denne själv föredrar.
- Ska dokumentera behovsbedömningen samt förskrivningsprocessens alla faser i patientjournalen.
- Ska inte delegera förskrivningen men delar i förskrivningsprocessen kan överlåtas till annan behörig person, exempelvis vid utprovning och träning. Detta ska dokumenteras.
- Ansvarar för förskrivningen av hjälpmedlet tills målet uppnåtts med förskrivningen och förskrivningen avslutas varpå den enskilde innehar ett eget ansvar, se Hjälpmedelsanvändarens ansvar. Ansvarar för förskrivningen av hjälpmedlet tills personen byter vårdgivare och förskrivningen överrapporterats till den nya vårdgivaren eller tills förskrivaren slutar sin anställning och förskrivningen övertas av annan behörig förskrivare i de fall förskrivningsprocessen inte är avslutad.
- Ska delta i förskrivarutbildningar på HUL för att få förskriva hjälpmedel, dispens kan ges.
- Ska förskriva hjälpmedel som finns i upphandlat sortiment. Täcks inte behovet inom sortimentet ska särskilt hjälpmedelsbeslut skickas till enhetschef Hjälpmedelsenheten.
- Ska skriva *särskilt hjälpmedelsbeslut* och skicka till enhetschef Hjälpmedelsenheten när hjälpmedlet inte finns i sortiment, vid förskrivning av elrullstol, vid förskrivning av kognitiva hjälpmedel och omgivningskontroll samt vid förskrivning av taklyftar samt övriga hjälpmedel som överstiger 20.000 kr.
- Ansvarar för att genomföra periodisk inspektion på personligt förskrivna lyftselar minst var 6:e månad samt upprätta utprovningsprotokoll vid förskrivning av lyftselar.
- Ska se till att delge den enskilde/vårdpersonal/anhöriga ordinationer samt instruktioner gällande produkternas funktion, riskerna vid användning av produkterna, hantering av produkterna samt vilka åtgärder som behöver vidtas för att begränsa en vårdskadas omfattning, när en negativ händelse har inträffat.
- Ska vid avvikelser gällande hjälpmedel följa den rutin som finns i Östhammars kommun gällande avvikelshantering. Vid A-hjälpmedel ska också HUL:s rutin följas gällande avvikelshantering.

- Ska följa den rutin som finns för hantering av skyddsåtgärder inom socialförvaltningens verksamheter i Östhammars kommun.
- Ska vid specialanpassning av hjälpmedel följa den rutin som finns gällande specialanpassning av hjälpmedel.

Omvårdnadspersonal

- Ska följa de ordinationer samt instruktioner de får av förskrivare gällande produkternas funktion, riskerna vid användning av produkterna på personer, hantering av produkterna samt vilka åtgärder som behöver vidtas för att begränsa en vårdskadas omfattning, när en negativ händelse har inträffat.
- Ska meddela förskrivaren när något hjälpmedel inte fungerar optimalt eller då personen som fått hjälpmedlet ändrat status.
- Ska rapportera till enhetschefen om hjälpmedel som ingår i basutrustningen är trasigt eller innebär risk för den enskilde och personal.
- Ska vid rengöring av hjälpmedel följa de anvisningar som finns.
- Ska vid hantering av lyft och lyftsele följa det utprovningsprotokoll som finns samt kontrollera att lyft samt lyftsele är hela innan lyftet sker.
- Ska följa de enhetsspecifika rutiner som finns kring hanteringen av hjälpmedel.

HUL (Hjälpmedel Uppsala Län)

Socialförvaltningen har avtal med HUL när det gäller hjälpmedelshanteringen kring A-hjälpmedel. I länet finns ett system med begagnatmarknad och köp/sälj gällande avancerade hjälpmedel. Syftet med detta köp/säljssystem är att få en kostnadseffektiv hantering av avancerade hjälpmedel till en hög kvalitet och säkerhet. HUL ansvarar för:

- Att administrera detta köp/säljssystem mellan kommunerna.
- Service, rekonditionering samt reparationer av A-hjälpmedel.
- Att bistå förskrivare i hela länet med tekniker samt hjälpmedelskonsulenter.
- Att erbjuda förskrivarutbildningar till förskrivare i hela länet.
- Att samordna sortimentsgrupper från hela länet.
- Att samordna nätverksmöten för hjälpmedelsansvariga i länet.
- Att samordna kvalitetsmöten för hela länet.
- Att samverka med förskrivare i länet kring specialanpassningar av hjälpmedel.

Sortimentsgrupper

Sortimentsgrupperna består av förskrivare från hela länet. Sortimentsgruppernas uppgift är att kontinuerligt utvärdera upphandlat sortiment samt skriva kravspecifikationer inför nya upphandlingar av hjälpmedelssortiment.

Kommunservice

Socialförvaltningen har avtal med Kommunservice Östhammars kommun när det gäller hjälpmedelshanteringen av B-hjälpmedel. Kommunservice ska följa gällande avtal samt gällande rutiner.

Kommunservice ansvarar för:

- Rekonditionering och reparation av B-hjälpmedel.
- Transporter av hjälpmedel från baslager till miniförråd.
- Lagerhantering B-hjälpmedel.

Regler som gäller vid förskrivning av hjälpmedel

Hjälpmedelsanvändarens ansvar

Östhammars kommun lånar ut hjälpmedel till namngiven person. En kostnad tas ut vid några tillfällen. Se Avgifter.

Hjälpmedlet ska användas till vad det är avsett för och till det som tillverkaren ansvarar för enligt Produktansvarslagen. Den information som ges muntligt och/eller skriftligt när hjälpmedlet lämnas ut ska följas. Om någon oklarhet råder i användandet av hjälpmedlet är det personen som använder hjälpmedlet som ansvarar för att kontakta förskrivaren. Den som använder och hanterar hjälpmedlet på ett sätt som det inte är avsett för, står själv ansvarig om olycka inträffar.

Återlämning

När behovet av ett hjälpmedel upphör eller då behovet har förändrats ska hjälpmedlet återlämnas, väl rengjort. Den enskilde eller närstående kontaktar sin förskrivare. I första hand ska personen själv stå för transporten. Om svårigheter uppstår med transport, kan Hjälpmedelsenheten ombesörja hjälp med transporten.

Olycka eller olyckstillbud

Om en olycka eller tillbud inträffar i samband med användning av ett hjälpmedel ska hjälpmedlet omedelbart tas ur bruk och orsaken utredas. Avvikelsehantering enligt gällande rutiner.

Byte av hjälpmedel

Byte av hjälpmedel kan göras om det medicinska eller funktionella behovet förändrats eller om befintligt hjälpmedel är utslitet. Bedömningen görs av förskrivare eller teknisk personal.

Bortskänkande/utrangering av begagnade hjälpmedel

Är endast aktuellt för produkter som är i utgående sortiment eller när hjälpmedlet vid återlämning ändå skulle utrangeras. Beslut tas alltid av enhetschef Hjälpmedelsenheten. När överlåtelse sker, ska skriftlig information om överenskommelsen göras där det framgår att hjälpmedlet överlåtits i befintligt skick, att kommunens Hjälpmedelsenhet upphör att ansvara för reparationer och inte längre ansvarar för hjälpmedlets säkerhet. Krav på återlämning upphör och mottagaren ansvarar för eventuella reparationer.

Försäljning

Försäljning av hjälpmedel görs i mycket begränsad omfattning. Det är alltid enhetschef Hjälpmedelsenheten som tar beslut angående eventuell försäljning.

Antal hjälpmedel som får förskrivas

Detta bedöms individuellt. Generellt gäller att ett hjälpmedel per användningsområde förskrivas. Bostadens utformning kan medföra att flera hjälpmedel behövs och kan då förskrivas.

Dubbelt boende/fritidsboende

Generellt gäller att ett boende utrustas. Allmänna eller gemensamma utrymmen i anslutning till bostaden utrustas inte, till exempel tvättstuga eller garage. Två boenden kan i vissa fall utrustas. Person som flyttar hemifrån och har behov av hjälpmedel i gamla hemmet för att fortfarande kunna vistas där periodvis, kan få nödvändiga hjälpmedel förskriva.

Fritidshus utrustas inte.

Återställning efter nedmonterat hjälpmedel

Kostnad för återställning efter nedmonterat hjälpmedel i den enskildes bostad bekostas inte. En enkel återställning görs av leverantör vid nedmontering av stationär taklyft, med borttagande av skruvar samt spackling av hål i väggar och tak.

Återtagande mot den enskildes vilja

Återtagande mot den enskildes vilja kan göras om förskrivare bedömer att behov inte längre finns för aktuellt hjälpmedel. Återtagande kan också göras om aktuellt hjälpmedel innebär en risk på grund av ändrade förutsättningar eller om personen inte följer givna instruktioner, missköter hjälpmedlet, hanterar eller använder hjälpmedlet på ett osäkert sätt eller på ett annat sätt än hjälpmedlet är avsett att användas på.

Driftskostnader

Person som lånar hjälpmedel står för driftskostnader som elförbrukning, batterier samt kostnad för punktering.

Försäkring

Den enskilde rekommenderas att se över sitt försäkringsskydd beträffande hjälpmedel i hemmet och dess närmiljö vid stöld och brand samt att teckna reseförsäkring om hjälpmedlet ska tas med på resa. En ansvarsförsäkring eller allriskförsäkring är lämplig för att täcka eventuella kostnader för skador som vållats på annan person eller annan persons egendom.

Stulet eller skadat hjälpmedel

Får den enskilde ersättning från försäkringsbolag för skadat eller stulet hjälpmedel ska ersättningen betalas till ägaren av hjälpmedlet, det vill säga Östhammars kommun. Kommunen bekostar självrisken. Om försäkringen inte täcker förlusten ersätter kommunen hjälpmedel upp till 2000 kronors värde. Hjälpmedel överstigande 2000 kronor debiteras den enskilde. Kostnad för skada uppkommen vid normal användning av hjälpmedlet ansvarar kommunen för. I uppenbara fall av vårdslöshet debiteras den enskilde. Kontakt tas med enhetschef Hjälpmedelsenheten vid stulet eller skadat hjälpmedel.

Hygienrutiner och smittskydd samt hantering av riskavfall

Hygienrutiner för kommunal vård i Uppsala län från Sektion för vårdhygien vid Akademiska sjukhuset ska följas.

Avgifter

Hembesök/förskrivning:

Östhammars kommun tar ut en avgift vid hembesök av legitimerad personal. Vid förskrivning av hjälpmedel räknas tre hembesök som ett besök – bedömning, utprovning samt uppföljning och en avgift tas ut för förskrivningen. Behövs fler uppföljningstillfällen räknas varje uppföljning som ett besök. Avgift – se avgifter.

Avgifter vid långvariga behov av hjälpmedel:

Elrullstol

Avgift för elrullstol debiteras per månad. Se avgifter.

Rullstol

En rullstol kan förskrivas utan avgift. Vid behov av två manuella rullstolar utgår en avgift för rullstol nummer två. Avgiften debiteras per månad. Se avgifter.

Rollator

En rollator kan förskrivas utan avgift. Vid behov av två rollatorer utgår en avgift för rollator nummer två. Avgiften debiteras per månad. Finns behov av ytterligare rollator utgår ingen mer avgift. Se avgifter.

Korttidslån (personer folkbokförda i Östhammars kommun)

Östhammars Kommun lånar ut hjälpmedel mot avgift till kommuninvånare som har behov av hjälpmedel vid resor, utflykter samt vid tillfällig vistelse i fritidshus.

A-hjälpmedel som lånas ut på korttidslån: transportrullstol.

B-hjälpmedel som lånas ut på korttidslån: rollator, fristående toalett, duschstol, ramp.

Korttidslån (personer icke folkbokförda i Östhammars Kommun)

Generellt gäller att hjälpmedel ska tas med från hemkommunen. Lån ges vid akuta behov samt då hjälpmedel inte är möjligt att ta med från hemkommunen. Lånet ges mot avgift.

A-hjälpmedel som lånas ut på korttidslån: transportrullstol, vårdsäng, lyft, mobil duschstol, gåbord.

B-hjälpmedel som lånas ut på korttidslån: rollator, fristående toalett, duschstol, ramp.

Avgifter korttidslån (personer folkbokförda i Östhammars kommun)

	max 14 dagar	>14 dagar – 3 månader
Första A-hjälpmedel transportrullstol	250 kr/tillfälle	350 kr/tillfälle
Första B-hjälpmedel Rollator, fristående toalett, Duschstol, ramp	150 kr/tillfälle	250 kr/tillfälle
Lån av två eller flera A/B -hjälpmedel	300 kr/tillfälle	500 kr/tillfälle

Avgifter korttidslån (personer icke folkbokförda i Östhammars kommun)

	max 3 månader
A-hjälpmedel	500 kr/hjälpmedel
B-hjälpmedel	300 kr/hjälpmedel
Säng eller lyft	1000 kr/hjälpmedel

Andra verksamheters ansvar

Barn/ungdom upp till 21 år

Landstinget har ansvar för hjälpmedel till barn upp till 21 år.

Arbetslivet

Hjälpmedel i arbetslivet bekostas av arbetsgivaren eller Försäkringskassan.

Skolhjälpmedel till vuxna

Skolhuvudmannen har ansvar för att vuxenstuderande elev med funktionsnedsättning ska fungera i skolmiljön och kunna tillgodogöra sig undervisning.

Sjukhus

Landstinget bekostar alla hjälpmedel som endast är avsedda att användas under vistelsen på sjukhuset. Hjälpmedel som provas ut under sjukhusvistelsen med avsikt att användas i hemmet bekostas av Östhammars kommun.

Daglig verksamhet LSS – Räknas som en arbetsplats. Hjälpmedel avsedda att endast användas på daglig verksamhet bekostas av arbetsgivaren. Hjälpmedel avsedda för hemmabruk får tas med till daglig verksamhet.

Basutrustning på boende – Med basutrustning på boende menas hjälpmedel som inte är individuellt förskrivna på en person. Basutrustning är den utrustning som finns på ett visst boende och som kan användas av flera personer. Ett boende bör utrustas så att miljön motsvarar de behov som de boende och personalen har, detta enligt arbetsgivarens ansvar för arbetsmiljön. Basutrustning på boende bekostas av respektive enhetschef.

Handikappanpassning av bil/moped

Försäkringskassan är ansvarig.

Syn-, hörsel-, kommunikations samt ortopedtekniska hjälpmedel

Landstinget har ansvar för ovanstående hjälpmedel.

Regler gällande vistelse och bostadsort

Vistelse i annan kommun vid vård/behandling

Individuella hjälpmedel till person som är folkbokförd i Östhammars kommun, men vistas i annan kommun för avtalad vård och/eller behandling, bekostas av Östhammars kommun. Förskrivningen görs av den part som i avtalet har ansvar för hälso- och sjukvården.

Hjälpmedel till person skriven i annan kommun

Huvudprincipen är att förskrivning endast sker till Östhammars kommuns invånare. Hjälpmedel till person som vistas i Östhammars kommun för avtalad vård och/eller behandling bekostas av hemlandsting/kommun. Vistelsekommunen är skyldig att tillhandahålla sjukvård, där hjälpmedel ingår av *akut* karaktär. Förskrivningen görs av den part som i avtalet har ansvar för hälso- och sjukvården. För personer som vistas i kommunen som tillfälliga gäster erbjuder Östhammars kommun som service begränsat tillfälligt lån mot avgift endast för de hjälpmedel som inte kan tas med till kommunen. Se Korttidslån.

Flytt inom Östhammars kommun

Förskrivna hjälpmedel medtas vid flytt till annan bostad inom kommunen. Den enskilde står för transportkostnaden med undantag av flytt av stationär lyft, vårdsäng samt gripstång. Enkelt återställande sker vid nedmontering av leverantör såsom borttagande av skruvar samt spackling av hål i väggar och tak.

Flytt från Östhammars kommun

Huvudprincipen är att hjälpmedel återlämnas till Östhammars kommun vid flytt från kommunen. Undantag kan göras för hjälpmedel som behövs omedelbart på den nya orten för

att den dagliga livsföringen ska fungera samt för vissa specialanpassade hjälpmedel. Den enskilde ska i god tid innan flytt kontakta ansvarig förskrivare som efter bedömning överlämnar ärendet till enhetschef Hjälpmedelsenheten. En överenskommelse om ansvarsövertagande görs mellan kommunerna för de hjälpmedel som behöver tas med vid flytt. Försäljning av begagnade hjälpmedel som är förskrivna kan ske vid utlandsflytt.

Flytt till Östhammars kommun

Huvudprincipen är att hjälpmedel återlämnas till den kommun/landsting varifrån man flyttar. Undantag kan göras för de hjälpmedel som behövs omedelbart på den nya orten för att den dagliga livsföringen ska fungera samt för vissa specialanpassade hjälpmedel. Frågor om eventuellt övertagande av hjälpmedel tas med enhetschef Hjälpmedelsenheten som beslutar om eventuellt övertagande.

Utländsk medborgare som vistas i Östhammars kommun

För asylsökande personer har landstingen ansvaret för alla HSL-insatser, även hjälpmedel. För papperslösa/tillståndslösa hänvisas till Migrationsverket. Om personen har uppehållstillstånd i Sverige kan hjälpmedel förskrivas. Förskrivaren kontrollerar uppehållstillståndet som framgår av passet. Utländska medborgare som tillfälligt vistas i Sverige får inte hjälpmedel förskrivna utan får själva bekosta hjälpmedlen alternativt låna hjälpmedel mot avgift. Se Korttidslån.

Utländsvistelse

Hjälpmedel som tas med vid utländsvistelse ska återföras till Östhammars kommun. Den enskilde står själv för alla kostnader för transport samt eventuella reparationer eller reservdelar utomlands. Reseförsäkring rekommenderas för de hjälpmedel som tas med. Gäller det eldriven rullstol ska förskrivare samt tekniker HUL informeras innan resan.

Produktgrupper Hjälpmedelsenheten Östhammars kommun

Hjälpmedlen är ordnade i produktområden och klassificerade enligt ISO 9999:2007. Klassificeringen är internationell och grundar sig på hjälpmedlets funktion och syfte för personen.

Produktgrupperna för Östhammars kommun beslutas av socialnämnden och är ett policybeslut. För information vilka produktundergrupper som ingår i respektive produktgrupp samt vilka kriterier och rutiner som gäller vid förskrivning av produktundergrupperna inom respektive produktgrupp, se Rutiner Hjälpmedelsenheten.

Hjälpmedel från följande produktområden/produktgrupper förskrivs i Östhammars kommun:

04 Hjälpmedel vid personlig medicinsk behandling

- 04 27 Stimulatorer
- 04 48 Rörelse, styrke- och balansredskap
- 04 33 Antidecubitushjälpmedel

09 Hjälpmedel för personlig vård

- 09 09 Hjälpmedel för av- och påklädning
- 09 12 Hjälpmedel vid toalettbesök
- 09 33 Hjälpmedel vid bad och dusch

12 Hjälpmedel vid förflyttning

- 12 03 Gånghjälpmedel som hanteras med en arm
- 12 06 Gånghjälpmedel som hanteras med båda armarna
- 12 22 Manuellt drivna rullstolar
- 12 23 Motordrivna rullstolar
- 12 24 Tilläggsutrustning till rullstolar
- 12 31 Hjälpmedel för överflyttning och vändning
- 12 36 Personlyftar med lyftselar

15 Hjälpmedel i hushållet

- 15 09 Hjälpmedel för att äta och dricka

18 Hjälpmedel för utrustning och anpassning av bostäder och andra lokaler

- 18 09 Sittmöbler och sitsar
- 18 10 Tilläggsutrustning till sittmöbler
- 18 12 Sängar
- 18 15 Höjdställbara tillsatser till möbler
- 18 18 Stödanordningar
- 18 30 Hjälpmedel för förflyttning i vertikal ledd

22 Hjälpmedel för kommunikation och information

- 22 27 Varseblivningshjälpmedel
- 22 90 Hjälpmedel för kognitivt stöd
- 22 36 Inmatningsenheter

24 Hjälpmedel för hantering och transport av produkter

- 24 13 Hjälpmedel som kan styra och kontrollera på avstånd
- 24 21 Förlängare

Socialnämndens arbetsutskott

Larmupphandlingar*Trygghetslarm/Larmtjänster ordinärt boende*

Socialförvaltningen har i dag avtal med CareTech AB gällande Trygghetslarm/Larmtjänster i ordinärt boende.

Då avtalet upphör att gälla den 31/12 - 2016 behöver förvaltningen snarast gå ut i ny upphandling. De sammantagna kostnaderna uppgår i dag till ca 1,2 mnkr/år.

Trygghetslarm särskilt boende

Socialförvaltningen har i dag på verksamhetens särskilda boenden och gruppboendestäder larmanläggningar. Anläggningarna som köptes in 2009 till en kostnad av ca 3,5 mnkr finansierades via investeringsbudgeten och skrevs under en 5 års period av med en årlig kostnad på ca 800 tkr.

Kostnaderna består i dag av serviceavtal med Phoniro med en årlig kostnad på ca 400 tkr.

Då anläggningarna börjar bli omoderna och slitna och serviceavtalen går ut den 2/3 - 2017 förslår verksamheten att ny upphandling görs.

Förslag till beslut

Socialnämndens arbetsutskott föreslår nämnden att ge verksamheten i uppdrag att upphandla trygghetslarm/larmtjänster till ordinärt boende och trygghetslarm till särskilt boende.

Socialnämndens arbetsutskott

Beslutsunderlag ang servicetjänster

Socialförvaltningen har för perioden 2015-03-01 t o m 2016-12-31 enligt beslut i Socialnämnden 2014-12-10 i projektform anlitat Samhall för utförandet av servicetjänster inkluderande städ, inköp och tvätt inom ordinärt boende.

En utvärdering har gjorts under våren 2016 där man konstaterar att projektet fallit väl ut och att man önskar fortsätta med samma koncept och gå vidare med någon form av upphandling enligt LOU. (lagen om offentlig upphandling)

Regelverket gällande LOU har omarbetats och i en proposition från regeringen daterad 2016-06-22 föreslås i kapitel 4 en ny bestämmelse om reserverade kontrakt.

Denna förslår bl a att man i upphandling kan reservera deltagandet för leverantörer vars främsta syfte är yrkesmässig integration av personer med funktionshinder eller personer som har svårt att komma in på arbetsmarknaden. Lagen föreslås träda i kraft tidigast 1 januari 2017.

För att hinna förbereda och genomföra en upphandling utifrån de nya förutsättningar som ev kommer att ges i LOU föreslås en förlängning av nuvarande avtal att gälla t o m 2017-12-31.

Förslag till beslut

att föreslå Socialnämnden att förlänga nuvarande avtal med Samhall att gälla t o m 2017-12-31.