



2015-10-12

Tid Måndag 12 oktober kl  
18:30

Plats Kommunhuset plan 2,  
Stange

Ärenden

Justering

- 1 Information om Äldredagarna
- 2 Brukarombudsmannen berättar om sitt uppdrag
- 3 Information från förvaltningen
- 4 EFS ansökan projekt DigIT
- 5 Rekommendation KSL – Överenskommelse om vård- och omsorg
- 6 Delegering från landstinget till hemtjänsten
- 7 Projekt hemtagningsteam – Trygg hemgång
- 8 Motion (M) – Trygg hemgång
- 9 Motion (KD) – Inför LOV för valfrihetens skull
- 10 Motion (M) – Lov i hemtjänsten
- 11 Motion (M) – Valfrihet i hemtjänsten
- 12 Medborgarförslag Tillåt privata företag inom hemtjänsten

2015-10-01

- 13 Anmälningssärenden
- 14 Delegationsbeslut
- 15 Övriga frågor

Tuva Lund (S)

Ordförande

Annita Olsson

Sekreterare

Gruppmöte

S, V och MP träffas kl 17.30 i Stange och oppositionen i Helges lokaler vid samma tid.

OBS!

Vid förhinder meddela via e-post till [annita.olsson@botkyrka.se](mailto:annita.olsson@botkyrka.se)



## **1 Information om äldredagarna**

Muntligt



## **2 Brukarombudsmannen berättar om sitt uppdrag**



### **3 Information från förvaltningen**

Ekonomisk uppföljning, september

Redovisning av uppdrag från juninämnden - timvikarier



## § EFS ansökan Projekt DigIT

### Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden föreslås besluta att vård- och omsorgsförvaltningen går in som deltagare i Projekt DigIT (Digital kompetensutveckling inom vård och omsorg) under förutsättning att Svenska ESF-rådet godkänner ansökan.

### Sammanfattning

Projekt DigIT är ett kommungemensamt ESF-projekt (Europeiska socialfonden) som omfattar samtliga Stockholms stadsdelar och 12 kommuner i Stockholms län. Projektet syftar till att öka kompetensen hos medarbetare och chefer att använda digital teknik för att i sin tur kunna stötta brukarna att vilja och kunna använda de hjälpmedel och den teknik som finns. Syftet är även att skapa en beredskap inför framtida behov av tekniskt kunnande. Utvecklingen går snabbt och vi behöver skapa förutsättningar för att ta tillvara den digitala teknikens möjligheter i vårt arbete för brukarens fokus.

Stockholms stads äldreförvaltning kommer att vara projektägare och administrativt ansvarig för projektet som löper under åren 2015-2018. Medfinansiering krävs till 53 procent, vilket finansieras genom deltagande medarbetares arbetstid.



2015-09-29

Dnr von/2015:119

Referens  
Magnus Lublin

Mottagare  
Vård- och omsorgsnämnden

## Inträde som deltagare i Projekt DigIT

### Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden föreslås besluta att vård- och omsorgsförvaltningen går in som deltagare i Projekt DigIT (Digital kompetensutveckling inom vård och omsorg) under förutsättning att Svenska ESF-rådet godkänner ansökan.

### Sammanfattning

Projekt DigIT är ett kommungemensamt ESF-projekt (Europeiska socialfonden) som omfattar samtliga Stockholms stadsdelar och 12 kommuner i Stockholms län. Projektet syftar till att öka kompetensen hos medarbetare och chefer att använda digital teknik för att i sin tur kunna stötta brukarna att vilja och kunna använda de hjälpmedel och den teknik som finns. Syftet är även att skapa en beredskap inför framtida behov av tekniskt kunnande. Utvecklingen går snabbt och vi behöver skapa förutsättningar för att ta tillvara den digitala teknikens möjligheter i vårt arbete för brukarens fokus.

Stockholms stads äldreförvaltning kommer att vara projektägare och administrativt ansvarig för projektet som löper under åren 2015-2018. Medfinansiering krävs till 53 procent, vilket finansieras genom deltagande medarbetares arbetstid.

### Projekt DigIT

Projekt DigIT (Digital kompetensutveckling inom vård och omsorg) är ett kommungemensamt ESF-projekt (Europeiska socialfonden) som omfattar samtliga Stockholms stadsdelar och 12 kommuner i Stockholms län. Stockholms stads äldreförvaltning kommer att vara projektägare och administrativt ansvarig för projektet som löper under åren 2015-2018. Botkyrka kommun är medsökande i den ansökan som har lämnats in.

Syftet med projektet är att öka medarbetares och chefers förmåga att använda digitala hjälpmedel som stöd i arbetet. Kunskapen ska sedan förmedlas vidare till de personer som får insatser av vård och omsorgsförvaltningen. En viktig del i projektet är stöd till chefer att skapa en lärande organisat-

2015-09-29

Dnr von/2015:119

ion och förutsättningar för långsiktig teknikutveckling. Projektet förväntas bidra till ökad trygghet i teknikanvändning, ökad kvalitet och trygghet för brukarna samt öka arbetsplatsens attraktionskraft.

#### Målgrupp

Projektets målgrupp är medarbetare och chefer inom äldreomsorg, socialpsykiatri och funktionsnedsättningsområdet.

#### Kostnadsberäkning

För att delta i projekt DigIT krävs en 53-procentig medfinansiering av deltagarkommunerna. Kostnaden finansieras genom deltagande medarbetares arbetstid. Vård- och omsorgsförvaltningen har gjort en anmälan om 478 medarbetare och i genomsnitt 36 timmars utbildning per medarbetare. För varje timme av utbildning utgår en schablonersättning om 204 kr vilket innebär en total kostnad för hela projektet på 3 510 432 kronor – 1 860 529 för kommunen och 1 649 903 kronor i projektstöd. En stor del av utbildningen kommer att vara digital och kommer att kunna genomföras på arbetsplatsen.

#### Planering

Projektet kommer att bestå av följande tre faser.

#### **Analys och planering**

Denna fas planeras till nio månader. Samtliga medarbetare ska delta i en inventering och kartläggning av varje medarbetares behov. Detta kommer att ske under tre APT-tillfällen under våren 2016 och redovisas i en rapport till Svenska ESF-rådet.

#### **Genomförande**

Insatser görs utifrån behoven som framkommit under analysdelen. Detta kommer att ske inom tre områden: chef/ledning, kompetensutveckling och arbetsplatslärande (teknikombud).

#### **Utvärdering och avslut**

Denna fas planeras till tre månader. Här utvärderas projektet och en slutrapport tas fram. Projektet avslutas november 2018

#### Förvaltningens bedömning

För att höja kvaliteten inom omsorgen om personer med funktionsnedsättning är det viktigt att Botkyrka kommun satsar på verksamhets- och kompetensutveckling inom funktionsnedsättningsområdet. Att stå utanför den här



2015-09-29

Dnr von/2015:119

typen av sammanslutning anser förvaltningen skulle innebära en risk att kommunens utvecklingsarbete försvåras.

Pia Bornevi  
T.f. vård- och omsorgschef

## Aktuell information om ESF projektansökan projekt DigIT, digital kompetensutveckling inom vård och omsorg

### **Bakgrund**

Europeiska socialfonden, ESF, har utlyst medel för digital kompetensutveckling inom hälso- och sjukvård, vård och omsorg med sista ansökningsdag den 31 maj 2015.

I Stockholmsregionen är målet att höja kompetensen i det digitala lärandet, både genom att tillägna sig färdigheter och genom att få djupare förståelse av de möjligheter och utmaningar den nya tekniken ger upphov till.

Stockholms stad ska i samverkan med fyra kommuner i länet inom äldreomsorgen och ytterligare åtta kommuner i länet inom funktionshinderomsorg och socialpsykiatri söka medel från ESF med en totalbudget på 63,7 miljoner kronor för åren 2015-2018.

### **Syfte**

Projektet syftar till att öka medarbetares och chefers förmåga att använda digitala hjälpmedel som finns i arbetet och som stöd och hjälpmedel för de personer som får insatser av äldreomsorgen eller socialtjänsten.

Projektet riktar sig till medarbetare inom äldreomsorg och funktionshinderområdet (inkluderat socialpsykiatri) inom Stockholms stads fjorton stadsdelar och de tolv kommuner i länet som visat intresse av att delta i projektet.

En viktig del i projektet är också stöd till chefer att skapa en lärande organisation och förutsättningar för långsiktig teknikutveckling. Projektet förväntas bidra till ökad trygghet i teknikanvändning och öka attraktionen för arbetsplatserna, samt ökad kvalitet och trygghet för brukarna.

### **Om projektet**

Stockholms stads äldreförvaltning är projektägare. Projekttiden blir tre år med start första december 2015 om medel beviljas. Projektet avslutas sista november 2018.

Delaktigheten är central i kommande projekt, alla chefer och medarbetare måste involveras i analys- och planeringsfasen. De utbildningar som ska genomföras under projekttiden ska tas fram tillsammans med deltagande verksamheter under en i projektet inledande analys- och planeringsfas.

Samtliga medarbetare ska delta i skattning av digitala kunskaper och delta i workshops kring behov av digital kompetensutveckling. Resultatet/behovsinventeringen ska sammanställas inom varje organisation och utgöra grunden för de utbildningar som kommer att genomföras under 2016-2018.

Den digitala kompetensutvecklingen är tänkt att tillgodoses genom både grundläggande utbildningar och poänggivande fortbildningar på gymnasienivå. Tanken är att tre arbetsplatsträffar under 6 månader används till detta arbete.

De tre sista månaderna i projektet är en avslutningsfas, då sammanställs och utvärderas kompetenssatsningarna, en slutkonferens genomförs för att sprida resultaten och ny kompetens och nya metoder implementeras i ordinarie verksamheter.

Nytt för denna utlysning i programområde 1 är ett krav på 53 procents medfinansiering. Medarbetares tid som läggs på kompetensutveckling kan räknas som medfinansiering. Det vill säga för varje utbildningstimme räknas en schablonkostnad som genererar intäkt till projektet. Exempelvis om 100 medarbetare deltar i 10 timmars kompetenshöjande insatser utifrån en schablon på 234 kr per timme genererar det 234 000 kr i medfinansiering.

Genom Europeiska socialfonden har deltagande verksamheter en unik möjlighet att utbilda sin personal i användandet av digitala verktyg och öka verksamheternas digitala kompetens till hälften av kostnaden. Det är en utmaning att hänga med i den snabba digitala utvecklingen och kunskaper krävs för att verksamheter ska fungera både kostnadseffektivt och rättssäkert. Genom att medverka i projektet sprider vi kunskaper om Stockholms regionen som en attraktiv arbetsgivare, underlättar nyrekrytering i våra verksamheter och ökar möjligheten att behålla kompetent personal inom Stockholms län.



## 5 Rekommendation KSL

### Förslag till beslut

Vård- och omsorgnämnden ställer sig positiv till att kommunfullmäktige antar:

- Sammanhållen överenskommelse om vård och omsorg för personer som bor i särskilt boende för äldre
- Tilläggsöverenskommelse om samverkan kring att förebygga och behandla missbruk och beroende hos äldre
- Tilläggsöverenskommelse avseende samverkan kring äldre med psykisk sjukdom och funktionsnedsättning

### Sammanfattning

För att förtydliga och förbättra samverkan mellan Stockholmskommunerna och landstinget vid vård och omsorg av äldre har Kommunförbundet Stockholms läns landsting (KSL) tagit fram ett förslag till sammanhållen överenskommelse samt två tilläggsöverenskommelser. En första version av förslaget har presenterats för och kommenterats av representanter från kommunerna och landstinget. Därefter har det slutgiltiga förslaget utformats.

Överenskommelserna är tänkta att utgöra ett stöd för det gemensamma arbetet genom att klargöra vem som ansvarar för vad. Målet är att den enskilde ska: få en sammanhållen och individanpassad vård och omsorg efter sina behov, uppleva vården och omsorgen som trygg och säker, samt få vård och omsorg av god kvalitet.

Den sammanhållna överenskommelsen består av fem delar som alla sammanfattas nedan.

2015-10-01

## Ärendet

Kommunförbundet Stockholms län rekommenderar kommunen att anta:

- Sammanhållen överenskommelse om vård och omsorg för personer som bor i särskilt boende för äldre
- Tilläggsöverenskommelse om samverkan kring att förebygga och behandla missbruk och beroende hos äldre
- Tilläggsöverenskommelse avseende samverkan kring äldre med psykisk sjukdom och funktionsnedsättning

Vård- och omsorgsförvaltningen har berett ärendet.



2015-09-10

Dnr von/2015:102

Referens  
Emma Åberg

Mottagare  
Vård- och omsorgsnämnden

## Remiss KSL - Rekommendation om överenskommelse om vård och omsorg för äldre

### Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden ställer sig positiv till att kommunfullmäktige antar:

- Sammanhållen överenskommelse om vård och omsorg för personer som bor i särskilt boende för äldre
- Tilläggsöverenskommelse om samverkan kring att förebygga och behandla missbruk och beroende hos äldre
- Tilläggsöverenskommelse avseende samverkan kring äldre med psykisk sjukdom och funktionsnedsättning

### Sammanfattning

För att förtydliga och förbättra samverkan mellan Stockholmskommunerna och landstinget vid vård och omsorg av äldre har Kommunförbundet Stockholms läns landsting (KSL) tagit fram ett förslag till sammanhållen överenskommelse samt två tilläggsöverenskommelser. En första version av förslaget har presenterats för och kommenterats av representanter från kommunerna och landstinget. Därefter har det slutgiltiga förslaget utformats.

Överenskommelserna är tänkta att utgöra ett stöd för det gemensamma arbetet genom att klargöra vem som ansvarar för vad. Målet är att den enskilda ska få en sammanhållen och individanpassad vård och omsorg efter sina behov, uppleva vården och omsorgen som trygg och säker, samt få vård och omsorg av god kvalitet.

Den sammanhållna överenskommelsen består av fem delar som alla sammanfattas nedan.

### Ärendet

Kommunförbundet Stockholms län rekommenderar kommunen att anta:

2015-09-10

Dnr von/2015:102

- Sammanhållen överenskommelse om vård och omsorg för personer som bor i särskilt boende för äldre
- Tilläggsöverenskommelse om samverkan kring att förebygga och behandla missbruk och beroende hos äldre
- Tilläggsöverenskommelse avseende samverkan kring äldre med psykisk sjukdom och funktionsnedsättning

Vård- och omsorgsförvaltningen har berett ärendet.

### **Kommentarer till överenskommelsen**

Den föreslagna överenskommelsen utgörs av en sammanhållen överenskommelse i fem delar, samt två tilläggsöverenskommelser. Nedan sammanfattas och kommenteras överenskommelsen del för del.

**Samverkan mellan läkarorganisationerna/läkare och kommunfinansierad hälso- och sjukvårdspersonal i särskilt boende för äldre**  
Syftet med delöverenskommelsen är att klargöra den övergripande ansvarsfördelningen mellan kommunerna och landstinget men också ansvarsfördelningen på lokal vårdgivarnivå mellan läkarorganisationen och den legitimerade sjukvårdspersonalen inom särskilt boende.

Vård- och omsorgsförvaltningen välkomnar att ansvarsfördelningen förtydligas och instämmer i föreslagen struktur. Vi saknar dock ett förtydligande av kommunens åtagande att ha beredskap och vid behov kunna erbjuda ledsagning till specialist. Förvaltningen anser att åtagandet behöver avgränsas för att bara gälla på förhand inbokade besök då kommunen inte kan garantera ledsagning vid akutbesök.

**Individuell nutritionsbehandling i särskilt boende för äldre**  
Det har tidigare saknats en överenskommelse på området. I och med förslaget tydliggörs ansvarsfördelningen gällande individuell nutritionsbehandling för personer som bor i särskilt boende för äldre. Kommunerna åtar sig även att tillhandahålla dietistkompetens i särskilt boende för äldre.

Då Botkyrka kommun redan har dietistkompetens inom särskilt boende innebär förslaget inga förändringar.

### **God läkemedelsbehandling för äldre**

I och med överenskommelsen tydliggörs innebörden i god läkemedelsbehandling för äldre. Syftet är att förbättra samverkan och underlätta det gemensamma kvalitetsutvecklingsarbetet.

2015-09-10

Dnr von/2015:102

Den föreslagna delöverenskommelsen medför inga förändringar för vård- och omsorgsförvaltningens del.

Kostnadsansvar för medicintekniska produkter i särskilt boende för äldre  
Delöverenskommelsen ersätter den försöksverksamhet om samverkan mellan kommuner och länets hjälpmedelscentraler som funnits sedan 1997. Den föreslagna delöverenskommelsen medför inga förändringar för vård- och omsorgsförvaltningens del.

Kostnadsansvar för läkemedel och läkemedelsnära produkter  
Delöverenskommelsen är densamma som Botkyrka kommun antog den 23 september 2014, efter rekommendation från KSL. Förslaget innebär ett fåtal mindre förändringar i jämförelse med nu rådande kostnadsuppdelning – samtliga i form av kostnadsöverföring från kommunen till landstinget.

#### Tilläggsöverenskommelser

Tilläggsöverenskommelser avseende målgruppen, personer över 65 år, har tagits fram för att komplettera rådande Policy för att förebygga och behandla missbruk samt Samverkan kring vuxna med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning. I dokumenten förtydligas vikten av anpassade insatser utifrån den enskildes behov av vård och omsorg. Samtidigt tydliggörs respektive huvudmans ansvar för samordnad individuell plan, samordningsresurser samt stöd till närstående och anhöriga.

Förslagen medför inga förändringar för vård- och omsorgsförvaltningens del.

Pia Bornevi  
T.f. vård- och omsorgschef

---

Expedieras till  
Kommunledningsförvaltningen



*För kännedom*  
Socialnämnd och motsvarande  
Äldrenämnd och motsvarande

Kommunstyrelser i Stockholms  
läns kommuner

## *Överenskommelser om vård och omsorg för äldre*

### **Rekommendation**

KSLs styrelse beslutade vid sitt sammanträde 4 juni 2015 att rekommendera kommunerna i länet att anta

- Sammanhållen överenskommelse om vård och omsorg för personer som bor i särskilt boende för äldre.
- Tilläggsöverenskommelse om samverkan kring att förebygga och behandla missbruk och beroende hos äldre
- Tilläggsöverenskommelse avseende samverkan kring äldre med psykisk sjukdom och funktionsnedsättning

I och med beslutet upphör Avtal om läkarsamverkan i särskilda boende och daglig verksamhet enligt hälso- och sjukvårdslagen 26d § att gälla.

### **Beskrivning av ärendet**

För att skapa en samhållen vård och omsorg för målgruppen äldre krävs samverkan mellan kommun och landsting. I Stockholms län finns sedan tidigare ett antal länsövergripande överenskommelser som reglerar samverkan i olika delar av huvudmännens verksamheter. Erfarenheterna av samverkan när det gäller barn och unga, personer med missbruk och beroendeproblem samt vuxna med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning visar att det underlättar samverkan om det finns en övergripande överenskommelse.

Samverkan mellan huvudmännen ska leda till god, trygg och säker vård och omsorg för äldre i behov av insatser från såväl kommunfinansierad som landstingsfinansierad verksamhet. Detta kräver ledning och styrning och överenskommelser kan utgöra ett viktigt verktyg för detta.

Den 14 september 2012 uppdrog dåvarande Presidiegruppen till KSLs kansli och Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning (HSF) att ta fram ett förslag till en sammanhållen överenskommelse om äldre. I uppdraget ingick att förtydliga ansvarsfördelning och samverkan kring individuell nutritionsbehandling i särskilda boende för äldre.

Under arbetet med överenskommelsen uppmärskammades behovet av att ta fram kompletteringar gällande äldre till länets *Policy för att förebygga och behandla missbruk* samt till *Överenskommelsen om samverkan kring vuxna med psykisk sjukdom/ funktionsnedsättning*.

## Sammanhållen överenskommelse om vård och omsorg för äldre (Bilaga 1)

Överenskommelsen består av fem delar som har samlats under ett gemensamt paraply. Målgruppen är personer som bor i särskilt boende för äldre.

Överenskommelsen ska utgöra ett stöd för det gemensamma arbetet mellan kommun och landsting på lokal nivå genom att klargöra ansvarsgränser. På så sätt ska överenskommelsen bidra till en sammanhållen vård och omsorg av god kvalitet för den enskilde och effektiv resursanvändning för huvudmännen. Målet är att den enskilde ska:

- få en sammanhållen och individanpassad vård och omsorg efter sina behov
- uppleva vård och omsorg som trygg och säker
- få vård och omsorg av god kvalitet, genom en god samverkan mellan kommun- och landstingsfinansierade verksamheter.

### Överenskommelsens fem delar är:

- Samverkan mellan läkarorganisationerna/läkare och kommunfinansierad hälso- och sjukvårdspersonal i särskilt boende för äldre (reviderad)

Denna del ersätter *Avtal om läkarsamverkan i särskilda boende och daglig verksamhet enligt hälso- och sjukvårdslagen 26d §* som KSLs styrelse beslutade rekommendera kommunerna att anta den 11 juni 2009 (Dnr 2008/0054).

- Individuell nutritionsbehandling i särskilt boende för äldre (ny)

Inom detta område har det tidigare saknats en överenskommelse. Nu tydliggörs ansvarsfördelning rörande individuell nutritionsbehandling för personer som bor i särskilt boende för äldre och kommunerna åläggs att tillhandahålla dietistkompetens för detta ändamål.

- God läkemedelsbehandling för äldre (ny)

Inom detta område har det tidigare saknats en överenskommelse. Nu tydliggörs innebörden i god läkemedelsbehandling för äldre.

- Kostnadsansvar för medicintekniska produkter i särskilt boende för äldre (Ej reviderad)

Denna del i överenskommelsen ersätter den försöksverksamhet om samverkan mellan kommunerna och hjälpmedelscentraler i länet som KSLs styrelse beslutade rekommendera kommunerna att delta i den 23 april 1997.

- Kostnadsansvar för läkemedel och läkemedelsnära produkter. (Ej reviderad)

Denna del utgörs av *Överenskommelse om kostnadsfördelning av läkemedel och läkemedelsnära produkter* som KSLs styrelse beslutade rekommendera kommunerna att anta den 12 december 2013 (Dnr KSL/12/0166-35).

## Tilläggsöverenskommelser gällande äldre

### (Bilaga 2 och 3)

Tilläggsöverenskommelser avseende målgruppen äldre har tagits fram för att komplettera *Policy för att förebygga och behandla missbruk* (KSLs styrelse beslutade om rekommendation om förlängning den 12 december 2012, Dnr KSL/13/0105). och *Samverkan kring vuxna med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning* (KSLs styrelse beslutade om rekommendation den 29 mars 2012, Dnr: KSL/2008/0036).

Målgruppen är personer över 65 år.

I dokumenten förtydligas vikten av anpassade insatser utifrån den enskilda behov av vård-och omsorg. Vidare förtydligas respektive huvudmans ansvar när det gäller samordnad individuell plan, samordningsresurser och stöd till anhöriga och närstående. Parterna åtar sig även att genomföra en inventering av äldre personer med missbruks- och beroendeproblematik eller risk för detta.

### Dialog och förankring

Den sammanhållna överenskommelsen om vård och omsorg för äldre har utformats av ett flertal arbetsgrupper med sakkunniga från kommuner och landstinget. Innan förslaget färdigställdes bjöds representanter för samtliga kommunernas in att lämna synpunkter. Synpunkterna har beaktats i det slutliga förslaget. Kommunernas tjänstemän ställer sig positiva till en samlad överenskommelse om äldre som bor i särskilt boende för äldre. Många poängterade vikten av implementering och uppföljning av överenskommelsen. Under 2015 kommer därför indikatorer för uppföljning att tas fram.

Delöverenskommelsen om individuell nutritionsbehandling har varit ute på särskild tjänstemannaremiss till kommunerna. I de flesta kommuner ställer sig tjänstemännen positiva till förslagen och framför att det skapar bättre förutsättningar att erbjuda individuell nutritionsbehandling. Samtidigt har tjänstemän i några kommuner framför farhågor om att överenskommelsen innebär ett utökat åtagande för kommunerna och att vissa kommuner kan få svårt att tillgodose kravet att tillhandhålla dietistkompetens, samt att överenskommelsen kan innebära ökade kostnader för kommunen.

Kompletteringarna har tagits fram av en gemensam arbetsgrupp med sakkunniga från kommuner och landstinget och behandlats i det Regionala samrådet för psykiatri och beroendefrågor som tillstyrkt dem.

### Ärendegång

Rekommendationen adresseras till kommunstyrelserna enligt den rutin som gäller vid beslut i KSLs styrelse. KSL överläter till kommunen att fatta beslut enligt gällande delegationsordning.

Kommunerna ombeds meddela sina ställningstaganden genom att sända in protokollsutdrag eller annan beslutshandling.

### Svarsperiod

KSL önskar få kommunernas ställningstaganden senast den 31 december 2015 med e-post till [registrator@ksl.se](mailto:registrator@ksl.se).

### Frågor och information

Frågor med anledning av detta besvaras av: Maria Andersson, telefon 08-615 94 32, e-post [maria.andersson@ksl.se](mailto:maria.andersson@ksl.se).

Med vänlig hälsning

KOMMUNFÖRBUNDET STOCKHOLMS LÄN




Mats Gerdau  
ordförande



Madeleine Sjöstrand  
direktör

### Bilagor:

1. Sammanhållen överenskommelse om vård och omsorg för personer som bor i särskilt boende för äldre.
2. Tilläggsöverenskommelse om samverkan kring att förebygga och behandla missbruk och beroende hos äldre
3. Tilläggsöverenskommelse avseende samverkan kring äldre med psykisk sjukdom och funktionsnedsättning

An abstract graphic consisting of numerous thin, green, wavy lines that flow from the bottom left towards the top right, creating a sense of movement and depth. The lines are closely spaced and overlap, forming a complex, organic pattern.

# **Sammanhållen överenskommelse om vård och omsorg för äldre**

---

Överenskommelse mellan Stockholms läns landsting och kommuner i Stockholms län

Innehållet i denna överenskommelse är framtaget av hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Stockholms läns landsting och Kommunförbundet Stockholms Län (KSL) på uppdrag av presidierna för landstingets hälso- och sjukvårdsnämnd och KSLs styrelse.

För information om vilka kommuner som antagit överenskommelsen se KSLs webbplats: [www.ksl.se](http://www.ksl.se)

*Stockholm i maj 2015*

## **Sammanhållen överenskommelse om vård och omsorg för äldre**

### **Delöverenskommelser**

Samverkan mellan läkarorganisation/läkare och kommunfinansierad hälso- och sjukvårdsorganisation/personal i särskilt boende för äldre.....	<b>9</b>
Samverkan för individuell nutritionsbehandling i särskilt boende för äldre.....	<b>27</b>
God läkemedelsanvändning för äldre – gemensam målbild .....	<b>37</b>
Kostnadsfördelning för medicintekniska produkter i särskilt boende för äldre .....	<b>47</b>
Kostnadsfördelning av läkemedel och läkemedelsnära produkter i särskilt boende för äldre i Stockholms län.....	<b>51</b>

# 1. Introduktion

## 1.1 Bakgrund

För att skapa en sammanhållen vård och omsorg för olika målgrupper i samhället krävs samverkan mellan kommun och landsting. Erfarenheterna från tidigare samverkan visar att det underlättar om det finns övergripande beslut, policyer eller överenskommelser. I Stockholms län finns ett antal länsövergripande överenskommelser som reglerar samverkan mellan olika delar av huvudmännens verksamheter.

Stockholms läns landsting, SLL, genom hälso- och sjukvårdsförvaltningen, HSF, och Kommunförbundet Stockholms Län, KSL, har i partsgemensamma grupper med sakkunniga från kommunerna och landstinget uppdaterat tidigare överenskommelser och tagit fram två nya överenskommelser som gäller samverkan för äldre personer som bor i särskilt boende för äldre<sup>1</sup>. Vidare har gruppen tagit fram kompletteringar som berör äldre till överenskommelserna "Samverkan kring vuxna med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning" och "Policy för att förebygga och behandla missbruk och beroende".

## 1.2 Överenskommelsen gäller för alla kommun- och landstingsfinansierade verksamheter

Landstinget och kommunerna ansvarar för att i avtal med upphandlade entreprenörer enligt lagen om offentlig upphandling, LOU<sup>2</sup> och i krav för godkännande av aktörer enligt lagen om valfrihetssystem, LOV<sup>3</sup>, samt vid köp av enstaka platser i förfrågningsunderlag och för godkännande av utförare i respektive avtal, infoga krav på att överenskommelser som landstinget och kommunen har träffat enligt detta dokument även gäller för dessa aktörer.

### Läsanvisning

Den person som verksamheterna är till för benämnes i hela texten nedan "den enskilde/patienten".

För att förenkla framställningen nedan uttrycks landstingets respektive kommunens ansvar som om det var kommunen eller landstinget själva som skulle genomföra det som avses. Kommunen och landstinget har alltid ansvaret, men genomförandet av det som avses sker dels genom verksamhet i egen regi, dels genom landstingsfinansierade eller kommunfinansierade verksamheter som är godkända enligt LOV eller är upphandlade enligt LOU. I texter nedan används begreppen landstingsfinansierad och kommunfinansierad verksamhet för alla dessa verksamheter.

## 1.3 Delöverenskommelser

Dessa fem delöverenskommelser sammanförs under ett gemensamt paraply som utgör överenskommelsen:

- Samverkan mellan läkarorganisation<sup>4</sup>/läkare och kommunfinansierad hälso- och sjukvårdsorganisation/personal i särskilt boende för äldre (reviderad).
- Individuell nutritionsbehandling i särskilt boende för äldre (ny).
- God läkemedelsanvändning för äldre (ny).
- Kostnadsfördelning för medicintekniska produkter i särskilt boende för äldre (inte reviderad).
- Kostnadsfördelning för läkemedel och läkemedelsnära produkter (ny).

<sup>1</sup> Särskilt boende för äldre avser sådan särskild boendeform som kommunen är skyldig att ordna enligt 5 kap 5§ socialtjänstlag (2001:453).

<sup>2</sup> Lag (2007:1091) om offentlig upphandling.

<sup>3</sup> Lag (2008:962) om valfrihetssystem.

<sup>4</sup> Med läkarorganisation menas i hela denna överenskommelse vårdgivare för läkarinsatser.



## 1.4 Överenskommelser som har reviderats

men som ligger utanför paraplyet för äldre eftersom de även gäller andra grupper:

- Samverkan när enskilda/patienter behöver praktisk hjälp med egenvård (har reviderats och förtydligats).
- Samverkan kring vuxna med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning (har kompletterats när det gäller äldre).
- Policy för att förebygga och behandla missbruk och beroende (har kompletterats när det gäller äldre.)

## 1.5 Andra överenskommelser som gäller äldre

Utöver ovanstående överenskommelser finns sedan tidigare överenskommelser som både gäller äldre och andra grupper.

- Samverkan vid in- och utskrivning i slutenvården. En revidering av länets överenskommelse pågår och hänsyn kommer att tas till den nationella översynen av betalningsansvarslagen<sup>5</sup>.
- Uppsökande verksamhet för vissa äldre och funktionshindrade (munhälsa).
- Samverkan vid vård och omsorg för personer med demenssjukdom eller kognitiv svikt.
- Personer i behov av andningshjälp i hemmet (överenskommelse mellan Stockholms läns landsting, kommunerna och Försäkringskassan).
- Samordning av insatser för habilitering och rehabilitering.

Nedan ges först en allmän introduktion till överenskommelsen om samverkan för äldre som innehåller de fem ovan nämnda delöverenskommelserna och därefter följer de fem delöverenskommelserna.

## 2. Övergripande målgrupp

Målgruppen för överenskommelsen är personer 65 år och äldre. I respektive delöverenskommelser anges ytterligare specifikation av målgrupp för aktuell delöverenskommelse. T.ex. den som oavsett ålder, efter beslut av kommunen, är bosatt i ett särskilt boende för äldre eller vistas på en korttidsplats.

## 3. Övergripande syfte

Det övergripande syftet med överenskommelsen är att den ska utgöra en grund och ett stöd för det gemensamma arbetet mellan kommunerna och landstinget på lokal nivå, samt klargöra ansvarsgränserna. Ett annat övergripande syfte är att eftersträva en effektiv samhällsekonomisk resursanvändning genom att verksamheter samverkar så effektivt som möjligt för att de enskilda/patienterna ska få uppleva en sammanhållen vård.

---

<sup>5</sup> Lag (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård.

Verksamheterna ska ha ett gott överlämnande till andra verksamheter i vårdnätverket<sup>6</sup> och olika funktioner ska samverka med respekt för varandras olika kompetens för att ge de enskilda en god och samordnad vård.

## 4. Övergripande mål

Det övergripande målet är att de enskilda/patienterna

- får en sammanhållen och individanpassad vård och omsorg efter sina behov
- upplever vård och omsorg som trygg och säker
- får vård och omsorg av god kvalitet, genom god samverkan mellan kommun- och landstingsfinansierade verksamheter.

Utöver dessa övergripande mål anges specificerade mål i respektive delöverenskommelse.

## 5. Helhetssyn och samtycke

Enskilda/patienter som tillhör målgruppen för respektive delöverenskommelse har rätt att få sina behov av insatser och behandling allsidigt utredda och tillgodosedda. Det innebär att hela situationen och alla behov vägs samman inom det område delöverenskommelsen gäller och att den enskilde/patienten upplever all vård och omsorg som en helhet.

De enskildas/patienternas intressen ska aldrig åsidosättas på grund av att skilda huvudmän har olika verksamhets- och kostnadsansvar. Delöverenskommelserna handlar om hur kommuner och landsting ska samverka för de enskildas/patienternas bästa. De enskilda/patienterna ska aldrig behöva utsättas för stridigheter mellan olika huvudmän, utan i stället uppleva hur gott olika huvudmän samverkar över huvudmannaskapsgränser.

Ett samtycke måste alltid inhämtas från den enskilde/patienten innan en samverkan kring denne kan ske mellan verksamheter där det råder sekretess. Samtycket måste inte vara skriftligt även om det ofta är lämpligt. Oavsett detta ska varje verksamhet dokumentera att samtycke har inhämtats. Den enskilde/patienten får när som helst ta tillbaka sitt samtycke.

## 6. Samordnad individuell plan, SIP

För att personer som behöver insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska få sina samlade behov tillgodosedda kan, efter samtycke från den enskilde, en samordnad individuell plan, SIP, behöva upprättas enligt hälso- och sjukvårdslagen, HSL, och socialtjänstlagen, SoL<sup>7</sup>. Planen ska om möjligt upprättas tillsammans med den enskilde och, om det anses lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det, ska närstående ges möjlighet att delta i arbetet med planen.

Av planen ska det framgå

- vilka insatser som behövs
- vilka insatser respektive huvudman ska svara för

---

<sup>6</sup> Vårdnätverk innebär att de enskilda/patienterna möter en vård och omsorg där vårdgivare och omsorgsgivare samverkar i ett nätverk. Vårdnätverket innebär att:

- Individens hälsa är i fokus i varje möte.
- Oavsett vart individen vänder sig ska denna få stöd att hitta rätt.
- Det finns tillräcklig och adekvat information och kompetens.
- Individens samlade behov är utgångspunkten för den vård och omsorg som ges.

<sup>7</sup> 3f § hälso- och sjukvårdslagen och 1 Kap. 7 § socialtjänstlagen har gemensam lydelse.

- vilka åtgärder som vidtas av någon annan än kommunen eller landstinget
- vem av huvudmännen som har det övergripande ansvaret för planen.

En partsammansatt grupp har tagit fram ett vägledningsdokument kring planeringen av SIP. Vägledningen finns på Kommunförbundet Stockholms Läns hemsida, [www.ksl.se](http://www.ksl.se), och på vårdgivarguiden på landstingets hemsida, [www.vardgivarguiden.se](http://www.vardgivarguiden.se)

## 7. Ledningssystem och kunskapsspridning

### 7.1 Kunskapsspridning om överenskommelserna

Det är mycket viktigt att de personer som ska arbeta enligt överenskommelsen och respektive delöverenskommelse har fått information om innehållet och förstår hur delöverenskommelserna ska tillämpas.

Verksamhetschefer för hälso- och sjukvården i landsting och kommun och förvaltningschefer eller motsvarande i samverkan med medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS<sup>8</sup>, och medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR<sup>9</sup> hos huvudmännen har ett särskilt stort ansvar att tillsammans med underställda chefer på alla nivåer inom landstinget och kommunerna bedriva informations- och utbildningsarbete kring innehållet i överenskommelsen, inklusive delöverenskommelserna, så att dessa blir kända och följs i respektive verksamheter.

### 7.2 Samverkan ska beskrivas i ledningssystemet

Socialstyrelsen har gett ut föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem<sup>10</sup> som ställer krav på att vårdgivarna och de som bedriver socialtjänst ska upprätta ledningssystem för ett systematiskt kvalitetsarbete. De som bedriver verksamhet enligt socialtjänstlagen, SoL<sup>11</sup>, eller lag om stöd och service för vissa funktionshindrade, LSS<sup>12</sup>, ska identifiera de processer där det behövs samverkan för att säkra kvaliteten på de insatser som ges inom socialtjänsten och verksamhet enligt LSS. Vårdgivare i hälso- och sjukvård har samma krav på att identifiera de processer där det behövs samverkan för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada.

Samtliga aktiviteter som ingår i respektive process ska identifieras. Vidare ska det fastställas i vilken ordning aktiviteterna behöver ske. De rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet ska beskrivas för varje aktivitet.

Det ska framgå av ledningssystemet dels hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten, dels hur samverkansmöjligheter säkerställs med andra aktörer, till exempel med andra vårdgivare, andra verksamheter enligt SoL och LSS, samt myndigheter och organisationer.

Ledningssystemet hos respektive verksamhet ska således innehålla de processer (med aktiviteter och rutiner) som behövs inom den egna verksamheten för att säkra en god kvalitet när det gäller samverkan med andra verksamheter, med hänvisning till denna överenskommelse och de fem delöverenskommelser som ryms inom den.

Verksamhetschefer och övriga chefer har ett stort ansvar att realisera detta.

---

<sup>8</sup> MAS = Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska enligt 24 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

<sup>9</sup> MAR= Medicinskt Ansvarig för Rehabilitering. Sjukgymnast/fysioterapeut eller arbetsterapeut som innehar samma uppdrag som MAS inom en verksamhet som omfattar rehabilitering enligt 24§ HSL.

<sup>10</sup> Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

<sup>11</sup> Socialtjänstlag (2001:453).

<sup>12</sup> Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

## **8. IT-system**

Dokumentation sker ofta i olika IT-system och det är viktigt att vidareutveckla de befintliga IT-systemen så att de kan vara till nytta i samverkan mellan olika aktörer runt de enskilda/patienterna. Självfallet måste de enskilda/patienterna samtycka till hanteringen. IT-systemen kan också behöva utvecklas för att förenkla uppföljningar.

## **9. Parter**

Stockholms läns landsting genom hälso- och sjukvårdsnämnden och ansvariga nämnder i länets kommuner.

## **10. Giltighetstid**

Överenskommelsen börjar gälla från parternas beslut i respektive ansvarig nämnd.

## **11. Övergripande kontaktpersoner**

Kommunen och landstinget ska utse varsin kontaktperson med ansvar för respektive delöverenskommelse. När kommunen eller landstinget byter kontaktperson ska detta skriftligen meddelas varandra.

## **12. Gemensamt ansvar för uppföljning**

Parterna har ett gemensamt ansvar för att överenskommelserna regelbundet följs upp och att stämna av resultatet av uppföljningen med varandra. Det första året är det viktigt att följa upp hur väl de som ska följa delöverenskommelserna i sitt dagliga arbete känner till dem. För varje delöverenskommelse tar hälso- och sjukvårdsförvaltningen och Kommunförbundet Stockholms Län fram ett antal indikatorer som parterna ska följa upp lokalt varje år. Därefter tas ett särskilt dokument fram som gäller uppföljningen.

**Samverkan mellan läkarorganisation<sup>13</sup>/  
läkare och kommunfinansierad hälso-  
och sjukvårdsorganisation  
/personal i särskilt boende för äldre**

---

<sup>13</sup> Med läkarorganisation avses i hela dokumentet vårdgivare för läkarinsatser som godkänts av landstinget enligt LOV.

# 1. Inledning

## 1.1 Bakgrund

Kommunen har ett hälso- och sjukvårdsansvar för dem som efter ett biståndsbeslut av kommunen bor i ett särskilt boende för äldre.<sup>14</sup> Det är inte en vårdinrättning utan en bostad som kommunen har inrättat enligt socialtjänstlagen. Den hälso- och sjukvård som bedrivs där kan därför betraktas som primärvård. Kommunens hälso- och sjukvårdsansvar omfattar dock inte läkarinsatser.<sup>15</sup> Enligt hälso- och sjukvårdslagen, HSL<sup>16</sup>, ska landstinget sluta avtal med kommunerna i länet när det gäller omfattningen av och formerna för läkarnas medverkan<sup>17</sup>. Vidare ska landstinget avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas god hälso- och sjukvård i särskilt boende.

Denna delöverenskommelse motsvarar det avtal som landstinget enligt hälso- och sjukvårdslagen ska sluta med kommunerna i länet när det gäller omfattningen av och formerna för läkarmedverkan.

Landstinget har ett gemensamt beskrivet uppdrag för alla vårdgivare av läkarinsatser i särskilt boende för äldre. Uppdraget beskrivs i Förfrågningsunderlag enligt lag om valfrihetssystem, LOV, samt Vårdval läkarinsatser i särskilt boende för äldre, [www.vardgivarguiden.sll.se](http://www.vardgivarguiden.sll.se).

### 1.1.1 Läsanvisning

Begreppet läkare används i första hand för den behandlande läkaren i den valda läkarorganisationen. I vissa fall finns det information om vad som gäller om de enskilda/patienterna har valt att vara fortsatt listade hos sin husläkare. De som behåller sin husläkare får vård och behandling enligt förfrågningsunderlaget Husläkarverksamhet med basal hemsjukvård.

För att förenkla framställningen nedan uttrycks landstingets respektive kommunens ansvar som om det var kommunen eller landstinget själva som skulle genomföra det som avses. Kommunen och landstinget har alltid ansvaret, men genomförandet av det som avses sker dels genom verksamhet i egen regi, dels genom landstingsfinansierade eller kommunfinansierade verksamheter som är godkända enligt LOV, eller är upphandlade enligt LOU. I texten nedan används begreppen landstingsfinansierad och kommunfinansierad verksamhet för alla dessa verksamheter. Se vidare i avsnitt 2 om omfattning och gränsdragningsfrågor.

## 1.2 Syfte

Delöverenskommelsen syftar till att på en övergripande nivå

- klargöra ansvaret för sjukvårdshuvudmännen Stockholms läns landsting och kommunerna i Stockholms län.

Delöverenskommelsen syftar till att på lokal vårdgivarnivå

- klargöra ansvaret för samverkan mellan läkarorganisationen (i förekommande fall husläkarorganisationen<sup>18</sup>) och den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonal som den kommunfinansierade verksamheten ansvarar för i särskilt boende för äldre
- utgöra en grund för respektive läkarorganisation och kommunfinansierad verksamhet när det gäller att teckna en lokal överenskommelse som förtydligar respektive organisations ansvar för samverkan när det gäller hälso- och sjukvårdsinsatser inom särskilt boende för äldre

<sup>14</sup> Kommunens hälso- och sjukvårdsansvar regleras i 18 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Kommunens skyldighet att inrätta särskilda boendeformer framgår av 5 kap. 5§ socialtjänstlagen.

<sup>15</sup> Ett undantag från bestämmelsen om att kommunen inte ansvarar för läkarinsatser är vad som gäller enligt 26 d § hälso- och sjukvårdslag (1982:763) om landstinget inte uppfyller sina skyldigheter gentemot kommunen.

<sup>16</sup> Hälso- och sjukvårdslag (1982:763).

<sup>17</sup> 26 d § hälso- och sjukvårdslag (1982:763).

<sup>18</sup> I de fall de enskilda/patienterna väljer att fortsätta vara listad hos sin husläkare, samt de som vistas på en korttidsplats.

- förtydliga hur hälso- och sjukvårdspersonalens förhållningssätt kan bidra till en god samverkan som fokuserar på de enskildas/patienternas situation i det gemensamma uppdraget att skapa en hälso- och sjukvård med god kvalitet.

### **1.3 Målgrupp för delöverenskommelsen**

De som efter ett biståndsbeslut av kommunen bor i ett särskilt boende för äldre, oavsett ålder, och har listat sig hos en läkarorganisation som är godkänd av landstinget och som valts av den kommunfinansierade verksamhet den enskilde bor i. I målgruppen ingår även enskilda patienter som har beviljats bistånd i form av vistelse på korttidsplats.

### **1.4 Mål för delöverenskommelsen**

De enskilda/patienterna

- ska känna sig trygga med att hälso- och sjukvårdshuvudmännen, kommun och landsting, samverkar i sin planering av hälso- och sjukvården i det särskilda boendet
- ska känna sig trygga med att hälso- och sjukvårdspersonalen i det särskilda boendet och läkarorganisationen samverkar kring utformning och genomförande av insatser och att förebyggande och hälsofrämjande insatser prioriteras
- får samordnade, goda och säkra hälso- och sjukvårdsinsatser som bygger på bedömningar av de enskildas/patienternas hela situation med respekt för självbestämmande och integritet.

### **1.5 Definitioner**

Definitioner återfinns i avsnitt 9 i denna delöverenskommelse.

### **1.6 Lokal samverkansöverenskommelse**

Den valda läkarorganisationen och kommunen ska för den kommunfinansierade verksamheten träffa en lokal samverkansöverenskommelse där formerna för och omfattningen av samverkan ska specificeras med utgångspunkt från denna överenskommelse.

Verksamhetschefen hos läkarorganisationen och den funktion som är utsedd av kommunen<sup>19</sup> ska säkerställa att det finns en tydlig struktur och beslutsordning för att ta fram, fastställa, implementera, följa upp och revidera den lokala samverkansöverenskommelsen.

Den lokala överenskommelsen ska tydliggöra ansvars- och rollfördelningen mellan de berörda aktörerna och utgå från nationella riktlinjer, regionala styrdokument och tillämpliga lagar och föreskrifter. Den ska genomsyras av en personcentrerad vård- och omsorg och patientsäkerhet.

En lokal samverkansöverenskommelse ska innehålla rutiner för

- en namngiven funktion som kan informera samt lämna material om läkarorganisationen, listningen och vara behjälplig med listningsblankett
- informationsöverföring vid påbörjad vistelse samt inflyttning
- informationsöverföring mellan läkare och hälso- och sjukvårdspersonal i särskilt boende

---

<sup>19</sup> Det kan exempelvis vara en MAS eller MAR, verksamhetschef eller annan chefsperson. Med en godkänd eller upphandlad utförare kan kommunen komma överens om att utföraren själv utser en kontaktperson direkt till läkarorganisationen.

- utformning av information till de enskilda/patienterna att om de väljer att behålla sin husläkare får de sin läkartillsyn genom besök på vårdcentralen eller hembesök av husläkaren
- information till läkarorganisation så snart en enskild/patient har listat sig hos vårdgivaren
- veckovisa besök, konsultation och akuta oplanerade besök
- närståendekontakt
- vårdplanering
- samordnad individuell planering, SIP
- läkemedelshantering
- läkemedelsgenomgångar
- konsultation av andra specialister
- basal minnesutredning
- brytpunktssamtal
- palliativ vård
- efterlevandesamtal
- eventuellt en lokal rutin för bedömning av egenvård med utgångspunkt från överenskommelsen Samverkan när en enskild/patient behöver praktisk hjälp med egenvård
- avvikelser
  - hantering av avvikelser i hälso- och sjukvården
  - samverkan om rapportering, utredning och uppföljning av avvikelser där läkare har varit direkt berörd (enligt avsnitt 4.1.1 och 4.4.1 samt 5. Säkerhet)
- avvikelser från delöverenskommelsen
  - definition av vad som kan anses vara otillräckligt stöd från läkare vid konsultationer då kommunen överväger att anlita en egen läkare (se avsnitt 6–8)
- förtydligande av rutin i avsnitt 8.

## 2. Omfattning och gränsdragningsfrågor

Denna delöverenskommelse omfattar dels landstingsfinansierade läkarorganisationer som har godkänts enligt lag om valfrihetssystem, LOV, och som har valts av ett kommunfinansierat särskilt boende för äldre, dels kommunal hälso- och sjukvårdsorganisation för särskilt boende för äldre samt kommunfinansierade särskilda boenden för äldre som har godkänts enligt LOV eller har upphandlats enligt lag om offentlig upphandling, LOU. Genom denna delöverenskommelse krävs att landstinget och kommunen ställer krav på att delöverenskommelsen gäller för godkännande och i förfrågningsunderlag och avtal med de verksamheter som anlitas.

Särskilda boenden som drivs av helt privata utförare av vård och omsorg som säljer köpta enstaka platser berörs genom att de behöver ha avtal med en läkarorganisation som godkänts av landstinget och att de ska ha lokalt avtal med den läkarorganisation de valt.

### 2.1 Relation till andra överenskommelser och delöverenskommelser

- *Samverkan vid in- och utskrivning i slutenvården*  
Överenskommelsen reglerar vilka uppgifter som ska följas med de enskilda/patienterna från ett särskilt boende till slutenvården och från slutenvården till ett särskilt boende. De enskildas/patienternas fasta läkarkontakt och kommunfinansierad personal behöver beakta dessa uppgifter.



- *God läkemedelsanvändning i särskilt boende för äldre*  
Delöverenskommelsen om god läkemedelsanvändning ska beaktas när det gäller läkemedelshantering i särskilt boende för äldre. Det gäller till exempel rutiner för läkemedelsgenomgångar, utveckling av icke-farmakologiska metoder och följsamhet till Stockholms läns landstings Kloka Listan.
- *Individuell nutritionsbehandling i särskilt boende för äldre*  
Nutritionsbehandling är lika viktig för enskilda/patienter som läkemedel, andningsunderstöd och andra terapeutiska insatser. Klinisk nutrition är en del av den medicinska behandlingen. Den behandlande läkaren ska delta i den inledande riskbedömningen för enskilda/patienter och för bedömning, ordination och behandling vid specifika sjukdomstillstånd, samt för utredning av felnäring.
- *Samverkan när enskilda/patienter behöver praktisk hjälp med egenvård*  
Vid bedömning av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan bedömas som egenvård ska överenskommelsen om samverkan vid egenvård med praktisk hjälp beaktas. Rutinen för samverkan vid bedömning av egenvård kan eventuellt behandlas även i den lokala samverkansöverenskommelsen, enligt avsnitt 1.6 ovan.

## **2.2 Relationer till landstingets förfrågningsunderlag enligt LOV**

- *Läkarinsatser i särskilt boende för äldre*  
Aktuellt förfrågningsunderlag gäller vid samverkan mellan läkarorganisation/läkare, samt kommunfinansierad hälso- och sjukvårdsorganisation/personal i särskilt boende för äldre.
- *Husläkarverksamhet med basal hemsjukvård*  
Aktuellt förfrågningsunderlag gäller vid samverkan mellan husläkare och läkarorganisation läkare och kommunfinansierad hälso- och sjukvårdsorganisation/personal i särskilt boende för äldre. Detta gäller för de enskilda/patienter som har valt att fortsätta vara listad hos sin husläkare samt de som vistas på en korttidsplats.
- *Avancerad sjukvård i hemmet*  
Aktuellt förfrågningsunderlag gäller vid samverkan mellan ASiH/personal och läkarorganisation/läkare och kommunal hälso- och sjukvårdsorganisation/personal i kommunfinansierat särskilt boende för äldre.

## **3. Delmål för enskildas/patienters hälso- och sjukvård**

### **3.1 Samverkan**

#### Enskilda/Patienter

- uppfattar vården som en helhet, oavsett huvudman, eftersom kommun och landsting informerar varandra om och samarbetar vid planering av sina hälso- och sjukvårdsresurser
- vet att läkarorganisationen (i förekommande fall husläkarorganisationen<sup>20</sup>) samarbetar och planerar deras hälso- och sjukvårdsinsatser tillsammans med hälso- och sjukvårdspersonalen i boendet
- slipper onödiga besök på akutmottagningen tack vare en god samverkan mellan läkare och den kommunfinansierade hälso- och sjukvårdspersonalen.

---

<sup>20</sup>De enskilda/patienterna som har valt att fortsätta vara listade hos sina husläkare, samt de som vistas på en korttidsplats.

### 3.2 Information

#### Enskilda/Patienter

- vet vilka som är omvårdnadsansvarig sjuksköterska, ansvarig arbetsterapeut och ansvarig sjukgymnast/fysioterapeut på det särskilda boendet
- är informerade inför valet av läkarorganisation att lista sig hos
- får information om hälsotillstånd och de metoder som finns för undersökning, vård och behandling samt de hjälpmedel som behövs<sup>21</sup>
- vet att dokumentation om planerade och genomförda hälso- och sjukvårdsåtgärder är tillgänglig för personal som behöver informationen (om samtycke har lämnats).

### 3.3 Tillgänglighet

#### Enskilda/Patienter

- träffar läkare och sjuksköterska vid hembesök samt vid akuta behov dygnet runt
- får i samband med inflyttning en samordnad bedömning av sitt hälsotillstånd av arbetsterapeut, läkare, sjukgymnast/ fysioterapeut och sjuksköterska.

### 3.4 Kompetens

#### Enskilda/Patienter

- får vård av hälso- och sjukvårdspersonal som har kompetens om åldrandet, åldrandets sjukdomar och de vanligaste folksjukdomarna och som följer kunskapsutvecklingen inom dessa områden
- får den medicinska behandling, omvårdnad och rehabiliterande behandling på primärvårdsnivå som baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet samt evidens
- får vid behov konsultationer eller insatser av specialiserad hälso- och sjukvård.

### 3.5 Säkerhet

#### Enskilda/Patienter

- får stöd att förebygga och minska risken för fallskador, trycksår, inkontinens, felnäring och problem med munhälsa, samt vårdrelaterade infektioner
- får, om de skadas eller utsätts för risk att skadas, stöd med utredning och analys av situationen så att rutiner kan ändras och händelsen inte upprepas
- får vård och behandling av personal som aktivt samarbetar med varandra och med andra för att tillgodose deras behov av hälso- och sjukvårdsinsatser, både i vardagen och i vårdens övergångar, alternativt i övergångar mellan olika vårdformer.

### 3.6 Uppföljning av hälso- och sjukvårdsinsatser

#### Enskilda/Patienter

- vet att planerade och utförda hälso- och sjukvårdsinsatser kontinuerligt följs upp och att resultatet av uppföljningen är tillgängligt för berörd personal
- vet att läkare och hälso- och sjukvårdspersonal samverkar så att nödvändiga hälso- och sjukvårdsinsatser genomförs enligt resultatet av uppföljningar och registrering i nationella kvalitetsregister
- får genomgång av sin läkemedelsbehandling.

---

<sup>21</sup> Patientlagen (2014:821) reglerar bl.a. den enskildes/patientens rätt till information

## 4. Ansvar och åtaganden för respektive part

### 4.1 Övergripande åtaganden

#### 4.1.1 Landstinget åtar sig att

##### *Krav*

- stämma av med kommunen när förfrågningsunderlag tas fram eller revideras
- se till att verksamhetens ledningssystem följer det lokala samverkansavtalet, enligt avsnitt 1.6 ovan, när det är aktuellt att ta fram, fastställa, implementera, följa upp och revidera avtalet
- se till att läkaren har ett förebyggande arbetssätt
- tillsammans med det kommunfinansierade särskilda boendet utreda och bestämma vilka åtgärder som behöver vidtas när det gäller avvikelser där läkare eller kommunfinansierad hälso- och sjukvårdspersonal tillsammans med läkare är berörd i ett händelseförlopp
- de enskilda/patienterna som har valt att behålla sin husläkare får vård och behandling av husläkaren<sup>22</sup>
- se till att läkaren tar emot konsultationer från en sjuksköterska innan en individ sänds till sjukhus, samt stödjer sjuksköterskan i bedömning och gör hembesök vid behov
- se till att läkare finns tillgänglig dygnet runt.

##### *Samverkan*

- delta i samverkansforum för information och diskussion om planering av respektive verksamhetsområden utifrån behoven hos de äldre som bor i särskilt boenden, i syfte att möta framtida hälso- och sjukvårdsbehov.

##### *Information*

- informera kommun/stadsdel om utsedda och de namngivna kontaktpersonerna hos hälso- och sjukvårdsförvaltningen och respektive vårdgivare
- meddela kommunens kontaktperson när läkarorganisationen avslutar sin avtalsrelation med hälso- och sjukvårdsförvaltningen senast sex månader före avslut<sup>23</sup>
- säkerställa informationsöverföring mellan primärvård, särskilt boende för äldre och slutenvård.

##### *Tillgänglighet*

- se till att läkare träffar enskilda/patienter som är listade hos sin husläkare om de har ett akut behov av läkarinsatser då läkarorganisationens läkare är på plats.

##### *Kompetens*

- se till att allmänläkare har kompetens om åldrandet, åldrandets sjukdomar och de vanligaste folksjukdomarna samt rehabilitering och tar del av kompetensutveckling
- se till att det finns tillgång till läkare med specialistkompetens inom geriatrik
- se till att läkare vid behov remitterar till specialistvård för konsultation och utbildning
- de beslut som tas om medicinsk behandling baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet samt evidens
- se till att läkare handleder och vidareutvecklar vård- och omsorgspersonal vid behov.

---

<sup>22</sup>Husläkarens ansvar för dem som har flyttat in på ett särskilt boende framgår av hälso- och sjukvårdsförvaltningens förfrågningsunderlag Husläkarverksamhet med basal hemsjukvård.

<sup>23</sup>Om läkarorganisationen säger upp sitt uppdrag är uppsägningstiden sex månader innan avslut. Om hälso- och sjukvårdsförvaltningen säger upp uppdraget är den däremot tolv månader.

#### **4.1.2 Kommunen åtar sig att**

##### *Krav*

- alltid informera hälso- och sjukvårdsförvaltningen vid planering inför driftstart, ändrad driftsform, förändring av inriktning, förändring av platsantal och nedläggning av särskilt boende
- se till att hälso- och sjukvårdspersonalen har ett förebyggande arbetssätt
- se till att verksamhetens ledningssystem behandlar det lokala samverkansavtalet, enligt avsnitt 1.6 ovan, när det gäller att ta fram, fastställa, implementera, följa upp och revidera det lokala samverkansavtalet.
- se till att sjuksköterskan söker kontakt med läkare för konsultation innan en individ sänds akut till sjukhus
- säkerställa och ansvara för att det finns tillgång till sjuksköterskor, sjukgymnaster/fysioterapeuter och arbetsterapeuter
- se till att sjuksköterska finns tillgänglig dygnet runt.

##### *Samverkan*

- delta i samverkansforum för information och diskussion om planering av respektive verksamhetsområde utifrån behoven hos de äldre som bor i särskilt boende för att därigenom möta framtida hälso- och sjukvårdsbehov.

##### *Information*

- säkerställa informationsöverföringen till primärvård, vid besök på akutmottagning och inskrivning i slutenvård
- informera hälso- och sjukvårdsförvaltningen om kommunens/stadsdelens utsedda kontaktperson, MAS, samt om upphandlade och godkända utförare
- skriftligen informera hälso- och sjukvårdsförvaltningen om förändringar
  - antalet korttidsplatser som redovisas per kombikakod
  - nystart av ett särskilt boende senast sex månader före driftstart
  - byte av utförare på ett särskilt boende senast sex månader före bytet
  - avveckling av ett särskilt boende senast sex månader före avvecklingen
  - en varaktig verksamhetsförändring, exempelvis från ett permanent särskilt boende för äldre till platser för korttidsboende inom befintlig verksamhet, senast två månader innan förändringen träder i kraft eftersom läkarinsatser berörs av boendeformen.

##### *Tillgänglighet*

- ha beredskap för att vid behov kunna erbjuda ledsagning till specialistvård.

##### *Kompetens*

- se till att arbetsterapeuter, sjukgymnaster/fysioterapeuter och sjuksköterskor har nödvändig kompetens och tar del av kompetensutveckling om åldrande, åldrandets sjukdomar och de vanligaste folksjukdomarna, samt har beredskap för att uppmärksamma behov av specialistkompetens
- se till att de beslut som tas i omvårdnad och rehabiliterande behandling baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet samt evidens.

## 4.2 Förberedelse inför inflyttning och påbörjad vistelse på korttidsplats

### 4.2.1 Landstinget åtar sig att

- se till att läkaren tar emot information från husläkare eller från slutenvården för dem som har listat sig hos läkarorganisationen (och kvitterar vårdplanen från slutenvården när det tekniskt blir möjligt).

*Anmärkning:* De enskildas/patienternas husläkare har kvar ansvaret för de som har valt att kvarstå som listade och för de övriga tills listningen är överförd till en annan läkarorganisation. Vid vistelse på en korttidsplats är de enskilda/patienterna alltid fortsatt listade hos sina husläkare.

### 4.2.2 Kommunen åtar sig att

- informera läkarorganisation om att nyinflyttningar kommer att ske, men utan att uppge personuppgifter innan de enskilda/patienterna har valt var de vill vara listade.

## 4.3 Inflyttning och påbörjad vistelse

### 4.3.1 Landstinget åtar sig att

- se till att läkare besöker inflyttade och bedömer hälsotillståndet inom sju arbetsdagar efter listning hos den aktuella läkarorganisationen.

### 4.3.2 Kommunen åtar sig att

- informera de enskilda om vilka som är ansvarig hälso- och sjukvårdspersonal
- inom sju arbetsdagar informera läkaren om den bedömning av hälsotillståndet som hälso- och sjukvårdspersonalen har gjort
- informera de enskilda att den som tillfälligt vistas i korttidsvård, avlastning eller växelvård behåller sin ordinarie husläkare.

## 4.4 Boendetid och vistelsetid

### 4.4.1 Landstinget åtar sig att se till att

- läkaren bidrar med sin kompetens i situationer där annan hälso- och sjukvårdspersonal har behov av att samverka kring enskilda
- läkaren besöker de enskilda/patienterna efter överenskommelse och vid behov av akuta insatser dygnet runt
- läkaren genomför hembesök enligt önskemål från de enskilda/patienterna
- läkaren genomför hembesök enligt önskemål från hälso- och sjukvårdspersonalen
- de enskilda/patienterna får konsultationer eller insatser av specialiserad hälso- och sjukvårdspersonal vid behov
- läkaren stödjer de enskilda/patienterna med att identifiera och analysera risker i deras situation och tillsammans med dem vidtar nödvändiga förebyggande åtgärder
- läkaren vid behov medverkar i utredning och analys av situationen om de enskilda/patienterna skadas eller riskerar att skadas så att rutiner kan ändras och händelsen inte upprepas
- läkaren och hälso- och sjukvårdspersonalen i den särskilda boendeformen samverkar och åtgärdar de hälso- och sjukvårdsinsatser som behövs enligt resultatet av en uppföljning
- läkaren genomför en enkel och fördjupad läkemedelsgenomgång tillsammans med berörd personal en gång per år eller vid behov.

#### **4.4.2 Kommunen åtar sig att se till att**

- arbetsterapeut, sjukgymnast/fysioterapeut och sjuksköterska rapporterar sina bedömningar av den enskildes hälsotillstånd och de behov som har framkommit och samarbetar med läkaren i den fortsatta bedömningen
- uppmärksamma behov av specialistkompetens
- ha beredskap för att vid behov kunna erbjuda ledsagning till specialist
- hälso- och sjukvårdspersonal vid behov samverkar med läkare för att ge de enskilda/patienterna stöd att förebygga och minska risker i vårdsituationen, särskilt fallskador, trycksår, inkontinens, felnäring, problem med munhälsa och vårdrelaterade infektioner
- om de enskilda/patienterna skadas eller utsätts för risk att skadas, får de stöd med utredning och analys av situationen så att rutiner kan ändras och händelsen inte upprepas
- sjuksköterska och vid behov annan personal medverkar i läkemedelsgenomgångar enligt den lokala överenskommelsen
- hälso- och sjukvårdspersonalen bidrar med sin kompetens i situationer där läkare behöver samverka kring den enskilda.

### **4.5 Livets slutskede**

#### **4.5.1 Landstinget åtar sig att**

- se till att läkaren följer det nationella kunskapsstödet för god palliativ vård i livets slutskede och socialstyrelsens författningar kring dödsfall<sup>24</sup>
- se till att läkaren genomför brytpunktsamtal med den enskilde/patienten och i förekommande fall närstående, tillsammans med sjuksköterska
- informera vårdpersonalen om vilka åtgärder som ska vidtas för den enskilde då ett dödsfall kan förväntas.

#### **4.5.2 Kommunen åtar sig att se till att**

- hälso- och sjukvårdspersonalen följer det nationella kunskapsstödet för god palliativ vård i livets slutskede och socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om kriterier för bestämmande av människans död
- sjuksköterskan håller läkaren informerad om de enskildas tillstånd och kallar på läkare vid behov
- sjuksköterskan vid behov deltar i brytpunktsamtal tillsammans med läkare.

### **4.6 Utflytt och avslut**

#### **4.6.1 Landstinget åtar sig att se till att**

- informera husläkaren om enskilda/patienter som avslutar sin korttidsvistelse
- läkaren fastställer ett dödsfall skyndsamt genom att personligen göra en klinisk undersökning av den avlidne, dödförklara samt skriva dödsbevis och intyg om dödsorsaken
- husläkaren fastställer dödsfall med mera för de som har valt att behålla sin husläkare
- jourläkaren fastställer oväntade dödsfall med mera, både i permanenta boenden och på korttidsplatser under jourtid
- läkaren som har fastställt dödsfallet säkerställer vem som ska meddela närstående om ett dödsfall.

---

<sup>24</sup>Te.x. socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:10) om kriterier för bestämmande av människans död m.fl.

*Anmärkning:* Vid ett väntat dödsfall kan läkaren fastställa dödsfall med mera utan att personligen infinna sig, om det är överenskommet med sjuksköterskan. Förutsättningen är att sjuksköterskan har gjort en klinisk undersökning<sup>25</sup> och lämnar uppgifter om resultatet av undersökningen till läkaren. Om den tjänstgörande sjuksköterskan anser att läkaren behöver infinna sig trots att dödsfallet är väntat ska läkaren infinna sig så snart det är möjligt.

#### **4.6.2 Kommunen åtar sig att se till att**

- sjuksköterskan vid ett väntat dödsfall gör en klinisk undersökning enligt socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om kriterier för bestämmande av människans död<sup>26</sup>
- sjuksköterskan vid dödsfallet lämnar efterfrågad information till läkaren som därmed kan fylla i blanketten för transport och informera om eventuell pacemaker med mera
- sjuksköterskan kallar på den ordinarie läkaren på boendet, husläkaren eller jourläkaren, beroende på var de enskilda är listade respektive tiden på dygnet
- sjuksköterskan informerar de närstående om dödsfallet efter överenskommelse med läkare.

### **4.7 Närstående**

#### **4.7.1 Landstinget åtar sig att se till att**

- läkaren lämnar medicinsk information, vid behov i samverkan med sjuksköterska, som närstående har behov av eller har efterfrågat
- läkaren ger stöd till närstående, vid behov i samverkan med sjuksköterska, som är anpassat till situation och behov
- läkaren genomför brytpunktsamtal, vid behov i samverkan med sjuksköterska, angående ändringar av vårdens inriktning
- läkaren genomför efterlevandesamtal, vid behov i samverkan med sjuksköterska.

#### **4.7.2 Kommunen åtar sig att se till att**

- sjuksköterskan genomför samtal, vid behov i samverkan med läkare, vid inflyttning i permanent boende samt påbörjad vistelse på korttidsplats
- sjuksköterskan ger stöd och för samtal som är anpassat till situation och behov
- med närstående, vid behov i samverkan med läkare och i förekommande fall med annan personal,
- sjuksköterskan utför avslutssamtal, vid behov i samverkan med läkare och i förekommande fall med annan personal.

## **5. Säkerhet**

Landsting och kommun åtar sig gemensamt att

- uppmuntra enskilda/patienter att själva vara uppmärksamma på risker i deras situation och rapportera till hälso- och sjukvårdspersonalen
- se till att all personal är uppmärksam på risker och rapporterar identifierade risker i respektive system

---

<sup>25</sup>Lag (1987:269) om kriterier för bestämmande av människans död och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:10) om kriterier för bestämmande av människans död.

<sup>26</sup>3 kap socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:10) om kriterier för bestämmande av människans död.

- vid behov tillsammans analysera och utreda rapporterade risker och genomföra nödvändiga åtgärder för att minimera eller eliminera risker för vårdskador
- rapportera avvikelser i respektive verksamhets avvikelssystem
- vid behov tillsammans analysera och utreda rapporterade avvikelser och genomföra nödvändiga åtgärder för att minimera eller eliminera vårdskador.

## 6. Skäl för kommunen att på egen hand anlita läkare enligt 26 d § HSL

Om läkarorganisationen vid upprepade tillfällen<sup>27</sup> inte uppfyller sina skyldigheter gentemot det särskilda boendet enligt förfrågningsunderlaget, äger kommunen med stöd av 26 d § HSL rätt att på egen hand anlita läkare och få ersättning för sina faktiska kostnader för detta från landstinget.

Om landstinget inte uppfyller sina skyldigheter enligt denna delöverenskommelse att tillhandahålla läkare, har kommunen rätt att på egen hand anlita läkare och få ersättning för sina faktiska kostnader för detta från landstinget.

Förutsättningarna för att kommunen ska få ersättning för sina faktiska kostnader anges i avsnitt 7.

Skäl för kommunen att anlita läkare och få ersättning av landstinget:

- Vårdgivaren lämnar inte information om medicinsk status för en enskild individ till sjuksköterska inom en vecka efter det att individen har valt att lista sig hos vårdgivaren
- Besöksverksamheten som ska genomföras minst en gång per vecka har inte genomförts
- Läkaren svarar inte då sjuksköterska ringer för konsultation (gäller även jourhavande läkare)
- Läkaren ger otillräckligt stöd<sup>28</sup> i individrelaterade medicinska frågor, särskilt kring stöd vid vård och behandling i livets slutskede
- Läkaren kommer inte på akut oplanerade besök<sup>29</sup> eller då sjuksköterskan uttrycker att det finns ett behov av läkarkonsultation på plats (exempelvis vid behov av proaktiva ordinationer eller ett oväntat dödsfall)
- Det föreligger allvarliga risker<sup>30</sup> för patientsäkerheten
- Läkare som inte talar, förstår, kan läsa eller skriva begriplig svenska
- Det saknas förutsättning att utföra uppdraget till följd av bristande kompetens hos läkaren, eller av annat skäl
- Läkaren åsidosätter bestämmelser i lagar eller andra författningar
- Inställelsetiden för akuta, oplanerade besök vid akuta tillstånd har överskridit två timmar efter det att vårdgivaren har erhållit en förfrågan och det inte finns några andra överenskommelser med boendets personal.

Om läkaren inte kan utföra sina arbetsuppgifter på grund av att den kommunfinansierade hälso- och sjukvårdspersonalen inte har följt denna delöverenskommelse, måste läkarorganisationen påtala förhållandet för kommunens hälso- och sjukvårdsorganisation så att kommunen kan vidta åtgärder.

---

<sup>27</sup>Två gånger eller fler inom en kalendermånad, eller en gång per kalendermånad två kalendermånader i rad.

<sup>28</sup>Vad ett otillräckligt stöd innebär ska parterna komma överens om i en lokal överenskommelse, enligt avsnitt 1.6.

<sup>29</sup>Se förfrågningsunderlaget Läkarinsatser i särskilt boende, avsnitt 5.14 och definitioner i detta uppdrag, sid. 34 i förfrågningsunderlaget från 20140201.

<sup>30</sup>Vägledning om vad som kan betraktas som allvarliga risker finns i 4 kap. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:28) om anmälningsskyldighet enligt lex Maria.



## **7. Förutsättningar för kommunen att anlita läkare och erhålla ersättning från landstinget**

Den praktiska hanteringen av kontakterna mellan kommunen och läkare eller läkarorganisation samt hälso- och sjukvårdsförvaltningen anges i avsnitt 8.

Brister och avvikelser enligt ovan ska dokumenteras och överlämnas skriftligt till vårdgivarens verksamhetschef. Om bristerna och avvikelserna inte åtgärdas omedelbart av läkarorganisationen ska kommunen rapportera dessa skriftligt till registraturen på hälso- och sjukvårdsförvaltningen som då ansvarar för att kontakta vårdgivaren och skyndsamt kräva åtgärder.

Om kommunen anser att det finns skäl att på egen hand anlita läkare och erhålla ersättning ska ett beslut om detta fattas av ansvarig nämnd eller ledningsperson inom en upphandlad eller godkänd utförare, eller i förekommande fall av en medicinskt ansvarig sjuksköterska eller annan person, enligt delegationsordningen. Beslutet ska omedelbart meddelas hälso- och sjukvårdsförvaltningen skriftligt (e-post går bra), med en hänvisning till inrapporterade avvikelser.

Landstingets ersättning till kommunen ska motsvara kommunens styrkta kostnader för åtgärderna.

Om behovet av läkarinsats hänger samman med att kommunen har eftersatt sitt hälso- och sjukvårdsansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen, HSL, kan ersättningen sättas ned. Parterna får i dialog värdera och komma överens om ersättningen med hänsyn till omständigheterna.

## **8. Rutin för kontakter mellan kommun, läkarorganisation och landsting**

1. Sjuksköterskan kontaktar den ansvarige läkaren för en rättelse.
2. Om en rättelse inte sker skriver sjuksköterskan en avvikelserapport.
3. Sjuksköterskan kontaktar MAS eller MAR, och överlämnar en avvikelserapport.
4. MAS eller MAR kontaktar verksamhetschefen för läkarorganisation samt lämnar en skriftlig avvikelserapport.
5. Om en rättelse inte sker kontaktar MAS eller MAR hälso- och sjukvårdsförvaltningen via telefon eller e-post och överlämnar avvikelserapporten skriftligen.
6. Om en rättelse inte sker meddelar den ansvariga nämnden, eller MAS eller MAR i förekommande fall enligt delegationsordning eller annan, att kommunen avser att anlita en egen läkare och få ersättning för detta av landstinget.
7. Kommunen anlitar en egen läkare. I första hand anlitas en vårdgivare som är godkänd av hälso- och sjukvårdsförvaltningen och som utför läkaruppdrag i särskilt boende.
8. Kommunen erhåller ersättning från landstinget tills hälso- och sjukvårdsförvaltningen har löst situationen.
9. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen måste lösa frågan permanent och under tiden ska kommunen och hälso- och sjukvårdsförvaltningen hålla kontakten.

## 9. Definitioner

<p><b>Avlastning</b> (Egen definition)</p>	<p>Särskild form av korttidsplats där syftet är att de enskildas/patienternas närstående får möjlighet till vila och avlastning när de enskilda/patienterna vistas på korttidsplatsen – ofta en till två veckor – efter biståndsbeslut av kommunal biståndshandläggare.</p>
<p><b>Brytpunktssamtal vid övergång till palliativ vård i livets slutskede</b> (Socialstyrelsens termbank) (Egen kommentar)</p>	<p>Samtal mellan ansvarig läkare eller tjänstgörande läkare och patient om ställningstagandet att övergå till palliativ vård i livets slutskede, där innehållet i den fortsatta vården diskuteras utifrån patientens tillstånd, behov och önskemål.</p> <p><i>Kommentar:</i> Initiativet till ett brytpunktssamtal tas av den behandlingsansvarige läkaren. Brytpunktssamtal är ett samtal för att planera för de fortsatta vårdinsatserna då livets slutskede inleds. Samtalet hålls mellan den ansvarige läkaren, ofta en sjuksköterska och de enskild/patienterna, samt – om dessa önskar – de enskildas/patienternas närstående. Detta kan också vara nödvändigt när patienten är kognitivt sviktande eller medvetlös. Vid övergång till en tidig palliativ vård kan samtalet innehålla en plan för en fortsatt aktiv behandling, men vid övergång till palliativ vård i livets slutskede fokuseras på lämpliga insatser för lindring och stöd till den enskild/patient, samt närstående. Brytpunktssamtalen dokumenteras i patientjournalen.</p>
<p><b>Fast läkarkontakt</b> (Egen definition)</p>	<p>Den (hus)läkare i primärvården som de enskilda/patienterna har valt enligt 5 § HSL.</p> <p>Observera att de enskilda/patienterna som bor i ett särskilt boende för äldre istället kan välja att lista sig hos en läkarorganisation eller vårdgivare som hälso- och sjukvårdsförvaltningen har ett avtal med och som hälso- och sjukvårdsnämnden har godkänt.</p>
<p><b>Förfrågningsunderlag, FFU</b> (Egen definition)</p>	<p>Ett regelverk enligt lag om valfrihetssystem som innehåller ansökningsblankett, avtalstext, uppdragsbeskrivning, ersättnings- och rapporteringskrav. Det används för att godkänna vårdgivare och teckna avtal med hälso- och sjukvårdsförvaltningen.</p>
<p><b>Huvudman</b> (Socialstyrelsens termbank)</p>	<p>Myndighet eller organisation som juridiskt och ekonomiskt har ansvaret för viss verksamhet.</p>
<p><b>Kommunfinansierad verksamhet</b> (Egen definition)</p>	<p>En verksamhet som oavsett driftsform finansieras av en kommun. Den kan vara i kommunal regi, en upphandlad entreprenör enligt LOU, en godkänd utförare enligt LOV, eller enstaka platser som en kommun köper av en privat verksamhet.</p>
<p><b>Korttidsplats</b> (Socialstyrelsens termbank) (Egen kommentar)</p>	<p>En bäddplats utanför det egna boendet som är avsedd för tillfällig vård och omsorg dygnet runt.</p> <p><i>Anmärkning:</i> Korttidsplatser används för bland annat rehabilitering, omvårdnad, växelvärd och avlastning av närstående.</p> <p>Husläkaren ansvarar för den planerade och långsiktiga behandlingen för en person som vistas på en korttidsplats.</p>
<p><b>Landstingsfinansierad verksamhet</b> (Egen definition)</p>	<p>En verksamhet som oavsett driftsform finansieras av landstinget. Den kan vara i landstingets regi, en upphandlad verksamhet enligt LOU, en godkänd utförare enligt LOV.</p>

<p><b>Läkarmedverkan</b> <i>(Egen definition)</i></p>	<p>Avser samarbete med en läkare hos en vårdgivare som tillhandahåller läkarinsatser i ett särskilt boende för äldre genom avtal med hälso- och sjukvårdsförvaltningen, samt dennes samverkan med enskilda/patienter samt personal inom ett särskilt boende för äldre. (Det kan i förekommande fall gälla husläkare som enskilda/patienter har valt att behålla, eller husläkare på en korttidsplats.)</p>
<p><b>Läkarorganisation</b> <i>(Egen definition)</i></p>	<p>Den vårdgivare som erbjuder läkarinsatser i särskilt boende för äldre genom avtal med hälso- och sjukvårdsförvaltningen och som har valts av respektive kommunfinansierad verksamhet.</p>
<p><b>Omvårdnadsansvarig sjuksköterska</b> <i>(Enligt Socialstyrelsens Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska, 2005)</i></p>	<p>Namngiven sjuksköterska som utsetts att ha ett särskilt sammanhållande omvårdnadsansvar för vissa namngivna personer/patienter i verksamheten.</p>
<p><b>Permanent plats</b> <i>(Egen definition)</i></p>	<p>En bostad dit enskilda/patienter har flyttat för att bo varaktigt efter beslut av kommunens biståndshandläggare.</p>
<p><b>Personcentrerad vård och omsorg</b> <i>(Egen definition)</i></p>	<p>Vård och omsorg som i hög grad fokuserar på de resurser varje person har, på vad det innebär att vara människa samt behovet av vård och omsorg. Personen betraktas inte utifrån ett ohälsotillstånd eller en funktionsnedsättning. Vården och omsorgen planeras i samförstånd med enskilda/patienter. Vårdrelationen bygger på ett partnerskap mellan dem som utför vård och omsorg och enskild/patient (ofta tillsammans med anhöriga eller närstående). Den enskilde/patienten är aktiv i planeringen och genomförandet av vård, omsorg och rehabilitering. Utifrån den enskildes/patientens situation och behov görs en vårdplan och en genomförandeplan som innehåller mål och strategier för genomförandet och en kort och långsiktig uppföljning.</p>
<p><b>Primärvård</b> <i>(Socialstyrelsens termbank)</i></p>	<p>Hälso- och sjukvårdsverksamhet som utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svarar för befolkningens behov av grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering och som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser.</p>
<p><b>Samordnad individuell planering, SIP</b> <i>(Egen definition)</i> <i>(Egen kommentar)</i></p>	<p>Planering av vem som ansvarar för att tillgodose de behov en person har när det gäller insatser från socialtjänst, hälso- och sjukvård och eventuellt andra aktörer. En förutsättning är att den enskilde lämnar sitt samtycke till att en sådan planering görs. Deltagare i en SIP är den enskilde/patienten och, om denne önskar och det är lämpligt, närstående samt de som har ansvar för respektive insatser. SIP regleras i likalydande texter i 3f § HSL och i 2 kap. 7 § SoL</p>
<p><b>Särskilt boende för äldre</b> <i>(Socialstyrelsens termbank)</i> <i>(Egen kommentar)</i></p>	<p>Boende som tillhandahåller bostäder eller platser för heldygnsvistelse tillsammans med insatser i form av vård och omsorg för äldre personer med behov av särskilt stöd Enligt 5 kap. 5 § 2:a stycket socialtjänstlagen ska kommunen "inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre människor som behöver särskilt stöd."</p>

<p><b>Utförare</b> (Egen definition)</p>	<p>Kommunfinansierad verksamhet i egen regi eller aktör som enligt avtal med kommunen levererar vård- och omsorgsinsatser i de verksamheter denna delöverenskommelse omfattar.</p>
<p><b>Vårdgivare</b> (Socialstyrelsens termbank) (Egen kommentar)</p>	<p>Statlig myndighet, landsting och kommun när det gäller sådan hälso- och sjukvårdsverksamhet som myndigheten, landstinget eller kommunen har ansvar för (offentlig vårdgivare), samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet (privat vårdgivare).</p> <p><i>Kommentar:</i> I denna delöverenskommelse avser vårdgivare den juridiska eller enskilda fysiska person som hälso- och sjukvårdsförvaltningen inom landstinget har tecknat ett avtal med enligt förfrågningsunderlaget Läkarsatser i särskilt boende. (Det gäller både landstingets verksamhet i egen regi och andra godkända utförare.)</p> <p>Vårdgivare är</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• den nämnd som kommunfullmäktige har utsett att vara vårdgivare eller ansvarig för kommunens hälso- och sjukvårdsverksamhet. (Om kommunfullmäktige inte har utsett en sådan nämnd är kommunfullmäktige vårdgivare.)</li> <li>• den nämnd som landstingsfullmäktige har utsett att vara ansvarig för landstingets hälso- och sjukvård (hälso- och sjukvårdsnämnden i Stockholms läns landsting).</li> <li>• utförare enligt LOU/LOV</li> </ul>
<p><b>Godkänd vårdgivare</b> (Egen definition)</p>	<p>Begreppet godkänd vårdgivare används av Stockholms läns landsting för bland annat den läkarorganisation som hälso- och sjukvårdsförvaltningen har avtal med och som uppfyller kraven i förfrågningsunderlaget Läkarsatser i särskilt boende. Det gäller både landstingets verksamhet i egen regi och andra godkända utförare enligt LOV.</p>
<p><b>Vårdplanering</b> (Egen definition) (Egen kommentar)</p>	<p>Planering av den hälso- och sjukvård och omvårdnad en person behöver, med hänsyn till personens tillstånd, resurser och förmåga att samverka för nå de uppställda målen för vården.</p> <p>Vårdplanering sker i ett möte mellan sjuksköterskan, den enskilde/patienten och i förekommande fall de anhöriga eller närstående, om den enskilde/patienten önskar det.</p> <p>Vid utskrivning från slutenvård är vårdplaneringen ett strukturerat samtal kring den enskildes/patientens behov av vård och omsorg. Förutom den enskilde/patienten, deltar läkare och sjuksköterska från slutenvården och vid behov sjukgymnast/fysioterapeut och arbetsterapeut, samt i vissa fall en sjuksköterska från hemsjukvården (primärvården) och en biståndshandläggare från kommunen.</p> <p>Vårdplanering i samband med utskrivning från slutenvården regleras i lag (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård.</p>
<p><b>Växelvård</b> (Egen definition)</p>	<p>En särskild form av korttidsplats med regelbundet återkommande vistelse som kan pågå över lång tid, men där varje vårdtillfälle är kort – ofta en till tre veckor – efter beslut av en kommunal biståndshandläggare.</p>

## 10. Uppföljning

En uppföljning av denna delöverenskommelse ska ske årligen. Ett särskilt dokument som gäller uppföljningen kommer att utarbetas i särskild ordning.

## 11. Referenser

- Hälso- och sjukvårdslag (1982:763).
- Socialtjänstlag (2001:453).
- Patientsäkerhetslagen (2010:659).
- Patientlag (2014:821), trädde i kraft den 1 januari 2015.
- Lag (2007:1091) om offentlig upphandling.
- Lag (2008:962) om valfrihetssystem.
- Lag (1987:269) om kriterier för bestämmande av människans död.
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:10) om kriterier för bestämmande av människans död.
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:28) om anmälningsskyldighet enligt lex Maria.
- Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede (Socialstyrelsen).



**Samverkan för individuell  
nutritionsbehandling i särskilt  
boende för äldre**

# 1. Inledning

## 1.1 Bakgrund

Sedan Ädelreformen år 1992 råder det viss osäkerhet om vilket ansvar kommunen respektive landstinget har för nutritionsomhändertagandet. Enskilda/patienter inom de särskilda boendeformerna för äldre<sup>31</sup> har i dag begränsade möjligheter att få en individuell nutritionsbehandling av dietist, trots att behovet är mycket stort i denna grupp. Många som bor inom en särskild boendeform för äldre har flera olika sjukdomar och konsumerar en stor mängd läkemedel med stora sammanhängande nutritionsproblem som följd.

Kombinationen hög ålder, kroniska sjukdomar och många läkemedel är problematisk och leder till förändrade metabola förutsättningar och ätsvårigheter på grund av till exempel aptitlöshet, illamående och muntorrhet. Samtidigt kan behovet av energi och näring öka. Om inte rätt åtgärder sätts in är risken stor för undernäring under dessa omständigheter.

Enligt patientsäkerhetslagen och patientlagen<sup>32</sup> ska hälso- och sjukvårdspersonalen utföra sitt arbete enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Individuella nutritionsinsatser ska alltså göras utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet genom oral, enteral eller parenteral nutrition.

Patientsäkerhetslagen<sup>33</sup> stadgar vidare att "vårdgivaren ska vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador<sup>34</sup>. För åtgärder som inte kan vidtas omedelbart ska en tidsplan upprättas". Det innebär ett långtgående ansvar för att undvika undernäring.

Hälso- och sjukvårdslagen föreskriver att "hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa" och i patientlagen står det att "vården och behandlingen ska så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten". "Olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt" enligt hälso- och sjukvårdslagen<sup>35</sup>.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om förebyggande av och behandling vid undernäring<sup>36</sup> föreskriver att vårdgivaren ska fastställa rutiner för när en patients näringstillstånd ska utredas och hur en utredning ska göras, samt hur undernäring ska förebyggas och behandlas.

För att möta de krav som patientsäkerhetslagen, patientlagen, hälso- och sjukvårdslagen och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd ställer, krävs teamarbete och legitimerad personal med specialistkompetens inom området nutrition, oavsett huvudman. Dietister är sedan år 2005 en legitimerad yrkesgrupp som genom individuell nutritionsbehandling kan säkerställa ett gott nutritionsomhändertagande av äldre inom vård och omsorg. Det är den enda legitimerade yrkesgrupp som har en djupgående utbildning inom nutritionsbehandling. Utöver dietistens specialistkompetens är faktorer som teamarbete, tillgänglighet och väl utvecklade och kända rutiner i verksamheterna viktiga för att säkerställa en god och säker nutritionsbehandling. Här krävs ett tvärprofessionellt teamarbete där dietisten har en central roll.

Socialstyrelsen är tydlig i sin vägledning *Näring för god vård och omsorg*<sup>37</sup>: "Rätt mat och näring är en viktig patientsäkerhetsfråga. Säker vård med god kvalitet måste baseras på bedömningar av risk för undernäring, utredning av orsaken till undernäringstillstånd samt adekvat näringsbehandling, inklusive uppföljning av insatta åtgärder. Denna vård är lika viktig för omsorgstagaren/patienten som läkemedel, andningsunderstöd och andra terapeutiska insatser. Klinisk nutrition är en del av den medicinska behandlingen".

---

<sup>31</sup> Särskild boendeform enligt 5 kap. 5 § andra stycket socialtjänstlag (2001:453).

<sup>32</sup> 3 kap. 2§ patientsäkerhetslag (2010:659), 1 kap. 7 § patientlag (2014:821).

<sup>33</sup> 3 kap. 2§ patientsäkerhetslag (2010:659).

<sup>34</sup> 3 kap. 5 § patientsäkerhetslag definierar vad som avses med vårdskada (se definitioner).

<sup>35</sup> 2c § hälso- och sjukvårdslag (1982:763), 5 kap. 1 § patientlag (2014:821), 2a § hälso- och sjukvårdslag (1982:763).

<sup>36</sup> Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:10) om förebyggande av och behandling vid undernäring.

<sup>37</sup> *Näring för god vård och omsorg*, en vägledning för att förebygga och behandla undernäring. Socialstyrelsen september 2011.



## 1.2 Målgrupp

Målgruppen utgörs av personer som efter beslut av kommunen bor inom särskilda boendeformer för äldre, oavsett personens faktiska ålder. Det är särskilt viktigt att vara uppmärksam på personer som uppfyller en eller flera av nedanstående kriterier:

- ofrivillig viktförlust – oavsett tidsförlopp och omfattning
- ätsvårigheter – till exempel aptitlöshet, tugg- och sväljproblem, orkeslöshet och motoriska störningar
- undervikt – det vill säga ett Body Mass Index (BMI) under 20 för individer under 70 års ålder, eller under 22 för den som är över 70 år.

## 1.3 Syfte

Denna överenskommelse syftar till att tydliggöra ansvaret för individuell nutritionsbehandling i särskilt boende för äldre.

## 1.4 Mål

Målet är att de enskilda/patienterna får sitt energi- och näringsbehov tillgodosett utifrån sina individuella förutsättningar och behov, genom ett lämpligt nutritionsomhändertagande, baserat på en individuell bedömning och individanpassade åtgärder, med en nödvändig uppföljning och utvärdering.

## 1.5 Definitioner

<b>Berikning</b>	Tillsättning av livsmedel eller specifika berikningsmedel i mat och dryck för att öka innehållet av energi, protein, vitaminer och/eller mineralämnen.
<b>BMI</b>	Body Mass Index. Uträkning av BMI görs enligt följande formel: vikt i kg/ (längd i meter x längd i meter).
<b>Dietetik</b>	Kostbehandling vid sjukdomstillstånd.
<b>Enteral nutrition</b>	Näringstillförsel direkt via mag-tarmkanalen.
<b>SNR-kost</b>	Kost enligt svenska näringsrekommendationer (Livsmedelsverket).
<b>A-kost</b>	Allmän kost för sjuka (Livsmedelsverket).
<b>E-kost</b>	Energi- och proteintät kost (Livsmedelsverket).
<b>Kosttillägg</b>	Kompletterar ordinarie kost genom att tillfredsställa behovet av energi och/eller näringsämnen.
<b>Livsmedel för särskilda näringsändamål</b>	Livsmedel som till följd av särskild sammansättning eller tillverkningsmetod är lämpliga för enskilda/patienter som behöver särskild kost, samt personer som kan ha nytta av ett kontrollerat intag av särskilda ämnen i kosten.
<b>Malnutrition</b>	Tillstånd där brist på eller obalans av energi, protein eller andra näringsämnen har orsakat mätbara och ogynnsamma förändringar i kroppens sammansättning, funktion eller vid sjukdomsförlopp.
<b>MNA</b>	Mini Nutritional Assessment. Riskbedömningsverktyg (screeningverktyg) för att upptäcka risk för undernäring.

<b>Nutrition</b>	Näring och/eller näringstillförsel.
<b>Näringsdryck</b>	Flytande kosttillägg.
<b>Parenteral nutrition</b>	Intravenös näringstillförsel.
<b>Perkutan endoskopisk gastrostomi (PEG)</b>	Kort sond som införs genom bukväggen till magsäcken och används för enteral nutrition.
<b>Riskbedömning</b>	Systematisk undersökning av en population för att identifiera individer som är omedvetna om att de har ohälsa eller är i riskzonen för att utveckla ohälsa.
<b>Sarkopeni</b>	Minskad muskelmassa med förlust av muskelfunktion.
<b>Sjukdomsrelaterad undernäring</b>	Definieras som ett tillstånd med brist på energi, protein och andra näringsämnen som orsakar mätbara skadliga effekter på kroppens struktur och funktion och kan leda till kliniska komplikationer.
<b>Sondnäring</b>	Näringslösning som ges vid enteral nutrition.
<b>Specialkost</b>	Kost vid specifika sjukdomstillstånd.
<b>Undernäring</b>	Tillstånd där brist på energi, protein eller andra näringsämnen har orsakat mätbara och ogynnsamma förändringar i kroppens sammansättning, funktion eller vid sjukdomsförlopp (jämför malnutrition).
<b>Verksamhetschef</b>	I denna delöverenskommelse avser begreppet verksamhetschef endast verksamhetschef enligt 29 § hälso- och sjukvårdslagen.
<b>Vårdskada</b>	I patientsäkerhetslagen avser begreppet vårdskada lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom, samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.

## 2. Omfattning och gränsdragningsfrågor

Överenskommelsen omfattar kommunalt finansierade särskilda boendeformer för äldre.

Vid nutritionsproblem och behandling finns både ett omvårdnadsperspektiv och ett medicinskt perspektiv. Vid nutritionssvårigheter följs perspektiven ofta åt innan det blir en tydlig medicinsk frågeställning.

## 3. Nutritionsomhändertagande

Socialstyrelsen rekommenderar att undernäring uppmärksammas genom riskbedömning och rapportering företrädesvis i Senior Alert<sup>38</sup>. Om riskbedömningen visar på undernäring eller risk för undernäring krävs vidare utredning. På grund av den oklarhet som råder mellan kommun och landsting när det gäller att tillhandahålla dietistkompetens för basal och specifik nutritionsbehandling, finns en påtaglig risk för att de åtgärder som genomförs med

<sup>38</sup>Socialstyrelsens definition återfinns i "Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre", 2013.

anledning av en utförd riskbedömning inte motsvarar kraven på att följa vetenskap och beprövad erfarenhet.

Utgångspunkten för all kosthållning är att den enskilde har ett eget ansvar. När den enskilde inte har möjlighet att ta ansvar för hela eller delar av sitt kost- och näringsintag ansvarar kommunen för att se till att behoven i möjligaste mån tillgodoses.

Den enskilde har rätt att få en lämplig nutritionsbehandling av personal med särskild nutritionskompetens. Med rätt nutrition kan sjukdom förebyggas, lindras eller behandlas. Nutritionsinsatser vid rätt tidpunkt är avgörande för en god och säker vård.

Verksamhetschefen i landstingsfinansierad verksamhet respektive kommunfinansierad hälso- och sjukvård ansvarar för att alla medarbetare engageras, har rätt kompetens samt får ansvar och befogenheter för att kunna bedriva vård av god kvalitet inom nutrition.

Inom området nutrition ansvarar den medicinskt ansvariga sjuksköterskan, MAS, för kvalitet och säkerhet och har ett övergripande ansvar för att hälso- och sjukvårdspersonalen känner till och följer lagstiftning, föreskrifter och riktlinjer.

Den behandlade läkaren som den enskilde/patienten är listad hos har det medicinska huvudansvaret, vilket också omfattar nutritionsproblem. Vid specifika sjukdomstillstånd och vid utredning av malnutrition (felnäring) ansvarar läkaren för att delta i den inledande riskbedömningen för den enskilde, samt för bedömning, ordination och behandling. Läkaren ordinerar en lämplig nutritionsbehandling i samråd med den enskilde och personal, såsom sjuksköterska, dietist, logoped och undersköterska.

Tillsammans med den ansvarige läkaren eller sjuksköterskan ansvarar dietisten för att utreda, ordinera, behandla och följa upp tillstånd utifrån en nutritionsdiagnos. Vid behov gör dietisten en kostanamnes och kan ordinera en individuellt anpassad nutritionsbehandling. Vidare har dietisten kunskaper om livsmedel och specialprodukter. Dietisten är en resurs för verksamhetschefen och MAS när det gäller att ta fram processer, aktiviteter och rutiner i ledningssystem för nutritionsomhändertagande.

Den ansvariga sjuksköterskan ansvarar för att, i samråd med den enskilde/patienten, vaka över den enskildes/patientens nutritionsstatus, identifiera ätsvårigheter och vid behov göra egna ordinationer, samt se till att den enskilde/patienten får mat och näring enligt givna ordinationer. Sjuksköterskan bedömer när särskild kompetens behövs och kontaktar dietist och/eller läkare om det är aktuellt med en nutritionsbedömning, utredning och åtgärder utanför det egna kompetensområdet. Att hjälpa den enskilde/patienten med en god munhälsa är också avgörande för ett gott nutritionstillstånd.

Arbetsterapeut och sjukgymnast ansvarar för utprovning och ordination av lämpliga hjälpmedel och sittställningar som kan underlätta och ge bästa möjliga fysiska förutsättningar för ätandet.

Omvårdnadspersonal har ett viktigt ansvar för att observera förändringar i nutritionsstatus och rapportera dessa till berörd hälso- och sjukvårdspersonal (ansvarig sjuksköterska), samt dokumentera detta i den sociala dokumentationen.

Efter remiss från läkare ansvarar logoped för utredning av sväljproblem. Den enskilde/patienten kan behöva hjälp att kontakta sin tandläkare vid tandproblem.

### **3.1 Individuell nutritionsbehandling**

#### **3.1.1 Näringsbehov**

Näringsbehovet är individuellt och ska anpassas efter den enskilde/patienten. Vid inflyttning till särskilt boende för äldre ska den enskilde/patienten få en individuell bedömning av sitt behov, samt att alla som bor i ett boende för äldre får en kontinuerlig uppföljning och utvärdering.

### **3.1.2 Måltider**

Den enskilde/patienten ska få måltiden individuellt anpassad efter sina vanor, behov och önskemål. En anpassning av måltidsmiljön, måltidsstöd, rätt sittställning, möbler och äthjälpmiddel bör göras inom en vecka efter inflyttning till ett särskilt boende. Insikten att måltiden är en viktig del av den medicinska behandlingen ska vara utgångspunkten i måltidens planering och utformning, liksom den enskildes/patientens behov och önskemål. För detta krävs samverkan mellan olika kompetenser.

### **3.1.3 Kost utifrån individuella behov**

Grundkost, konsistensanpassad kost enligt Konsistensguiden, kost vid olika sjukdomstillstånd samt kost efter religiösa, etiska och kulturella behov ska kunna erbjudas. För att kunna förstå skillnaderna mellan olika slags kost krävs fördjupad kunskap hos såväl hälso- och sjukvårdspersonalen som omsorgspersonalen.<sup>39</sup>

För en patientsäker och kostnadseffektiv ordination av kosttillskott och annat nutritionsstöd krävs en individuell ordination på en tydlig indikation, vilket i sin tur förutsätter en individuell utredning. För att den enskilde/patienten ska få lämplig behandling i kurativt eller palliativt syfte behövs tillgång till rätt slags kompetens.

## **4. Ansvar, åtaganden och inflytande**

### **4.1 Ansvar och åtaganden för respektive part**

Den kommunfinansierade verksamheten ansvarar för den basala nutritionsbehandlingen. Landstinget ansvarar för nutritionsbehandlingen på specifik nivå. Vårdgivare inom både kommun och landsting ska fastställa rutiner i sina respektive verksamheter för när den enskildes/patientens näringstillstånd ska utredas och hur en sådan utredning ska göras, samt hur undernäring ska förebyggas och behandlas.<sup>40</sup>

#### **4.1.1 Kommunens åtagande**

Kommunfinansierade särskilda boendeformer för äldre ansvarar för den basala nutritionsbehandlingen, vilket innebär att kommunen har ett ansvar för nutrition. I det ingår alla insatser för att uppfylla patientsäkerhetslagens bestämmelser om vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete<sup>41</sup>. Kommunen ansvarar för att verksamhetschefer inom kommunfinansierad hälso- och sjukvård ges resurser som gör det möjligt att ta ansvar för att nutritionskompetens finns tillgänglig inom verksamheten.

Basal nutritionsbehandling innebär följande:

- riskbedömning/nutritionscreening
- beräkning av energi- och näringsintag
  - energi
  - protein
  - vitaminer
  - mineralämnen
- beräkning av energi- och näringsbehov i relation till intag
- kostordination

---

<sup>39</sup>Rätt mat inom äldreomsorgen, 2008. Christina Sollenberg, Celiakiförbundet och Sveriges Pensionärsförbund.

<sup>40</sup>5–6 §§ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:10) om förebyggande av och behandling vid undernäring.

<sup>41</sup>3 kap. 5 § patientsäkerhetslag (2010:659).

- kosttyper enligt gällande nationella rekommendationer
- jämn måltidsfördelning över dagen
- förutsättningar för en begränsad nattfasta
- handledning av personal i nutritionsfrågor och -behandling
- anpassad mat utifrån överkänslighet och allergier
- konsistensanpassning av maten (gäller även mellanmål)
- upplägg och servering för att främja ätandet
- ordination av specialkost vid behov
- ordination av kosttillägg vid behov
- ordination av specialprodukter vid behov
- enteral nutrition (mängd och typ av sondmat, matningshastighet och tidpunkt)
- uppföljning och utvärdering av insatta nutritionsåtgärder.

För att uppfylla kraven om basal nutritionsbehandling behöver verksamheten ha tillgång till dietistkompetens. Verksamhetschefen avgör ansvarsfördelningen mellan dietist, undersköterska och sjuksköterska utifrån medarbetarnas samlade kompetens.

#### **4.1.2 Landstingets åtagande**

Vid komplicerade nutritionsproblem som hänger samman med sjukdom och kräver specifik bedömning och ordination, ansvarar landstinget för nutritionsinsatser. Läkarens medverkan i riskanalys, bedömning och behandling är lika viktig för nutrition som för läkemedel.

Nutritionsinsatser på specifik nivå utförs av landstinget och omfattar

- behandling av nutritionsproblem där de basala nutritionsinsatserna inte är tillräckliga
- insättning, start och överrapportering av enteral nutrition till omvårdnadsansvarig sjuksköterska och/eller dietist
- kostbehandling vid svår malnutrition (utifrån bedömning av dietist och/eller läkare)
- tugg- och sväljutredning
- utredning, behandling, uppföljning och överrapportering av nutritionsproblem vid sjukdomar som:
  - njursjukdom
  - cancersjukdom
  - leversjukdom
  - ämnesomsättningssjukdom.

#### **4.2 Inflytande (information, delaktighet) och sekretess för berörda personalgrupper, enskilda och närstående**

Den enskilde/patienten, och vid önskemål även dennes närstående, ska ha inflytande över behandlingen. Det innebär att den enskilde/patienten samtycker till och är delaktig i beslutet där det är möjligt och att den enskildes/patientens erfarenheter, kunskaper och önskemål tas tillvara vid valet av insatser. Det är viktigt att vara lyhörd för den enskildes/patientens individuella behov och önskemål och att den enskilde/patienten medverkar i aktuella åtgärder. Att den enskilde/patienten accepterar förebyggande och behandlande åtgärder är en förutsättning för ett gott resultat.

För att hälso- och sjukvårdens personal i landsting och kommun ska kunna tala med varandra och med närstående om en aktuell situation krävs ett samtycke till informationsöverföring. Samtycket måste inte ske skriftligt, men ska dokumenteras i den enskildes journal hos

respektive huvudman. Observera att inre sekretess gäller, det är endast den personal som arbetar med den enskilde/patienten som har rätt till informationsutbyte.

## 5. Säkerhet

### 5.1 Hur den enskilde/patienten kan medverka i säkerhetsarbetet

Det är väsentligt att den enskilde/patienten är informerad om sin behandling. Ju mer den enskilde/patienten förstår, desto bättre förutsättningar för ett samarbete kring nutritionen.

### 5.2 Information om risker och avvikelser mellan parter och verksamheter

I de fall endera parten uppfattar att överenskommelsen inte följs, ska en avvikelserapport skrivas och sändas till en utsedd kontaktperson hos den andre parten. Detta ska inte förväxlas med avvikelser i vård och omsorg inom en och samma verksamhet som ska behandlas enligt interna rutiner i verksamhetens ledningssystem.

## 6. Ekonomi

### 6.1 Åtaganden, konsekvenser och ersättning för parter i förekommande fall

Delöverenskommelsen innebär att det kan tillkomma kostnader för kommunalt finansierad verksamhet när det finns ett behov av att anställa eller på andra sätt säkra tillgången till dietister. Studier visar att nutritionsbehandling besparar den enskilde/patienten lidande och är kostnadseffektivt. Enligt studier som har belyst kostnadseffektiviteten av nutritionsbehandling, bör de ökade kostnaderna kunna hämtas in över tid.<sup>42 43 44 45 46 47 48 49</sup>

## 7. Uppföljning

En uppföljning av delöverenskommelsen ska ske årligen. Ett särskilt dokument som gäller uppföljningen kommer att utarbetas i särskild ordning.

---

<sup>42</sup>Elia, M., Stratton, R., Russell, C., Green, C. och F. Pang. The cost of disease-related malnutrition in the UK and economic considerations for the use of oral nutritional supplements (ONS) in adults.: BAPEN; 2005 [ ]; No.: 1 899467 01].

<sup>43</sup>Guest, J.F., Panca, M., Baeyens, J.P., de Man, F., Ljungqvist, O., Pichard, C. et al. Health economic impact of managing patients following a community-based diagnosis of malnutrition in the UK. Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland). 2011. Epub 2011/03/17.

<sup>44</sup>Russell, C. The impact of malnutrition on healthcare costs and economic considerations for the use of oral nutritional supplements. Clin. Nutr. Suppl. 2007;2(1):25-32.

<sup>45</sup>Elia, M., Russell, C.A. och R.J. Stratton. Malnutrition in the UK: policies to address the problem. Proc. Nutr. Soc. 2010;69(4):470-6. Epub 2010/06/17.

<sup>46</sup>Stratton, R., Green, C. och M. Elia. Disease-related malnutrition: an evidence-based approach to treatment. Wallingford: CABI; 2003. xvi, 824 s. p.

<sup>47</sup>NICE Clinical guideline 32. Nutrition support in adults: oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition. 2006; Available from: [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk).

<sup>48</sup>Stratton, R.J., Ek, A.C., Engfer, M., Moore, Z., Rigby, P., Wolfe, R. et al. Enteral nutritional support in prevention and treatment of pressure ulcers: a systematic review and meta-analysis. Ageing research reviews. 2005;4(3):422-50.

<sup>49</sup>Elia, M. och R. Stratton. A cost-benefit analysis of oral nutritional supplements in preventing pressure ulcers. ESPEN; Monday, 29 August 2005 Brussels: Clinical Nutrition; 2005. p. 640-1 (P210).

## 8. Referenser

- Hälso- och sjukvårdslag (1982:763).
- Patientsäkerhetslag (2010:659).
- Patientlag (2014:821).
- Socialtjänstlag (2001:453).
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:10) om förebyggande av och behandling vid undernäring.
- Näring för god vård och omsorg, en vägledning för att förebygga och behandla undernäring. Socialstyrelsen september 2011.
- Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre, 2013.
- Elia M., Stratton R., Russell C., Green C. och F. Pang. The cost of disease-related malnutrition in the UK and economic considerations for the use of oral nutritional supplements (ONS) in adults. BAPEN; 2005 [ ]; No.: 1 899467 01].
- Guest, J.F., Panca, M., Baeyens, J.P., de Man, F., Ljungqvist, O. och C. Pichard et al. Health economic impact of managing patients following a community-based diagnosis of malnutrition in the UK. Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland). 2011. Epub 2011/03/17.
- Russell, C. The impact of malnutrition on healthcare costs and economic considerations for the use of oral nutritional supplements. Clin. Nutr. Suppl. 2007;2(1):25-32.
- Elia, M., Russell, C.A. och R.J. Stratton. Malnutrition in the UK: policies to address the problem. Proc. Nutr. Soc. 2010;69(4):470-6. Epub 2010/06/17.
- Stratton, R., Green, C. och M. Elia. Disease-related malnutrition: an evidence-based approach to treatment. Wallingford: CABI; 2003. xvi, 824 s. p.
- NICE Clinical guideline 32. Nutrition support in adults: oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition. 2006; Available from: [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk).
- Stratton, R.J., Ek, A.C., Engfer, M., Moore, Z., Rigby, P. och R. Wolfe et al. Enteral nutritional support in prevention and treatment of pressure ulcers: a systematic review and meta-analysis. Ageing research reviews. 2005;4(3):422-50.
- Elia, M. och R.A. Stratton. Cost-benefit analysis of oral nutritional supplements in preventing pressure ulcers. ESPEN; Monday, 29 August 2005 Brussels: Clinical Nutrition; 2005. p. 640-1 (P210).
- Rätt mat inom äldreomsorgen, 2008. Christina Sollenberg, Celiakiförbundet och Sveriges Pensionärsförbund.





**God läkemedelsanvändning  
för äldre – gemensam målbild**

# 1. Inledning

## 1.1 Bakgrund

I en partsgemensam grupp med sakkunniga från landstinget och kommuner, enligt uppdrag från den gemensamma presidiegruppen för båda organisationerna, har Stockholms läns landsting, SLL, genom hälso- och sjukvårdsförvaltningen, HSF, och Kommunförbundet Stockholms län, KSL, tagit fram ett förslag till överenskommelse mellan landstinget och kommunerna i Stockholms län om en gemensam målbild för att förbättra de äldres läkemedelsanvändning. Målbilden är tänkt att mynna ut i en gemensam samverkansmodell för bättre läkemedelsanvändning och optimal läkemedelsförsörjning.

## 1.2 Målgrupp

Målgruppen omfattar de som oavsett ålder och efter beslut från kommunen bor i ett särskilt boende för äldre<sup>50</sup> inom Stockholms län.

## 1.3 Syfte

Det gemensamma målbildsarbetet ska leda till en bättre samverkan och syftar till att förbättra utvecklingen av vård och omsorg i Stockholms län.

Överenskommelsen ger en samlad målbild över läkemedelsområdet och utgör en grund för ett gemensamt kvalitetsutvecklingsarbete inom läkemedelsområdet.

## 1.4 Mål

De enskilda/patienterna ska få en god och optimal vård samt patientsäker läkemedelsbehandling.

## 1.5 Definitioner

<b>Profilboende</b> (Egen definition)	Profilboende är ett särskilt boende för personer med särskilda behov utifrån någon form av gemensam sjukdomsdiagnos eller funktionsnedsättning, t.ex. Parkinson.
<b>Läkemedel</b> (läkemedelslagen) <sup>51</sup>	Varje substans eller kombination av substanser <b>1.</b> som tillhandahålls med uppgift om att den har egenskaper för att förebygga eller behandla sjukdom hos människor ... eller <b>2.</b> som kan användas på eller tillföras människor ... i syfte att återställa, korrigera eller modifiera fysiologiska funktioner genom farmakologisk, immunologisk eller metabolisk verkan, eller för att ställa diagnos.
<b>Servicehus</b> (Egen definition)	Särskilt boende där personer tidigare kunde flytta in utan att ha stora behov av särskilt stöd. Insatserna gavs i form av hemtjänstinsatser. Flera servicehus har sedan dess avvecklats. I dag flyttar endast personer som behöver särskilt stöd in i servicehus efter biståndsbeslut.
<b>Läkemedelsnära produkter</b> (läkemedelsförmånslagen) <sup>52</sup>	Medicintekniska produkter som behövs för att tillföra kroppen läkemedel, för egenkontroll av medicinering samt för stomivård.

<sup>50</sup>Med särskilt boende för äldre avses särskilda boendeformer för äldre, enligt 5 kap. 5§ socialtjänstlagen (2001:453).

<sup>51</sup> 1 § Läkemedelslag (1992:859). Läkemedelslagen är en av lagarna som reglerar läkemedelsområdet. Vad som klassificeras som ett läkemedel bestäms av läkemedelslagen. Klassificeringen grundar sig på två faktorer: produktens innehåll och syfte.

<sup>52</sup>Lag om läkemedelsförmåner med mera (2002:160), med ändring genom lag (2003:76)/.

<b>Huvudman</b> ( <i>Socialstyrelsens termbank</i> )	Myndighet eller organisation som juridiskt och ekonomiskt har ansvaret för en viss verksamhet.
<b>Vårdgivare</b> ( <i>Socialstyrelsens termbank</i> )	Statlig myndighet, landsting och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvårdsverksamhet som myndigheten, landstinget eller kommunen ansvarar för (offentlig vårdgivare), samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet (privat vårdgivare).
<b>Trygghetskvitto</b> ( <i>Egen definition</i> ) <sup>53</sup>	Information om patientens behov av hälso- och sjukvård som ska medfölja patienten från slutenvården och som visar behovet av fortsatt vård inom kommunen och/eller landstingets öppna hälso- och sjukvård. Den behandlande läkaren ansvarar för att informationen eller trygghetskvittot överlämnas till patienten vid utskrivning från slutenvården. Det ska framgå i både journalen och i trygghetskvittot att en läkemedelslista och en läkemedelsberättelse har överlämnats till patienten. (Trygghetskvittot motsvarar den utskrivningsinformation som slutenvården ska använda för att kommunicera med primärvården eller mottagande hälso- och sjukvårdsverksamhet.)

## 1.6 Lokal samverkansöverenskommelse

En handlingsplan för genomförandet och implementeringen av denna delöverenskommelse ska tas fram av respektive vårdgivare på lokal nivå, exempelvis i de lokala avtal som tas fram i samverkan med läkarorganisationen på det särskilda boendet. De kan med fördel harmoniseras med den lokala instruktionen för läkemedelshantering som ska finnas enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshantering<sup>54</sup>. Förslag på punkter som bör regleras i detta avtal:

- samverkansformer
- rutiner för läkemedelsgenomgångar
- om fullständiga förråd eller DOS<sup>55</sup> ska användas<sup>56</sup>
- årlig utbildningsplan inom läkemedelsområdet för berörda personalkategorier
- ordinationer enligt generella direktiv
- checklista för hur man bedömer om icke-farmakologiska behandlingar eller omvårdnadsåtgärder är ett alternativ
- checklista för åtgärder för att minska kassation av läkemedel
- lokal behörighetsadministration i de IT-system som är relevanta för uppdraget.

<sup>53</sup>Se vidare i Överenskommelse angående samverkan vid in- och utskrivning i slutenvården.

<sup>54</sup>Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2000:1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården.

<sup>55</sup>DOS innebär att läkemedlen beställs av förskrivaren och levereras dosförpackade (där varje dospåse innehåller de läkemedel som ska tas vid ett och samma tillfälle) för två veckors förbrukning (i vissa fall för en veckas förbrukning.) Det är lämpligt för enskilda/patienter med regelbunden och stabil medicinering som inte kan klara sin läkemedelshantering själv t.ex. på grund av fysiska och/eller psykiska funktionsnedsättningar.

<sup>56</sup>Vid begäran från en kommun inom landstinget får landstinget enligt 18d § hälso- och sjukvårdslagen erbjuda samtliga som bor i en viss, särskild boendeform för äldre, eller i en del av en sådan boendeform, läkemedel ur läkemedelsförrådet vid det särskilda boendet.

## 2. Omfattning och gränsdragningsfrågor

Delöverenskommelsen omfattar de som oavsett ålder bor i en särskild boendeform för äldre, efter beslut från kommunen. Delöverenskommelsen omfattar även personer som efter beslut från kommunen vistas på korttidsplats, servicehus och profilboenden.

### 2.1 Relation till andra delöverenskommelser

#### 2.1.1 Samverkan vid in- och utskrivning i slutenvården

I överenskommelsen om in- och utskrivning i slutenvården anges att enskilda/patienter som behöver fortsatta insatser från primärvården eller socialtjänsten efter utskrivning från slutenvård ska få med sig ett trygghetskvitto. Den mottagande verksamheten ska även få utskrivningsinformation, bland annat en aktuell läkemedelslista och en läkemedelsberättelse.

#### 2.1.2 Samverkan mellan läkarorganisation/läkare och kommunfinansierad hälso- och sjukvårdsorganisation/personal i särskilt boende

I delöverenskommelsen om samverkan mellan läkarorganisation/läkare och kommunfinansierad hälso- och sjukvårdsorganisation/personal i särskilt boende för äldre tydliggörs samverkan mellan läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal.

#### 2.1.3 Samverkan när enskilda/patienter behöver praktisk hjälp med egenvård

I överenskommelsen om samverkan för praktisk hjälp med egenvård finns en överenskommelse om hur regelverket kring egenvårdsbedömningar ska tolkas i Stockholms län. Bedömningar av om den enskilde/patienten själv kan ansvara för och genomföra egenvårdsinsatser gäller ofta läkemedel. Den behandlande läkaren ska alltid bedöma om den enskilde/patienten kan ansvara för och genomföra sin läkemedelsbehandling själv eller behöver hjälp med egenvården, eller om läkemedelsbehandlingen ska vara hälso- och sjukvård. Det finns även möjlighet att komma överens om en lokal samverkan i hanteringen av egenvårdsbedömningar i särskilda boendeformer för äldre. Om parterna önskar det kan detta eventuellt arbetas in i den lokala handlingsplan som ska göras enligt avsnitt 1.6 i delöverenskommelsen.

#### 2.1.4 Samverkan för individuell nutritionsbehandling

Eftersom läkemedelsbehandling och eventuella biverkningar kan påverka nutritionstillståndet hos de enskilda/patienterna finns det också en koppling till delöverenskommelsen om individuell nutritionsbehandling.

### 2.2 Gränsdragningsfrågor

Stockholms läns landsting, SLL, ansvarar för hälso- och sjukvård i ordinära boenden.

Kommunen ansvarar för hälso- och sjukvård i särskilda boendeformer och biståndsbedömda dagverksamheter enligt socialtjänstlagen, samt särskilda boendeformer och dagliga verksamheter enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Kommunens ansvar omfattar inte läkarinsatser.

## 3. Bättre läkemedelsanvändning

### 3.1 Den gemensamma målbilden

Den enskilde/patienten kan förvänta sig att den läkemedelsbehandling som är ordinerad är individuellt anpassad för att ge mesta möjliga nytta och minsta möjliga skada.

Den enskilde/patienten har fått god information, är delaktig i sin behandling och vet när och till vem man vänder sig om det uppstår problem. Behandlingen ska följas upp och omprövas regelbundet.

*Delmål:*

- medicinskt ändamålsenlig och säker läkemedelsbehandling
- resurseffektiv läkemedelsbehandling
- vården är organiserad för att kunna erbjuda patienten den bästa läkemedelsbehandling
- vården är utvecklingsorienterad.

Nedan följer respektive delmål med en specificerad målbild för de enskilda/patienterna.

### **1. Medicinskt ändamålsenlig och säker läkemedelsbehandling**

Den enskilde/patienten känner sig trygg i att

- vara informerad och delaktig i sin behandling
- få läkemedelsbehandling av en förskrivare som, tillsammans med vårdteamet, har rätt kunskap och information för att föreslå den bästa behandlingen, samt att förskrivaren inleder eller avslutar den behandling – med eller utan läkemedel – som man är överens om
- under- respektive överbehandling uppmärksammas och åtgärdas av förskrivaren
- biverkningar registreras av förskrivare och vårdteam och ordinationen anpassas för att i möjligaste mån undvika biverkningar och ge största möjliga nytta
- få det stöd som behövs för att kunna förstå och använda sina läkemedel
- förskrivna läkemedel finns på rätt plats, i rätt tid och blir rätt administrerade.

### **2. Resurseffektiv läkemedelsbehandling**

De enskilda/patienterna känner sig trygg i att

- de beslut som fattas kring läkemedelsbehandlingen baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet samt evidens
- landsting och kommun verkar för att gemensamma resurser används för att skapa mesta möjliga hälsa
- de läkemedel som används är valda för att ge minsta möjliga miljöpåverkan utan att göra avkall på effekt och säkerhet
- få en individuell läkemedelsbehandling som är säker och anpassad efter individuella behov, oavsett typ av boendeform.

### **3. Vården är organiserad för att kunna erbjuda patienten den bästa läkemedelsbehandlingen**

Den enskilde/patienten känner sig trygg i att

- hälso- och sjukvården är organiserad för att ge rätt läkemedelsbehandling
- respektive vårdgivare samarbetar för att säkra patientens läkemedelsbehandling
- respektive vårdgivare är organiserad för att snabbt värdera och införa ny kunskap, nya riktlinjer och metoder som är kostnadseffektiva och till gagn för den enskilde/patienten
- landsting och kommun bedriver läkemedelsarbetet på ett professionellt och ojävigt<sup>57</sup> sätt.

---

<sup>57</sup> Ett ojävigt sätt innebär att förskrivaren inte ska ha några relationer till läkemedelsindustrin som gör att de till exempel favoriserar ett visst preparat. Se vidare: <http://www.lakartidningen.se/OldPdfFiles/2001/22393.pdf>

#### 4. Vården är utvecklingsorienterad

De enskilda/patienterna känner sig trygga i att:

- hälso- och sjukvårdspersonalen har lämplig kompetens och uppdaterade kunskaper om äldres läkemedelsbehandling
- landsting och kommun bidrar till utveckling och bättre kunskap om läkemedelsbehandling för äldre
- få tillgång till nya läkemedel efter behov och på ett säkert sätt
- landsting och kommun bidrar till utvecklingen av icke-farmakologisk behandling.

## 4. Ansvar och åtaganden

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ansvarar kommunen för hälso- och sjukvård i särskilda boendeformer för äldre och personer med funktionsnedsättning, förutom läkarinsatser. Vanligen uttrycks detta som att ansvaret är ”upp till och med sjuksköterskenivå”, men nivån omfattar även fysioterapeuter/sjukgymnaster samt arbetsterapeuter. Landstinget ansvarar för all hälso- och sjukvård som utförs av läkare i särskilda boendeformer för äldre och för de läkemedelskostnader och läkemedelsnära produkter som ingår i läkemedelsförmånen. Se vidare i överenskommelsen om kostnadsfördelning av läkemedel och läkemedelsnära produkter, samt listan om innehåll i akut- och buffertförråd.

### 4.1 Ansvar och åtaganden för respektive part med avseende på delmålen 1 – 4

#### 4.1.1 Den enskilde/patienten får medicinskt ändamålsenlig och säker läkemedelsbehandling

Landstinget och kommunen åtar sig att

- genomföra och implementera läkemedelsgenomgångar enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshantering<sup>58</sup> och landstingets riktlinjer för läkemedelsgenomgångar<sup>59</sup>
- följa upp läkemedelsbehandlingen kontinuerligt och göra förändringar vid behov
- förskrivaren senast inom tre månader följer upp läkemedelsförskrivningen när en ordination förändras.

Landstinget åtar sig att se till att

- den ansvarige läkaren<sup>60</sup> gör de enskilda/patienterna delaktiga i läkemedelsgenomgångarna
- de enskilda/patienternas läkare<sup>60</sup> ansvarar för att samordna alla läkemedelsordinationerna för att ge en säker läkemedelsbehandling
- den ansvarige läkaren<sup>60</sup> tar ställning till om den enskilda/patienten kan utföra sin läkemedelsbehandling som egenvård
- den enskildes/patientens läkare<sup>60</sup> genomför en enkel läkemedelsgenomgång inför en påbörjad vistelse på korttidsplats, enligt landstingets förfrågningsunderlag (FFU) 2014
- enskilda/patienter som har vistats inom slutenvård och som överförs till annan

<sup>58</sup>Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (2000:1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården. Läkemedelsgenomgångar regleras i ändring av läkemedelsförfattningen genom SOSFS 2012:9).

<sup>59</sup>Riktlinjer för läkemedelsgenomgångar inom Stockholms läns landsting. [www.janusinfo.se](http://www.janusinfo.se) ([http://www.janusinfo.se/imcms/images/laksak/Lakemedelsgenomgangar\\_riktlinjer\\_SLL\\_130301.pdf](http://www.janusinfo.se/imcms/images/laksak/Lakemedelsgenomgangar_riktlinjer_SLL_130301.pdf))

<sup>60</sup>Detta avser den läkare som de enskilda och patienterna är listade hos.

vårdgivare förses med läkemedel (inte bara recept) fram till dess att läkaren vid det aktuella boendet har tagit del av den aktuella läkemedelsordinationen och kan fullfölja behandlingen

- arbeta för att dosförpackade läkemedel, där det är möjligt, används för patienter och enskilda med regelbunden och stabil läkemedelsbehandling, även vid vistelse på avlastningsplats och korttidsplats
- den enskildes/patientens läkare<sup>60</sup> ansvarar för att de samlade läkemedelsordinationerna är aktuella och att läkemedelslistan är uppdaterad i journalen
- att all slutenvård och öppenvård registrerar förändringar av läkemedel i det aktuella och överenskomna IT-systemet<sup>61</sup> om patienten har dosförpackade läkemedel
- den enskildes/patientens läkare<sup>60</sup> ansvarar för att överlämna trygghetskvittot till patienten vid utskrivning från slutenvård och att överlämna utskrivningsmeddelande och läkemedelsberättelse till det särskilda boendet
- regelbundet följa upp att den läkemedelshandling som anges i respektive förfrågningsunderlag<sup>62</sup> följs.

Kommunerna åtar sig att se till att

- överlämna rätt läkemedel i rätt dos och till rätt patient, samt i rätt tid och på rätt sätt för dem som behöver hjälp med detta
- ha en organisation och rutiner för en säker läkemedelshandling
- sjuksköterskor, rehabiliteringspersonal och omvårdnadspersonal är delaktiga i läkemedelsgenomgångarna
- sjuksköterskorna gör en symtomskattning<sup>63</sup> innan läkemedelsgenomgången
- sjuksköterskan i det särskilda boendet dokumenterar mottagandet av utskrivningsmeddelandet och läkemedelsberättelsen.

#### ***4.1.2 Den enskilde/patienten får resurseffektiv läkemedelsbehandling***

Landstinget och kommunen åtar sig att

- arbeta evidensbaserat
- följa Kloka Listan och de riktlinjer och rekommendationer som gäller
- använda relevanta system<sup>64</sup> för rekvisition av läkemedel till läkemedelsförråd och för ordination och rekvisition av DOS-läkemedel<sup>65</sup> på ett effektivt sätt
- ha en lokal organisation för behörigheter, utbildning och tillgång till berörda system
- arbeta för att få en kostnadseffektiv hantering av läkemedel och fakturor
- gemensamt hitta former för att minska kassationen av läkemedel för minskad miljöpåverkan
- se över funktionen i de fullständiga förråden.

---

<sup>61</sup> År 2014 användes IT-systemet Pascal.

<sup>62</sup> Det gäller förfrågningsunderlag som avser de verksamheter som enskilda och patienter kommer i kontakt med under sin tid i särskilt boende. Det kan till exempel gälla läkarinsatser i särskilt boende, husläkare, geriatrik och slutenvård samt ASIH.

<sup>63</sup> Till exempel genom att använda symtomskattningsverktyget Phase 20.

<sup>64</sup> År 2015 användes Visma Proceedo.

<sup>65</sup> År 2015 används Pascal.

#### **4.1.3 De enskildas/patienternas läkemedelsbehandling är organiserad för deras bästa**

Landstinget och kommunen åtar sig att

- organisera sig utifrån de enskildas/patienternas behov
- säkerställa att det finns tillgång till sjuksköterskor och läkare dygnet runt
- ge ömsesidig insyn i journaler genom att införa nationell patientöversikt, NPÖ.

#### **4.1.4 De enskildas/patienternas läkemedelshantering är utvecklingsorienterad**

Landstinget och kommunen åtar sig att

- utbilda läkare, sjuksköterskor, fysioterapeuter/sjukgymnaster, arbetsterapeuter och övrig personal i Stockholms läns landstings riktlinjer om läkemedel för äldre
- läkare och sjuksköterskor ansvarar för fortbildningen av övrig personal
- ge berörda personalkategorier utbildning om dos-tjänsten och tillhörande system<sup>166</sup>
- alltid bedöma om en icke-farmakologisk behandling, omvårdnads- eller rehabiliteringsåtgärd är ett likvärdigt eller acceptabelt alternativ, innan förskrivning av läkemedel.

Landstinget åtar sig att

- ansvara för workshops om bland annat Läkemedelskommitténs rekommendationer, nya riktlinjer, avtal och överenskommelser som riktar sig till medicinskt ansvariga sjuksköterskor, MAS, och verksamhetschefer hos de båda huvudmännen en gång per år.

## **4.2 Ledningens ansvar och åtaganden hos respektive part**

De anställda inom vård och omsorg i huvudmännens ansvarsområden för äldre och personer med funktionsnedsättning ska ha den kompetens som krävs för en säker läkemedelshantering. Fortbildning och praktisk handledning är en ständigt pågående process för att säkerställa att all personal har rätt kompetens för sitt uppdrag.

Landstinget och kommunen åtar sig att

- se till att chefer rekryterar och fortbildar personal för att få lämplig kompetens för uppdragen.

## **4.3 Lokala kontaktpersoner**

I lokala överenskommelser ska lokala kontaktpersoner för respektive part anges.

## **5. Uppföljning**

En uppföljning av delöverenskommelsen ska ske årligen. Ett särskilt dokument som gäller uppföljningen kommer att utarbetas i särskild ordning.

---

<sup>66</sup>År 2014 används Pascal.



## 6. Referenser

- Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)
- Socialtjänstlag (2001:453)
- Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade
- Läkemedelslag (1992:859)
- Lag om läkemedelsförmåner m.m. (2002:160)
- 11§ Principöverenskommelsen (1994)
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2000:1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården
- Läkartidningen nr 6 2001 (volym 98), artikeln Skärpta krav på ojävig hantering vid val av läkemedel, av Folke Sjöqvist.

## Bilagor

### Målbild läkemedel – förslag

- Som äldre kan jag förvänta mig att den läkemedelsbehandling jag är ordinerad är individuellt vald för att ge mesta möjliga värde och minsta möjliga skada.
- Jag har fått god information om behandlingen och vet när och vart jag ska vända mig om det blir problem
- Min behandling följs upp och omprövas regelbundet.



**Kostnadsfördelning för  
medicintekniska produkter  
i särskilt boende för äldre**

## **1. Inledning**

### **1.1 Bakgrund**

Ädelreformen innebär att kommunerna fick ett samlat ansvar för hälso- och sjukvård och omsorg av äldre och personer med funktionsnedsättning. En skatteväxling mellan Stockholms läns landsting, SLL, och kommunerna skedde i samband med detta. Med åren har både hjälpmedel och verksamheter inom kommun och landsting utvecklats och förändrats och det har uppstått ett behov av tydligare riktlinjer för kostnadsfördelningen.

### **1.2 Målgrupp**

Målgruppen omfattar personer som bor i något av Stockholms läns särskilda boenden för äldre, vilket även omfattar korttidsplats, servicehus och profilboenden.

### **1.3 Syfte**

Syftet är att tydliggöra kostnadsansvaret för respektive huvudman, kommun respektive SLL när det gäller tekniska hjälpmedel i särskilda boenden för äldre. Fokus ska ligga på behandlingen och nyttan – inte på vem som ska betala – genom klara och tydliga regler för kostnadsfördelningen.

### **1.4 Mål**

De enskilda/patienterna får en trygg och säker användning av tekniska hjälpmedel.

### **1.5 Definition och förtydligande**

Specialanpassning innebär att ett hjälpmedel tillverkas eller ändras för att passa en enskild/patient.

### **1.6 Lokal samverkansöverenskommelse**

Detta dokument avser alla nivåer i respektive organisation. Det är inte nödvändigt att ha en lokal samverkansöverenskommelse.

## **2. Omfattning och gränsdragningsfrågor**

### **2.1 Gränsdragningsfrågor**

Överenskommelsen gäller endast kostnadsansvaret för personer som bor i något av Stockholms läns särskilda boenden för äldre, oavsett den enskildes/patientens ålder.

## **3. Hjälpmedel**

En tabell för kostnadsansvaret finns i bilaga 1.

## **4. Ansvar, åtaganden och inflytande**

Respektive part ansvarar för att följa nedanstående kostnadsfördelning.

## 5. Uppföljning

En uppföljning av delöverenskommelsen ska ske årligen. Ett särskilt dokument som gäller uppföljningen kommer att utarbetas i särskild ordning.

### Bilaga 1

#### Kostnadsfördelning

Typ av behandling/produkt	Kommun/privat aktör	SLL/auktoriserad läkarorganisation
<b>BASHJÄLPMEDEL</b>		
Till exempel: – hjälpmedel för överflyttning och vändning – hjälpmedel vid toalettbesök – gånghjälpmedel	X	
<b>SÄNGAR OCH LYFTAR</b>		
– sängar – sänglyftar – personlyftar – tillbehör till ovanstående	X	
<b>ANTIDECUBITUSHJÄLPMEDEL</b>		
– madrasser för att förebygga trycksår	X	
– madrasser för att läka trycksår	de första sex månaderna	efter ny förskrivning efter sex månader
– antidecubitusdynor till förskriven rullstol		X
– antidecubitusdynor till rullstol som är inköpt av kommunen	X	
<b>HYGIENHJÄLPMEDEL</b>		
– duschstolar på hjul som framförs självständigt av brukare		X
– övriga hygienhjälpmedel	X	
<b>LARM</b>		
– trygghetslarm	även specialanpassning	
– epilepsilarm		X

Typ av behandling/produkt	Kommun/privat aktör	SLL/auktoriserad läkarorganisation
<b>RULLSTOLAR</b>		
– manuella rullstolar som brukaren kör själv		X
– elrullstolar som brukaren kör själv		X
– komfortrullstolar (per stol)	25 %	75 %
– transportrullstolar	X	
– vårdaggregat och vårdarstyrda elrullstolar som framförs av personal	X	
<b>ORTOPEDTEKNISKA HJÄLPMEDEL</b>		X
<b>KOSMETISKA HJÄLPMEDEL</b>		X
<b>HÖRSELHJÄLPMEDEL</b>		X
<b>SYNHJÄLPMEDEL</b>		X
<b>SPECIALANPASSNING</b>		X

# Kostnadsfördelning av läkemedel och läkemedelsnära produkter i särskilt boende för äldre i Stockholms län<sup>67</sup>

---

<sup>67</sup>Denna del i överenskommelsen har tidigare behandlats i HSN samt KSLs styrelse. I denna version har målgruppen och uppföljningen formulerats om för att anpassas till de övriga delarna i denna sammanhållna överenskommelse

## 1. Bakgrund

Kommunförbundet Stockholms Län och hälso- och sjukvårdsförvaltningen fick i uppdrag av den gemensamma presidiegruppen att ta fram ett förslag till överenskommelse mellan Stockholms läns landsting, SLL, och Kommunförbundet Stockholms Län, KSL, om en gemensam målbild för att förbättra de äldres läkemedelsanvändning. Överenskommelsen ska innehålla förslag till handlingsplan, riktlinjer och avtal. Målbilden ska mynna ut i en gemensam samverkansmodell för förbättrad läkemedelsanvändning och optimal läkemedelsförsörjning. Ansvarsfördelningen mellan SLL och kommunerna styrs av olika lagar, författningar och ingångna avtal. Kommunerna ansvarar för vård och omsorg i särskilt boende för äldre, upp till och med sjuksköterskenivå, medan SLL ansvarar för all hälso- och sjukvård som utförs av läkare i särskilt boende för äldre, samt för läkemedelskostnader och läkemedelsnära produkter som ingår i förmånen.

## 2. Syfte

Att tydliggöra kostnadsansvaret för respektive huvudman, kommun respektive Stockholms läns landsting, när det gäller läkemedel och läkemedelsnära produkter i särskilda boenden för äldre, SÄBO.

## 3. Målgrupp

Målgruppen omfattar alla, oavsett ålder, som efter beslut av kommunen bor i någon av Stockholms läns särskilda boenden, vilka även omfattar korttidsvård, servicehus och profilboenden.

## 4. Mål för överenskommelsen

Målet är att ta fram klara och tydliga regler för kostnadsansvaret som skapar förutsättningar för en trygg och säker användning av läkemedelsnära produkter, där fokus är på behandlingen och nyttan och inte på vem som ska betala. Överenskommelsen ska tydliggöra kostnadsansvaret för respektive huvudman, kommunerna respektive Stockholm läns landsting.

## 5. Läkemedel

Läkemedelslagen<sup>68</sup> är en av de lagar som reglerar läkemedelsområdet. Den bestämmer vad som ska klassificeras som ett läkemedel. Klassificeringen grundar sig på två faktorer, produktens innehåll och syfte:

- Enligt 1§ läkemedelslagen klassificeras varje substans eller kombination av substanser som tillhandahålls med uppgift om att de har egenskaper för att förebygga eller behandla sjukdom hos människor som läkemedel.
- Läkemedel kan användas på eller tillföras människor i syfte att återställa, korrigera eller modifiera fysiologiska funktioner genom farmakologisk, immunologisk eller metabolisk verkan, eller för att ställa en diagnos.

---

<sup>68</sup>Läkemedelslag (1992:859)



## 6. Läkemedelsnära produkter

Medicintekniska produkter som behövs för att tillföra kroppen läkemedel, för egenkontroll av medicinering samt för stomivård, enligt läkemedelsförmånslagen<sup>69</sup>.

## 7. Stockholms läns landsting respektive kommunernas ansvar

Stockholms läns landsting har ett kostnadsansvar för läkemedel som finns i de fullständiga förråden i akut- och buffertförråden och dosdispenserade läkemedel i särskilda boenden. De boende har ingen kostnad för läkemedel från förråden, men betalar läkemedelskostnaden upp till högkostnadsskyddet för dosdispenserade läkemedel.

*I övrigt föreslås en kostnadsfördelning enligt nedan:*

Typ av behandling och produkter	Kommun	SLL
<b>INFUSIONS- OCH INJEKTIONSBEHANDLING</b>		
Infusionspumpar		X
Morfinpumpar – läkemedelspumpar		X
Trevägskranar, sprutor, infusions- och injektionskanyler, propp, injektionsventil		X
Droppställning	X	
Infusionsaggregat för blodtransfusion och intravenösa infusioner		X
Porth á Cath + tillbehör		X
MiniSpike, överföringskanyler		X
PICC-line + tillbehör		X
Spädningsvätska för intravenösa injektioner		X
<b>ENTERAL NUTRITION</b>		
Sondspruta	X	
Enterala nutritionskatetrar, till exempel gastroknapp, PEG, Jejuno-katetrar, matningsslang		X
Droppställning	X	

<sup>69</sup> Lag (2002:160) om läkemedelsförmåner mm.

Typ av behandling och produkter	Kommun	SLL
Sondnäring	X	
Sondpump och aggregat	X	
Kosttillägg	X	
<b>ANDNINGSHJÄLPMEDEL</b>		
Inhalatorer, nebulisatorer och tillbehör		X
Oxygenbehandling och tillbehör		X
Ventilatorer med tillbehör		X
Syrgas, personförskriven		X
<b>SLEMSUGAR</b>		
Personförskriven sug med tillbehör, laddare, transformator, sugfilter, kopplings slangar		X
Sugkatetrar	X	
Enhetsbunden sug med tillbehör, laddare, transformator, sugfilter, kopplings slangar, sugkatetrar	X	
<b>KOMPRESSIONSBEHANDLING</b>		
Kompressionspump, inkl. stövlar eller dylikt		X
Behandlande kompressionsmaterial enligt ordination av läkare, specialistmottagning Stödstrumpa utan ordination betalas av den enskilde själv		X
<b>APPARATER FÖR SMÄRTLINDRING</b>		
TENS med tillbehör	X	
<b>INKONTINENSHJÄLPMEDEL</b>		
Inkontinenshjälpmedel	X	
Stomimaterial	X	
<b>PROVTAGNINGSMATERIAL</b>		
Till exempel vaccutainer, blodprovskanyler, butterflykanyler, provtagningsrör, odlingspinnar, faecesburkar, mikrokuvetter, teststickor för urinanalys		X
Stickor till blodsockermätare, personligt förskrivna enligt läkarordination		X
<b>REMISSBLANKETTER</b>		
Undersöknings- och provtagningsremisser		X
<b>PERMANENT TRACHEOSTOMA</b>		
Kanyler och nässpeculum		X
Kanylband	X	
Förband	X	
Specialförband och specialkanylband för tracheostomerade		X
Fuktväxlare		X
Talventil		X
<b>DIALYSBEHANDLING</b>		
Utrustning för hemdialys		X

SÅRVÅRDSPRODUKTER OCH FÖRBANDSMATERIAL		
Omläggingsmaterial och förbrukningsmaterial <sup>68</sup> som ordineras av kommunal distriktssköterska eller sjuksköterska	X	
Läkarordinerade specialbehandlingar med		
läkemedelnära produkter som inte är förmånsgrundande. Specialförband, salvor material som har ordinerats av specialistsjukvården enligt särskilt beslut		X
Urinkateter (tappningskatetrar och KAD), sterilt vatten, klorhexidinlösning	X	
Katetriseringsset, uppsamlingspåsar, fixationsanordningar, Nacl	X	
Blodtrycksmanschett, stetoskop med mera	X	

En gemensam rutin för avvikelshantering och förslag på förändringar av kostnadsfördelningen tas fram. Förslagen och avvikelserna från verksamheterna ska skickas till respektive medicinskt ansvarig sjuksköterska i kommunen, MAS, och den namngivna funktionen på hälso- och sjukvårdsförvaltningens medicinska stab.

## 8. Uppföljning

En uppföljning av delöverenskommelsen ska ske årligen. Ett särskilt dokument som gäller uppföljningen kommer att utarbetas i särskild ordning.

Uppföljningsmöten med XX och representanter som har utsetts av KSL kommer att ske var sjätte månad.

<sup>70</sup>Omläggingsmaterial och förbrukningsmaterial där kommunen eller det särskilda boendet har ett kostnadsansvar. Kommunen står för kostnader för omläggingsmaterial och förbrukningsmaterial som inte i sig kräver en läkarordination och som ingår i omvårdnadsuppdraget, till exempel:  
Sterila kompresser, rena kompresser, sterila omläggingsset, sterila handskar, rena handskar, absorptionsförband, fixationsförband (sterilt) till PVK, fixeringsnät (till exempel tubnät) eller lindor till PVK, kanylförband, sterilt häftande sårfilm till venport, hudvänlig häfta, plåster, tejp, gasbindor, kompressionslindor, tubgas, polyestervadd och dyliskt, steristrip och fixeringstejp.  
Spritsuddar, zinkpasta, salva, sprej, mjukgörande salva och dyliskt som sjuksköterska har ordinerat för behandling, träspatlar, bomullspinnar, tvål, tvättlappar, pincetter, sax, peang och suturkniv



Stockholms läns landsting  
Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen  
Box 6909, 102 39 Stockholm

Telefon: 08-123 132 00  
[www.vardgivarguiden.se](http://www.vardgivarguiden.se)

Kommunförbundet Stockholms Län  
Box 38145, 100 64 Stockholm

Telefon: 08-615 94 00  
[www.ksl.se](http://www.ksl.se)



2015-08-17

Dnr KS/2015:482

Referens

Agata Lundberg

Mottagare

Vård- och omsorgsnämnden  
Socialnämnden

### **Yttrande över rekommendation till KS**

Kommunledningsförvaltningen önskar nämndens yttrande över bifogad rekommendation från KSL om överenskommelser om vård och omsorg för äldre. Svar önskas senast den 30 oktober 2015.

Med vänliga hälsningar

Agata Lundberg



## Delegering från landsting till hemtjänst

### Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden föreslås besluta att den kommunala hemtjänsten ska begära ersättning för att utföra delegerade hälso-och sjukvårdsuppgifter på uppdrag av Stockholms läns landsting (SLL) och dess utförare. Om nämnden bifaller förslaget kommer förvaltningen omgående att inleda förhandlingar med hälso- och sjukvårdsnämndens stab inom Stockholms läns landsting.

Om SLL inte tillmötesgår önskemålet om ersättning föreslår förvaltningen att allt utförande av delegerade hälso-och sjukvårdsuppgifter på uppdrag av SLL och dess utförare upphör från och med 2016-04-01.

### Ärendet

Vård- och omsorgsnämnden gav i ordförandeförslaget till delårsrapport 1:2015 förvaltningen i uppdrag att göra en översyn av vilka kostnader delegeringen av sjukvårdsuppgifter från landstinget till kommunens hemtjänst medför. Syftet med översynen var att undersöka möjligheten att begära ersättning för de tjänster kommunen utför, alternativt att säga upp delegeringen. Förvaltningens rapport "Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter till hemtjänst" kan läsas i sin helhet som en del i nämndhandlingarna inför nämnden 2015-09-22.

### Motivering

Översynen som förvaltningen genomfört gäller insatser som hälso-och sjukvårdspersonal inom SLL delegerar till personal inom kommunal hemtjänst i Botkyrka. Rapporten visar att kostnaderna för delegerade uppgifter på årsbasis beräknas vara drygt 3 842 000 kronor. Beräkningen baseras på en uppskattning av antal brukare hos vilka hemtjänsten utför delegerade uppgifter och en schablon för hur mycket tid som i genomsnitt ägnas åt varje enskild brukare.

För att nämnden skall kunna fatta ett välgrundat beslut om hur kommunen ska agera i denna fråga har även en riskanalys genomförts. Analysen visar att en konsekvens av att i fortsättningen utföra delegerade uppgifter med er-

2015-09-25

Dnr von/2015:114

sättning från SLL skulle kunna bli att hemtjänsten får en mindre flexibel tidsplanering för när dessa uppgifter ska utföras hos brukaren. Om vi i stället väljer att avsäga oss samtliga delegeringar måste vi bland annat vara medvetna om att detta medför att våra brukare kommer att behöva träffa fler utförare än idag.

Vi i den politiska majoriteten ser också att det finns risk för kvalitetsförsämring vid delegering. Dels är det så att delegeringarna ska utföras under brukarens ordinarie hemtjänsttid. Även mycket tidskrävande delegeringar utförs på bekostnad av brukarens omsorgstid. Dessutom är det ett rimligt antagande att hälso- och sjukvårdsinsatser utförs med högre kvalitet av distrikts-sjuksköterskor som har utbildning och erfarenhet för att utföra dessa arbetsuppgifter. I kommuner som valt att ta bort delegeringarna visar interna utvärderingar att deras brukare upplever en kvalitetsförbättring.

Hur nämnden än väljer att göra gällande en eventuell ersättning, anser vi att formerna för samarbetet mellan kommun och landsting bör ses över. Utredningen visar att det råder oklarheter kring landstingets delegeringar till kommunen och att dessa skulle behöva förtydligas samt att listan över vilka uppgifter som delegeras till kommunen bör gås igenom tillsammans med representanter från landstinget.

Landstinget och kommunen har ett gemensamt ansvar för att se till att vår samverkan och vårt samarbete utgår ifrån medborgarens fokus. Oavsett om landstinget beslutar om att betala ersättning för de arbetsuppgifter kommunen utför för dem eller om delegeringarna avslutas så utgår vi ifrån att båda parter även fortsättningsvis kommer att samverka och samarbeta på ett sådant vis att våra brukare garanteras både omsorg och hälso- och sjukvård av hög kvalitet utifrån medborgarnas behov och önskemål.



2015-09-25

Dnr von/2015:114

Referens  
Emma ÅbergMottagare  
Vård- och omsorgsnämnden

## Delegering från landsting till hemtjänst

### Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden föreslås besluta att den kommunala hemtjänsten ska begära ersättning för att utföra delegerade hälso-och sjukvårdsuppgifter på uppdrag av Stockholms läns landsting och dess utförare. Om nämnden bifaller förslaget kommer förvaltningen omgående inleda förhandlingar med hälso- och sjukvårdsnämndens stab inom Stockholms läns landsting.

Om SLL inte tillmötesgår önskemålet om ersättning föreslår förvaltningen att allt utförande av delegerade hälso-och sjukvårdsuppgifter på uppdrag av SLL och dess utförare upphör 2016-04-01.

### Ärendet

Vård- och omsorgsnämnden gav i ordförandeförslaget till delårsrapport 1 2015, förvaltningen i uppdrag att göra en översyn av vilka kostnader delegeringen av sjukvårdsuppgifter från landstinget till kommunens hemtjänst medför. Syftet med översynen var att undersöka möjligheten att kunna ta betalt för de tjänster kommunen utför, alternativt att ta bort delegeringen. Förvaltningens rapport ”Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter till hemtjänst” kan läsas i sin helhet se bilaga.

### Sammanfattning

Översynen som förvaltningen genomfört gäller insatser som hälso-och sjukvårdspersonal inom Stockholms läns landsting (SLL) delegerar till personal inom kommunal hemtjänst. Rapporten visar att kostnaderna för delegerade uppgifter, på årsbasis beräknas vara drygt 3 842 000 kronor. Siffran kommer ur en uppskattning av antal brukare hos vilka hemtjänsten utför delegerade uppgifter och en schablon för hur mycket tid som i snitt ägnas åt en enskild brukare.



2015-09-25

Dnr von/2015:114

För att kunna ta ett väl underbyggt beslut om hur kommunen ska agera i denna fråga har även en mindre riskanalys genomförts. Analysen visar att en konsekvens av att fortsätta utföra delegerade uppgifter, men kräva ersättning från SLL kan bli att hemtjänsten får en mindre flexibel tidsplanering för när dessa uppgifter ska utföras hos brukaren. Om vi istället väljer att avsäga oss samtliga delegeringar måste vi bland annat vara medvetna om att detta medför att brukaren tvingas träffa fler utförare än idag.

Hur nämnden än väljer att göra gällande en eventuell ersättning, anser vi att formerna för samarbetet mellan kommun och landsting bör ses över. Utredningen visar att det råder oklarheter kring landstingets delegeringar till kommunen och att dessa skulle behöva förtydligas samt att listan över vilka uppgifter som delegeras till kommunen bör gås igenom tillsammans med representant från landstinget.

Pia Bornevi  
T.f. vård- och omsorgschef



2015-08-24

Referens  
Petra Oxonius  
Afamia Elkhoury  
Barbro Gripenstam  
Emma Åberg

Mottagare  
Vård- och omsorgsnämnden

## Delegeringar av hälso- och sjukvårdsuppgifter till hemtjänst

### Bakgrund

Vård- och omsorgsnämnden gav i ordförandeförslaget till delårsrapport 1 2015, förvaltningen i uppdrag att göra en översyn av vilka kostnader delegeringen av sjukvårdsuppgifter från landstinget till kommunens hemtjänst medför. Syftet är att undersöka möjligheten att kunna ta betalt för de tjänster kommunen utför, alternativt att ta bort delegeringen. En liknande översyn har gjorts av bland annat Nynäshamn och Haninge. I dessa fall har översynen resulterat i att kommunerna i fråga krävt ersättning från Stockholms läns landsting (SLL) för de kostnader delegeringen uppskattas medföra.

### Sammanfattning

Översynen gäller insatser som hälso- och sjukvårdspersonal inom Stockholms läns landsting (SLL) delegerar till personal inom kommunal hemtjänst. På årsbasis har kostnaderna för delegerade uppgifter beräknats vara drygt 3 842 000 kronor. Siffran kommer ur en uppskattning av antal brukare hos vilka hemtjänsten utför delegerade uppgifter och en schablon för hur mycket tid som i snitt ägnas åt en enskild brukare.

För att kunna ta ett väl underbyggt beslut om hur kommunen ska agera i denna fråga har även en mindre riskanalys genomförts. Analysen visar att en konsekvens av att fortsätta utföra delegerade uppgifter, men kräva ersättning från SLL kan bli att hemtjänsten får en mindre flexibel tidsplanering för när dessa uppgifter ska utföras hos brukaren. Om vi istället väljer att avsäga oss samtliga delegeringar måste vi bland annat vara medvetna om att detta medför att brukaren tvingas träffa fler utförare än idag.

Hur nämnden än väljer att göra gällande en eventuell ersättning, anser vi att formerna för samarbetet mellan kommun och landsting bör ses över. Utredningen visar att det råder oklarheter kring landstingets delegeringar till kom-

2015-08-24

munen och att dessa skulle behöva förtydligas samt att listan över vilka uppgifter som delegeras till kommunen bör gås igenom tillsammans med representant från landstinget.

### **Delegering av hälso-och sjukvårdsuppgifter inom ordinärt boende**

#### Rättsliga grunder

De rättsliga grunderna för delegering av hälso-och sjukvårdsuppgifter återfinns i Hälso-och sjukvårdslagen, Patientsäkerhetslagen, och Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 1997:14 Delegering av arbetsuppgifter inom hälso-och sjukvård.

Varje vårdgivare inom såväl den offentliga som den enskilda hälso- och sjukvården ansvarar för att den egna vårdverksamheten bedrivs så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär bl.a. att vården skall vara säker och av god kvalitet samt tillgodose patienternas behov av trygghet i vården och behandlingen.

Landstinget är i Stockholms län ansvarig för allt hälso- och sjukvårdsarbete i den enskildas hem. I det fall det är förenligt med en god och säker vård, får dock den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen överlåta en arbetsuppgift till en annan person. Delegeringar av arbetsuppgifter kan ske oberoende av om den som delegerar och den som mottar arbetsuppgiften tillhör samma organisatoriska verksamhet eller inte. Förutsättningen för en sådan delegering är att mottagaren av uppgiften har sin arbetslednings tillåtelse att utföra arbetsuppgiften. Det innebär att den som avser att delegera över en verksamhets- eller vårdgivargräns först måste samråda med mottagarens arbetsledning.

Delegering av medicinska arbetsuppgifter får inte göras slentrianmässigt. Beslutet är personligt och får endast avse en person som är namngiven och inte en viss yrkesgrupp. Det innebär att den som genom ett delegeringsbeslut tilldelats viss arbetsuppgift i sin tur inte får delegera uppgiften till någon annan person. Med hänsyn till kraven på vård av god kvalitet och hög säkerhet för patienterna ställer varje delegeringsbeslut mycket stora anspråk på gott omdöme, goda kunskaper och noggrannhet hos såväl den som delegerar som den som genom delegering mottar en medicinsk arbetsuppgift.

#### Omfattning av delegerade uppgifter

Idag utför kommunen delegerade insatser enbart i samband med besök hos brukare. I de fall en av landstingets patienter inte också har insatser från kom-

2015-08-24

munen sker ingen delegering till hemtjänsten. Den extra kostnad som är förenad med delegeringen kommer alltså av den tid det tar för hemtjänsten att ge en brukare medicin, ögondroppar eller liknande. Någon restid tillkommer inte.

För att få koll på omfattningen av delegerade uppgifter har samtliga hemtjänstchefer fått uppge hur många brukare som har delegerade uppgifter. Genomgången visar att delegeringsuppdrag utförs hos uppskattningsvis 400 brukare i kommunen.

#### Kostnader

Då samtliga delegerade uppgifter enbart sker i anslutning till en beviljad insats är vi bara intresserade av att beräkna kostnaden för den tid som det tar att utföra den delegerade uppgiften. Ansvarig sektionschef bedömer att snitttiden per utförd delegerad uppgift är cirka två minuter och varje brukare uppskattas i snitt ha två insatser per dag. Att utföra 4 minuters extra omsorg, på 400 brukare, 7 dagar i veckan ger en ökad tid på 11 200 minuter per vecka, dvs. 186,7 timmar per vecka. På årsbasis blir detta 9 707 timmar, vilket med en timlön på 300 kronor (inkl. sociala avgifter) ger en kostnad på cirka 2 912 000 kronor per år.

Tillkommer gör den tid och kostnad som kommer av att hämta respektive lämna dosett hos brukaren i samband med påfyllning hos vårdcentral. Detta uppskattas ta cirka 30 minuter var fjortonde dag för cirka 200 av kommunens anställda. Kostnaden uppskattas till 720 000 kronor.

Även tiden det tar att få delegering bör räknas in i kostnaden. Detta gäller cirka 350 personer ur den ordinarie personalen samt uppskattningsvis lika många vikarier. Tidsåtgång är här en timme per person och år vilket motsvarar en kostnad på 210 000 kronor.

Sammantaget uppgår de beräknade kostnaderna därmed till 2 912 000 + 720 000 + 210 000 kronor = 3 842 000 kronor årligen.

#### Delegerade uppgifter

När samverkansöverenskommelsen skapades gällde delegering endast överlämning av medicin delad i dosett. Nu omfattas ett brett spektrum av arbetsuppgifter av delegering. Vid undersökningen framkom att hemtjänstpersonalen är delegerad att utföra följande arbetsuppgifter:

2015-08-24

- Överlämna läkemedel ur APO-dos och från delad dosett
- Iordningställa och överlämna flytande läkemedel
- Iordningställa och överlämna ordinerat läkemedel vid akuta tillstånd, i de fall vårdtagaren har ett individuellt behandlingsschema
- Iordningställa och överlämna ordinerat ”vidbehovsläkemedel”
- Smörja med medicinska salvor
- Ge ögondroppar
- Ge ögonsalva
- Ge Örondroppar
- Ge suppositorier
- Ge klysmå
- Ge sondmat
- Ge nässpray
- Ge inhalationspulver och hantera samt rengöra andningsmask
- Byta stomipåse och kateterpåse
- Tvätta runt PEG
- Ta av och på medicinska stödstrumpor

Utöver detta utför personalen även delegerade uppgifter hos brukare med avancerad sjukvård i hemmet (ASIH). Detta gäller bland annat brukare som är i behov av specifik kompetens och hög tillgänglighet för att kunna vårdas hemma. I dag handlar det om cirka tio brukare. Delegeringen är här personbunden.

#### Egenvård

Det förekommer relativt frekvent diskussioner mellan hemtjänstpersonal och distriktssköterskor angående vilka hälso- och sjukvårdsuppgifter som hemtjänsten ska utföra. När hemtjänstpersonalen anför att delegering saknas blir svaret från distriktssköterskorna ofta att det är egenvård som föreligger. Det är samtidigt inte alltid helt tydligt vad som ska räknas som ”egenvård med hjälp av annan” respektive vad som är delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter.

Enligt Socialstyrelsen föreskrift (SOSFS 2009:6) ”Bedömning av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård” ska den behandlande legitimerade yrkesutövaren, inom sitt ansvarsområde, bedöma om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård. Det är alltså hälso- och sjukvården som bestämmer vilken åtgärd som kan utföras som egenvård i varje enskilt fall. Bedömningen sker i samråd med patienten. Om personen inte själv kan svara för egenvården beror resultatet av bedömningen på hur stödet och hjäl-

2015-08-24

pen ser ut. Det kan vara egenvård om åtgärden kan utföras på ett säkert sätt av någon annan, t.ex. en närstående, hemtjänsten eller en personlig assistent. Den egenvård som den enskilda utför själv, eller med hjälp av någon annan räknas inte som hälso- och sjukvård och omfattas därför inte av hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Om egenvård bedöms vara rimligt ska ett egenvårdsintyg utfärdas till personen. Tyvärr brister landstinget emellanåt på denna punkt.

Tilläggas bör att ett förslag till samverkan mellan SLL och Stockholmskommunerna om patienter med egenvård, i detta nu är ute på remiss från Kommunförbundet Stockholms läns landsting. Förhoppningen är att förslaget ska leda till tydligare ansvarsfördelning mellan landsting och kommun.

#### Landstingets ansvar

Enligt Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2000:1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården ansvarar primärvården för att läkemedel och därför behövligt material når personens bostad. Ändå är detta en ständig källa till friktion i samverkan mellan huvudmännen.

Det är viktigt att poängtera att ansvaret för hälso- och sjukvården ligger på vårdcentralen och inte på kommunen. Att utföra en medicinsk arbetsuppgift på delegering är ett frivilligt åtagande för kommunen och kan utföras om det sker i samband med en hemtjänstinsats och om verksamheten tillåter det. Övriga tider utförs hälso- och sjukvård av primärvården. Det innebär i praktiken att kommunen även kan säga nej till en delegering i de fall vi inte anser att vi kan säkerställa en för brukaren säker hantering. Samma sak gäller om enhetschefen gör bedömningen att en delegerad uppgift kommer att bli allt för tidskrävande för hemtjänsten att utföra.

#### Riskanalys

Alternativen till att kommunen utför uppgifterna på egen bekostnad är att vi får ersättning från landstinget, eller att vi inte alls tar emot några delegeringar från landstinget. Båda dessa handlingsvägar kan medföra problem. Nedan diskuteras vad konsekvenserna av de båda alternativen kan komma att bli.

#### Ersättning från SLL

De delegerade uppgifter vi utför idag sker alltid i samband med en insats. Det betyder att landstinget i vissa fall anpassar sina förskrivningar till hemtjänstens tider. En medicin som ska ges på morgonen, skrivs kanske av läkaren ut till kl.

2015-08-24

10.00 för att passa schemaläggningen av insatser. I det fallet föregås beslutet av att ansvarig läkare har gjort en bedömning att patienten inte lider men av att få medicinen något senare.

Om vi kräver SLL på ersättning för de insatser som delegerats till kommunen kan vi inte utesluta att behöva ge medicin vid den tid medicinen ursprungligen är tänkt att intas. Detta kan leda till att fler besök behöver planeras in och till att hemtjänsten blir mindre flexibel, något som även ökar förvaltningens kostnader.

Inga HSL-uppdrag tas emot av kommunen

Om kommunen istället avsäger sig alla delegeringar får det som konsekvens att våra brukare tvingas träffa fler utförare än idag. Den låga personalkontinuiteten inom hemtjänsten är redan idag ett problem med mindre nöjda brukare som en konsekvens. Även om kommunens egen personalkontinuitet förblir oförändrad skulle en sådan förändring onekligen leda till en försämring för brukaren.

Vi bör även räkna med en försämrad relation till landstinget om vi fransäger oss alla delegerade HSL-insatser. Andra delar av vårt samarbete kan därmed påverkas negativt.

Ytterligare en aspekt vi inte bör bortse från är de situationer hemtjänstpersonalen kan hamna i om kommunen inte ska utföra delegerade uppgifter. Hur ska exempelvis vår personal agera om brukaren har behov av hjälp med att tömma sin kateter när hemtjänstpersonalen är på plats? Hänvisar vi då till att någon från vårdcentralen kommer och tömmer ”om en stund” eftersom det inte ligger i vårt uppdrag att utföra uppgiften eller hur agerar vi i en sådan situation? Samma sak gäller om brukaren gör hemtjänstpersonalen uppmärksam på att det inte kommit någon personal från vårdcentralen vid avsatt tid varför brukaren inte fått sin medicin. I båda dessa scenarion hamnar brukaren och hemtjänstpersonalen i en svår situation.

Slutligen kan vi inte bortse från den samhällsekonomiska vinst vi uppnår genom att kommunen utför vissa insatser i landstingets ställe, förvisso till ökad kostnad för kommunen.

Erfarenheter från andra kommuner:

Botkyrka är inte först med att utreda frågan om kostnaden för delegerade HSL-insatser från landstinget. Av de kommuner i Stockholms län som kommit till

beslut är det än så länge ingen som har fått ersättning från SLL. Istället har man valt att avsäga sig alla delegeringar. Nedan följer en kort beskrivning av hur det gått i kommuner som valt att sluta utföra delegerade uppgifter.

### **Nynäshamn**

Nynäshamn drev under 2014 frågan om att få ersättning från SLL. Det skedde dels av ekonomiska skäl och dels då man inte ansåg sig kunna garantera brukarens säkerhet fullt ut. När landstinget inte godkände kravet på ersättning valde man att upphöra med att utföra delegerade uppgifter inom ordinärt boende. Som ett resultat har förvaltningens ekonomi blivit bättre men andelen besökare hos brukaren har samtidigt blivit fler då både hemtjänst och hemsjukvård utför insatser i hemmet. Det är svårt för många äldre att förstå att det är två olika utförare, vilket kan leda till viss förvirring. Kommunens MAS vittnar även om att förändringen resulterat i vissa samverkansproblem mellan de båda utförarna då dessa har insatser vid samma tidpunkt. Som en konsekvens av beslutet har även landstinget valt att i större utsträckning utfärda egenvårdsintyg. Positiva effekter av förändringen, utöver ekonomin, är att hemtjänsten i större utsträckning kan ägna sig åt sina huvuduppgifter. Kanske kan även förändringen öka patientsäkerheten då hemtjänstpersonalen, trots genomgången utbildning i samband med delegeringen, inte är lika väl utrustad att upptäcka förändring hos brukaren, som en distriktssköterska.

### **Haninge**

Även Haninge tog våren 2015 beslut om att kräva ersättning från landstinget efter att ha utrett vilken kostnad delegeringen medför för kommunen. Enligt förvaltningens beräkningar uppgår kostnaderna för kommunen till 8 361 000 kronor och för externa utförare till 3 634 000<sup>1</sup>. Förhandlingar pågår fortfarande, men om SLL inte godtar kraven kommer kommunen upphöra med att utföra delegerade uppgifter i och med årsskiftet 2015/2016.

### **Värmdö**

I fallet Värmdö har man inte upphört med delegeringarna som följd av att ha sökt och nekats ersättning utan som ett resultat av ett dåligt fungerande samarbete mellan kommunen och landstinget. Beslutet togs redan för drygt tio år sedan, då Värmdö kommun inte ansåg sig kunna garantera patientsäkerheten. Kommunen gjorde för några år sedan ett försök att ta tillbaka delegeringarna,

---

<sup>1</sup> Båda dessa siffror baserar sig på beräkningen att en delegerad insats i snitt tar fem minuter extra, istället för som i vår beräkning två minuter.



2015-08-24

men avbröt försöket då man ansåg att landstinget inte kunde hantera sin del. Försöket finansierades av landstinget. Kommunens utförare välkomnar att slippa delegeringen samtidigt som hemsjukvården som en konsekvens av beslutet blivit rejält dyrare för landstinget.

### **Slutsats**

Att söka ersättning från SLL har hittills inte varit en rimlig väg då samtliga kommuner som valt detta alternativ fått nej. Sannolikheten att SLL gör ett undantag för Botkyrka är därför inte överhängande. Men även om det hittills inte varit en framkomlig väg bör vi samtidigt ha i åtanke att det kostar landstinget mycket mer att själv utföra insatserna hos brukaren, än att ersätta kommunen för det. Därmed borde landstingets incitament att lösa frågan öka med antalet kommuner som söker ersättning. Att samarbeta med andra Stockholmskommuner genom KSL ses därför som en möjlig väg.

Utredningen visar att alternativet att inte utföra delegerade uppgifter hos brukaren, med stor sannolikhet skulle få positiva effekter på ekonomin men riskerar samtidigt att få vissa negativa konsekvenser för brukaren och samhället i stort.

Hur nämnden än väljer att göra gällande en eventuell ersättning, anser vi att formerna för samarbetet mellan kommun och landsting bör ses över. Utredningen visar att det råder oklarheter kring landstingets delegeringar till kommunen och att dessa skulle behöva förtydligas samt att listan över vilka uppgifter som delegeras till kommunen bör gås igenom tillsammans med representant från landstinget. Det är även viktigt att komma ihåg att det i varje enskilt fall är upp till oss att acceptera en delegering eller inte – om en föreslagen delegering bedöms bli allt för tidskrävande har vi alltid möjlighet att inte ta emot den.



## **7 Projekt hemtagningsteam**

### **Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden föreslås besluta att ge förvaltningen i uppdrag att genomföra projekt hemgångsteam inom hemtjänst.

### **Sammanfattning**

Äldreomsorgen i Botkyrka kommun arbetar för att höja sin kvalitet för medborgarna och sambandet med utskrivning från slutenvård till insatsen hemtjänst eller korttidsboende.

Samhället idag har ett snabbare flöde mellan landsting, primärvård och kommun där kortare vårdtider inom slutenvården ökar behovet av snabbare handläggningstid för återgång till ordinärt boende.

Med syftet att finna sätt att öka känslan av trygghet, ett gott bemötande, minska behovet av korttidsboende och ökad kvalitet för den enskilde vill förvaltningen genomföra ett projekt i form av hemgångsteam.



2015-09-28

Referens  
Petra Oxonius

Mottagare  
Vård- och omsorgsnämnden

## **Projekt "Hemgångsteam" inom hemtjänst**

### **Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden föreslås besluta att ge förvaltningen i uppdrag att genomföra projekt hemgångsteam inom hemtjänst.

### **Sammanfattning**

Äldreomsorgen i Botkyrka kommun arbetar för att höja sin kvalité för medborgarna och sambandet med utskrivning från slutenvård till insatsen hemtjänst eller korttidsboende.

Samhället idag har ett snabbare flöde mellan landsting, primärvård och kommun där kortare vårdtider inom slutenvården ökar behovet av snabbare handläggningstid för återgång till ordinärt boende.

Med syftet att finna sätt att öka känslan av trygghet, ett gott bemötande, minska behovet av korttidsboende och ökad kvalité för den enskilde vill förvaltningen genomföra ett projekt i form av hemgångsteam.

### **Bilaga**

Projektbeskrivning hemgångsteam, för trygg och säker omsorg i ordinärt boende.



2015-09-22

Referens  
Petra Oxonius, Verksamhetschef äldre-  
omsorgen

Mottagare  
Vård- och omsorgsnämnden

### Projektbeskrivning

# Hemgångsteam för trygg och sä- ker omsorg i ordinärt boende

## Innehållsförteckning

<b>Bakgrund .....</b>	<b>3</b>
<b>Nyttomål.....</b>	<b>3</b>
<b>Mål för projektresultatet .....</b>	<b>3</b>
<b>Omfattning och avgränsning.....</b>	<b>4</b>
<b>Organisation, ansvar och befogenheter .....</b>	<b>4</b>
<b>Beskrivning av genomförandet.....</b>	<b>4</b>
<b>Kvalitetsstyrning .....</b>	<b>5</b>
Osäkerhetsanalys .....	5
<b>Kommunikationsplan.....</b>	<b>5</b>
<b>Tid- och aktivitetsplan .....</b>	<b>6</b>
<b>Uppföljningsstöd/projektledning .....</b>	<b>6</b>
<b>Kalkyl .....</b>	<b>6</b>

## **Bakgrund**

Äldreomsorgen i Botkyrka kommun arbetar för att höja sin kvalitet för medborgarna och sambandet med utskrivning från slutenvård till insatsen hemtjänst eller korttidsboende.

Samhället idag har ett snabbare flöde mellan landsting, primärvård och kommun där kortare vårdtider inom slutenvården ökar behovet av snabbare handläggningstid för återgång till ordinärt boende.

Samverkan och samarbete måste även stärkas mellan akutsjukhus, primärvård och kommunen för att säkra trygghet för den enskilde vid behov av insatser.

Detta skulle även kunna minska återinskrivning till slutenvård på grund av bristande samarbete mellan olika huvudmän.

Vi har i Botkyrka kommun genomfört en analys av återinskrivningar (med hjälp av projektmedel KSL) från särskilda boendeformer till slutenvården under januari-juni 2014 som ledde till nya rutiner för att minska antalet återinskrivningar.

Med syftet att finna sätt att öka känslan av trygghet, ett gott bemötande, minska behovet av korttidsboende och ökad kvalitet för den enskilde har vi besökt Ronneby kommun som arbetar med hemgångsteam. Vi har även inhämtat material från andra kommuner som utformat liknande modell för att jämföra.

## **Nyttomål**

Målen med projektet är:

- Tryggare hemgång
- Bättre samverkan med akutsjukhus och primärvård
- Effektivare vårdplaneringar och uppföljningar för beslut om insatser
- Färre återinskrivningar till slutenvård (mål att minska med 10 %)

## **Mål för projektresultatet**

Målet är ökad kvalitet för den enskilde medborgaren genom förändrat arbetssätt samt minskat antal återinskrivningar till slutenvård.

Målen mäts genom brukarundersökning samt återinskrivningar via vårdcentraler till slutenvård.

Projektet dokumenterar hemtagningstider från slutenvården, samarbete mellan huvudmän samt anledning till återinskrivning till slutenvården. Identifiera brister och orsaker i samarbetet som leder till återinskrivning till slutenvård.

2015-09-22

Nyttomålen räknar vi med kommer senare efter projektet och följs upp genom samverkansmöten. Uppföljningsmöten i samverkan efter projektets avslut med kommun, primärvård och slutenvården sker efter 6 månader och efter 1 år.

### **Omfattning och avgränsning**

Projektet ska genomföras tillsammans med kommunens myndighet, primärvård och slutenvården i en begränsad geografisk enhet under perioden 2015/2016 och utvärderas.

- Geografiskt område är södra Botkyrka vilket innefattar tre vårdcentraler (Tullinge, Tumba och Storsvreten) samt hemtjänstgrupper i samma område.
- Verksamhetschefer från vårdcentraler samt enhetschefer från hemtjänstgrupperna. Samordnare från geriatriken Huddinge Sjukhus samt representant från akutavdelningar på Huddinge Sjukhus.
- Representanter från akutsjukhus och vårdcentraler förväntas samarbeta genom att finna samarbetslösningar i ordinärt boende som underlättar medicinhantering, hjälpmedel eller annat stöd från primärvården för att trygga hemgång samt undvika återinskrivning till slutenvård. Det innebär vissa hembesök av distriktsköterska samt samarbetsmöten, 1 gång per månad.

### **Organisation, ansvar och befogenheter**

Projektets organisation ska vara en styrgrupp innehållande verksamhetschef för äldreomsorgen i Botkyrka kommun, enhetschef för korttidsboende, enhetschef för den geografiska hemtjänstgruppen, enhetschef för biståndshandläggare, MAS, tillsatt projektledare samt representanter från primärvård och slutenvård. Projektet beställs av verksamhetschef äldreomsorgen i Botkyrka kommun som även är ordförande för styrgruppen.

### **Beskrivning av genomförandet**

- Projektledare ska anställas och initialt kontakta och skapa nätverk med primärvård och slutenvård och skapa lokala samverkansavtal
- Projektledaren ska skapa ett team inom hemtjänst, korttidsboende och myndighet för hur trygg hemgång ska genomföras och rutiner samt riskanalys gällande förändrat arbetssätt.

2015-09-22

- Projektledaren ska föra dokumentation om hemtagningstider från slutenvården, samarbete mellan huvudmän samt anledning till återinskrivning till slutenvården
- Projektledaren ska samordna, kalla till möten samt rapportera till styrgruppen om hur arbetet fortskrider och kunna presentera löpande rapporter. Projektledaren ska även kunna presentera arbetet i olika forum såsom nämnd.
- Projektledaren måste driva teamet och se till att samverkan mellan kommun, primärvård och slutenvård inte avstannar.
- Projektledaren ska även, om det blir ett bra utfall, förbereda för hur arbetet ska fortgå och breddas till ett gemensamt arbetssätt i hela kommunen inom befintliga ekonomiska ramar.

### **Kvalitetsstyrning**

Projektledaren kallar till styrgrupp minst två gånger per månad då dokumentation samt resultat och pågående arbete redovisas.

Projektledaren ansvarar även för teamets samarbetsträffar minst två gånger per månad. Projektledaren anställs av Botkyrka kommun på heltid under projekttiden på ca 10 månader med förutsättning att projektet leder till nytt arbetssätt för kommun, primärvård samt slutenvården.

### **Osäkerhetsanalys**

En osäkerhet kan vara bristande representation från primärvård eller slutenvården.

### **Kommunikationsplan**

Projektledaren skapar en kommunikationsplan för hur projektet ska föras ut till äldreomsorgens ledningsgrupp, förvaltningsledning, vård och omsorgsnämnden samt samtliga berörda medarbetare och deras fackliga organisationer.

Även hur primärvård och slutenvård vill ha projektet kommunicerat till berörda medarbetare.



2015-09-22

### Tid- och aktivitetsplan

Projektledaren anställs och projektet pågår i 10 månader för att effekt ska kunna mätas och arbetssätt ska kunna utformas. Projektledaren färdigställer en slutrapport senast 31/9 2016. Slutrapporten ska innehålla hur projektet genomförts, vilka resultat som framkommit samt förslag till förändrat arbetssätt och hur implementering skett.

Delrapporter med förslag till förändringar i arbetssätt och rutiner ska skrivas och delges styrgruppen minst två gånger under projektets gång.

Rapporterna delges även förvaltningsledning, primärvård, slutenvård, fackliga organisationer samt vård och omsorgsnämnden.

### Uppföljningsstöd/projektledning

Projektledaren anställs av Botkyrka kommun och styrgruppen kommer vara stöd under projektet.

### Kalkyl

Projekt	Kostnad
Projektledare 10 mån	400 000
PO-omkostnader	48 000
Arbete utanför projekt, redovisningar och förberedelse	50 000
Vikarieersättning för teammedlemmar	2 000 000
<b>Totalt beräknad kostnad</b>	<b>2 498 000</b>

Kalkylen är en grov uppskattning och om projektet faller väl ut kan kostnaden öka om vi väljer snabbare implementeringstakt i övriga hemtjänst.



## 8 Motion (M) Trygg hemgång

### Förslag till beslut

Vård- och omsorgnämnden anser motionen besvarad.

### Sammanfattning

För många, bland annat äldre, är att skrivas ut från sjukhus och komma hem (eller till ett korttidsboende) förknippat med oro. Återinläggningar på sjukhusen är vanligt förekommande.

I Ronneby kommun har man infört ett s.k. ”trygghetsteam/stödteam”, och flera kommuner i vår närhet planerar för detta bl.a. Sundbyberg och Södertälje. Erfarenheterna från Ronneby är hitintills goda och man har uppnått färre återinläggningar på sjukhus.

Förvaltningen har omvärldsbevakat frågan och även besökt Ronneby kommun. Vi har även inhämtat material från andra kommuner. Förvaltningen är positiva till motionen och ser detta som en möjlighet att öka nöjdheten, tryggheten och ge en ökad kvalitet för den enskilde medborgaren som har hemtjänstinsatser.

Syftet med ett sådant trygghetsteam som i Ronneby är att stärka personens egna resurser och göra en plan för hemtjänsten. Detta i syfte att hamna rätt kring vilka insatser som ska göras och på vilken nivå. I Södertälje kommun räknar man med att det ska finnas två personer från hemtjänsten med när en individ/kund/brukare/person kommer hem från sjukhuset. Hjälpen som ges kan bestå i att se till att det finns mat och mediciner hemma - eller bara någon att prata med.

Målet med ett hemtagningsteam är att öka tryggheten för den enskilde och ge bättre möjligheter att kunna bo kvar hemma längre. Samt att kunna minska återinläggningarna på sjukhus.

2015-10-01

### **Ärendet**

Moderaterna har i en motion till kommunfullmäktige föreslagit att vård- och omsorgsnämnden får i uppdrag att undersöka möjligheterna för att starta ett hemtagningsprojekt i Botkyrka.



2015-07-28

Dnr von/2015:86

Referens  
Petra Oxonius  
Jenny Torpman-Fredriksson

Mottagare  
Vård och omsorgsnämnden

## **Motion - Projekt med hemtagningssteam "Trygg hemgång"**

### **Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden anser motionen besvarad.

### **Sammanfattning**

För många, bland annat äldre, är att skrivas ut från sjukhus och komma hem (eller till ett korttidsboende) förknippat med oro. Återinläggningar på sjukhusen är vanligt förekommande.

I Ronneby kommun har man infört ett s.k. ”trygghetssteam/stödteam”, och flera kommuner i vår närhet planerar för detta bl.a. Sundbyberg och Södertälje. Erfarenheterna från Ronneby är hitintills goda och man har uppnått färre återinläggningar på sjukhus.

Förvaltningen har omvärldsbevakat frågan och även besökt Ronneby kommun. Vi har även inhämtat material från andra kommuner. Förvaltningen är positiva till motionen och ser detta som en möjlighet att öka nöjdheten, tryggheten och ge en ökad kvalitet för den enskilde medborgaren som har hemtjänstinsatser.

Syftet med ett sådant trygghetssteam som i Ronneby är att stärka personens egna resurser och göra en plan för hemtjänsten. Detta i syfte att hamna rätt kring vilka insatser som ska göras och på vilken nivå. I Södertälje kommun räknar man med att det ska finnas två personer från hemtjänsten med när en individ/kund/brukare/person kommer hem från sjukhuset. Hjälpen som ges kan bestå i att se till att det finns mat och mediciner hemma - eller bara någon att prata med.

Målet med ett hemtagningssteam är att öka tryggheten för den enskilde och ge bättre möjligheter att kunna bo kvar hemma längre. Samt att kunna minska återinläggningarna på sjukhus.

### **Ärendet**

2015-07-28

Dnr von/2015:86

Moderaterna har i en motion till kommunfullmäktige föreslagit att vård- och omsorgsnämnden får i uppdrag att undersöka möjligheterna för att starta ett hemtagningsprojekt i Botkyrka.

### **Yttrande**

Vård- och omsorgsförvaltningen arbetar för att höja sin kvalitet för medborgarna vid insatsen hemtjänst samt minska återinskrivning till slutenvård. Samhället idag har ett snabbare flöde mellan landsting, primärvård och kommun där kortare vårdtider inom slutenvården ökar behovet av snabbare handläggningstid för återgång till ordinärt boende.

Samverkan och samarbete måste även stärkas mellan akutsjukhus, primärvård och kommunen för att säkra tryggheten för den enskilde vid behov av insatser. Detta skulle även kunna minska återskrivning till slutenvård på grund av bristande samarbete mellan olika huvudmän.

Med syftet att finna sätt att öka känslan av trygghet, ett gott bemötande, minska behovet av korttidsboende och ökad kvalitet för den enskilde kan hemgångsteam/stödteam vara en framgångsfaktor som införs i ett flertal kommuner.

En förutsättning för projektet är fungerande samarbete med kommunens myndighet, primärvården och slutenvården.

Representanter från akutsjukhus och vårdcentraler förväntas samarbeta genom att finna samarbetslösningar i ordinärt boende som underlättar medicinhandling, hjälpmedel eller annat stöd från primärvården för att trygga hemgång samt undvika återinskrivning till slutenvård.

Förvaltningen vill skapa ett team inom hemtjänst som i samarbete med myndighet, skapar rutiner för hur insatsen "Trygg hemgång" ska utformas.

Teamet ska bestå av medarbetare som tar emot brukare i hemmet, ser till att mediciner, mat, hjälpmedel eller annat finns samt påbörjar en genomförandeplan.

Att lugnt och tryggt skapa en miljö där även brukarens förmågor tas tillvara och bedöms i det egna hemmet innan överlämning till ordinarie hemtjänstenhet.

Teamet ska även skapa ett samarbete med sluten- och primärvården där eventuella lokala samverkansavtal kan utarbetas om behovet uppstår.

Pia Bornevi

2015-07-28

Dnr von/2015:86

Tf Vård- och omsorgschef

---

Expedieras till

**Kommunstyrelsen**



## MOTION

2015-05-28

### Kommunfullmäktige

#### Projekt med hemtagningsteam ”Trygg hemgång”

För många, bland annat äldre, är att skrivas ut från sjukhus och komma hem (eller till ett korttidsboende) förknippat med oro. Återinläggningar på sjukhusen är dessvärre vanligt förekommande.

I Ronneby kommun har man infört ett s.k. ”trygghetsteam/stödteam”, och flera kommuner i vår närhet planerar för detta bl.a. Sundbyberg och Södertälje. Erfarenheterna från Ronneby är hitintills goda och man har uppnått färre återinläggningar på sjukhus.

Syftet med ett sådant trygghetsteam som i Ronneby är att stärka personens egna resurser och göra en plan för hemtjänsten. Detta i syfte att hamna rätt kring vilka insatser som ska göras och på vilken nivå. I Södertälje kommun räknar man med att det ska finnas två personer från hemtjänsten med när en individ/kund/brukare/person kommer hem från sjukhuset. Hjälpen som ges kan bestå i att se till att det finns mat och mediciner hemma - eller bara någon att prata med.

Målet med ett hemtagningsteam är att öka tryggheten för den enskilde och ge bättre möjligheter att kunna bo kvar hemma längre. Samt att kunna minska återinläggningarna på sjukhus.

Vi föreslår kommunfullmäktige besluta

att Vård- och omsorgsnämnden får i uppdrag att undersöka möjligheterna för att kunna starta ett hemtagningsteamsprojekt i Botkyrka.

Kia Hjelte

Carl Baker



**BOTKYRKA KOMMUN**

Kommunstyrelsen

Referens  
Lena Bogne

REMISS

2015-06-23

Mottagare  
Vård- och omsorgsnämnden

1[1]

Dnr KS/2015:432

**Motion – Projekt med hemtagningsteam "Trygg hemgång"  
(M)**

Översänder rubricerat ärende för yttrande snarast efter nämndens sammanträde den 22 september 2015.

Med vänliga hälsningar  
Lena Bogne

**Kommunstyrelsen**

Post Botkyrka kommun, 147 85 TUMBA · Besök Munkhättevägen 45 · Kontaktcenter 08-530 610 00

Direkt 08-530 614 32 Sms 0708-86 01 02 · E-post [lena.bogne@botkyrka.se](mailto:lena.bogne@botkyrka.se)

Org.nr 212000-2882 · Bankgiro 624-1061 · Fax 08-530 616 66 · Webb [www.botkyrka.se](http://www.botkyrka.se)





2015-10-12

VON 2011:141

Referens

Mottagare

Vård- och omsorgsnämnden

**ORDFÖRANDEFÖRSLAG****Svar på motion (KD) inför LOV för valfrihetens skull****Beslut**

Vård- och omsorgsnämnden avstyrker motionen

Vård- och omsorgsnämnden ger vård- och omsorgsförvaltningen i uppdrag att ta fram förslag till en Botkyrkamodell för fler valmöjligheter och ökat brukarinflytande i omsorgen.

**Ärendet****Motivering**

Alliansregeringen utformade LOV (lagen om valfrihetssystem) och lagen trädde i kraft 1 januari 2009.

Botkyrka har avvaktat med att ta ställning till om kommunen ska införa LOV. Oppositionen har skrivit ett antal motioner som handlar om att införa LOV i hela eller delar av vård- och omsorgsverksamheten. Anledningen till att kommunen ännu inte besvarat dessa motioner är att den tidigare alliansregeringen tillsatte en statlig utredning 2012 som bland annat fick uppdraget att ”överväga för- och nackdelar med att införa en obligatorisk lagstiftning om valfrihetssystem på socialtjänstområdet.”

I januari 2014 presenterades utredningen för dåvarande statsrådet Maria Larsson (KD) och Botkyrka kommun avvaktade ifall regeringen utifrån utredningen skulle komma med några skarpa förslag om att införa obligatorisk LOV. Den dåvarande regeringen agerade dock inte i frågan under sin mandatperiod. Vår bedömning är därför att kommunen nu bör behandla motionerna.

**Effekter av LOV**

När Alliansregeringen införde LOV var det med ambitionen att öka människors känsla av valfrihet, få till bättre effektivisering och kvalitet av omsorgen, minska kostnaderna och möjliggöra för fler utförare inom omsorgen. Alliansregeringen tillsatte en statlig utredning (SOU 2014:2) för att utvärdera effekten av lagen och även Riksrevisionen har granskat hur de statliga

2015-10-12

Dnr

reformerna om vårdval och vårdgaranti påverkat möjligheten för vården att verka för en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

Den statliga SOU-utredningen kom fram till att personer som bor i LOV-kommuner inte upplever att de har större valfrihet än personer i övriga kommuner gör. Dessutom är det så att endast 45 % av medborgarna i LOV-kommunerna faktiskt gör ett aktivt val. Mer än hälften gör inget val alls och medborgarna uppger att det beror på att de tycker det är svårt att göra valet, att man har svårt för att skilja de olika företagen åt eller så uppger man att man helt enkelt är för sjuk för att kunna göra ett aktivt val.

Enligt utredningen går det inte heller att se att omsorgen blivit mer effektiv eller att kvaliteten förbättrats jämfört med de LOV-fria kommunerna. Alliansregeringens utredning finner inga skillnader i kostnadsutvecklingen mellan kommuner med och utan LOV. Men det finns flera exempel från kommuner som påvisar att kostnadsökningen stiger snabbare än förväntat och betydligt mer än den demografiska utvecklingen kan motivera. Däremot är det så att det blivit betydligt fler utförare. Detta var förvisso en av alliansregeringens önskade effekter, men syftet med omsorgen är inte att skapa nya företag utan snarare att möta brukarnas behov och ge människor goda levnadsvillkor med hänsyn till individuella omständigheter och önskemål.

Riksrevisionens granskning av vårdvalet i olika landsting (där LOV är det huvudsakliga leveranssystemet) kommer dessutom till slutsatsen att många av vårdvalen har varit väldigt kostnadsdrivande. Dessutom hävdar Riksrevisionen att vårdvalet bidragit till en mer ojämnt fördelad vård, både vad gäller tillgänglighet och genom att systemet stimulerar till att det blir en ojämn fördelning av vården. I områden där man har större behov av vård används vården mindre och i områden där befolkningen har bättre hälsa används vården mer. Riksrevisionens granskning visar således att vårdvalet har inneburit att man fått mer ojämlikhet i såväl tillgängligheten av omsorg som fördelningen av vård. Det är en utveckling som vi inte vill riskera att få i Botkyrka.

Vi i den politiska majoriteten i Botkyrka ser värdet av en mångfald av alternativ inom vård och omsorg, både vad gäller organisationsform och pedagogisk inriktning, då detta kan bidra till att öka människors valfrihet och samtidigt bidra till att välfärden utvecklas. Samtidigt är det viktigt att våra gemensamma resurser för välfärd ska gå till välfärd – inte till aktieägares vinstuttag. Oavsett utförare är det viktigt att ställa tydliga kvalitetskrav så att vi använder våra gemensamma resurser så att de kommer medborgarna till del, i form av en god omsorg.

2015-10-12

Dnr

I Botkyrka arbetar vi aktivt med att förstärka kommuninvånarnas valmöjligheter i omsorgen. Det är viktigt att brukaren har inflytande över omsorgens upplägg och innehåll, och det är brukaren som ska bestämma vilken av hans beviljade insatser som vi ska utföra just den dagen - ”idag vill jag ta en promenad”, eller ”idag vill jag att vi ska städa”. I kommunens ettårsplan för 2016 har Vård- och omsorgsförvaltningen exempelvis fått i uppdrag att utreda möjligheten att införa ”egen tid” i hemtjänsten, liknande det som redan idag finns för de kommuninvånare som bor i gruppboende eller på vård- och omsorgsboende. Valmöjligheterna handlar också om rätten att få möta personal som talar ens modersmål och i mycket stor utsträckning lyckas kommunen redan uppfylla de önskemålen, då flera av våra medarbetare behärskar flera olika språk. Vi har också beslutat om en LOU-upphandling (Lag (2007:1091) om offentlig upphandling) av hemtjänst på finska eftersom vi ser att där finns det ett behov som den kommunala verksamheten inte lyckats tillgodose. Nämnden har beslutat om värdighetsgarantier som syftar till att stärka våra medborgares valmöjligheter och i Socialstyrelsens brukarundersökning för 2014 är brukarnas upplevelse av inflytande och delaktighet ett av de områden där kommunen får bättre betyg av kommuninvånarna än tidigare. Vi är på rätt väg men vill fortsätta att förstärka medborgarnas valmöjligheter ytterligare.

LOV är ett leveranssystem som kommuner och landsting kan använda för att teckna avtal med externa utförare men det finns andra system som vi tycker är bättre och som utifrån ett medborgarnas fokus är att föredra. Det finns olika former av LOU-upphandlingar, kommuner kan göra samverkansavtal och det finns även en ny form av idéburet offentligt partnerskap (IOP) som möjliggör fler utförare av vård- och omsorg i Botkyrka, utan att införa LOV. I Botkyrka har vi LOU-upphandlingar som möjliggör samarbete mellan kommunen och externa utförare inom t ex vård- och omsorgsboende. Den nuvarande regeringen har tagit initiativ till två statliga utredningar som ser över upphandlingslagstiftningen och som kan förenkla samarbete mellan kommuner och andra aktörer som kan bidra till att våra brukare får en omsorg av högsta kvalitet.

Vi som politisk majoritet tycker att det finns ett värde i att människor kan välja mellan t ex olika pedagogiska inriktningar, och även utveckla valmöjligheter kring omsorgens innehåll och upplägg. Men det är inte nödvändigt att införa LOV för att åstadkomma en förstärkning av valmöjligheterna utifrån dessa två perspektiv. Som vi har redogjort för finns det andra vägar för samarbete mellan kommunen och externa aktörer i omsorgen, som vi bedömer är att föredra både utifrån medborgarens och brukarens perspektiv men också utifrån ett samhällsutvecklingsperspektiv. Därför väljer vi att ge Vård- och omsorgsförvaltningen i uppdrag att ta fram en Botkyrkamodell för fler valmöjligheter och ökat brukarinflytande i omsorgen.



## MOTION

### Inför LOV- för valfrihetens skull!

Äldre och personer med funktionsnedsättning måste få möjlighet att själva välja vem som ska utföra den biståndsbedömda insatsen. Sedan Lagen (2008:96) om valfrihetssystem (LOV) trädde i kraft den 1 januari 2009, har mer än hälften (153 st) av landets kommuner infört eller kommer att införa LOV. Dock inte Botkyrka kommun!

Lagen innebär att kommuner och landsting som vill, får möjlighet att överlåta valet av utförare av vård- och omsorgstjänster till brukaren/invånaren. De äldre blir bemyndigade att själva välja utförare av vård och omsorg och det underlättar för nya vårdgivare att etablera sig. Lagen är ett alternativ till lagen om offentlig upphandling, LOU, och kan även tillämpas på handikapp- och äldreomsorg samt hälso- och sjukvårdstjänster.

Regering och riksdag vill på detta sätt stärka den enskildes möjligheter till inflytande över den egna vardagen. Genom att det finns fler utförare på dessa områden kan individen själv välja vilket gör att den offentligt finansierade servicen blir mer lyhörd för den enskildes behov och önskemål.

Såväl privata företag som ideella organisationer kan ansöka om att bli godkända som utförare. Alla utförare som ansökt om att få vara med i ett valfrihetssystem och som uppfyller de krav kommunen beslutat om, godkänns.

LOV bygger på att det inte är någon priskonkurrens mellan utförarna. Ersättningen till utförarna är lika och bygger på den modell kommunen själv bestämmer utifrån vårddyngd och utförd insats. Utföraren får ingen ersättning om den inte blir vald av någon brukare. *Det är inte priset utan kvaliteten som kommer att avgöra vem som får den enskildes förtroende att utföra tjänsterna.*

Enligt LOV, är det kommunen/landstinget som har ansvaret för att brukaren/invånarna får saklig, relevant och jämförbar information om samtliga utförare som brukaren kan välja emellan. *Ett system med Fritt val i vår kommun skapar mångfald, tillgänglighet och kvalitet där individens vilja står i centrum.*

### **Kristdemokraterna vill med ovanstående föreslå kommunfullmäktige besluta**

*att Botkyrka kommun inför valfrihetssystem, LOV, för omvårdnadstjänster*

Botkyrka 2011-05-26

Aram El Khoury (kd)

Stefan Dayne (kd)



2015-10-12

Dnr VON 2013:60

Referens

Mottagare

Vård- och omsorgsnämnden

**ORDFÖRANDEFÖRSLAG****Svar på motion (M) – 2013:60 LOV i hemtjänsten****Beslut**

Vård- och omsorgsnämnden avstyrker motionen

Vård- och omsorgsnämnden ger vård- och omsorgsförvaltningen i uppdrag att ta fram förslag till en Botkyrkamodell för fler valmöjligheter och ökat brukarinflytande i omsorgen.

**Ärendet****Motivering**

Alliansregeringen utformade LOV (lagen om valfrihetssystem) och lagen trädde i kraft 1 januari 2009.

Botkyrka har avvaktat med att ta ställning till om kommunen ska införa LOV. Oppositionen har skrivit ett antal motioner som handlar om att införa LOV i hela eller delar av vård- och omsorgsverksamheten. Anledningen till att kommunen ännu inte besvarat dessa motioner är att den tidigare alliansregeringen tillsatte en statlig utredning 2012 som bland annat fick uppdraget att ”överväga för- och nackdelar med att införa en obligatorisk lagstiftning om valfrihetssystem på socialtjänstområdet.”

I januari 2014 presenterades utredningen för dåvarande statsrådet Maria Larsson (KD) och Botkyrka kommun avvaktade ifall regeringen utifrån utredningen skulle komma med några skarpa förslag om att införa obligatorisk LOV. Den dåvarande regeringen agerade dock inte i frågan under sin mandatperiod. Vår bedömning är därför att kommunen nu bör behandla motionerna.

**Effekter av LOV**

När Alliansregeringen införde LOV var det med ambitionen att öka människors känsla av valfrihet, få till bättre effektivisering och kvalitet av omsorgen, minska kostnaderna och möjliggöra för fler utförare inom omsorgen. Alliansregeringen tillsatte en statlig utredning (SOU 2014:2) för att utvärdera effekten av lagen och även Riksrevisionen har granskat hur de statliga

2015-10-12

Dnr

reformerna om vårdval och vårdgaranti påverkat möjligheten för vården att verka för en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

Den statliga SOU-utredningen kom fram till att personer som bor i LOV-kommuner inte upplever att de har större valfrihet än personer i övriga kommuner gör. Dessutom är det så att endast 45 % av medborgarna i LOV-kommunerna faktiskt gör ett aktivt val. Mer än hälften gör inget val alls och medborgarna uppger att det beror på att de tycker det är svårt att göra valet, att man har svårt för att skilja de olika företagen åt eller så uppger man att man helt enkelt är för sjuk för att kunna göra ett aktivt val.

Enligt utredningen går det inte heller att se att omsorgen blivit mer effektiv eller att kvaliteten förbättrats jämfört med de LOV-fria kommunerna. Alliansregeringens utredning finner inga skillnader i kostnadsutvecklingen mellan kommuner med och utan LOV. Men det finns flera exempel från kommuner som påvisar att kostnadsökningen stiger snabbare än förväntat och betydligt mer än den demografiska utvecklingen kan motivera. Däremot är det så att det blivit betydligt fler utförare. Detta var förvisso en av alliansregeringens önskade effekter, men syftet med omsorgen är inte att skapa nya företag utan snarare att möta brukarnas behov och ge människor goda levnadsvillkor med hänsyn till individuella omständigheter och önskemål.

Riksrevisionens granskning av vårdvalet i olika landsting (där LOV är det huvudsakliga leveranssystemet) kommer dessutom till slutsatsen att många av vårdvalen har varit väldigt kostnadsdrivande. Dessutom hävdar Riksrevisionen att vårdvalet bidragit till en mer ojämnt fördelad vård, både vad gäller tillgänglighet och genom att systemet stimulerar till att det blir en ojämn fördelning av vården. I områden där man har större behov av vård används vården mindre och i områden där befolkningen har bättre hälsa används vården mer. Riksrevisionens granskning visar således att vårdvalet har inneburit att man fått mer ojämlikhet i såväl tillgängligheten av omsorg som fördelningen av vård. Det är en utveckling som vi inte vill riskera att få i Botkyrka.

Vi i den politiska majoriteten i Botkyrka ser värdet av en mångfald av alternativ inom vård och omsorg, både vad gäller organisationsform och pedagogisk inriktning, då detta kan bidra till att öka människors valfrihet och samtidigt bidra till att välfärden utvecklas. Samtidigt är det viktigt att våra gemensamma resurser för välfärd ska gå till välfärd – inte till aktieägares vinstuttag. Oavsett utförare är det viktigt att ställa tydliga kvalitetskrav så att vi använder våra gemensamma resurser så att de kommer medborgarna till del, i form av en god omsorg.

2015-10-12

Dnr

I Botkyrka arbetar vi aktivt med att förstärka kommuninvånarnas valmöjligheter i omsorgen. Det är viktigt att brukaren har inflytande över omsorgens upplägg och innehåll, och det är brukaren som ska bestämma vilken av hans beviljade insatser som vi ska utföra just den dagen - ”idag vill jag ta en promenad”, eller ”idag vill jag att vi ska städa”. I kommunens ettårsplan för 2016 har Vård- och omsorgsförvaltningen exempelvis fått i uppdrag att utreda möjligheten att införa ”egen tid” i hemtjänsten, liknande det som redan idag finns för de kommuninvånare som bor i gruppboende eller på vård- och omsorgsboende. Valmöjligheterna handlar också om rätten att få möta personal som talar ens modersmål och i mycket stor utsträckning lyckas kommunen redan uppfylla de önskemålen, då flera av våra medarbetare behärskar flera olika språk. Vi har också beslutat om en LOU-upphandling (Lag (2007:1091) om offentlig upphandling) av hemtjänst på finska eftersom vi ser att där finns det ett behov som den kommunala verksamheten inte lyckats tillgodose. Nämnden har beslutat om värdighetsgarantier som syftar till att stärka våra medborgares valmöjligheter och i Socialstyrelsens brukarundersökning för 2014 är brukarnas upplevelse av inflytande och delaktighet ett av de områden där kommunen får bättre betyg av kommuninvånarna än tidigare. Vi är på rätt väg men vill fortsätta att förstärka medborgarnas valmöjligheter ytterligare.

LOV är ett leveranssystem som kommuner och landsting kan använda för att teckna avtal med externa utförare men det finns andra system som vi tycker är bättre och som utifrån ett medborgarnas fokus är att föredra. Det finns olika former av LOU-upphandlingar, kommuner kan göra samverkansavtal och det finns även en ny form av idéburet offentligt partnerskap (IOP) som möjliggör fler utförare av vård- och omsorg i Botkyrka, utan att införa LOV. I Botkyrka har vi LOU-upphandlingar som möjliggör samarbete mellan kommunen och externa utförare inom t ex vård- och omsorgsboende. Den nuvarande regeringen har tagit initiativ till två statliga utredningar som ser över upphandlingslagstiftningen och som kan förenkla samarbete mellan kommuner och andra aktörer som kan bidra till att våra brukare får en omsorg av högsta kvalitet.

Vi som politisk majoritet tycker att det finns ett värde i att människor kan välja mellan t ex olika pedagogiska inriktningar, och även utveckla valmöjligheter kring omsorgens innehåll och upplägg. Men det är inte nödvändigt att införa LOV för att åstadkomma en förstärkning av valmöjligheterna utifrån dessa två perspektiv. Som vi har redogjort för finns det andra vägar för samarbete mellan kommunen och externa aktörer i omsorgen, som vi bedömer är att föredra både utifrån medborgarens och brukarens perspektiv men också utifrån ett samhällsutvecklingsperspektiv. Därför väljer vi att ge Vård- och omsorgsförvaltningen i uppdrag att ta fram en Botkyrkamodell för fler valmöjligheter och ökat brukarinflytande i omsorgen.



## MOTION

2013-02-21

### Kommunfullmäktige

#### LOV i hemtjänsten i Botkyrka kommun

På kommunens hemsida kan man läsa den 22 januari 2013 att ”Botkyrkaborna är missnöjda med hemtjänsten” vilket framgår av en rapport från Socialstyrelsen och Sveriges kommuner-och landsting.

Vidare står det att bristerna är bl.a. låg kompetens hos personalen, svårt för de äldre att veta vad som gäller och brister i bemötandet.

Vi har talat om dessa brister år efter år. Man har då år efter år, från den styrande majoritetens sida, sagt att ” nu blir det bättre”. Men det är få personer som upplevt att det blivit bättre. Klagomålen är många och ibland flagranta.

Vi har också under ett antal år ständigt haft underskott i hemtjänstens budget som inte fått några rimliga förklaringar.

Från och med den 1 januari 2009 finns möjligheten att med stöd av lagen om valfrihetssystem (LOV/2008:962) skapa bra förutsättningar för att införa valfrihetssystem inom exempelvis hemtjänsten. I ett valfrihetssystem är det medborgarens behov och önskemål som sätts i fokus och blir själva utgångspunkten för verksamheten.

Regeringen menar att valmöjligheter för omvårdnadstagarna ger en ökad kvalitet och mångfald, samt flyttar makt från politiker till omvårdnadstagare som både kan välja och välja bort utförare. Det kan vidare bidra till att skapa ett större engagemang och nytänkande. Vidare tvingas arbetsgivare erbjuda goda arbetsförhållanden för att inte förlora sina medarbetare till konkurrenterna.

Det kan och bör också på sikt leda till ökad effektivitet, mer tid ”hos kund/brukare”, minskade kostnader och bättre användning av befintliga resurser.

88 kommuner har infört LOV. 69 kommuner ytterligare har beslut om att införa LOV (enligt en utredning i Mörbylånga av Åsa Ahlgren)

För att kunna införa valfrihet genom LOV måste kommunen genomlysna den egna verksamheten, såväl ekonomiskt som kvalitetsmässigt. Kommunen måste också ta fram adekvata kvalitetskriterier för att kunna ställa rätt krav på utförarna likaväl som på den verksamheten i egen regi.



Vi är övertygade om att det skulle medföra viktiga erfarenheter för kommunen, erfarenheter som gör att vi skulle förstå varför vi ständigt behöver bemöta missnöjda brukare.

Enligt uppgifter från SCB (nov 2010) ligger riksgenomsnittet av andelen personer i åldersgruppen 65 – 100 år på 18,6% av befolkningen och man räknar med att andelen personer inom det åldersspannet kommer att öka till 21,5% under de närmaste femton åren. Detta är ytterligare ett argument för att utreda möjligheten att införa valfrihetssystem enligt lagen om LOV.

Ett annat viktigt argument för valfrihet inom hemtjänsten är att de personer som nu blir 65 år kommer också att ha en annan syn på åldrandet och de kommer att ha en högre utbildningsnivåer i bagaget, samt en vana vid valfrihet och variation. De ständiga förändringarna som sker i dagens samhälle kommer också att ställa andra krav på organisation och verksamhet.

Vi föreslår kommunen besluta

att ge Vård- och omsorgsförvaltningen i uppdrag att utreda förutsättningarna och konsekvenserna av att införa lagen om valfrihetssystem, LOV, i hemtjänsten i Botkyrka.

Kia Hjelte

Catarina Ekeståhl

Lars Robin



2015-10-12

Dnr VON 2014:1

Referens

Mottagare

Vård- och omsorgsnämnden

**ORDFÖRANDEFÖRSLAG****Svar på motion (M) – Valfrihet i hemtjänsten****Beslut**

Vård- och omsorgsnämnden avstyrker motionen

Vård- och omsorgsnämnden ger vård- och omsorgsförvaltningen i uppdrag att ta fram förslag till en Botkyrkamodell för fler valmöjligheter och ökat brukarinflytande i omsorgen.

**Ärendet****Motivering**

Alliansregeringen utformade LOV (lagen om valfrihetssystem) och lagen trädde i kraft 1 januari 2009.

Botkyrka har avvaktat med att ta ställning till om kommunen ska införa LOV. Oppositionen har skrivit ett antal motioner som handlar om att införa LOV i hela eller delar av vård- och omsorgsverksamheten. Anledningen till att kommunen ännu inte besvarat dessa motioner är att den tidigare alliansregeringen tillsatte en statlig utredning 2012 som bland annat fick uppdraget att ”överväga för- och nackdelar med att införa en obligatorisk lagstiftning om valfrihetssystem på socialtjänstområdet.”

I januari 2014 presenterades utredningen för dåvarande statsrådet Maria Larsson (KD) och Botkyrka kommun avvaktade ifall regeringen utifrån utredningen skulle komma med några skarpa förslag om att införa obligatorisk LOV. Den dåvarande regeringen agerade dock inte i frågan under sin mandatperiod. Vår bedömning är därför att kommunen nu bör behandla motionerna.

**Effekter av LOV**

När Alliansregeringen införde LOV var det med ambitionen att öka människors känsla av valfrihet, få till bättre effektivisering och kvalitet av omsorgen, minska kostnaderna och möjliggöra för fler utförare inom omsorgen. Alliansregeringen tillsatte en statlig utredning (SOU 2014:2) för att utvärdera effekten av lagen och även Riksrevisionen har granskat hur de statliga

2015-10-12

Dnr

reformerna om vårdval och vårdgaranti påverkat möjligheten för vården att verka för en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

Den statliga SOU-utredningen kom fram till att personer som bor i LOV-kommuner inte upplever att de har större valfrihet än personer i övriga kommuner gör. Dessutom är det så att endast 45 % av medborgarna i LOV-kommunerna faktiskt gör ett aktivt val. Mer än hälften gör inget val alls och medborgarna uppger att det beror på att de tycker det är svårt att göra valet, att man har svårt för att skilja de olika företagen åt eller så uppger man att man helt enkelt är för sjuk för att kunna göra ett aktivt val.

Enligt utredningen går det inte heller att se att omsorgen blivit mer effektiv eller att kvaliteten förbättrats jämfört med de LOV-fria kommunerna. Alliansregeringens utredning finner inga skillnader i kostnadsutvecklingen mellan kommuner med och utan LOV. Men det finns flera exempel från kommuner som påvisar att kostnadsökningen stiger snabbare än förväntat och betydligt mer än den demografiska utvecklingen kan motivera. Däremot är det så att det blivit betydligt fler utförare. Detta var förvisso en av alliansregeringens önskade effekter, men syftet med omsorgen är inte att skapa nya företag utan snarare att möta brukarnas behov och ge människor goda levnadsvillkor med hänsyn till individuella omständigheter och önskemål.

Riksrevisionens granskning av vårdvalet i olika landsting (där LOV är det huvudsakliga leveranssystemet) kommer dessutom till slutsatsen att många av vårdvalen har varit väldigt kostnadsdrivande. Dessutom hävdar Riksrevisionen att vårdvalet bidragit till en mer ojämnt fördelad vård, både vad gäller tillgänglighet och genom att systemet stimulerar till att det blir en ojämn fördelning av vården. I områden där man har större behov av vård används vården mindre och i områden där befolkningen har bättre hälsa används vården mer. Riksrevisionens granskning visar således att vårdvalet har inneburit att man fått mer ojämlikhet i såväl tillgängligheten av omsorg som fördelningen av vård. Det är en utveckling som vi inte vill riskera att få i Botkyrka.

Vi i den politiska majoriteten i Botkyrka ser värdet av en mångfald av alternativ inom vård och omsorg, både vad gäller organisationsform och pedagogisk inriktning, då detta kan bidra till att öka människors valfrihet och samtidigt bidra till att välfärden utvecklas. Samtidigt är det viktigt att våra gemensamma resurser för välfärd ska gå till välfärd – inte till aktieägares vinstuttag. Oavsett utförare är det viktigt att ställa tydliga kvalitetskrav så att vi använder våra gemensamma resurser så att de kommer medborgarna till del, i form av en god omsorg.

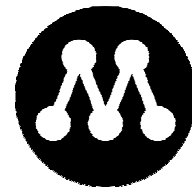
2015-10-12

Dnr

I Botkyrka arbetar vi aktivt med att förstärka kommuninvånarnas valmöjligheter i omsorgen. Det är viktigt att brukaren har inflytande över omsorgens upplägg och innehåll, och det är brukaren som ska bestämma vilken av hans beviljade insatser som vi ska utföra just den dagen - ”idag vill jag ta en promenad”, eller ”idag vill jag att vi ska städa”. I kommunens ettårsplan för 2016 har Vård- och omsorgsförvaltningen exempelvis fått i uppdrag att utreda möjligheten att införa ”egen tid” i hemtjänsten, liknande det som redan idag finns för de kommuninvånare som bor i gruppboende eller på vård- och omsorgsboende. Valmöjligheterna handlar också om rätten att få möta personal som talar ens modersmål och i mycket stor utsträckning lyckas kommunen redan uppfylla de önskemålen, då flera av våra medarbetare behärskar flera olika språk. Vi har också beslutat om en LOU-upphandling (Lag (2007:1091) om offentlig upphandling) av hemtjänst på finska eftersom vi ser att där finns det ett behov som den kommunala verksamheten inte lyckats tillgodose. Nämnden har beslutat om värdighetsgarantier som syftar till att stärka våra medborgares valmöjligheter och i Socialstyrelsens brukarundersökning för 2014 är brukarnas upplevelse av inflytande och delaktighet ett av de områden där kommunen får bättre betyg av kommuninvånarna än tidigare. Vi är på rätt väg men vill fortsätta att förstärka medborgarnas valmöjligheter ytterligare.

LOV är ett leveranssystem som kommuner och landsting kan använda för att teckna avtal med externa utförare men det finns andra system som vi tycker är bättre och som utifrån ett medborgarnas fokus är att föredra. Det finns olika former av LOU-upphandlingar, kommuner kan göra samverkansavtal och det finns även en ny form av idéburet offentligt partnerskap (IOP) som möjliggör fler utförare av vård- och omsorg i Botkyrka, utan att införa LOV. I Botkyrka har vi LOU-upphandlingar som möjliggör samarbete mellan kommunen och externa utförare inom t ex vård- och omsorgsboende. Den nuvarande regeringen har tagit initiativ till två statliga utredningar som ser över upphandlingslagstiftningen och som kan förenkla samarbete mellan kommuner och andra aktörer som kan bidra till att våra brukare får en omsorg av högsta kvalitet.

Vi som politisk majoritet tycker att det finns ett värde i att människor kan välja mellan t ex olika pedagogiska inriktningar, och även utveckla valmöjligheter kring omsorgens innehåll och upplägg. Men det är inte nödvändigt att införa LOV för att åstadkomma en förstärkning av valmöjligheterna utifrån dessa två perspektiv. Som vi har redogjort för finns det andra vägar för samarbete mellan kommunen och externa aktörer i omsorgen, som vi bedömer är att föredra både utifrån medborgarens och brukarens perspektiv men också utifrån ett samhällsutvecklingsperspektiv. Därför väljer vi att ge Vård- och omsorgsförvaltningen i uppdrag att ta fram en Botkyrkamodell för fler valmöjligheter och ökat brukarinflytande i omsorgen.



## MOTION

2013-12-17

### Kommunfullmäktige

#### Valfrihet i hemtjänsten

LOV, lagen om valfrihet, har ännu inte införts i Botkyrka kommun. Våra kommuninvånare har inte möjlighet att själva välja leverantör av vård- och omsorgstjänster. Invånare i många andra omkringliggande kommuner kan det.

I ett valfrihetssystem är priset bestämt på förhand och leverantörerna konkurrerar med kvalitet.

Enligt flera av de utvärderingsverktyg som finns får dessvärre Botkyrka kommun inte de högsta betygen - eller har de mest nöjda invånarna/brukarna. Enligt Delårsrapport 2 var nöjdhetsindex 74 för år 2012. Nu ser det ut som om vi inte når mer än 70. Målet är att index ska vara högre för 2013 än 2012.

I ett valfrihetssystem garanterar inte kommunen några uppdrag för de olika företagen, utan det är bara om kunden/brukaren är nöjd som man får uppdrag och fortsatt uppdrag.

Valfrihetssystem är öppna för leverantörer av vitt skilda slag. Små som stora företag, kooperativ, ideella organisationer som till exempel föreningar eller samfund, kan alla ansöka om att bli leverantörer. Som leverantör kan man profilera sin verksamhet. Det kan till exempel vara att erbjuda personal med särskilda språkkunskaper eller tjänster med en speciell miljöprofil.

Men man måste vara godkänd av kommunen innan man kan börja verka. Kommunen har också ett uppföljningsansvar och Konkurrensverket är tillsynsmyndighet för LOV. Det måste också finnas ett kvalitetssäkrat system för de som väljer att inte aktivt välja en utförare.

Fler aktörer ger även fler olika arbetsgivare att välja på för arbetstagarna, vilket är positivt. Likaledes positivt är det också att det finns ett stort entreprenörstänkande inom hemtjänstområdet, många är de kvinnor och män som startat och utvecklat egna företag och som på detta sätt gjort kvalitetsförbättringar som har gagnar hemtjänsten i stort.

Valfrihet inom vård- och omsorgssektorn innebär inte att vi får fristående aktörer istället för kommunens verksamhet (som bedrivs i egen regi). Dessa ska snarare ses som ett välbehövligt och efterfrågat komplement.

Vi föreslår kommunfullmäktige besluta

**att** uppdra åt Vård-och omsorgsförvaltningen att utarbeta en modell för att ge Botkyrkas invånare valfrihet inom hemtjänsten enligt LOV.

Kia Hjelte

Catarina Ekeståhl



2015-10-12

Dnr VON 2012:142

Referens

Mottagare

Vård- och omsorgsnämnden

## Svar på medborgarförslag privat företag i hemtjänstsektorn

### Beslut

Medborgarförslaget är besvarat.

Vård- och omsorgsnämnden ger vård- och omsorgsförvaltningen i uppdrag att ta fram förslag till en Botkyrkamodell för fler valmöjligheter och ökat brukarinflytande i omsorgen.

### Ärendet

### Motivering

Alliansregeringen utformade LOV (lagen om valfrihetssystem) och lagen trädde i kraft 1 januari 2009.

Botkyrka har avvaktat med att ta ställning till om kommunen ska införa LOV. Oppositionen har skrivit ett antal motioner som handlar om att införa LOV i hela eller delar av vård- och omsorgsverksamheten. Anledningen till att kommunen ännu inte besvarat dessa motioner är att den tidigare alliansregeringen tillsatte en statlig utredning 2012 som bland annat fick uppdraget att ”överväga för- och nackdelar med att införa en obligatorisk lagstiftning om valfrihetssystem på socialtjänstområdet.”

I januari 2014 presenterades utredningen för dåvarande statsrådet Maria Larsson (KD) och Botkyrka kommun avvaktade ifall regeringen utifrån utredningen skulle komma med några skarpa förslag om att införa obligatorisk LOV. Den dåvarande regeringen agerade dock inte i frågan under sin mandatperiod. Vår bedömning är därför att kommunen nu bör behandla motionerna.

### Effekter av LOV

När Alliansregeringen införde LOV var det med ambitionen att öka människors känsla av valfrihet, få till bättre effektivisering och kvalitet av omsorgen, minska kostnaderna och möjliggöra för fler utförare inom omsorgen. Alliansregeringen tillsatte en statlig utredning (SOU 2014:2) för att utvärdera effekten av lagen och även Riksrevisionen har granskat hur de statliga

2015-10-12

Dnr

reformerna om vårdval och vårdgaranti påverkat möjligheten för vården att verka för en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

Den statliga SOU-utredningen kom fram till att personer som bor i LOV-kommuner inte upplever att de har större valfrihet än personer i övriga kommuner gör. Dessutom är det så att endast 45 % av medborgarna i LOV-kommunerna faktiskt gör ett aktivt val. Mer än hälften gör inget val alls och medborgarna uppger att det beror på att de tycker det är svårt att göra valet, att man har svårt för att skilja de olika företagen åt eller så uppger man att man helt enkelt är för sjuk för att kunna göra ett aktivt val.

Enligt utredningen går det inte heller att se att omsorgen blivit mer effektiv eller att kvaliteten förbättrats jämfört med de LOV-fria kommunerna. Alliansregeringens utredning finner inga skillnader i kostnadsutvecklingen mellan kommuner med och utan LOV. Men det finns flera exempel från kommuner som påvisar att kostnadsökningen stiger snabbare än förväntat och betydligt mer än den demografiska utvecklingen kan motivera. Däremot är det så att det blivit betydligt fler utförare. Detta var förvisso en av alliansregeringens önskade effekter, men syftet med omsorgen är inte att skapa nya företag utan snarare att möta brukarnas behov och ge människor goda levnadsvillkor med hänsyn till individuella omständigheter och önskemål.

Riksrevisionens granskning av vårdvalet i olika landsting (där LOV är det huvudsakliga leveranssystemet) kommer dessutom till slutsatsen att många av vårdvalen har varit väldigt kostnadsdrivande. Dessutom hävdar Riksrevisionen att vårdvalet bidragit till en mer ojämnt fördelad vård, både vad gäller tillgänglighet och genom att systemet stimulerar till att det blir en ojämn fördelning av vården. I områden där man har större behov av vård används vården mindre och i områden där befolkningen har bättre hälsa används vården mer. Riksrevisionens granskning visar således att vårdvalet har inneburit att man fått mer ojämlikhet i såväl tillgängligheten av omsorg som fördelningen av vård. Det är en utveckling som vi inte vill riskera att få i Botkyrka.

Vi i den politiska majoriteten i Botkyrka ser värdet av en mångfald av alternativ inom vård och omsorg, både vad gäller organisationsform och pedagogisk inriktning, då detta kan bidra till att öka människors valfrihet och samtidigt bidra till att välfärden utvecklas. Samtidigt är det viktigt att våra gemensamma resurser för välfärd ska gå till välfärd – inte till aktieägares vinstuttag. Oavsett utförare är det viktigt att ställa tydliga kvalitetskrav så att vi använder våra gemensamma resurser så att de kommer medborgarna till del, i form av en god omsorg.



2015-10-12

Dnr

I Botkyrka arbetar vi aktivt med att förstärka kommuninvånarnas valmöjligheter i omsorgen. Det är viktigt att brukaren har inflytande över omsorgens upplägg och innehåll, och det är brukaren som ska bestämma vilken av hans beviljade insatser som vi ska utföra just den dagen - ”idag vill jag ta en promenad”, eller ”idag vill jag att vi ska städa”. I kommunens ettårsplan för 2016 har Vård- och omsorgsförvaltningen exempelvis fått i uppdrag att utreda möjligheten att införa ”egen tid” i hemtjänsten, liknande det som redan idag finns för de kommuninvånare som bor i gruppboende eller på vård- och omsorgsboende. Valmöjligheterna handlar också om rätten att få möta personal som talar ens modersmål och i mycket stor utsträckning lyckas kommunen redan uppfylla de önskemålen, då flera av våra medarbetare behärskar flera olika språk. Vi har också beslutat om en LOU-upphandling (Lag (2007:1091) om offentlig upphandling) av hemtjänst på finska eftersom vi ser att där finns det ett behov som den kommunala verksamheten inte lyckats tillgodose. Nämnden har beslutat om värdighetsgarantier som syftar till att stärka våra medborgares valmöjligheter och i Socialstyrelsens brukarundersökning för 2014 är brukarnas upplevelse av inflytande och delaktighet ett av de områden där kommunen får bättre betyg av kommuninvånarna än tidigare. Vi är på rätt väg men vill fortsätta att förstärka medborgarnas valmöjligheter ytterligare.

LOV är ett leveranssystem som kommuner och landsting kan använda för att teckna avtal med externa utförare men det finns andra system som vi tycker är bättre och som utifrån ett medborgarnas fokus är att föredra. Det finns olika former av LOU-upphandlingar, kommuner kan göra samverkansavtal och det finns även en ny form av idéburet offentligt partnerskap (IOP) som möjliggör fler utförare av vård- och omsorg i Botkyrka, utan att införa LOV. I Botkyrka har vi LOU-upphandlingar som möjliggör samarbete mellan kommunen och externa utförare inom t ex vård- och omsorgsboende. Den nuvarande regeringen har tagit initiativ till två statliga utredningar som ser över upphandlingslagstiftningen och som kan förenkla samarbete mellan kommuner och andra aktörer som kan bidra till att våra brukare får en omsorg av högsta kvalitet.

Vi som politisk majoritet tycker att det finns ett värde i att människor kan välja mellan t ex olika pedagogiska inriktningar, och även utveckla valmöjligheter kring omsorgens innehåll och upplägg. Men det är inte nödvändigt att införa LOV för att åstadkomma en förstärkning av valmöjligheterna utifrån dessa två perspektiv. Som vi har redogjort för finns det andra vägar för samarbete mellan kommunen och externa aktörer i omsorgen, som vi bedömer är att föredra både utifrån medborgarens och brukarens perspektiv men också utifrån ett samhällsutvecklingsperspektiv. Därför väljer vi att ge Vård- och omsorgsförvaltningen i uppdrag att ta fram en Botkyrkamodell för fler valmöjligheter och ökat brukarinflytande i omsorgen.

Botkyrka kommun  
Kommunfullmäktige

Ankom till Botkyrka  
kommunledningsförvaltningen

2012-07-06

Dnr .....

### Medborgarförslag

**Ärende:** Att Botkyrka kommun ska tillåta privata hemtjänstföretag att bedriva verksamhet inom hemtjänstsektorn för de äldre och/eller personer under 65 år med funktionsnedsättning.

Undertecknade personer bosatta i Botkyrka kommun vill härmed att kommunfullmäktige fattar beslut om ändringar i reglerna om att även privata hemtjänstutförare/företag ska få etablera sig i och bedriva verksamhet i enlighet med LOV (lagen om valfrihet i vården) i Botkyrka kommun för äldre som behöver hjälp i det egna hemmet och/eller personer som är under 65 år med funktionsnedsättning.

**Motivation:** Vi har tittat på hur det har gått i de kommuner som tillåter för privata hemtjänstföretag, t ex Stockholm, Haninge, Huddinge, Södertälje m.fl. och vår slutsats är att servicen förbättras väsentligt för brukaren i och med den stora friheten som de får när det gäller att få välja utförare men också att vara med och bestämma valet av personalen som ska utföra hjälpinsatserna. Vi har också lagt märke till att en del av dessa privata hemtjänstföretag har specialiserat sig på att skaffa fram personal på brukarens eget språk vilket underlättar för kommunikationen med brukaren och undanröjer eventuellt missförstånd. Det är alltid en stor trygghet för brukaren när personalen, utföraren talar deras eget språk.


Förslagsställare:

Fehmi Barkarmo  
Souna Barkarmo  
John Kiriakos  
Sofie Hadi  
Nagham Abdalahad  
Alaa Jameel  
Mariam Behjat  
Omar Jameel  
Nora Yousef  
Nashwan Haddad

Kontaktperson för förslagsställarna:

Sofie Hadi  


Norsborg den 5 juli 2012

  
Sofie Hadi



2015-10-12

## **13 Anmälningssärenden**

### **Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden har tagit del av anmälningssärenden.

### **Sammanfattning**

Protokoll från kommunala pensionärsrådet.

§ 23 Hörslingsor i kommunalhusets stora möteslokaler.

Protokoll från förvaltningssamverkan (på bordet)

Cirkulär Budgetproposition

2015-09-08

## § 23

### **Skrivelse angående hörslingsor i kommunalhusets stora möteslokaler**

#### **Beslut**

Kommunala pensionärsrådet beslutar att stå bakom den skrivelse som har tagits fram angående hörslingsor i kommunalhusets stora möteslokaler. Skrivelsen undertecknas av Kommunala pensionärsrådets ordförande Tuva Lund (S).

Skrivelsen expedieras till nämndordföranden och kommunfullmäktiges ordförande samt till förvaltningsregistratorerna.

Se bilaga 1.

Tuva Lund (S) informerar om att det finns en portabel hörslingsa i kommunalhusets reception. Denna kan lånas av alla föreningar.

**Till**

**Kommunens alla nämndpresidier**

**Kommunstyrelsen**

**Presidiet för Kommunfullmäktige**

### **Skrivelse från Kommunala pensionärsrådet**

Kommunala pensionärsrådet i Botkyrka vill genom denna skrivelse uppmana Er att använda hörselslinga vid nämndmöten eller vid andra sammankomster.

I kommunhusets konferenslokal Alytus finns en stationerad hörselslinga. Det finns även en portabel hörselslinga som kan användas vid möten i konferenslokalen Stange eller i något annat av kommunens sammanträdesrum. Det är genom receptionen som man kan säga till om att hörselslingan ska vara påslagen i Alytus eller boka den portabla hörselslingan.

#### **Vad är en hörselslinga?**

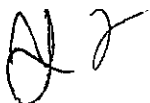
Många gånger så behöver personer med hörapparat använda så kallad hörselslinga för att höra vad som sägs i ett möte. Hörselslingan överför ljudet från den som talar (ljudkällan) till hörapparaten direkt. Detta gör att den som bär hörapparaten kan höra direkt från ljudkällan utan att störas av annat ljud.

Vi i kommunala pensionärsrådet anser att det ska vara en regel att använda den utrustning som finns tillgänglig vid sammanträden i kommunhuset. Det är viktigt för att säkerställa att alla som deltar på mötet kan höra vad som sägs och därmed vara delaktiga och delta i diskussionerna. I grunden handlar det om demokrati.

Med vänliga hälsningar,

Tuva Lund

Ordförande Kommunala pensionärsrådet



## CIRKULÄR 15:24

---

Ekonomi och styrning  
Ekonomisk analys  
Signild Östgren m.fl.  
EJ

Kommunstyrelsen  
Ekonomi/finans  
Personalfrågor  
Funktionshinderområdet  
Äldreomsorg  
Invandrar- och flyktingfrågor  
Arbetsmarknad  
Barnomsorg och utbildning  
Plan- och stadsbyggnad  
Miljö- och naturskydd

### Budgetpropositionen för år 2016

Den 21 september presenterade regeringen 2016 års budgetproposition (2015/16:100). Vi sammanfattar de förslag inom olika områden som berör kommunerna åren 2016–2019. Sveriges Kommuner och Landstings (SKL:s) egna kommentarer skrivs i *kursiv* stil.

Nedan sammanfattas några av de större satsningarna:

- Från höstterminen 2016 avsätts 1,5 miljard i ett riktat statsbidrag för höjda lärarlöner och 3 miljarder årligen från 2017.
- 2 miljarder avsätts för ett riktat statsbidrag till äldreomsorgen årligen 2016–2018.
- Det generella statsbidraget minskar med 850 miljoner för förändring i utjämnings-systemet.
- Höjt tak för högkostnadsskyddet inom äldreomsorgen föreslås införas 1 juli 2016 och finansieras genom en minskning av det generella statsbidraget med 74 miljoner 2016 och 148 miljoner 2017.
- Barndelen i riksnormen föreslås öka med 181 miljoner från 2016 och fritidspengen avskaffas.
- Höjd schablonersättning för nyanlända föreslås samtidigt som den prestationsbase- rade ersättningen avskaffas och höjd ersättning för asylsökande barns skolgång med 50 procent.
- Socialtjänsten får ett riktat statsbidrag om 250 miljoner årligen för förstärkning i barnärenden.

*forts. på nästa sida*

- För fritidshemmen införs ett riktat statsbidrag om 250 miljoner 2016 och 500 miljoner 2017–2019.
- Rätt till Komvux införs och ett riktat statsbidrag införs från 2017 om 537 miljoner.
- Förbättrad utemiljö föreslås som ett engångsbidrag om 500 miljoner år 2016.
- En kommunbonus om 1,9 miljarder införs som stöd till ökat bostadsbyggande.
- Regeringen verkställer från år 2016 sparbetinet på gymnasieskolan och 470 miljoner dras från det generella statsbidraget.

*Förbundet förordar att medel tillskjuts i det generella statsbidraget framför ytterligare medel som riktas mot verksamheterna. Inför år 2016 ökas de riktade statsbidragen med 18 miljarder. Den administration som detta medför samt att anpassa verksamheten till kriterier som ska följas upp överstiger vida de intäkter som erhålls.*

## Innehåll

Innehåll	2
Ekonomi	3
Regeringens skatteunderlagsprognos	6
Kommunalekonomisk utjämning	7
Barn och utbildning	10
Migration och Integration	14
Individ- och familjeomsorg	16
Äldreomsorg	17
Funktionshinderområdet	18
Fritid och kultur	19
Infrastruktur och fastigheter	19
Bostäder	21
Miljö och energi	22
Arbetsgivarfrågor	22
Lärarkyrket och lärarutbildning	27
Utbildning och universitetsforskning	30
Arbetsmarknad	31

## Ekonomi

### Regeringens bedömning av den makroekonomiska utvecklingen

Svensk ekonomi befinner sig i en konjunkturåterhämtning. Regeringens bedömningar över den makroekonomiska utvecklingen det senaste året visar på en stabil bild i den svenska ekonomin. Nu i budgetpropositionen prognostiseras en BNP ökning av 2,8 procent såväl 2015 som 2016. För åren 2017–2019 görs ingen prognos utan en framskrivning utifrån resursutnyttjande och befintliga resurser. Regeringens bedömning färdigställdes den 10 augusti.

Regeringen ser att en fortsatt återhämtning i omvärlden skapar förutsättningar för en förbättrad konjunkturutveckling i svensk ekonomi. I euroområdet ser återhämtningen ut att gå långsamt, även om utsikterna för den ekonomiska utvecklingen blivit ljusare under 2015. Den europeiska centralbankens expansiva penningpolitik har stimulerat exporten och förtroendet för den ekonomiska utvecklingen har stärkts bland både företag och hushåll. I USA fortsätter den goda tillväxten med en positiv utveckling av arbetsmarknaden där arbetslösheten fortsätter att minska under 2015.

I Kina pågår en omställning från en tillväxt som är driven av investeringar till en tillväxt som i större utsträckning drivs av inhemsk konsumtion, vilket innebär lägre tillväxttakt än jämfört med perioden 2000–2014. Men omställningen bjuder också på stora utmaningar och den senaste tidens omfattande turbulens på de finansiella marknaderna i Kina kan tyda på att omställningen går sämre än förväntat. Regeringen poängterar att risk finns för svagare ekonomisk utveckling dels för en stagnation i euroområdet och dels en kraftigare inbromsning i kinesisk ekonomi än vad tidigare prognoser visar. Även möjliga obalanser i tillgångspriser och geopolitiska konflikter i omvärlden bidrar till att göra prognosen mer osäker.

### Förhållandevis hög BNP-tillväxt framöver dock något svagare än SKLs augustiprognos.

BNP förväntas växa i en relativt snabb takt 2015 och 2016. Det beror på flera faktorer, bland annat att efterfrågan på svensk export förväntas ta fart då konjunkturen i omvärlden förbättras. Under kommande år fortsätter även konsumtions- och investeringstillväxten att bidra till tillväxten. Det gäller såväl hushållens som den offentliga sektorns konsumtion och investeringar i bostäder och i tjänstesektorn.

*SKL har (i augusti) en något mer optimistisk bild än regeringen med en tillväxt av 3,1 resp. 3,7 procent för åren 2015 och 2016. Hushållens konsumtion och investeringarna är något starkare i förbundets bedömning.*

*Regeringens prognos för kommunal konsumtion visar en ökning med nära 1,7 procent per år 2015–2019, vilket är cirka 0,5 procent svagare än SKL:s prognos. SKL:s nya bedömning kommer publiceras den 8 oktober.*



**Tabell 1. BNP, prognos 2015–2019**

Procentuell volymförändring

	2015	2016	2017	2018	2019
Hushållens konsumtion	2,1	2,5	2,8	2,8	2,6
Offentlig konsumtion	1,9	2,1	1,1	0,8	0,1
Fasta bruttoinvesteringar	3,6	3,7	3,5	3,7	3,4
Lager*	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Export	3,7	5,2	5,0	5,0	4,7
Import	2,9	5,3	5,0	5,4	5,3
BNP	2,8	2,8	2,6	2,4	2,0
BNP kalenderkorr.	2,6	2,5	2,8	2,5	2,0
Kommunal konsumtion	2,0	2,3	1,8	1,7	0,9

\* Bidrag till BNP-tillväxten.

Källa: 2016 års budgetproposition.

## Arbetsmarknaden återhämtar sig

Svensk ekonomi har befunnit sig i en utdragen lågkonjunktur och arbetslösheten har länge legat på en hög nivå kring 8 procent. Eftersom arbetskraften växt snabbt har tillväxten i sysselsättning inte varit tillräckligt hög för att kunna pressa tillbaka arbetslösheten. I och med att konjunkturen förbättras i år och nästa år bedöms efterfrågan på arbetskraft öka. Därmed ökar även sysselsättningen. Det är främst inom kommunsektorn som sysselsättningen bedöms öka men även i näringslivets tjänstebranscher och i byggbranschen väntas sysselsättningen stiga i god takt. Sammantaget bedöms den kommunfinansierade sysselsättningen öka med cirka 110 000 personer 2014–2019. Medan den totala sysselsättningen ökar med över 250 000 personer. År 2018 bedöms arbetslösheten vara nära 6 procent.

Regeringen har en starkare utveckling av arbetade timmar och en snabbare nedgång i arbetslösheten än *SKL senaste bedömning, framförallt under perioden 2017–2018*.

Inflationen är låg i hela Europa och inflationsförväntningarna långt under inflationsmålet. På sikt väntas dock inflationen stiga i takt med att resursutnyttjandet ökar. Även timlönerna väntas stiga dock i modest takt. Timlönerna bedöms öka gradvis från 2,5 procent till 3,4 procent år 2019 (*liknande SKL prognos*). Medan KPI ökar från dagens noll till 1 procent nästa år och till knappt 2 procent år 2017. Därefter kommer inflationsmålet överträffas och KPI överstiga 3 procent år 2019. *SKL har något högre KPI prognos – avgörande är en snabbare uppgång av räntorna, vilket ger effekter på KPI.*

**Tabell 2. Sammanfattningstabell över regeringens prognos i budgetpropositionen**

Procentuell förändring om inte annat anges, prognos 2015–2019

	2015	2016	2017	2018	2019
BNP <sup>1</sup>	2,6	2,5	2,8	2,5	2,0
Arbetade timmar <sup>1</sup>	1,2	1,5	1,5	1,1	0,4
Arbetslöshet <sup>2</sup>	7,6	7,1	6,5	6,2	6,2
BNP-gap <sup>3</sup>	-1,1	-0,6	0,0	0,2	0,0
Timlöner <sup>4</sup>	2,5	3,0	3,2	3,3	3,4
KPI	-0,1	1,0	1,9	2,5	3,1
Finansiellt sparande i off. sektor <sup>5</sup>	-0,9	-0,9	-0,5	0,0	0,3
Konsoliderad bruttoskuld <sup>5</sup>	43,8	42,7	41,6	40,0	38,3

<sup>1</sup>Kalenderkorrigerade. <sup>2</sup>Procent av arbetskraften. <sup>3</sup>Procent av potentiell BNP. <sup>4</sup>Konjunkturlönestatistiken.

<sup>5</sup>Andel av BNP.

Källa: 2016 års budgetproposition.

## Minskat underskott i offentliga finanser

År 2014 redovisade den offentliga sektorn ett finansiellt sparande på -67 miljarder kronor eller -1,7 procent av BNP. Underskottet beräknas minska fr.o.m. 2015. Det finansiella sparandet beräknas 2015 uppgå till -0,9 procent av BNP och förväntas vändas till överskott 2019. Staten och kommunsektorn beräknas uppvisa underskott 2015, medan ålderspensionssystemet väntas vara i balans.

Det är framför allt ett ökat statligt sparande som gör att den offentliga sektorns finansiella sparande bedöms öka. Det finansiella sparandet i ålderspensionssystemet bedöms minska gradvis under hela prognosperioden, både till följd av att utgående pensioner bedöms indexeras i en högre takt än avgiftsinkomstens tillväxt och att antalet pensionärer ökar. Regeringen bedömer att den kommunala sektorn får ett svagt negativt finansiellt sparande, medan sektorns ekonomiska resultat är positivt under prognosperioden

**Frågor** om Ekonomi kan ställas till Siv Stjernborg tfn 08-452 77 51 eller Signild Östgren 08-452 77 45, avdelningen för ekonomi och styrning.

## Oförändrade arbetsgivaravgifter

De lagstadgade arbetsgivaravgifterna föreslås sammantaget vara **oförändrade 31,42 procent år 2016**. Det blir dock en förändring på en av de ingående socialavgifterna, sjukförsäkringsavgiften höjs från 4,35 till 4,85 procent. Den ökade kostnaderna för sjukpenning innebär att de utgifter som sjukförsäkringsavgiften ska finansiera ökar. Eftersom justeringen av sjukförsäkringsavgiften ska göras inom ramen för ett i princip oförändrat avgiftsuttag sänks den allmänna löneavgiften med motsvarande belopp.

Även övriga delar i det rekommenderade PO-påslaget, avtalsförsäkringar och avtalspension, är oförändrade. Sammantaget är därmed arbetsgivaravgifterna år 2016 preliminärt oförändrat 38,46 procent i kommunerna resp. 44,13 procent i landstingen år 2016.

## Ändrat datum för införande av arbetsgivaravgiften för ungdomar

Regeringen föreslår att den sänkta **arbetsgivaravgiften för ungdomar**, som inte fyllt 25 år vid årets ingång, tas bort helt *redan från 1 juni 2016 i stället för som tidigare aviserats 1 juli*. Det innebär en tidigareläggning med en månad för hel avgift för ungdomar. Avskaffandet av ungdomsrabatten sker i två steg; en halvering har genomförts från augusti 2015 och det blir ingen rabatt alls för ungdomar från 1 juni år 2016.

## Särskild löneskatt införs för äldre

Även när det gäller **de äldre, fyllda 65 år**, som arbetar, blir det ökade kostnader. Detta på grund av att den särskilda löneskatten för pensionärer, som avskaffades år 2007, återinförs. Denna föreslås nu uppgå till 6,15 procent från år 2016. Regeringen föreslår således särskild löneskatt på löner, arvoden, förmåner och andra ersättningar för arbete till personer som fyllt 65 år vid årets ingång samt även till personer som inte har fyllt 65 år men under hela året uppburit hel allmän ålderspension enligt socialförsäkringsbalken. Regeringen anger som motiv dels likformighet, dels statsfinansiella skäl. Enligt regeringens beräkningar stärks statskassan med motsvarande 2,1 miljarder kronor netto.

*I kommuner och landsting arbetar cirka 25 000 personer som är 65 år och äldre. I landstingen motsvarar lönesumman för dem 1,5–2 miljarder kronor. En ökad särskild löneskatt med 6,15 procent innebär därmed cirka 120 miljoner i ökade kostnader per år. I kommunerna rör det sig om närmare 2,5–3 miljarder och därmed ökade kostnader av cirka 180 miljoner.*

**Frågor** om arbetsgivaravgiften kan ställas till Siv Stjernborg tfn 08-452 77 51, avdelningen för ekonomi och styrning.

## Regeringens skatteunderlagsprognos

Regeringens prognos visar en mycket stark skatteunderlagstillväxt med väsentligt större ökningstal än SKL:s, framför allt i år och år 2017. Den viktigaste förklaringen är att regeringens prognos baseras på större ökning av antalet arbetade timmar. Det motverkas delvis av att regeringen också förutsätter lite lägre löneökningar än SKL 2016–2018. Den höjning av grundavdraget för personer som fyllt 65 år, som minskar skatteunderlaget med cirka 0,3 procent år 2016, har inte kunnat beaktas i SKL:s och Ekonomistyrningsverkets (ESV) prognoser.

### Tabell 3. Olika skatteunderlagsprognoser

Procentuell förändring

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2014–2019
Reg, sep	2,9	5,0	5,3	5,2	4,7	3,9	30,3
ESV, sep*	3,2	5,4	4,7	4,4	4,5	4,2	29,3
SKL, aug*	3,2	4,8	5,6	4,3	4,3	3,9	29,0

Källa: Ekonomistyrningsverket, regeringen, SKL.

Regeringen ska innan utgången av september besluta om uppräkningsfaktorer för preliminär utbetalning av kommunal- och landstingsskatt år 2016. Vi förutsätter att upp-

räkningsfaktorerna kommer att fastställas till 1,050 för år 2015 och 1,053 för år 2016 i enlighet med regeringens prognos ovan.

### **Övriga förslag i budgetpropositionen som påverkar inkomstbeskattningen**

Regeringen föreslår i budgetpropositionen en lång rad ändringar i beskattningen av arbetsinkomster:

1. minskade RUT- och ROT-avdrag
2. avtrappat jobbskatteavdrag för höga inkomster
3. ingen uppräkningsgräns för statlig inkomstskatt för 2016
4. Begränsad uppräkningsgräns för statlig inkomstskatt för 2017
5. Slopade avdragsrätt för privat pensionssparande
6. Slopade skattereduktioner för gåvor
7. Beskattning av utländska socialförsäkringspensioner
8. Beskattning av utländsk barnpension

Förslag nr 1, 2 och 6 är i skatteteknisk mening inte avdrag utan skattereduktioner, vilket betyder att de inte påverkar det kommunala skatteunderlaget. Förslag nr 3 och 4 påverkar endast den statliga inkomstskatten. Förslag nr 5 aviserades tillsammans med den reduktion av avdragsrätten för privat pensionssparande som gäller från och med 2015 och har varit inkluderat i SKL:s skatteunderlagsprognoser sedan dess. Förslag nr 7 och 8 påverkar det kommunala skatteunderlaget, men regeringen gör bedömningen att vid avrundning till jämna miljoner blir effekten på den offentliga sektorns inkomster noll.

**Frågor** om Skatteunderlaget kan ställas till Bo Legerius, tfn 08-452 77 34, avdelningen för ekonomi och styrning.

## **Kommunalekonomisk utjämning**

### **Förändringar i utjämningsystemet**

Regeringen föreslår i budgetpropositionen att inkomstutjämnningen för kommuner och landsting ändras till de regler som gällde för beräkning av inkomstutjämningsavgifter fram till utgången av 2013.

Inkomstutjämnningens avgiftsnivå kommer, som tidigare aviserats, att höjas till 85 procent i enlighet med vad som gällde till och med 2013. Det medför att femton kommuner och ett landsting (Stockholms läns landsting) får höjda avgifter. Avgiftshöjningarna ska ske successivt. Därför införs ett införandebidrag för att mildra effekterna för de som får högre avgifter. Införandebidraget kommer att försämra regleringsposten 2016 med 62 kr per invånare för kommunerna enligt preliminära beräkningar. Inget landsting får införandebidrag. Det särskilda bidrag som infördes 2014 i samband med avgiftsminskningen i inkomstutjämnningen tas bort. 279 kommuner och nitton landsting får därmed ett försämrat utfall i strukturbidraget på omkring 100 kronor/invånare för kommuner och 15 kronor/invånare för landsting.

Regeringen minskar samtidigt de generella statsbidragen med 850 miljoner kronor för kommunerna och 111 miljoner för landstingen från och med 2016 som följd av de

ökade inkomstutjämningsavgifterna och minskade strukturbidragen. Detta medför att det totala utfallet för kommunerna och landstingen inte kommer att bli drygt 100 kronor/invånare för flertalet kommuner eller 13 kronor/invånare för alla landsting (utom Stockholm) som regeringen uppger i såväl budgetproposition som i lagrådsremiss. Exakt hur utfallet för enskilda kommuner blir kommer att framgå när SCB den 1 oktober publicerar de preliminära beräkningar för utjämningsystemet för 2016. SKL kommer att redovisa ett cirkulär i samband med detta.

Under våren var Statskontorets förslag till förändringar av kostnadsutjämnings delmodeller för förskolan respektive individ- och familjeomsorgen ute på remiss. Regeringen skriver att de föreslagna förändringarna inte kommer att genomföras 2016, men meddelar inte om eller när förändringarna kommer att ske.

**Tabell 4. Utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner**

Miljoner kronor

	2016	2017	2018	2019
Totalt enligt cirkulär 15:14	63 624	64 259	64 323	64 323
<b>Regleringar enligt finansieringsprincipen</b>				
Frivilliga nationella prov SO och NO	-26	-26	-26	-26
Stödboendereform	-14	-27	-27	-27
Höjt takbelopp högkostnadsskydd ÄO	-74	-148	-148	-148
Höjning av barndelen i riksnormen	181	181	181	181
<b>Övriga regleringar</b>				
Kompensation för slopad nedsättning av sociala avgifter för unga	49	-2	-2	-2
Minskning med anledning av förändrad inkomstutjämnings	-850	-850	-850	-850
Kompensation för nedsättning av fastighetsavgiften				64
Kompensation för sänkt skatt för pensionärer	1 193	1 193	1 193	1 193
Utjämningsbelopp (netto) enligt avtal mellan Danmark och Sverige	-19	-19	-19	-19
Justering för skatteväxling 2015	60			
<b>Totalt enligt detta cirkulär</b>	<b>64 125</b>	<b>64 562</b>	<b>64 626</b>	<b>64 690</b>

**Tabell 5. Utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner**

Kronor per invånare

	2016	2017	2018	2019
Totalt enligt cirkulär 15:14	6 447	6 415	6 327	6 253
<b>Regleringar enligt finansieringsprincipen</b>				
Frivilliga nationella prov SO och NO	-3	-3	-3	-3
Stödboendereform	-1	-3	-3	-3
Höjt takbelopp högkostnadsskydd ÄO	-7	-15	-15	-14
Höjning av barndelen i riksnormen	18	18	18	18
<b>Övriga regleringar</b>				
Kompensation för slopad nedsättning av sociala avgifter för unga	5			
Minskning med anledning av förändrad inkomstutjämnning	-86	-85	-84	-83
Kompensation för nedsättning av fastighetsavgiften	0	0	0	6
Kompensation för sänkt skatt för pensionärer	121	119	117	116
Utjämningsbelopp (netto) enligt avtal mellan Danmark och Sverige	-2	-2	-2	-2
Justering för skatteväxling 2015	6			
<b>Totalt enligt detta cirkulär</b>	<b>6 498</b>	<b>6 445</b>	<b>6 357</b>	<b>6 289</b>

### Regleringar enligt finansieringsprincipen

**De nationella proven i grundskolans årskurs 6 i de samhällsorienterande ämnena (SO) och de naturorienterande ämnena (NO)** har gjorts frivilliga för skolan att anordna. Kommunerna har tidigare kompenserats för de tillkommande kostnaderna. Med anledning av att proven numera är frivilliga minskas anslaget 1:1 Kommunalekonomisk utjämnning med 26 miljoner kronor per år fr.o.m. 2016.

Regeringen avser att under hösten 2015 lämna en proposition till riksdagen med förslag om en ny placeringsform, boende för stöd och tillsyn (**stödboende**) inom den **sociala barn- och ungdomsvården** som beräknas träda i kraft under 2016. Placeringsformen beräknas innebära lägre kostnader för kommunerna och regeringen föreslår därför att anslaget minskas med 14 miljoner kronor 2016 och 27 miljoner per år fr.o.m. 2017.

*Placeringsformen är under remissbehandling och ingen förhandling har skett enligt finansieringsprincipen om denna indragning.*

Regeringen föreslår att **takbeloppen i högkostnadsskyddet inom äldreomsorgen** höjs fr.o.m. och med den 1 juli 2016. Förslaget medför att kommunernas möjlighet till avgiftsuttag ökar och därför minskar anslaget med 74 miljoner kronor 2016 och 148 miljoner per år fr.o.m. 2017.

Regeringen föreslår en ytterligare **förstärkning av barndelen i riksnormen** för ekonomiskt bistånd och ökar anslaget med 181 miljoner kronor fr.o.m. 2016.

## Övriga ekonomiska regleringar

Avskaffandet av **nedsättningen av socialavgifterna för unga** föreslås träda i kraft den 1 juni 2016, jämfört med som tidigare aviserat den 1 juli samma år, varför kompensationen avseende 2016 är 49 miljoner kronor högre än vad som beräknades i Vårändringsbudgeten för 2015. Från och med 2017 uppgår den sammanlagda ökningen till 47 miljoner kronor jämfört med tidigare beräkning.

Regeringen föreslår att **avgiftsnivåerna i inkomstutjämnningen** återställs till de nivåer som gällde fram t.o.m. 2013 dvs. att de länsvisa skattesatserna för avgiftsskyldiga kommuner fastställs utifrån 85 procent av medelskattesatsen 2003. Det särskilda bidraget till de kommuner som fick minskade intäkter från bidrag eller ökade kostnader för avgifter till följd av den sänkning av inkomstutjämningsavgiften som trädde i kraft 2014 avskaffas. Anslaget minskas därför med 850 miljoner kronor per år fr.o.m. 2016.

Den tioåriga **nedsättningen av fastighetsavgift** för nybyggda bostäder utvidgas genom att fastighetsavgiften sätts ned helt även år 6–15 efter värdeåret. Kommunernas inkomster från fastighetsavgiften minskar stegvis fr.o.m. 2018 t.o.m. 2027. För 2018 har anslaget tidigare beräknats till 64 miljoner kronor och för 2019 kommer ytterligare 64 miljoner tillskjutas.

Det **förhöjda grundavdraget för pensionärer** förstärks på så sätt att pensionärer inte beskattas högre än löntagare som är yngre än 65 år för inkomster upp till cirka 120 000 kronor per år. Det förhöjda grundavdraget förstärks även för dem med inkomster upp till cirka 240 000 kronor per år. Förslaget medför att det kommunala skatteunderlaget minskar och kommunerna kompenseras med 1 193 miljoner kronor.

I **skatteavtalet mellan Sverige och Danmark** om vissa skattefrågor, regleras hur länderna ska kompensera varandra för minskade skatteintäkter till följd av att pendlare mellan länderna beskattas i arbetslandet och inte i bosättningslandet. För 2016 minskas anslaget med 19 miljoner kronor.

En **justering på grund av fel belopp i skatteväxlingen 2015** görs under 2016.

**Frågor** om Kommunalekonomisk utjämning kan ställas till Anders Folkesson, tfn 08-452 73 37 och Mona Fridell, tfn 08-452 79 10, avdelningen för ekonomi och styrning.

## Barn och utbildning

### Höjd ersättning till kommuner för asylsökande barns skolgång

Schablonersättningen för asylsökande barns skolgång höjs med 50 procent. För 2016 avsätts 393 miljoner, för 2017 beräknas 291 miljoner, för 2018 beräknas 243 miljoner och för 2019 beräknas 224 miljoner.

*Idag saknas ersättning för tid i förskolan utöver den som avser allmän förskola samt fritidshem. Behovet av reguljär förskola och fritidshem för asylsökande barn kommer sannolikt att öka då vuxna asylsökande i större utsträckning än idag ska erbjudas insatser under asyltiden, t ex svenskundervisning genom studieförbund.*

### **Mer undervisning i matematik i mellanstadiet**

I budgetpropositionen för 2014 föreslogs att undervisningstiden i matematik i grundskolan och motsvarande skolformer bör utökas med motsvarande en timme i veckan för årskurserna 4–6 med början höstterminen 2016. För att kompensera kommunerna för detta ökas anslaget *Kommunalekonomisk utjämning* med 245 miljoner för 2016 och 490 miljoner fr.o.m. 2017.

Riksdagen beslutade i mars 2015 om ett tillkännagivande till regeringen om att undervisningstiden i matematik bör utökas även för elever i årskurs 7–9. Regeringen har påbörjat samtal med allianspartierna om grundskolans timplan, detta mot bakgrund av Skolverkets förslag om en ny reglering av timplanen.

### **Riktat statsbidrag till höjda lärarlöner införs**

Från halvårsskiftet införs ett riktat statsbidrag till höjda lärarlöner på 1,5 miljard. Från år 2017 uppgår statsbidraget till 3 miljarder, läs mer under avsnitt arbetsgivarfrågor.

### **Obligatorisk kartläggning av nyanlända elevers kunskaper**

Från och med den 1 januari 2016 införs en skyldighet att kartlägga och bedöma nyanlända elevers kunskaper. Kommunerna kompenseras för detta genom att anslaget *Kommunalekonomisk utjämning* ökas med 60 miljoner per år fr.o.m. 2016.

### **Obligatoriska bedömningsstöd i årskurs 1**

Riksdagen kommer under hösten 2015 besluta om att det införs obligatoriska bedömningsstöd i läs- och skriv-utveckling samt matematik i årskurs 1 i grundskolan och grundsärskolan. Avsikten är att skyldigheten ska börja gälla den 1 juli 2016. Kommunerna kompenseras för detta genom att anslaget *Kommunalekonomisk utjämning* ökas med 13 miljoner kronor per år fr.o.m. 2016.

### **De numera frivilliga nationella proven i SO och NO**

De nationella proven i SO och NO i grundskolans årskurs 6 är numera frivilliga att genomföra. Med anledning av det minskas anslaget *Kommunalekonomisk utjämning* med 26 miljoner per år fr.o.m. 2016.

### **Nya medel för höjd personaltäthet i fritidshemmet**

För 2016 avsätts 250 miljoner och åren därefter beräknas 500 miljoner per år. Satsningen föreslås bestå i huvudsak av ett statsbidrag för att höja personaltätheten, men även till viss del av insatser för att på andra sätt höja kvaliteten på undervisningen.

*Det framgår inte av budgetpropositionen att det handlar om ett riktat statsbidrag, men det är så satsningen presenteras i regeringens PM "Investeringar i skolan för mer kunskap" daterad den 1 september 2015.*

### **Nytt riktat statsbidrag för skolbibliotek**

Det införs ett riktat statsbidrag för personalförstärkningar i skolbibliotek. För 2016 avsätts 15 miljoner och åren därefter 30 miljoner per år.



## **Fortsatt riktat statsbidrag för elevhälsan**

I enlighet med vårändringsbudgeten för 2015 avsätts fortsatta medel för att förstärka och utveckla elevhälsan. Från och med 2016 avsätts 200 miljoner, som bl.a. innefattar ett fortsatt riktat statsbidrag för personalförstärkningar inom elevhälsan avseende skol-läkare, skolsköterska, skolkurator och skolpsykolog. Av dessa medel öronmärks 1,5 miljon 2016 för att arbeta med att stödja familjehemsplacerade barn i deras skolgång.

## **Förstärkning av Läsllyftet och förlängning av Matematiklyftet**

Under 2014–2018 pågår satsningen Läsllyftet för att stärka lärares kompetens i läs- och skrivutveckling. Regeringen avsätter nu mer medel till Läsllyftet; 25 miljoner för 2016, 50 miljoner för 2017, 25 miljoner för 2018 och 20 miljoner för 2019.

Matematiklyftet, som är en liknande satsning, och som ursprungligen skulle ha avslutats 2016, förlängs. För 2017 respektive 2018 avsätts 13 miljoner för riktade insatser för att nå de lärare som ännu inte deltagit i satsningen och för att stödja de huvudmän vars lärare redan deltagit. Från och med 2019 beräknas 5 miljoner kronor årligen för att underhålla och utveckla det didaktiska stödmaterial som tagits fram inom ramen för satsningen och för att ge huvudmännen möjlighet att fortsätta med Matematiklyftet även på längre sikt.

## **Avsevärt mer pengar till det riktade statsbidraget för läxhjälp**

I den beslutade budgeten för 2015 finns 390 miljoner avsatta för obligatorisk läxhjälp i anslaget *Kommunalekonomisk utjämning*. Något obligatorium införs dock inte och i enlighet med vårändringsbudgeten för 2015 kommer dessa medel fr.o.m. 2016 tas bort från utjämningsanslaget och istället kunna sökas som ett riktat statsbidrag för frivilligt anordnande av läxhjälp. Redan idag finns ett sådant bidrag men det omfattar betydligt mindre pengar.

## **Riktat statsbidrag även för upprustning av utemiljön**

Det finns redan 330 miljoner per år avsatt för 2016–2018 för ett riktat statsbidrag avseende upprustning och miljöanpassning av skollokaler. Regeringen föreslår nu dessutom ett tidsbegränsat riktat statsbidrag för att förbättra och rusta upp utemiljön vid förskolor, grundskolor och motsvarande skolformer och fritidshem. Även gymnasieskolor och gymnasiesärskolor kan komma att ingå i satsningen. För detta avsätts 500 miljoner kronor 2016.

## **Besparingar på gymnasieskolan**

Regeringen genomför från och med 2016 en årlig besparing på 470 miljoner kronor. Det är en följd av förväntningar från regeringens sida att den senaste gymnasieskolan skulle bli billigare genom bättre planeringsförutsättningar, större gruppstorlekar, färre håltimmar och snabbare genomströmning. Från början avsågs en besparing på 1,9 miljarder kronor årligen. Besparingen skulle genomföras genom en stegvis uppräknings med 675 miljoner 2012 tills den totala nivån uppnåddes 2015. Efter synpunkter från SKL och utredning av Statskontoret lades besparingen tillbaka inför 2013. Man avsåg då att återkomma med en besparing från 2016, vilken nu sätts i verket.

*SKL:s styrelse har under våren uttryckt oro för den planerade neddragningen till regeringen och påvisat att inga av de antaganden som legat till grund för beräkningarna hitintills kunnat infrias. Av nu föreliggande budgetproposition framgår t.ex. att genomströmningen inte ökat.*

*Förbundet har konstaterat att en sådan besparing leder till mindre lärartäthet och ett mer begränsat utbud, det blir t ex svårare att hålla uppe undervisning i yrkesämnen när få elever väljer den. För att kunna möta en sådan neddragning behövs att verksamheten kan bedrivas i andra former t.ex. att fjärrundervisning blir tillåten.*

### **Övriga frågor om gymnasieskolan**

Vid arbetsplatsförlagd utbildning är förekomsten av utbildade handledare en avgörande faktor för en god lärmiljö. Skolverkets uppdrag att genomföra utbildning för handledare på arbetsplatser förlängs med ett år t.o.m. 2017. Regeringen vill dessutom ställa villkor att en handledare genomgått utbildning för att statsbidraget ska utgå. Regeringen föreslår att det statsbidrag som lämnas för den arbetsplatsförlagda delen av den gymnasiala lärlingsutbildningen ska minskas med 10 000 kronor per lärling och läsår fr.o.m. den 1 januari 2016. Regeringen föreslår därför att anslaget minskas med 88 miljoner kronor 2016 och beräknar en minskning med 95 miljoner 2017 och 100 miljoner årligen fr.o.m. 2018.

Tekniksprånget är en praktiksatsning som syftar till att bredda intresset bland unga kvinnor och män med gymnasieexamen från teknik- eller naturvetenskapsprogrammet för att söka ingenjörsutbildning. Regeringen föreslår nu att satsningen förlängs t.o.m. 2017.

Riksdagen har beslutat avskaffa möjligheten om beslut att en internatskola ska ha ställning som riksinternat. Därmed kommer statsbidraget för riksinternat att förändras. Fler elever förväntas därmed i stället söka utbildning som leder fram till International Baccalaureate (IB).

### **Vuxenutbildning**

Regeringen aviserar en rättighet till vuxenutbildning för alla som saknar allmän och särskild behörighet fr.o.m. 2017. En rättighet för dem som genomgått gymnasieskolans yrkesutbildning att läsa upp allmän behörighet finns redan idag. Den aviserade rätten gäller även de som avbrutit gymnasieskolan. För ändamålet avsätts 537 miljoner i riktade medel från detta år.

Exakt vad den aviserade rättigheten innebär framgår inte. Det gäller t.ex. omfattningen av ämnen för den allmänna behörigheten. Det är heller ännu inte klart hur många poäng en individ får läsa upp för den särskilda behörigheten. Det går därför idag inte att bedöma det ekonomiska utfallet eller om förslaget bedöms få omfördelningseffekter mellan kommuner. Regeringen avser att återkomma med närmare förslag om den tänkta utformningen.

Vad avser Yrkesvux avser regeringen avsätta 4 350 nya helårsplatser utöver de cirka 6 000 platser som fördelats efter höst- och vårbudget 2015. Regeringen avser att reservera delar av denna satsning för elever i sfi och svenska som andraspråk. Motsvarande ökning – i jämförelse med 2015 – blir 5 000 helårsplatser 2017.

Utöver dessa platser avsätts en volym avseende generella komvuxplatser. Det finns därutöver även 3 675 Komvux/yrkesvuxplatser avsedda för utbildningskontrakt för personer i åldern 20–24 år samt 3 551 vuxenutbildningsplatser avseende Trainee. Även för folkhögskolan avsätts medel motsvarande 2 000 årsplatser för satsningar i kombination arbete och utbildning.

Vad gäller yrkeshögskolan föreslår regeringen en utvidgning med 2 500 platser 2016 och 6 000 platser 2017 jämfört med innevarande år.

*Förbundet är positivt till en ökad satsning på Yrkesvux och yrkeshögskola. I landet finns generellt obalanser mellan tillgång och efterfrågan oavsett om en region har stark tillväxt eller visar på en svagare utveckling med varsel och stigande arbetslöshet. Det ställer krav på snabb kompetenshöjning. Yrkesvux och yrkeshögskola har visat sig vara träffsäkra och effektiva vid snabba förändringar. Förbundet ser det dock som nödvändigt att de medel som nu avsätts för olika specifika ändamål inom vuxenutbildningen kan användas flexibelt.*

**Frågor** om förskola och grundskola kan ställas till Eva-Lena Arefäll, tfn 08-452 79 45 och om gymnasieskola och vuxenutbildning till Mats Söderberg, tfn 08-452 79 42, avdelningen för utbildning och arbetsmarknad.

## **Migration och Integration**

### **Schablonersättningen i flyktingmottagandet höjs och den prestationsbaserade ersättningen tas bort**

Schablonersättningen per nyanländ som mottas i en kommun fr.o.m. 1 januari 2016 föreslås höjas från 83 100 till 125 000 kronor för personer som inte fyllt 65 år. För personer över 65 år föreslås ersättningen höjas från 52 000 till 78 200 kronor. I samband med det tas den prestationsbaserade ersättningen bort.

Förändringen innebär i praktiken en höjning av ersättning till kommunerna mellan cirka 10 och 50 procent per mottagen individ beroende hur den tidigare prestationsbaserade ersättningen annars hade delats ut.

### **Ersättning för tomhyror**

Taket på högst 12 000 kronor tas bort för ersättning till kommuner för hyreskostnader under tiden en lägenhet har gjorts tillgänglig för anvisning till att en nyanländ flyttar in.

### **Ersättning för sfi till nyanlända i anläggningsboende**

I vårändringsbudget för 2015 tillfördes 50 miljoner kronor för ersättning till kommunerna för sfi till personer med uppehållstillstånd som vistas i anläggningsboende i avvaktan på kommunplacering. Regeringen anser att motsvarande satsning ska fortsätta under perioden 2016–2019. Även kostnader för resor till sfi-undervisning, om det finns behov av det, ska ersättas.

*Av propositionen framkommer inte om resor ska ersättas till den enskilde genom Migrationsverket eller på annat sätt.*

## **Insatser för fler sfi-lärare och kompetensutveckling**

Regeringen har tidigare aviserat ett sfi-paket som innehåller tre delar: kompetensutveckling i svenska som andraspråk, insatser för att fler ska vilja bli sfi-lärare samt stöd till sfi-lärare för att undervisa elever som är illitterata/analfabeter eller som har ett modersmål med ett annat alfabet än det latinska. Från och med år 2016 föreslår regeringen att 100 miljoner kronor per år avsätts för dessa satsningar.

## **Utbildningsplatser inom Yrkesvux öronmärks för sfi-elever**

Regeringen föreslår att en del av de 4 350 utbildningsplatser som tillkommer på Yrkesvux 2016 ska öronmärkas för elever i sfi och svenska som andraspråk inom Komvux och sårvux på grundläggande nivå. Syftet är att det ska finnas bättre förutsättningar att kombinera sfi med andra kurser inom vuxenutbildningen, se avsnitt barn och utbildning.

## **Fortsatt ytterligare § 37-medel för samverkan med civila samhället**

Regeringen avsätter fortsatt ytterligare medel 2016–2019 till verksamhet med flyktingguider och familjekontakter. 30 miljoner kronor tillförs anslaget för 2016 och 40 miljoner för respektive år 2017–2019.

## **Fortsatt ytterligare § 37-medel för insatser som skapar beredskap och kapacitet**

Regeringen avsätter fortsatt ytterligare 20 miljoner kronor per år för insatser i kommunerna för att skapa beredskap och tillräcklig mottagningskapacitet. Medlen kan sökas av kommunerna från länsstyrelserna.

## **Höjd ersättning för asylsökande barns skolgång och eventuellt ökat behov av förskola och fritidshem**

Schablonersättningen för asylsökande barns skolgång höjs med 50 procent, se avsnittet barn och utbildning.

## **Regeringen aviserar lagstiftning om mottagande av nyanlända**

Regeringen avser att föreslå en ny lag som innebär att alla kommuner kan anvisas att ta emot nyanlända för bosättning i kommunen. Tidpunkt för ny lagstiftning anges inte i propositionen. I tidigare promemoria (Ds 2015:33) från arbetsmarknadsdepartementet har ikraftträdandedatum föreslagits till 1 juli 2016.

## **Översyn av asyl- och flyktingmottagandet**

Regeringen aviserar också att den ska föreslå åtgärder för att skapa ett sammanhållet system som skapar förutsättningar för en effektiv asyl- och återvändandeprocess, främja en snabb etablering i arbets- och samhällslivet, samt bidra till att ge kommuner och landsting goda planeringsförutsättningar så att en långsiktighet i mottagandet kan främjas. I översynen ingår även att se över statens styrmedel liksom ersättningssystemet till kommuner och landsting för mottagande av asylsökande.

## Ny placeringsform och differentierade schabloner för boendekostnader för ensamkommande barn

I syfte att öka kostnadseffektiviteten, förenkla regelverket och minska den administrativa bördan inför regeringen differentierade schabloner för statlig ersättning till kommunerna. Regeringen avser också att införa en ny placeringsform, s.k. stödboende, som komplement till befintliga placeringsformer.

Från den 1 juli 2016 föreslås att ersättning för överenskomna platser utgår med ett schablonbelopp per dygn och mottaget barn som är olika beroende på om barnet blir placerat i HVB-hem eller familjehem. Från den 1 januari 2017 föreslås att motsvarande schablonersättningar införs för ej överenskomna platser. Regeringen planerar att under hösten 2015 lämna en proposition till riksdagen med förslag om införande av s.k. stödboende. Även denna placeringsform ska ersättas med ett schablonbelopp. Närmare bestämmelser om ersättningarna regleras i förordning.

*På asylsidan ökas anslagen p.ga ökning av asylsökande och längre handläggningstider men efter uppehållstillstånd minskar anslagen. Samma ansvar för kommunerna före som efter PUT. Förbundet kan konstatera att stora eftersläpningar av ersättningar till kommunerna finns. Inga nivåer på schablonerna i budgetpropositionen.*

**Frågor** om Migration och integration kan ställas till Karin Perols, tfn 08-452 76 82 och Lotta Dahlerus tfn 08-452 73 70, avdelningen för utbildning och arbetsmarknad och om ensamkommande barn till Elisabeth Melin, tfn 08-452 76 04, avdelningen för vård och omsorg.

## Individ- och familjeomsorg

### Stabilisera och förstärka situationen inom den sociala barn- och ungdomsvården

Under perioden avsätts 250 miljoner kronor årligen till kommunerna för att anställa personal, plus satsningar på kompetens och kvalitet. Det framgår inte hur regeringen avser att stödja kompetens och kvalitet. Det framgår däremot att det finns behov av fortsatt stöd till systematisk uppföljning via BBIC, statistikutveckling vad gäller barnavårdsnämningar mm och att samverkan mellan socialtjänst och hälso-och sjukvård behöver utvecklas.

Förslaget om införande av ny boendeform, stödboende för barn och unga utan behandlingsinsatser beräknas ge lägre kostnader för kommunerna, och anslaget för Kommunalekonomisk utjämning minskas med 14 miljoner kronor 2016 och med 27 miljoner från år 2017, se avsnittet om ekonomi.

Regeringen lyfter fram vinsterna med **de regionala stödstrukturerna**, men beskriver att det ännu finns utmaningar och behov av fortsatt stöd till EBP (evidensbaserad praktik) för god kvalitet inom socialtjänsten. Den regionala samverkansstrukturen på barn-och unga området framhålls som exempel för att stärka regional utveckling. Regionalisering av familjehemsutbildning och arbetet med överenskommelser om placerade barns hälsa tas som exempel.

## En ny strategi för ANDT

En ny ANDT-strategi ska påbörjas under 2016. För detta avsätter regeringen 164 miljoner kronor i anslag under 2016 (259 miljoner under 2015), 214 miljoner 2017–2018 samt 184 miljoner 2019.

## Finansiella samordningsförbund

Regeringen föreslår att medlen till de finansiella samordningsförbunden inom välfärds- och rehabiliteringsområdet från och med år **2016 ökas med 59 miljoner** kronor per år till totalt **339 miljoner** 2016. Fler förbund förutsätts bildas vilket innebär att förstärkning är nödvändig för att inte bidraget ska urholkas.

## Reformer som påverkar ekonomiskt bistånd

Reformer som regeringen genomför som exempelvis förbättringar av arbetslöshetsförsäkringen, slopad bortre tidsgräns i sjukförsäkringen, höjning av underhållsstödet och grundnivån i föräldrapenningen och att fler kvinnor och män kommer i utbildning och i jobb, kan leda till ett minskat behov av ekonomiskt bistånd.

**Frågor** om Individ- och familjeomsorgen kan ställas till Kjerstin Bergman, tfn 08-452 76 57, avdelningen för vård och omsorg och finansiella samordningsförbund och ekonomiskt bistånd till Leif Klingensjö, tfn 08-452 78 51.

## Äldreomsorg

### Ökad bemanning i äldreomsorgen

Regeringen satsar 1 miljard kronor av årets budget för att öka bemanning i äldreomsorgen i syfte att skapa ökad trygghet och kvalitet för den enskilde. Att utöka bemanningen kan förväntas förbättra arbetsmiljön och därigenom öka attraktionskraften för yrken inom äldreomsorgen. Från 2016–2018 utgår 2 miljarder per år

### Utbildning av personal

För utbildning av personal inom äldre- och funktionshinderområdet avsätts 200 miljoner under ett år, 2016.

### Höjt takbelopp i äldreomsorgens avgiftsuttag aviseras

Höjt takbelopp i maxtaxa i äldreomsorgen föreslås. Där sas att regeringens avsikt är att de båda takbeloppen avseende hemtjänst och dagverksamhet respektive del av flerbäddsrums i särskilt boende höjs med 211 kronor per månad, till 1 991 kr/mån från 1 juli 2016. Halvårseffekten på 74 miljoner och helårseffekten 148 miljoner tas från den kommunalekonomiska utjämningen som minskas med motsvarande belopp.

### Nya pengar till bostäder

Ett investeringsstöd för ombyggnation/nybyggnation av särskilt boenden samt bostäder till äldre på den ordinarie bostadsmarknaden (seniorbostäder och trygghetsboenden) införs om 150 miljoner 2016, 300 miljoner 2017 och 400 miljoner för perioden 2018–2019.

Regeringen satsar betydligt på ökat byggande, energieffektiviseringar m.m., läs mer under avsnitt bostäder.

**Frågor** om Äldreomsorg kan ställas till Greger Bengtsson tfn 08-452 75 19, avdelningen för vård och omsorg.

## **Funktionshinderområdet**

### **Verkligen låg uppräkningsnivå av timersättningen**

Nivån på ersättningen för personlig assistans enligt SFB 2016 anges i budgeten till 288 kronor/timme. Detta är en uppräkningsnivå med 4 kronor/timme eller 1,4 procent jämfört med årets nivå.

Assistansersättningsutredningens förslag till ny modell för assistansersättningen har inte kunnat genomföras utan ny utredning. I avvaktan på detta väljer regeringen att besluta att ersättningen kommer att räknas upp med 1,4 procent årligen tills vidare. Försäkringskassans uppgift att lämna förslag till schablonbelopp upphör därmed. Den låga uppräkningsnivån som inte motsvarar beräknade kostnadsökningar för verksamheten motiveras med att kostnader i kalkylen för assistansersättningen är för högt beräknade. Regeringen ställer sig därmed bakom Assistansersättningsutredningens bedömning av att ersättningsnivån är för hög. Den bedömningen grundar sig i huvudsak på att man ansåg att uppräkningsnivån varit för hög vissa perioder, inte på någon bedömning av kostnaderna för att utföra assistans.

*Den låga uppräkningsnivån riskerar att ge kommunerna ökade kostnader och försämra kvalitén på assistansen. Vad gäller förslaget från assistansersättningsutredningen om att kommunernas kostnader för sjuklöner hos privata assistansordnare ska läggas in i schablonen lämnas fortfarande inget besked. Det är mycket angeläget att den dyra och krångliga ordningen med ett kommunalt ansvar för privata företags sjuklönekostnader ändras.*

### **Glasögonbidrag till barn**

Angående bidrag för glasögon till barn och unga avser regeringen att fr.o.m. 2016 avsätta 120 miljoner kronor per år för att barn och unga 0–19 ska få bidrag för glasögon. Innebär en åldershöjning av subventionen till 19 år från nuvarande 7 år.

### **Utveckla samordningsmetoder**

Regeringen avser att initiera en systematisk utvärdering och utveckling av befintliga samordningsmetoder i kommuner och landsting i syfte att uppnå en strukturellt stärkt samordning för barn och unga med funktionsnedsättningar som har flera stöd, omsorgs- och vårdkontakter. Satsningen avser därutöver att omfatta metodutveckling kring ett strukturellt föräldrastöd samt till utveckling av arbetssätt och metoder som ökar barnens och de ungas egna inflytande och självbestämmande. Fokus ska ligga på unga med funktionsnedsättning som är på väg ut i vuxenlivet.

**Frågor** om funktionshinderområdet kan ställas till Henrik Gouali, tfn 08-452 77 95, avdelningen vård och omsorg eller Peter Sjöquist, tfn 08-452 77 44, avdelningen för ekonomi och styrning.

## Fritid och kultur

### 100 miljoner till sänkta avgifter inom musik – och kulturskolan

100 miljoner kronor avsätts årligen fr.o.m. 2016 som bidrag för att främja låga taxor i den kommunala musik- och kulturskolan. Syftet med bidraget menar man är att göra den kommunala musik- och kulturskolan mer tillgänglig och jämlik.

Det är ännu inte klart hur fördelningsnyckeln kommer att se ut men man avser att ge Statens kulturråd i uppgift att fördela medlen.

*SKL anser att det är märkligt att föregå pågående utredning som ska ta fram en nationell strategi för den kommunala musik- och kulturskolan (dir. 2015:46). Utredaren ska bl.a. kartlägga och beskriva den kommunala musik- och kulturskolans verksamhet i Sverige och identifiera hinder för deltagande, vari avgifter är en faktor.*

*Kunskapen kring avgifternas påverkan på tillgänglighet är dessutom bristfällig. Medlen borde därför rimligtvis inkludera även uppföljning där man kan studera effekterna och dra relevanta slutsatser. Erfarenhet hos kommuner som aktivt arbetat med att nå nya grupper av barn och unga menar att det ofta inte är avgifterna allena som är orsaken till att vissa grupper av barn och unga inte deltar.*

### Idrott och integration

Fortsatt satsning på särskilda medel om 64 miljoner kronor för nyanländas etablering.

*Det återstår att se hur dessa medel ska följas upp av staten. RF och SKL har etablerat kanaler för att skapa synergieffekter och kunskapsutbyte kring idrott och integration för att kunna förstärka effekterna av satsningarna.*

**Frågor** om kultur kan ställas till Joakim Feldt tfn 08-452 71 72 och om idrott till Nils-Olof Zethrin tfn 08-452 79 96, avdelningen för tillväxt och samhällsbyggnad.

## Infrastruktur och fastigheter

### Ökade satsningar på drift och underhåll järnväg och väg

Regeringen ökar satsningen till underhållet till järnväg med 400 miljoner kronor för åtgärder på järnväg i landsbygd. Denna ökning är utöver den tidigare aviserade förstärkningen av drift och underhåll av järnvägsinfrastrukturen under åren 2016 till 2018 med 1,2 miljarder kronor per år. Regeringen satsar också 400 miljoner kronor på vägunderhåll i landsbygd. Satsningarna avser perioden 2016–2019.

*SKL ser positivt på satsningen av ökat drift och underhåll av järnväg och väg. Den regionala tågtrafiken är av betydelse för arbetspendling. Tågtrafiken utgör ofta stommen i det regionala kollektivtrafiksystemet. Stopp och förseningar i tågtrafiken leder till stora kostnader bland annat för de regionala kollektivtrafikmyndigheterna. Vägnätet på landsbygden är centralt för en fungerande arbetspendling med bil i landets glest befolkade områden.*



## Främjande av kollektivtrafik på landsbygd

Regeringen föreslår en satsning 2016–2019 på kollektivtrafik i landsbygd för att främja den regionala tillväxten och goda levnadsvillkor på Sveriges landsbygd. Satsningen föreslås uppgå till 199 miljoner kronor 2016, 209 miljoner 2017, 210 miljoner 2018 samt 230 miljoner under 2019.

Trafikverket är den part som ska samråda med länen om vad som kan uppnås i respektive län. Trafikverket ska sedan lämna förslag till regeringen om hur medlen bäst kan användas. Ett exempel på åtgärd kan vara förbättringsåtgärder på järnvägar i landsbygd av betydelse för kollektivtrafiken. Ett annat exempel är investeringar som främjar ökat kollektivtrafikresande med buss. Regeringen föreslår att Statens väg- och transportforskningsinstitut (VTI) ges i uppdrag att genomföra en studie om hur exempelvis innovativa lösningar kan öka medborgares vilja och möjlighet att utnyttja kollektivtrafik på landsbygden. I och med det föreslår regeringen att anslag 1:9 Statens väg- och transportforskningsinstitut ökas med 1 miljon kronor per år 2016–2017.

*SKL ser positivt på satsningen på kollektivtrafik på landsbygd, som står inför många utmaningar. Det är viktigt att Trafikverket tar in respektive läns behov. Den regionala pendlingen är viktig ur flera perspektiv och SKL kommer att stödja och bevaka att medlemmarnas behov tas till vara, så att satsningar tillgodoser respektive läns förutsättningar.*

## Elbusspremie

Satsningen föreslås uppgå till 50 miljoner kronor 2016, 100 miljoner 2017–2019. Anslaget får användas för utgifter för bidrag till juridiska personer som har förvärvat en ny elbuss. Anslaget får även användas för utgifter för berörda myndigheters arbete för detta ändamål.

*SKL ser positivt på införandet för att främja introduktionen på marknaden för eldrivna bussar.*

## En tvåårig cykelsatsning och Nationell cykelstrategi

Satsningen föreslås uppgå till 25 miljoner kronor 2016 och beräknas till 75 miljoner 2017. Satsningen avser bidra till att uppnå ett mer hållbart transportsystem och regeringen avser att arbeta för en ökad och säker cykling. Ett led i detta arbete är att i dialog med berörda aktörer ta fram en nationell cykelstrategi. Kommunerna har en central roll i arbetet för att främja cykling genom deras ansvar för cykelinfrastrukturen i tätorterna.

*SKL ser positivt på satsningen på ökad och säker cykling. Som budgetpropositionen konstaterar är kommunerna, bland annat i egenskap av väghållare för cykelinfrastrukturen i tätorterna, central i arbetet för ökad och säker cykling. SKL vill vara med att bidra i arbetet med den nationella cykelstrategin så att satsningen på 100 miljoner kronor kan skapa så stor nytta som möjlighet ute i våra kommuner.*

## Regelefterlevnad

Sedan tidigare finns möjligheten för behöriga myndigheter att besluta om hindrande av fortsatt färd i samband med olika regelöverträdelser. Sedan den 1 mars 2015 får

Polismyndigheten och Tullverket dessutom besluta om att vidta särskilda åtgärder för att hindra fordons fortsatta färd. Myndigheterna får nu förse fordon med mekanisk, elektronisk eller annan låsanordning (klampning). Syftet är att ge dessa myndigheter möjligheter att på ett effektivt sätt se till att beslutade förbud mot fortsatt färd följs. De nya reglerna ger också möjligheter att, i samma syfte, beslagta exempelvis färdhandlingar, registreringsskyltar och nycklar.

*SKL ser positivt på att Polismyndigheten och Tullverket nu får utökade möjligheter att hindra fortsatt färd i samband med regelöverträdelser. SKL vill samtidigt påpeka att arbetet med att identifiera lämpliga uppställningsplatser för dessa fordon både på statligt och kommunalt vägnät bör intensifieras.*

### **Utvecklad statistik om Maritima Näringar och uppföljning av maritim strategi**

Inom ramen för arbetet med den maritima strategin har bl.a. behovet av en utvecklad uppföljning avseende de maritima näringarna uppmärksamats. Behovet består dels i utvecklad kunskap och statistik kring de enskilda maritima näringarna, dels i att åstadkomma en långsiktig uppföljning och utvärdering av utvecklingen.

*SKL ser positivt på regeringens satsning på framtida utvecklingsarbete kring de maritima näringarna. Sveriges vattenvägar är och förblir en viktig del i infrastruktur och därför är det också viktigt att kunna identifiera åtgärder och utvärdera effekter av satsningar på området.*

**Frågor** om Infrastruktur och fastigheter kan ställas till Jan Heimdal, tfn 08-452 79 15, avdelningen för tillväxt och samhällsbyggnad.

## **Bostäder**

### **Investeringsstöd till bostäder för äldre**

I syfte att öka antalet bostäder för äldre avser regeringen att införa ett nytt investeringsstöd. Detta anslag föreslås för ändamålet öka med **150 miljoner kronor**. Stödet ska stimulera ombyggnation och nybyggnation av särskilt boende samt bostäder på den ordinarie bostadsmarknaden som riktar sig till personer över 65 år. Anslaget ökar till 300 miljoner år 2017 och till 400 miljoner 2018–2019.

### **Andra förändringar inom bostadsförsörjning och byggande**

Ramen för utgiftsområdet föreslås uppgå till 7 064 miljoner kronor 2016. I jämförelse med de anvisade medlen för 2015 ökar ramen för utgiftsområdet med 5 856 miljoner.

Förändringen förklaras i huvudsak av att följande stöd införs 2016:

- stöd till energieffektivisering och renovering av flerbostadshus och utomhusmiljöer + 1 miljard per år för perioden 2016–2019
- stöd till upprustning av skollokaler, 330 miljoner per år
- Utemiljö förskolor, skolor och fritidshem 500 miljoner år 2016
- stöd till kommuner för ökat bostadsbyggande med 1,9 miljarder år 2016, 1,8 miljarder år 2017 och 1,3 miljarder 2018–2019
- samt investeringsstöd för anordnande av hyresbostäder och bostäder för studerande med 2,2 miljarder år 2016, 2,7 miljarder 2017 och 3,2 miljarder 2018–2019

**Frågor** om Bostäder kan ställas till Jan Heimdahl tfn 08-452 79 15, avdelningen för tillväxt och samhällsbyggnad.

## **Miljö och energi**

### **Miljöfrågor i budgetpropositionen**

Enligt regeringsförklaringen ska Sverige bli ett av världens första fossilfria länder. Regeringen presenterar i budgetpropositionen en mix av stimulansbidrag och straffbeskattning på fossila bränslen.

Regeringen har tidigare aviserat satsningar om en miljard kronor per år på att renovera och energieffektivisera flerbostadshus (se ovan) i områden med socioekonomiska utmaningar. Det tidigare aviserade stödet till lokala och regionala klimatinvesteringar, investeringsstödet Klimatklivet, på 125 miljoner kronor i år, föreslås till 600 miljoner per år 2016–2018.

En satsning på klimatanpassning, 57 miljoner per år ska stärka kommunernas arbete med klimatanpassning och höja kunskapen hos myndigheter, kommuner, näringsliv och enskilda.

Stödet till solceller ökar till 390 miljoner kronor per år 2017–2019 och ligger 2016 på 225 miljoner. En satsning görs på lagring av egenproducerad el, totalt 25 miljoner 2016 och 50 miljoner per år 2017–2019. Regeringen vill även inrätta ett nationellt forum för smarta elnät för 10 miljoner per år 2016–2019. En strategi för hållbar konsumtion tas fram.

### **Höjda miljöskatter**

Miljöskatterna höjs med 48 öre per liter för bensen och med 53 öre per liter för dieselbränsle från 1 januari 2016.

**Frågor** om Miljö och energi kan ställas till Andreas Hagnell tfn 08-452 78 66, avdelningen för tillväxt och samhällsbyggnad.

## **Arbetsgivarfrågor**

### **Lönebildning**

Regeringen konstaterar att en väl fungerande lönebildning kännetecknas av att mål som hög sysselsättning, prisstabilitet, god konkurrenskraft och ökade reallöner blir möjliga att förena. Förhandlingsöverenskommelser mellan arbetsmarknadens parter ger legitimitet och stabilitet och är en förutsättning för arbetsfred och konkurrenskraft. Den svenska modellen baseras på att den internationellt konkurrensutsatta sektorn är lönenormerande. Modellen har i två decennier bidragit till en varaktig reallönetillväxt på i genomsnitt 2,1 procent per år. Under 2016 ska 475 löneavtal som berör 2,9 miljoner arbetstagare omförhandlas. Merparten av dessa avtal löper ut i mars och april 2016.

Den ovägda skillnaden mellan kvinnors och mäns genomsnittslön på hela arbetsmarknaden är 13,2 procent 2014. Skillnaden har minskat med 3,1 procentenheter under perioden 2005–2014. Det beror främst på att arbetsmarknadens sammansättning har

ändrats, men även att lönerna har ökat mer för kvinnor än män. Regeringen anser att löneskillnader mellan kvinnor och män är oacceptabla och succesivt måste minska. Huvudansvaret för lönebildningen ligger hos arbetsmarknadens parter men staten har ett övergripande samhällsekonomiskt ansvar. Regeringen lämnar därför förslag på åtgärder, t ex för ett mer jämställt uttag av föräldraledighet mellan könen. Regeringen anser också att det är angeläget att återinföra kravet på årliga lönekartläggningar. *Se mer under avsnittet om Jämställdhet.*

Regeringen har inlett en nationell samling för att öka läraryrkets attraktivitet. En central del är en satsning på höjda löner för lärare. Reformen bygger på att skolhuvudmännen lokalt fattar beslut om lönehöjningar. Huvudmännen bestämmer (med hänsyn till vissa kriterier som kommer anges i statsbidragsförordning) hur många och vilka som ska erhålla lönehöjningen och hur mycket dessa ska få i höjd lön. Statsbidraget kommer bara att betalas ut till en huvudman som höjer lönen för lärare eller förskollärare utöver vad som följer av den ordinarie lönerevisionen. *Se mer under avsnittet om Läraryrket och lärarutbildning.*

Regeringen räknar med en fortsatt dämpad löneöknings- och inflationstakt. Enligt konjunkturlönestatistiken ökar timlönen med 2,8 procent under 2014. Jämfört med vårpropositionen reviderar regeringen ned prognosen för timlöneutvecklingen 2015 till 2,5 procent och 2016 till 3,0 procent. För perioden 2017–2019 bedöms timlönen öka med strax över 3 procent per år.

**Frågor** om lönebildning besvaras av Lena Schaller tfn 08-452 75 63, avdelningen för arbetsgivarpolitik.

## **Arbetsrätt**

### **Utstationeringslagen**

Regeringen avser att fortsätta med arbetet att se över och skärpa utstationeringslagen och att genomföra det s.k. tillämpningsdirektivet till utstationeringsdirektivet inklusive införandet av ett entreprenörsansvar.

### **Kollektivavtalsenliga upphandlingar**

Regeringen har för avsikt att ratificera ILO-konvention 94. ILO-konventionen nr. 94 rör arbetsklausuler vid offentlig upphandling och ålägger offentliga arbetsgivare att ställa krav på kollektivavtalsenliga villkor vid upphandling.

### **Visstidsanställningar**

Förslag till skärpta åtgärder mot missbruk av visstidsanställningar bereds i Regeringskansliet utifrån departementspromemorian DS 2015:29. Förslaget innebär i huvudsak att en allmän visstidsanställning övergår till en tillsvidareanställning efter två år inom en femårsperiod, eller oavsett tidsram, om en arbetstagare har haft flera tidsbegränsade anställningar som följt på varandra utan uppehåll eller med högst 180 dagars mellanrum. I en sådan kedja av visstidsanställningar kan allmän visstidsanställning, vikariat och säsongsanställning ingå som länkar men endast den sammanlagda tiden i anställningsformen allmän visstidsanställning har betydelse för om en anställning ska övergå till en tillsvidareanställning. Avsteg från lagens regler föreslås kunna ske ge-

nom kollektivavtal. Vidare föreslås att arbetstagare med tidsbegränsad anställning ska få rätt till information om sådant som har betydelse för rätten till tillsvidareanställning. Lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 maj 2016.

**Frågor** om Arbetsrätt besvaras av Tomas Björck tfn 08-452 78 38 eller Malin Looberger tfn 08-452 78 58, avdelningen för arbetsgivarpolitik.

### **Diskriminering**

Regeringen ser behov av att fortsatt stärka lagstiftningen som rör diskriminering så att denna blir så effektiv och heltäckande som möjligt. Reglerna i diskrimineringslagen (2008:567) med avseende på aktiva åtgärder bör ändras. Regeringens ambition är att kravet på aktiva åtgärder ska utökas till att gälla samtliga diskrimineringsgrunder och att reglerna för lönekartläggning och handlingsplaner för jämställda löner bör ändras för att i denna del uppfylla riksdagens tillkännagivande från 2013 (bet 2012/13:AU10, rskr. 2012/13:260). Regeringen avser att återkomma med en proposition till riksdagen i dessa frågor. Regeringen kommer också att se över hur diskrimineringslagens skydd mot bristande tillgänglighet kan stärkas ytterligare.

I januari 2014 utsågs en särskild utredare med uppdrag att föreslå hur arbetet mot diskriminering kan organiseras och effektiviseras. Utredaren ska utreda och ge förslag som säkerställer goda förutsättningar för personer som utsätts för diskriminering att ta till vara sina rättigheter (dir. 2014:10 och dir. 2014:79). Uppdraget ska redovisas senast den 18 december 2015.

**Frågor** om Diskriminering besvaras av Tomas Björck tfn 08-452 78 38, avdelningen för arbetsgivarpolitik.

### **Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning**

#### **Målet för utgiftsområdet**

Regeringen uppger att deras socialförsäkringspolitik syftar till en mer trygg, effektiv och förutsägbar försäkring. Målet för utgiftsområdet är att sjukfrånvaron ska ligga på en långsiktigt stabil och låg nivå. Ohälsotalet minskade under åren 2003–2013, numera ökar det långsamt. Ökningen förklaras av att fler sjukfall startar och även av att sjukfallens varaktighet ökar. Den vanligaste sjukskrivningsorsaken för såväl kvinnor som män är nedsättning av arbetsförmåga på grund av psykisk ohälsa.

#### **Avskaffande av den borte tidsgränsen i sjukförsäkringen och ALI**

Den borte tidsgränsen i sjukförsäkringen föreslås avskaffas från och med 1 februari 2016. Regeringen menar att även ALI (arbetslivsintroduktion hos Arbetsförmedlingen) kan avskaffas eftersom behovet att delta i introduktionen följaktligen kommer att upphöra. Förslaget beräknas, i budgeten, minska kommunernas kostnader för försörjningsstöd med cirka 100 miljoner kronor per år.

#### **Sjukpenning och rehabilitering med mera – viktigt att kontrollera inflödet av sjukskrivningar**

Regeringen konstaterar att inflödet av nya sjukfall, som blir minst 30 dagar, har ökat i en relativt hög takt sedan 2010. Ökningen väntas fortsätta framöver. Nyckelfaktorer är

hur många sjukfall som kommer att starta under de närmaste åren samt i vilken takt sjukfallen kommer att avslutas.

**Frågor** om Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning besvaras av Tina Eriksson tfn 08-452 77 27, avdelningen för arbetsgivarpolitik.

### **Ekonomisk trygghet vid ålderdom**

Vad gäller ålderspensionssystemet och den ekonomiska tryggheten vid ålderdom föreslås inga betydande förändringar. Den största nyheten inför 2016, det vill säga ökningen av inkomstpensionerna, är inte en följd av regeringens förslag utan ett resultat av den positiva balanseringen i pensionssystemet.

**Frågor** om Ekonomisk trygghet vid ålderdom besvaras av Jesper Neuhaus tfn 08-452 79 17, avdelningen för arbetsgivarpolitik.

### **Arbetsmiljö**

Den satsning som regeringen inledde och beräknade i Vårändringsbudgeten för 2015 genomförs.

**Frågor** om Arbetsmiljö besvaras av Ned Carter tfn 08-452 76 23, avdelningen för arbetsgivarpolitik.

### **Integration i arbetslivet**

De närmaste åren förväntas befolkningen i Sverige öka i snabbare takt än tidigare, främst till följd av oroligheter i omvärlden som gör att många människor ansöker om asyl i Sverige. Många av dem är i yrkesverksam ålder. Den snabbt växande befolkningen till följd av ökad invandring innebär stora möjligheter för Sverige och kan bidra till en växande och dynamisk ekonomi. Samtidigt innebär det också utmaningar.

### **Snabbspår för nyanlända**

Många nyanlända har både utbildning och erfarenhet i yrken där det råder brist på utbildad och erfaren arbetskraft på den svenska arbetsmarknaden. Dessa personers kunskap och färdigheter behöver tas tillvara snabbare och effektivare. Regeringen har därför tillsammans med arbetsmarknadens parter, Arbetsförmedlingen och andra berörda myndigheter fört samtal om åtgärder för att inom ramen för etableringsuppdraget skapa snabbare vägar, så kallade snabbspår, in på arbetsmarknaden för nyanlända som har utbildning eller yrkeserfarenhet som efterfrågas i Sverige.

För att möjliggöra insatser för deltagare inom och påskynda nyanländas etablering i arbetslivet föreslår regeringen att tillföra 260 miljoner kronor år 2016, 322 miljoner 2017, 307 miljoner 2018 och 249 miljoner 2019 till satsningen på snabbspår. För att skapa förutsättningar för snabbspår ges även möjlighet för arbetsmarknadens parter att ansöka om medel för främjande- och utvecklingsinsatser. Utöver detta ges 115 miljoner 2016 till förstärkta etableringsinsatser.

### **Arbetsförmedlingen får bättre förutsättningar för etableringsuppdraget**

Regeringen avser att tillföra mer resurser till Arbetsförmedlingens förvaltningsanslag för etableringsuppdraget under 2016–2019 i syfte att förstärka arbetet att underlätta

och påskynda nyanländas etablering. Ökningen uppgår till 193 miljoner kronor 2016 och 93 miljoner per år 2017–2019. Regeringen avser även att se över regelsystemet för etableringsuppdraget. Syftet är att minska onödig administration och skapa förutsättningar för en ökad flexibilitet och effektivitet i uppdraget.

### **Ökade resurser till validering**

Regeringen avser att inrätta en valideringsdelegation med uppdrag att följa, stödja och samordna ett intensifierat utvecklingsarbete inom valideringsområdet. Delegationen ska verka fram till och med 2019.

Regeringen föreslår att öka Socialstyrelsens förvaltningsanslag med 65 miljoner kronor 2016, och 42 miljoner årligen från och med 2017 som en långsiktig förstärkning. Syftet är att anställa fler handläggare och kunna genomföra fler kunskaps- och lämplighetsprov för att därigenom korta handläggningstiderna.

Regeringen föreslår även en ökning av anslaget till Universitets- och högskolerådets (UHR) bedömning av utländsk utbildning med 8 miljoner kronor 2016. Från och med 2017 beräknas satsningen uppgå till 12,5 miljoner.

Situationen vad gäller validering av reell kompetens bedöms att inte fungera tillfredsställande varför regeringen föreslår en tillfällig satsning på validering i form av att högskolorna får medel för att utveckla effektivare bedömningar av reell kompetens under 2016–2018. Satsningen föreslås uppgå till 30 miljoner kronor per år.

### **Utökade medel till kompletterande utbildningar**

För många personer med en utländsk utbildning kan möjligheten att komplettera den vid en svensk högskola vara avgörande för etablering på den svenska arbetsmarknaden. Detta gäller inte minst inom de yrken för vilka det krävs legitimation för yrkesverksamhet.

Regeringen föreslår en satsning på ytterligare 25 miljoner kronor år 2016 på kompletterande utbildning för personer med avslutad utländsk utbildning motsvarande en svensk högskoleutbildning. Satsningen föreslås sedan öka till 75 miljoner 2017, 220 miljoner 2018 och 340 miljoner 2019. Satsningen ska innebära att flera ska få möjlighet att gå befintliga kompletterande utbildningar men också att utbildningar inom fler yrkesområden byggs upp.

**Frågor** om Integration i arbetslivet besvaras av Anders Barane tfn 08-452 74 38, avdelningen för arbetsgivarpolitik.

### **Arbetskraftsinvandring**

Regeringen har tillsatt en utredning som ska undersöka i vilken omfattning arbetskraftsinvandrare utnyttjas på den svenska arbetsmarknaden och föreslå åtgärder för att stärka deras ställning. Utredningen ska redovisa sitt uppdrag senast den 1 september 2016.

**Frågor** om Arbetskraftsinvandring besvaras av Anders Barane tfn 08-452 74 38, avdelningen för arbetsgivarpolitik.

## Jämställdhet

### Jämställdhetspolitiken

Det övergripande målet för jämställdhetspolitiken är att kvinnor och män ska ha samma makt att forma samhället och sina egna liv. Regeringen anser att en viktig del i att skapa en mer jämställd arbetsmarknad är att minska ofrivilligt deltidsarbete och öka kvinnors arbetskraftsdeltagande. Heltidsarbete ska vara norm på hela arbetsmarknaden, med deltidsarbete som möjlighet. Vidare är en utbyggnad av välfärdssektorn en grundläggande faktor för kvinnors villkor på arbetsmarknaden. I ett modernt arbetsliv krävs också goda arbetsvillkor och en god arbetsmiljö. Dessutom måste de stora skillnaderna i pensionsinkomster mellan kvinnor och män minska.

### Insatser för jämställdhet i budgetpropositionen för 2016

Regeringens strategi för jämställdhet är att arbeta med jämställdhetsintegrering och jämställdhetsbudgetering, därför avsätts mindre riktade jämställdhetsmedel.

Regeringen menar att löne- och inkomstskillnaderna mellan kvinnor och män ska minska och ett led i det arbetet är att återinföra kravet på årliga lönekartläggningar, regeringen avser därför att återkomma med en proposition gällande förändringar i diskrimineringslagen angående bl.a. lönekartläggning.

För att öka den ekonomiska jämställdheten vill Regeringen stimulera ett mer jämlikt uttag av föräldraledigheten. Regeringen har därför lämnat förslag till riksdagen om att införa en tredje reserverad månad i föräldrapenningen för vardera föräldern. Regeringen har också lämnat förslag till riksdagen om att avskaffa det kommunala vårdnadsbidraget. Eftersom jämställdhetsbonusen inte har haft någon mätbar effekt på fördelningen av föräldrapenningen kommer regeringen att avskaffa bonusen.

Samhället har ett extra stort ansvar för flickor och pojkar som far illa. Regeringen föreslår därför en satsning om 250 miljoner kronor per år 2016–2019 för att förbättra förutsättningarna för socialtjänstens arbete med barnärenden. Medlen ska i huvudsak gå till att stärka bemanningen, samt till satsningar på kompetens och kvalitet.

**Frågor** om Jämställdhet besvaras av Christin N Granberg tfn 08-452 76 30 och Johanna Heden tfn 08-452 78 81, avdelningen för arbetsgivarpolitik.

## Läraryrket och lärarutbildning

### Lärlönelyftet

Regeringen föreslår att en investering i höjda lärlöner genomförs. Reformen innebär att medel tillförs för höjda löner till vissa lärare i syfte att premiera skicklighet och utveckling i yrket. Det genomsnittliga lönepåslaget utgör 3 000 kr per månad och lärare. Reformen beräknas fullt ut utbyggd omfatta cirka 60 000 lärare på årsbasis. Genom lärlönelyftet föreslår regeringen att det investeras 3 miljarder kronor på årsbasis i höjda lärlöner. Reformen bygger på att skolhuvudmännen lokalt fattar beslut om lönehöjningar. Huvudmännen bestämmer utifrån vissa kriterier, som kommer att anges i stasbidragsförordning, hur många och vilka lärare som ska erhålla som ska erhålla lönehöjningen och hur mycket dessa ska få i höjd lön. Minst 90 procent av



medlen kommer att avsättas för förskoleklass, grundskola och motsvarande skolformer samt gymnasieskola och gymnasiesärskola. I övrigt kommer medel att även kunna användas för lönehöjningar inom förskola och fritidshem. Regeringen föreslår att det för andra halvåret 2016 avsätts 1,5 miljarder kronor till ett statsbidrag för höjda löner för lärare.

### **Karriärvägar för lärare**

I tidigare budgetpropositioner har medel om 1,4 miljarder kronor beräknats för 2016, vilket motsvarar statsbidrag för löneökningar för cirka 16 000 förstelärare. För 2017 har dessutom i tidigare budgetpropositioner medel för motsvarande ytterligare 1 000 förstelärare beräknats. Det innebär att det från 2017 årligen beräknats 1,5 miljarder kronor för detta ändamål.

Regeringen vill utveckla satsningen på karriärtjänster så att fler skolor som är i behov av särskilda utvecklingsinsatser ska få ta del av medel för höjda lärarlöner.

### **Lärarytbildning för fler lärare och förskollärare**

Regeringen utökar antalet platser på grundlära- och förskollärarytbildningarna liksom på speciallära- och specialpedagogutbildningarna genom att universitet och högskolor tillförs mer resurser. Därtill föreslår regeringen en kvalitetssatsning på lära- och förskollärarytbildningarna.

### **Kompletterande pedagogisk utbildning (KPU)**

Regeringen avser att fortsätta stödja försöksverksamhet med KPU. Totalt 18 miljoner kronor avsätts för ändamålet 2016. Regeringen beräknar totalt 18,8 miljoner för verksamheten 2017 och 14,3 miljoner 2018.

### **Särskild kompletterande pedagogisk utbildning för forskarutbildade**

Även en satsning på en särskild KPU för personer med examen på forskarnivå, vilken ska leda till en ämnesläraexamen avses. Den bör riktas mot personer med ämneskunskaper relevanta för undervisning i matematik, biologi, fysik, kemi eller teknik. Regeringen avser att införa ett tillfälligt utbildningsbidrag till studenter som genomgår utbildningen. Regeringen föreslår att det inom ramen för avsatta medel för karriärtjänstreformen avsätts 7,6 miljoner kronor 2016 för satsningen. För 2017, 2018 och 2019 beräknas 15,1 miljoner avsättas årligen.

### **Kompetensutveckling för lärare och förskolepersonal**

Regeringen föreslår 200 miljoner kronor för 2016 och samma belopp beräknas fr.o.m. 2017 för kompetensutvecklingsinsatser för lärare och förskolepersonal.

### **Satsning på specialpedagogisk kompetens**

Regeringen genomför en särskild kompetensutvecklingssatsning för att öka tillgången till lärare med specialpedagogisk kompetens i framförallt förskoleklassen och i grundskolans årskurs 1–3. Åtgärderna handlar om att göra det mer attraktivt för verksamma lärare att vidareutbilda sig till speciallärare eller specialpedagog och få huvudmännen att våga satsa på utbildningarna. Regeringen har infört en ökning av statsbidraget från 500 kronor per högskolepoäng till 1 000 kronor till de huvudmän vars lärare utbildar

sig till speciallärare inom ramen för satsningen Lärarlyftet II. Regeringen avser även att bredda insatsen inom Lärarlyftet till att gälla även andra specialiseringar än utvecklingsstörning. För detta ändamål föreslår regeringen 32 miljoner kronor 2016 och beräknar samma belopp årligen för 2017–2019.

Regeringen föreslår en ny fortbildningsinsats för att stärka den specialpedagogiska kompetensen generellt hos lärare i grundskolan och framförallt i årskurserna 7–9. Insatsen ska ge lärare grundläggande specialpedagogisk kompetens. För detta ändamål föreslår regeringen att 100 miljoner kronor avsätts för 2016 och beräknar 170 miljoner årligen för 2017 och 2018 samt 100 miljoner för 2019.

Regeringen gör det även mer attraktivt att utbilda sig till speciallärare och specialpedagog då dessa yrkesgrupper omfattas av investeringen i höjda lärarlöner.

Antalet utbildningsplatser på speciallärar- och specialpedagogutbildningarna utökas med 300 nybörjarplatser vilken planeras att genomföras under 2015 och 2016.

### **Kompetensutveckling för rektorer och förskolechefer**

Regeringen avser att genomföra en satsning på kompetensutveckling om 7,5 högskolepoäng för förskolechefer 2015–2018. Statens skolverk har i uppdrag att utforma och svara för fortbildningssatsningen. Utbildningen påbörjas under våren. Regeringen beräknar att fortbildningssatsningen om 7,5 högskolepoäng för rektorer ska pågå till t.o.m. 2018. Regeringen föreslår 20 miljoner kronor för 2016 för kompetensutveckling och fortbildning av både rektorer och förskolechefer. Samma belopp beräknas för 2017 respektive 2018.

### **Lärarlyftet II**

Regeringen föreslår att Lärarlyftet II förlängs samt föreslår att 100 miljoner kronor avsätts 2016. År 2017 beräknas 150 miljoner och för 2018 beräknas 100 miljoner för samma ändamål.

### **Snabbare hantering av lärarlegitimationer**

Regeringen föreslår att Skolverket för arbete med att meddela legitimationer och bedöma behörigheter tillförs 75 miljoner kronor för 2016 och beräknar 15 miljoner för 2017.

### **Förstärkta satsningar på yrkeslärare**

Regeringen föreslår att den pågående satsning som underlättar för yrkeslärare att minska sin tjänstgöringsgrad under den tid de går en behörighetsgivande utbildning förlängs till och med 2019. Samtidigt förstärks det statliga åtagandet genom att stödet till huvudmän för skolor där yrkeslärare undervisar samtidigt som de går en utbildning för att få lärarbehörighet förstärks. För satsningar på fler yrkeslärare med rätt behörighet föreslår regeringen att 22 miljoner kronor avsätts för 2016. Satsningen beräknas uppgå till 71 miljoner för 2017, 60 miljoner för 2018 och 20 miljoner för 2019. Regeringen har uttryckt sin avsikt att återkomma i frågan om yrkeslärare på sikt bör omfattas av kravet på lärarlegitimation.

**Frågor** om Läraryrket och lärarutbildningen besvaras av Ulrika Wallén, tfn 08-452 76 03 och Jan Bergström tfn 08-452 76 99, avdelningen för arbetsgivarpolitik.

## Utbildning och universitetsforskning

### Utbildning

För att fler behöriga sökande ska kunna genomgå högskoleutbildning föreslår regeringen en utökning av resurserna i hela landet. En utbyggnad av högskolan inleddes 2015 som beräknas motsvara ungefär 14 600 helårsstudenter då den fullföljt år 2019. Medel motsvarande 2 900 nya helårsstudenter för 2016 är en del i denna satsning. Utbyggnaden inriktas delvis mot specifika utbildningar, men ger även möjlighet för universitet och högskolor att bygga ut andra utbildningar utifrån studenternas efterfrågan och arbetsmarknadens behov. Inom hälso- och sjukvårdens område gäller utbyggnaden utbildningar till sjuksköterska (700 platser), barnmorska (250 platser) och specialistsjuksköterska (600 platser). Utökningen är avsedd att genomföras under 2015–2017. Läkare- och tandläkarutbildningarna fortsätter öka fram till 2019 enligt tidigare aviseringar.

Särskilda satsningar görs på kompletterande utbildning för personer med avslutad utländsk utbildning. Idag omfattar dessa utbildningar läkare, lärare, tandläkare, sjuksköterskor och jurister. Ytterligare 25 miljoner kronor föreslås avsättas för 2016, inklusive studiemedel. För 2017 beräknar regeringen att ytterligare 75 miljoner avsätts, 220 miljoner 2018 och 340 miljoner 2019 utöver vad som tidigare beräknats. Detta för att fler personer ska ha möjlighet att delta i utbildningarna och att fler yrkesområden byggs upp, för de med psykolog- och biomedicinsk analytikerutbildning.

Regeringen föreslår att resurser för utbildning på grund- och avancerad nivå inte alls ska fördelas på grundval av utbildningarnas resultat.

### Kunskapsatsning inom äldre- och funktionshindersomsorgen

I budgetpropositionen för 2016 föreslår regeringen att 200 miljoner kronor avsätts för en kunskapsatsning till verksamheter inom äldre- och funktionshindersomsorgen. Satsningen möjliggör stöd till kommunerna att fortsätta kompetensutveckla sin baspersonal inom dessa områden. Samtliga insatser ska genomsyras av ett jämställdhetsperspektiv. Den nya kunskapsatsningen, som är en ettårig insats, är en del av ett större paket för bland annat ökad kvalitet inom äldreomsorgen. Regeringen menar att för att alla äldre kvinnor och män och personer med funktionsnedsättning ska få det stöd och den omsorg de behöver är personalens kompetens, utbildning och erfarenhet avgörande. Satsningen ska underlätta för kommunerna att erbjuda riktad kompetensutveckling för den personal som ger stöd till personer med funktionsnedsättning. Bland annat vill regeringen bidra till att ny nationell utbildning för baspersonal inom funktionshinderområdet utvecklas.

### Satsningar på yrkeshögskolan

Regeringen aviserar i budgetpropositionen att det nästa år avsätts 150 miljoner kronor (251 miljoner inkl. studiemedel) för att kunna finansiera motsvarande 2 500 utbildningsplatser i yrkeshögskolan. Följande år utökas det till 360 miljoner (605 miljoner

inkl. studiemedel), motsvarande 6 000 utbildningsplatser. Det är en ökning av antalet utbildningsplatser med drygt tjugo procent. Tillskottet i höstens budget är en del av regeringens kunskapslyft och innebär att yrkeshögskolan får medel för över 30 000 permanenta utbildningsplatser när reformen är helt genomförd.

Regeringen föreslår också att Myndigheten för yrkeshögskolan ska få 2 miljarder kronor 2016 för att myndigheten ska ta fram valideringsstandarder. Vidare refererar regeringen till en Ds som SKL har fått på remiss, Ds 2015:41 En stärkt yrkeshögskola – ett lyft för kunskap, som innehåller flera nya förslag gällande yrkeshögskolan, bland annat förlängda beviljandeperioder.

### **Satsningar på yrkesprogrammen**

Regeringen föreslår ett paket med investeringar för att stärka den gymnasiala yrkesutbildningens kvalitet och attraktionskraft. Paketet innehåller bland annat en förlängning och förstärkning av satsningen på att få fler verksamma yrkeslärare att få behörighet. Regeringens avsikt är också att yrkeslärarna på sikt ska omfattas av kravet på legitimation i samma omfattning som lärare i övrigt och kommer att återkomma om detta. Dessutom innehåller paketet fortsatta satsningar för att stärka samverkan mellan skola och arbetsliv, bland annat för att ta om hand de förslag som yrkesprogramsutredningen väntas lämna senare i höst. Paketet innehåller även satsningar för att förstärka det arbetsplatsförlagda lärandet där regeringens avsikt är att anordnarbidraget för lärlingsutbildning görs om så att det stärker incitamenten att ha utbildade handledare på arbetsplatserna. I paketet ingår även insatser som direkt syftar till att stärka intresset för yrkesprogrammen. Här finns bland annat en förlängning av uppdraget att kompetensutveckla studie- och yrkesvägledare och en förlängning av Tekniksprånget. Regeringen föreslår att 67 miljoner kronor avsätts i budgetpropositionen för yrkesprogramspaketet 2016.

### **Rätt till Komvux**

Regeringen aviserar i budgetpropositionen att de avser återkomma med förslag till att rätt till Komvux på gymnasial nivå införs. Det innebär en rätt för vuxna till utbildning som leder till grundläggande behörighet till högskolestudier och motsvarande behörighet till yrkeshögskolan samt särskild behörighet till högskolestudier. Rätten till Komvux planeras att träda i kraft under 2017 och regeringen kommer så snart som möjligt att skicka ut förslaget på remiss. Kostnaden för rätten till Komvux beräknas till 537 miljoner kronor från och med 2017.

**Frågor** om Utbildning och universitetsforskning, m.m. besvaras av Carin Renger tfn 08-452 75 09, Lotta Christofferson tfn 08-452 77 87 och Katarina Storm Åsell tfn 08-452 75 95, avdelningen för arbetsgivarpolitik.

### **Arbetsmarknad**

För utgiftsområdet föreslår regeringen att 80 miljarder anvisas. Den ökning som finns gentemot 2015 års budget är i huvudsak att regeringen för 2016 kommer att ge stöd till nystartsjobb och att stöd till yrkesintroduktion flyttas till utgiftssidan av statens

budget. En del av ökningen avser också högre utgifter för arbetsmarknadspolitiska program och insatser samt lönebidrag och Samhall.

### **Arbetslöshetsförsäkringen**

Taket in arbetslöshetsförsäkringen höjdes den 7 september 2015. Regeringen har inlett ett arbete med att se över arbetslöshetsförsäkringen för att underlätta att fler ska kunna kvalificera sig för den och ansluta sig till den.

### **Nedsättningen av socialavgifter för unga**

Regeringen föreslår att nedsättningen av socialavgifter för unga slopas helt från den 1 juni 2016. Nedtrappning har skett redan under 2015, se avsnittet ekonomi.

### **Arbetsförmedlingens arbete – Stöd och samverkan**

Regeringen ser ett behov av att Arbetsförmedlingen arbetar mer med vägledning och rådgivning till arbetssökande samt ökar fokus på stöd till arbetsgivarna. Vikten av samverkan lokalt och regionalt understryks. Arbetsmarknadsutbildningens träffsäkerhet måste bli bättre och mer individanpassad. Fokus på samverkan med andra aktörer lyfts och här framhålls kommunerna som mycket viktiga och man pekar på att erfarenheter från ökad samverkan för unga även bör kunna användas inom andra områden.

### **Införandet av aktivitetsrapporterna**

Arbetsförmedlingen är huvudsakligen positiva till införandet av aktivitetsrapporterna men ser att vissa problem kvarstår vad avser om de arbetssökande ska anses vara tillräckligt aktiva i sitt arbetssökande. Arbetsförmedlingen och regeringen för en dialog om utarbetande av tydliga riktlinjer inom detta område.

### **Traineejobben förlängs**

Regeringen avser att införa en möjlighet att förlänga traineejobben inom välfärdssektorn. Det innebär att ett traineejobb inom sektorn kan pågå i två år.

### **Insatser för långtidsarbetslösa och för personer med funktionsnedsättning**

Inga nya anvisningar till sysselsättningsfasen kommer att göras och de som har sysselsättningsplatser ska successivt erbjudas andra insatser som tidigare aviserats såsom extratjänster mm. Studiemotiverande kurser på folkhögskola för personer äldre än 25 år kommer att fortsätta och det kommer att bli möjligt för personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga att kunna gå kurser upp till 5 månader. Regeringen utökar platser på folkhögskolorna. Regeringen avser att införa en möjlighet att under sex månader deltidsstudera vid sidan av deltagande i jobb- och utvecklingsgarantin. Man förlänger också möjligheten till studier i svenska för invandrare från sex månader till tolv månader inom garantin. Regeringen avser att satsa på yrkesinriktade kurser inom bristyrken på folkhögskola inom garantin under 2016–2019.

Regeringen satsar under 2016 300 miljoner kronor på Samhall och från 2017 och framåt 400 miljoner årligen. Därutöver satsar man på mer SIUS och lönestöden ökas med 400 miljoner för 2016 för att successivt öka för att 2019 vara 415 miljoner.



## Validering

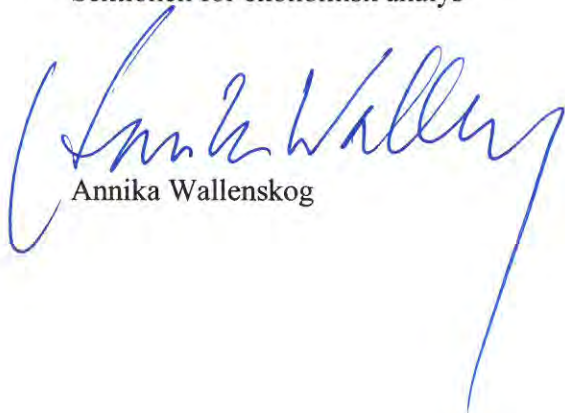
Regeringen tillsätter en ny valideringsdelegation för perioden 2015–2019 för att stödja, underlätta och samordna utvecklingsarbetet med validering. Detta för att öka utbud, kvalitet och tillgänglighet av valideringen. Regeringen avser också att tillföra resurser till Arbetsförmedlingen för validering.

## Arbetslivsintroduktion avskaffas

Regeringen avser att avskaffa den bortre tidsgränsen i sjukförsäkringen. I och med detta avser man också att avskaffa det arbetsmarknadspolitiska programmet arbetslivsintroduktion.

**Frågor** som rör arbetsgivarrollen besvaras av Phia Moberg tfn 08-452 76 28 och Sandra Bergendorff tfn 08-452 76 20, avdelningen för arbetsgivarpolitik samt övriga frågor till Vivi Jacobsson-Libietis tfn 08-452 78 20 och Åsa Karlsson tfn 08-452 78 25, avdelningen utbildning och arbetsmarknad.

SVERIGES KOMMUNER OCH LANDSTING  
Sektionen för ekonomisk analys



Annika Wallenskog



Signild Östgren



2015-10-12

## **14 Delegationsbeslut**

### **Förslag till beslut**

Vård- och omsorgnämnden har tagit del av besluten.

### **Sammanfattning**

Vård- och omsorgnämnden har överlåtit sin beslutanderätt till ordförande och tjänstemän enligt vård- och omsorgsnämndens delegationsordning. Beslut som fattas med stöd av delegering ska anmälas till vård- och omsorgsnämnden.

Följande beslut har fattats med stöd av delegering:

Delegationsbeslut beslutade bostadsanpassning 2015-09-01 – 2015-09-30, På bordet.

Delegationsbeslut beslutade av handläggarna för SoL, LSS och LASS 2015-09-01-2015-09-31. Skickas ut via mail.



2015-10-02

Referens  
Carolina AnderssonMottagare  
Vård- och omsorgsnämnden**Beslut LSS LASS****Myndighet OF**

Beslutsfattare	Aktdatum	Datum	Beslutstext	Födelseår	Kön
Afram, Sona	20150915	20150921	Bifall Biträde av kontaktperson enligt 9 § 4 LSS	1998	Man
Allan, Sardonía	20150122	20150914	Avslag Ledsagarservice enligt 9 § 3 LSS	1988	Man
Allan, Sardonía	20150301	20150914	Bifall Biträde av kontaktperson enligt 9 § 4 LSS	1968	Man
Allan, Sardonía	20150721	20150910	Avslag Biträde av kontaktperson enligt 9 § 4 LSS	1975	Kvinna
Allan, Sardonía	20150831	20150907	Bifall Daglig verksamhet enligt 9 § 10 LSS	1986	Man
Andreasson, Carina	20150909	20150930	Bifall Daglig verksamhet enligt 9 § 10 LSS	1987	Kvinna
Brännström, Emma	20150210	20150904	Bifall Korttidsvård enligt 9 § 7 LSS	2000	Man
Brännström, Emma	20150217	20150904	Bifall Daglig verksamhet enligt 9 § 10 LSS	1991	Kvinna
Brännström, Emma	20150226	20150904	Bifall Ledsagarservice enligt 9 § 3 LSS	1996	Man
Brännström, Emma	20150313	20150904	Bifall Avlösarservice i hemmet enligt 9 § 5 LSS	2006	Man
Brännström, Emma	20150320	20150903	Avslag Ledsagarservice enligt 9 § 3 LSS	2010	Man
Brännström, Emma	20150401	20150904	Bifall Bostad med särskild service enligt 9 § 9 LSS	1992	Kvinna
Brännström, Emma	20150903	20150903	Bifall Daglig verksamhet enligt 9 § 10 LSS	1992	Man
Christensson, Eva	* Före pc	20150904	Bifall Biträde av kontaktperson enligt 9 § 4 LSS	1995	Man
Christensson, Eva	* Före pc	20150907	Bifall Daglig verksamhet enligt 9 § 10 LSS	1992	Kvinna
Christensson, Eva	* Före pc	20150909	Avslag Personlig assistans enligt 9 § 2 LSS	2005	Man
Christensson, Eva	* Före pc	20150911	Avslag Ek.stöd enligt 9 § 2 LSS sjuklönekostnader	2005	Kvinna
Christensson, Eva	* Före pc	20150914	Bifall Ek.stöd enligt 9 § 2 LSS sjuklönekostnader	1952	Kvinna
Christensson, Eva	* Före pc	20150914	Bifall Ek.stöd enligt 9 § 2 LSS sjuklönekostnader	1971	Kvinna
Christensson, Eva	* Före pc	20150914	Bifall Ek.stöd enligt 9 § 2 LSS sjuklönekostnader	1999	Man
Christensson, Eva	* Före pc	20150915	Bifall Ek.stöd enligt 9 § 2 LSS sjuklönekostnader	1951	Man
Christensson, Eva	* Före pc	20150915	Bifall Ek.stöd enligt 9 § 2 LSS sjuklönekostnader	1986	Man
Christensson, Eva	* Före pc	20150921	Bifall Korttidsvistelse enligt 9 § 6 LSS	2003	Man
Christensson, Eva	20140831	20150921	Bifall Bostad med särskild service enligt 9 § 9 LSS	1958	Kvinna
Christensson, Eva	20150126	20150921	Bifall Avlösarservice i hemmet enligt 9 § 5 LSS	2001	Man
Christensson, Eva	20150601	20150904	Bifall Bostad med särskild service enligt 9 § 9 LSS	1993	Man
Christensson, Eva	20150602	20150928	Bifall Personlig assistans enligt 9 § 2 LSS	1954	Kvinna
Christensson, Eva	20150608	20150909	Bifall Personlig assistans enligt 9 § 2 LSS	1978	Man
Christensson, Eva	20150629	20150911	Bifall Ek.stöd enligt 9 § 2 LSS sjuklönekostnader	1957	Man
Christensson, Eva	20150708	20150914	Bifall Ek.stöd enligt 9 § 2 LSS sjuklönekostnader	2008	Kvinna
Christensson, Eva	20150717	20150915	Avslag Ek.stöd enligt 9 § 2 LSS sjuklönekostnader	1999	Man
Christensson, Eva	20150717	20150915	Bifall Ek.stöd enligt 9 § 2 LSS sjuklönekostnader	1999	Man
Christensson, Eva	20150721	20150914	Bifall Ek.stöd enligt 9 § 2 LSS sjuklönekostnader	1990	Kvinna
Christensson, Eva	20150728	20150914	Bifall Ek.stöd enligt 9 § 2 LSS sjuklönekostnader	1955	Man
Christensson, Eva	20150804	20150914	Bifall Ek.stöd enligt 9 § 2 LSS sjuklönekostnader	1949	Man
Christensson, Eva	20150821	20150917	Avslag Ek.stöd enligt 9 § 2 LSS sjuklönekostnader	1958	Man
Christensson, Eva	20150821	20150917	Bifall Ek.stöd enligt 9 § 2 LSS sjuklönekostnader	1958	Man



2015-10-02

Christensson, Eva	20150827	20150909	Bifall Bostad med särsk service enligt 9 § 9 LSS	1995	Man
Christensson, Eva	20150828	20150901	Bifall Daglig verksamhet enligt 9 § 10 LSS	1992	Man
Christensson, Eva	20150831	20150924	Bifall tillfällig utök Pers ass enligt 9 § 2 LSS	1994	Kvinna
Christensson, Eva	20150901	20150915	Bifall Daglig verksamhet enligt 9 § 10 LSS	1994	Man
Christensson, Eva	20150901	20150929	Bifall Personlig assistans enligt 9 § 2 LSS	1962	Kvinna
Christensson, Eva	20150902	20150911	Bifall Ek.stöd enligt 9 § 2 LSS sjuklönekostnader	1955	Kvinna
Christensson, Eva	20150908	20150909	Bifall Ek.stöd enligt 9 § 2 LSS sjuklönekostnader	1947	Man
Christensson, Eva	20150908	20150910	Avslag Avlösarservice i hemmet enligt 9 § 5 LSS	1995	Man
Christensson, Eva	20150910	20150910	Avslag Ek.stöd enligt 9 § 2 LSS sjuklönekostnader	1995	Man
Christensson, Eva	20150910	20150910	Bifall Ek.stöd enligt 9 § 2 LSS sjuklönekostnader	1995	Man
Christensson, Eva	20150914	20150914	Bifall Ek.stöd enligt 9 § 2 LSS sjuklönekostnader	1946	Man
Christensson, Eva	20150914	20150923	Bifall Daglig verksamhet enligt 9 § 10 LSS	1994	Man
Christensson, Eva	20150915	20150915	Avslag Ek.stöd enligt 9 § 2 LSS sjuklönekostnader	1967	Man
Christensson, Eva	20150915	20150915	Avslag Ek.stöd enligt 9 § 2 LSS sjuklönekostnader	1994	Man
Christensson, Eva	20150915	20150915	Bifall Ek.stöd enligt 9 § 2 LSS sjuklönekostnader	1952	Man
Christensson, Eva	20150915	20150915	Bifall Ek.stöd enligt 9 § 2 LSS sjuklönekostnader	1956	Man
Christensson, Eva	20150915	20150915	Bifall Ek.stöd enligt 9 § 2 LSS sjuklönekostnader	1967	Man
Christensson, Eva	20150915	20150915	Bifall Ek.stöd enligt 9 § 2 LSS sjuklönekostnader	1994	Man
Christensson, Eva	20150915	20150917	Avslag Ek.stöd enligt 9 § 2 LSS sjuklönekostnader	1952	Man
Christensson, Eva	20150921	20150921	Bifall Personlig assistans enligt 9 § 2 LSS	1940	Kvinna
Christensson, Eva	20150921	20150921	Bifall Personlig assistans enligt 9 § 2 LSS	1992	Man
Christensson, Eva	20150921	20150924	Bifall Personlig assistans enligt 9 § 2 LSS	1946	Man
Christensson, Eva	20150922	20150922	Bifall Korttidsvistelse enligt 9 § 6 LSS	2003	Man
Christensson, Eva	20150925	20151001	Avslag Ek.stöd enligt 9 § 2 LSS sjuklönekostnader	1985	Man
Christensson, Eva	20150928	20150928	Bifall Daglig verksamhet enligt 9 § 10 LSS	1993	Kvinna
Christensson, Eva	20150928	20150928	Bifall Personlig assistans enligt 9 § 2 LSS	1968	Man
Christensson, Eva	20150929	20150929	Bifall Personlig assistans enligt 9 § 2 LSS	1992	Kvinna
Elmi, Fowsia	20150615	20150910	Avslag Personlig assistans enligt 9 § 2 LSS	1933	Man
Johansson, Ann	20150325	20150907	Avslag Biträde av kontaktperson enligt 9 § 4 LSS	1959	Kvinna
Johansson, Ann	20150930	20150930	Bifall Ledsagarservice enligt 9 § 3 LSS	1973	Kvinna
Lindqvist, Amanda	* Före pc	20150928	Bifall Avlösarservice i hemmet enligt 9 § 5 LSS	2007	Kvinna
Lindqvist, Amanda	20150824	20150928	Bifall Korttidstillsyn enligt 9 § 7 LSS	2003	Man
Lindqvist, Amanda	20150928	20150928	Bifall Avlösarservice i hemmet enligt 9 § 5 LSS	2003	Man
Lindqvist, Amanda	20150929	20150929	Bifall Korttidsvistelse enligt 9 § 6 LSS	1992	Kvinna
Martinsen, Eva	20150717	20150911	Bifall Ek.stöd enligt 9 § 2 LSS sjuklönekostnader	1994	Kvinna
Norén, Linnéa	20150330	20150907	Avslag Ledsagarservice enligt 9 § 3 LSS	1962	Kvinna
Norén, Linnéa	20150601	20150929	Bifall Ledsagarservice enligt 9 § 3 LSS	1967	Kvinna
Norén, Linnéa	20150928	20150928	Bifall Daglig verksamhet enligt 9 § 10 LSS	1986	Man
Norén, Sandra	20150805	20150923	Avslag Ledsagarservice enligt 9 § 3 LSS	1962	Kvinna
Norén, Sandra	20150819	20150929	Avslag Korttidsvistelse enligt 9 § 6 LSS	1953	Kvinna
Silfver, Tomas	20150303	20150910	Bifall Ledsagarservice enligt 9 § 3 LSS	2000	Man
Stenram, Ragna	20150903	20150903	Bifall Personlig assistans enligt 9 § 2 LSS	1947	Man

2015-10-02

Stenram, Ragna	20150929	20150929	Bifall Ledsagarservice enligt 9 § 3 LSS	1941	Kvinna
Stenram, Ragna	20150929	20150930	Bifall Ledsagarservice enligt 9 § 3 LSS	1988	Man
Stenram, Ragna	20150930	20150930	Bifall Biträde av kontaktperson enligt 9 § 4 LSS	1977	Kvinna
Stenram, Ragna	20150930	20150930	Bifall Biträde av kontaktperson enligt 9 § 4 LSS	1988	Man
Stenram, Ragna	20150930	20150930	Bifall Daglig verksamhet enligt 9 § 10 LSS	1971	Man
Stenram, Ragna	20150930	20150930	Bifall Daglig verksamhet enligt 9 § 10 LSS	1977	Kvinna
Thulin, Sofia	20150604	20150921	Bifall Biträde av kontaktperson enligt 9 § 4 LSS	1995	Kvinna
Thulin, Sofia	20150819	20150921	Bifall Ledsagarservice enligt 9 § 3 LSS	1999	Man
Thulin, Sofia	20150820	20150922	Avslag Bostad med särsk service enligt 9 § 9 LSS	1990	Man
Thulin, Sofia	20150903	20150908	Bifall Biträde av kontaktperson enligt 9 § 4 LSS	1997	Man
Thulin, Sofia	20150903	20150921	Bifall Ledsagarservice enligt 9 § 3 LSS	1997	Man
Thulin, Sofia	20150911	20150928	Bifall Korttidsvistelse enligt 9 § 6 LSS	1999	Man
Thulin, Sofia	20150924	20150924	Bifall Personlig assistans enligt 9 § 2 LSS	1992	Man
Thulin, Sofia	20150930	20150930	Bifall Ledsagarservice enligt 9 § 3 LSS	1995	Kvinna
Thulin, Sofia	20150930	20150930	Bifall Ledsagarservice enligt 9 § 3 LSS	2000	Man
Thulin, Sofia	20150930	20150930	Bifall Ledsagarservice enligt 9 § 3 LSS	2003	Kvinna

\*Före PC = Ansökan har kommit in innan juli  
2014 då Procapita togs i bruk.



2015-10-02

Referens  
Carolina AnderssonMottagare  
Vård- och omsorgsnämnden**Beslut SOL under 65 år**

Myndighet OF

Beslutsfattare	Aktdatum	Datum	Beslutstext	Födelseår	Kön
Abel, Ilona	20150929	20150930	Bifall Boendestöd enligt 4 kap, 1§ SoL	1990	Kvinna
Afram, Sona	20150531	20150917	Bifall Boendestöd enligt 4 kap, 1§ SoL	1994	Kvinna
Allan, Sardonía	20150915	20150916	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1950	Kvinna
Allan, Sardonía	20150301	20150911	Bifall Trygghetslarm enligt 4 kap, 1§ SoL	1951	Man
Allan, Sardonía	20150915	20150915	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1962	Man
Allan, Sardonía	20150915	20150915	Bifall Trygghetslarm enligt 4 kap, 1§ SoL	1962	Man
Allan, Sardonía	20150819	20150908	Bifall Boendestöd enligt 4 kap, 1§ SoL	1985	Kvinna
Andreasson, Carina	20150820	20150922	Bifall Dagverksamhet enligt 4 kap, 1§ SoL	1951	Kvinna
Andreasson, Carina	* Före pc	20150904	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1955	Man
Brännström, Emma	20150309	20150904	Bifall Boendestöd enligt 4 kap, 1§ SoL	1991	Man
Brännström, Emma	20150806	20150904	Bifall Boendestöd enligt 4 kap, 1§ SoL	1996	Man
Christensson, Eva	20150925	20150928	Bifall Korttidsplats enligt 4 kap, 1§ SoL	1951	Man
Christensson, Eva	20141201	20150916	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1952	Man
Christensson, Eva	20150923	20150925	Bifall Korttidsplats enligt 4 kap, 1§ SoL	1952	Kvinna
Christensson, Eva	20150929	20150929	Bifall Korttidsplats enligt 4 kap, 1§ SoL	1955	Man
Christensson, Eva	20150915	20150918	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1960	Kvinna
Christensson, Eva	20150401	20150922	Bifall Matdistribution enligt 4 kap, 1§ SoL	1972	Man
Elmi, Fowsia	20150831	20150903	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1951	Kvinna
Elmi, Fowsia	20150831	20150903	Bifall Ledsagning enligt 4 kap, 1§ SoL	1951	Kvinna
Elmi, Fowsia	20150519	20150928	Avslag Dagverksamhet enligt 4 kap, 1§ SoL	1960	Man
Elmi, Fowsia	20141101	20150915	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1968	Kvinna
Johansson, Ann	20150903	20150903	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1950	Man
Johansson, Ann	20150924	20150928	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1951	Man
Johansson, Ann	20150504	20150908	Avslag Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1953	Kvinna
Johansson, Ann	20150917	20150917	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1958	Kvinna
Johansson, Ann	20150201	20150914	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1963	Man
Norén, Linnéa	20150924	20150924	Bifall Trygghetslarm enligt 4 kap, 1§ SoL	1953	Man
Norén, Linnéa	20150917	20150917	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1955	Kvinna
Norén, Linnéa	20150901	20150916	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1956	Man
Norén, Linnéa	20150925	20150925	Bifall Trygghetslarm enligt 4 kap, 1§ SoL	1962	Kvinna
Norén, Linnéa	20150928	20150928	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1963	Kvinna
Norén, Linnéa	20150601	20150929	Bifall Boendestöd enligt 4 kap, 1§ SoL	1967	Kvinna
Norén, Linnéa	20150601	20150929	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1967	Kvinna
Norén, Linnéa	20150929	20150929	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1979	Man
Norén, Sandra	20150824	20150902	Avslag Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1951	Kvinna
Norén, Sandra	20150824	20150902	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1951	Kvinna
Norén, Sandra	20150831	20150928	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1951	Man
Norén, Sandra	20150901	20150918	Bifall Boendestöd enligt 4 kap, 1§ SoL	1951	Kvinna
Norén, Sandra	20150825	20150923	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1952	Man
Norén, Sandra	20150917	20150917	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1953	Kvinna
Norén, Sandra	20150828	20150901	Avslag Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1954	Kvinna

2015-10-02

Norén, Sandra	20150828	20150901	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1954	Kvinna
Norén, Sandra	* Före pc	20150916	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1957	Man
Norén, Sandra	20150914	20150922	Bifall Trygghetslarm enligt 4 kap, 1§ SoL	1957	Kvinna
Norén, Sandra	20150916	20150916	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1963	Man
Norén, Sandra	20150921	20150921	Avslag Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1963	Man
Norén, Sandra	20150921	20150921	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1963	Man
Norén, Sandra	20150903	20150907	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1964	Kvinna
Norén, Sandra	20150908	20150910	Bifall Boendestöd enligt 4 kap, 1§ SoL	1979	Kvinna
Stenram, Ragna	20150930	20150930	Bifall Boendestöd enligt 4 kap, 1§ SoL	1951	Kvinna
Stenram, Ragna	20150930	20150930	Bifall Matdistribution enligt 4 kap, 1§ SoL	1954	Kvinna
Stenram, Ragna	20150907	20150907	Bifall Korttidsplats enligt 4 kap, 1§ SoL	1962	Kvinna
Stenram, Ragna	20150923	20150924	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1962	Kvinna
Stenram, Ragna	* Före pc	20150907	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1969	Kvinna
Stenram, Ragna	20150930	20150930	Bifall Boendestöd enligt 4 kap, 1§ SoL	1977	Kvinna

\*Före PC = Ansökan har kommit in innan  
juli 2014 då Procapita togs i bruk.



2015-10-02

Referens  
Carolina AnderssonMottagare  
Vård- och omsorgsnämnden**Beslut SOL över 65 år**  
**Myndighet ÄO**

Beslutsfattare	Aktdatum	Datum	Beslutstext	Födelseår	Kön
Carlsson, Beatrice	20150914	20150914	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1916	Man
Carlsson, Beatrice	20150922	20150924	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1921	Man
Carlsson, Beatrice	20150915	20150915	Bifall Trygghetslarm enligt 4 kap, 1§ SoL	1926	Kvinna
Carlsson, Beatrice	20150903	20150903	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1930	Kvinna
Carlsson, Beatrice	20141229	20150914	Bifall Hemvårdsbidrag enligt 4 kap, 2 § SoL	1931	Kvinna
Carlsson, Beatrice	20150903	20150907	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1931	Man
Carlsson, Beatrice	20150922	20150925	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1931	Kvinna
Carlsson, Beatrice	* Före pc	20150903	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1932	Kvinna
Carlsson, Beatrice	20150907	20150908	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1932	Kvinna
Carlsson, Beatrice	20150910	20150911	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1932	Kvinna
Carlsson, Beatrice	20150928	20150930	Bifall Dagverksamhet enligt 4 kap, 1§ SoL	1933	Kvinna
Carlsson, Beatrice	20150928	20150930	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1933	Kvinna
Carlsson, Beatrice	20150728	20150903	Bifall Dagverksamhet enligt 4 kap, 1§ SoL	1936	Man
Carlsson, Beatrice	20150923	20150924	Bifall Trygghetslarm enligt 4 kap, 1§ SoL	1937	Man
Carlsson, Beatrice	20150909	20150916	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1939	Man
Carlsson, Beatrice	20150525	20150914	Avslag Servicelägenhet enligt 4 kap, 1§ SoL	1941	Man
Carlsson, Beatrice	20150701	20150914	Bifall Korttidsplats enligt 4 kap, 1§ SoL	1941	Man
Carlsson, Beatrice	20150731	20150915	Bifall Hemvårdsbidrag enligt 4 kap, 2 § SoL	1941	Man
Carlsson, Beatrice	20150921	20150922	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1941	Man
Carlsson, Beatrice	20150922	20150924	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1943	Man
Carlsson, Beatrice	20150807	20150909	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1944	Man
Carlsson, Beatrice	20150827	20150902	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1944	Man
Carlsson, Beatrice	20150909	20150916	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1945	Kvinna
Carlsson, Beatrice	20150911	20150916	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1946	Kvinna
Carlsson, Beatrice	20150916	20150921	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1946	Man
Carlsson, Beatrice	* Före pc	20150917	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1947	Kvinna
Christensson, Eva	20150831	20150903	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1919	Kvinna
Christensson, Eva	20150427	20150903	Bifall Särskilt boende enligt 4 kap, 1§ SoL	1925	Kvinna
Christensson, Eva	20150831	20150903	Bifall Korttidsplats enligt 4 kap, 1§ SoL	1925	Kvinna
Christensson, Eva	20150728	20150903	Bifall Särskilt boende enligt 4 kap, 1§ SoL	1927	Kvinna
Christensson, Eva	20150903	20150904	Bifall Korttidsplats enligt 4 kap, 1§ SoL	1927	Kvinna
Christensson, Eva	20150901	20150904	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1928	Kvinna
Christensson, Eva	20150624	20150901	Avslag Särskilt boende enligt 4 kap, 1§ SoL	1929	Kvinna
Christensson, Eva	20150901	20150902	Bifall Särskilt boende enligt 4 kap, 1§ SoL	1932	Kvinna
Christensson, Eva	20150902	20150904	Bifall Korttidsplats enligt 4 kap, 1§ SoL	1932	Kvinna
Christensson, Eva	20150901	20150903	Avslag Korttidsplats enligt 4 kap, 1§ SoL	1936	Kvinna
Christensson, Eva	20150903	20150904	Bifall Korttidsplats enligt 4 kap, 1§ SoL	1936	Kvinna
Christensson, Eva	20150826	20150901	Avslag Korttidsplats enligt 4 kap, 1§ SoL	1942	Man
Christensson, Eva	20150811	20150903	Bifall Korttidsplats enligt 4 kap, 1§ SoL	1943	Man
Christensson, Eva	20150828	20150904	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1943	Man
Christensson, Eva	20150309	20150902	Bifall Korttidsplats enligt 4 kap, 1§ SoL	1946	Man
Christensson, Eva	20150821	20150917	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1949	Kvinna

Hoorfar, Gita	20150907	20150924	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1925	Kvinna
Hoorfar, Gita	20150911	20150914	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1931	Man
Hoorfar, Gita	* Före pc	20150930	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1933	Kvinna
Hoorfar, Gita	20150930	20150930	Bifall Dagverksamhet enligt 4 kap, 1§ SoL	1933	Kvinna
Hoorfar, Gita	20150811	20150901	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1936	Kvinna
Hoorfar, Gita	20150811	20150901	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1937	Man
Hoorfar, Gita	20150924	20150930	Bifall Trygghetslarm enligt 4 kap, 1§ SoL	1942	Man
Hoorfar, Gita	20150401	20150915	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1946	Kvinna
Ido, Kafa	20150902	20150902	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1923	Kvinna
Ido, Kafa	20150924	20150928	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1923	Man
Ido, Kafa	20150929	20150929	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1923	Kvinna
Ido, Kafa	20150910	20150910	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1924	Kvinna
Ido, Kafa	20150826	20150903	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1930	Kvinna
Ido, Kafa	20150929	20150930	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1930	Kvinna
Ido, Kafa	20150826	20150901	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1931	Kvinna
Ido, Kafa	20150907	20150908	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1932	Man
Ido, Kafa	20150929	20150929	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1932	Man
Ido, Kafa	20150903	20150907	Bifall Korttidsplats enligt 4 kap, 1§ SoL	1933	Kvinna
Ido, Kafa	20150924	20150928	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1934	Man
Ido, Kafa	20150915	20150915	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1935	Man
Ido, Kafa	20150921	20150921	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1935	Kvinna
Ido, Kafa	20150909	20150909	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1938	Man
Ido, Kafa	20150501	20150930	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1939	Kvinna
Ido, Kafa	20150924	20150924	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1939	Kvinna
Ido, Kafa	20150930	20150930	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1939	Kvinna
Ido, Kafa	20150819	20150908	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1941	Man
Ido, Kafa	20150915	20150915	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1946	Kvinna
Ido, Kafa	20150831	20150901	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1948	Man
Ido, Kafa	20150903	20150903	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1948	Man
Josefsson, Kristian	20150917	20150921	Bifall Korttidsplats enligt 4 kap, 1§ SoL	1919	Kvinna
Josefsson, Kristian	20150907	20150907	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1920	Kvinna
Josefsson, Kristian	20150804	20150921	Avslag Särskilt boende enligt 4 kap, 1§ SoL	1922	Kvinna
Josefsson, Kristian	20150928	20150928	Bifall Korttidsplats enligt 4 kap, 1§ SoL	1923	Kvinna
Josefsson, Kristian	20150831	20150908	Bifall Trygghetslarm enligt 4 kap, 1§ SoL	1924	Kvinna
Josefsson, Kristian	20150921	20150922	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1924	Kvinna
Josefsson, Kristian	20150820	20150925	Bifall Särskilt boende enligt 4 kap, 1§ SoL	1925	Man
Josefsson, Kristian	20150916	20150918	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1925	Kvinna
Josefsson, Kristian	20150918	20150922	Bifall Dagverksamhet enligt 4 kap, 1§ SoL	1925	Kvinna
Josefsson, Kristian	20150918	20150923	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1925	Kvinna
Josefsson, Kristian	* Före pc	20150901	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1926	Man
Josefsson, Kristian	* Före pc	20150901	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1926	Kvinna
Josefsson, Kristian	20150427	20150923	Avslag Dagverksamhet enligt 4 kap, 1§ SoL	1926	Kvinna
Josefsson, Kristian	20150427	20150923	Bifall Dagverksamhet enligt 4 kap, 1§ SoL	1926	Kvinna
Josefsson, Kristian	20150525	20150923	Avslag Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1926	Kvinna
Josefsson, Kristian	20150525	20150923	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1926	Kvinna
Josefsson, Kristian	20150925	20150901	Bifall Dagverksamhet enligt 4 kap, 1§ SoL	1926	Kvinna

Josefsson, Kristian	20150925	20150925	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1926	Man
Josefsson, Kristian	20150925	20150929	Bifall Korttidsplats enligt 4 kap, 1§ SoL	1926	Man
Josefsson, Kristian	20150722	20150908	Avslag Korttidsplats enligt 4 kap, 1§ SoL	1927	Man
Josefsson, Kristian	20150729	20150911	Bifall Korttidsplats enligt 4 kap, 1§ SoL	1927	Kvinna
Josefsson, Kristian	20150907	20150914	Avslag Särskilt boende enligt 4 kap, 1§ SoL	1928	Kvinna
Josefsson, Kristian	20150923	20150924	Bifall Trygghetslarm enligt 4 kap, 1§ SoL	1928	Kvinna
Josefsson, Kristian	20150908	20150909	Bifall Korttidsplats enligt 4 kap, 1§ SoL	1930	Kvinna
Josefsson, Kristian	20150929	20150929	Bifall Korttidsplats enligt 4 kap, 1§ SoL	1930	Kvinna
Josefsson, Kristian	20150720	20150930	Bifall Särskilt boende enligt 4 kap, 1§ SoL	1931	Kvinna
Josefsson, Kristian	20150729	20150911	Bifall Särskilt boende enligt 4 kap, 1§ SoL	1931	Kvinna
Josefsson, Kristian	20150925	20150925	Bifall Trygghetslarm enligt 4 kap, 1§ SoL	1931	Kvinna
Josefsson, Kristian	20150928	20150929	Bifall Korttidsplats enligt 4 kap, 1§ SoL	1931	Man
Josefsson, Kristian	20150428	20150908	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1932	Man
Josefsson, Kristian	20150928	20150928	Bifall Trygghetslarm enligt 4 kap, 1§ SoL	1932	Kvinna
Josefsson, Kristian	20150427	20150909	Avslag Servicelägenhet enligt 4 kap, 1§ SoL	1934	Kvinna
Josefsson, Kristian	20150617	20150929	Avslag Särskilt boende enligt 4 kap, 1§ SoL	1934	Man
Josefsson, Kristian	20150630	20150929	Bifall Särskilt boende enligt 4 kap, 1§ SoL	1934	Man
Josefsson, Kristian	20150701	20150910	Avslag Servicelägenhet enligt 4 kap, 1§ SoL	1934	Kvinna
Josefsson, Kristian	20150901	20150904	Bifall Korttidsplats enligt 4 kap, 1§ SoL	1934	Kvinna
Josefsson, Kristian	20150916	20150918	Avslag Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1934	Man
Josefsson, Kristian	20150916	20150918	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1934	Man
Josefsson, Kristian	20150916	20150921	Bifall Korttidsplats enligt 4 kap, 1§ SoL	1934	Kvinna
Josefsson, Kristian	20150928	20150929	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1934	Man
Josefsson, Kristian	20150929	20150930	Bifall Korttidsplats enligt 4 kap, 1§ SoL	1934	Kvinna
Josefsson, Kristian	20150507	20150907	Bifall Korttidsplats enligt 4 kap, 1§ SoL	1935	Man
Josefsson, Kristian	20150916	20150917	Avslag Korttidsplats enligt 4 kap, 1§ SoL	1935	Kvinna
Josefsson, Kristian	20150916	20150917	Bifall Korttidsplats enligt 4 kap, 1§ SoL	1935	Kvinna
Josefsson, Kristian	20150918	20150924	Bifall Korttidsplats enligt 4 kap, 1§ SoL	1935	Kvinna
Josefsson, Kristian	20150921	20150922	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1935	Kvinna
Josefsson, Kristian	20150828	20150903	Bifall Korttidsplats enligt 4 kap, 1§ SoL	1936	Kvinna
Josefsson, Kristian	20150903	20150907	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1936	Kvinna
Josefsson, Kristian	20150916	20150918	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1936	Kvinna
Josefsson, Kristian	20150901	20150921	Avslag Särskilt boende enligt 4 kap, 1§ SoL	1937	Kvinna
Josefsson, Kristian	20150901	20150921	Bifall Korttidsplats enligt 4 kap, 1§ SoL	1937	Kvinna
Josefsson, Kristian	* Före pc	20150916	Avslag Korttidsplats enligt 4 kap, 1§ SoL	1939	Man
Josefsson, Kristian	20150908	20150914	Bifall Särskilt boende enligt 4 kap, 1§ SoL	1940	Man
Josefsson, Kristian	20150525	20150914	Bifall Särskilt boende enligt 4 kap, 1§ SoL	1941	Man
Josefsson, Kristian	20150605	20150916	Avslag Särskilt boende enligt 4 kap, 1§ SoL	1941	Kvinna
Josefsson, Kristian	20150427	20150908	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1943	Kvinna
Josefsson, Kristian	20150724	20150901	Bifall Hemvårdsbidrag enligt 4 kap, 2 § SoL	1943	Man
Josefsson, Kristian	20150901	20150908	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1944	Kvinna
Josefsson, Kristian	20150908	20150910	Bifall Korttidsplats enligt 4 kap, 1§ SoL	1944	Kvinna
Josefsson, Kristian	20150910	20150910	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1944	Man
Josefsson, Kristian	20150914	20150915	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1944	Kvinna
Josefsson, Kristian	20150928	20150928	Bifall Trygghetslarm enligt 4 kap, 1§ SoL	1944	Kvinna
Josefsson, Kristian	20150625	20150929	Bifall Särskilt boende enligt 4 kap, 1§ SoL	1945	Kvinna

2015-10-02

Josefsson, Kristian	20150910	20150915	Bifall Korttidsplats enligt 4 kap, 1§ SoL	1945	Kvinna
Josefsson, Kristian	20150911	20150914	Bifall Korttidsplats enligt 4 kap, 1§ SoL	1945	Kvinna
Josefsson, Kristian	20150923	20150923	Bifall Korttidsplats enligt 4 kap, 1§ SoL	1945	Kvinna
Josefsson, Kristian	20150617	20150917	Avslag Servicelägenhet enligt 4 kap, 1§ SoL	1946	Man
Josefsson, Kristian	20150923	20150929	Avslag Servicelägenhet enligt 4 kap, 1§ SoL	1946	Man
Josefsson, Kristian	20150915	20150917	Bifall Korttidsplats enligt 4 kap, 1§ SoL	1948	Kvinna
Josefsson, Kristian	20150928	20150928	Bifall Trygghetslarm enligt 4 kap, 1§ SoL	1949	Man
Kapil, Litizia	20150701	20150915	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1919	Kvinna
Kapil, Litizia	20150901	20150914	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1922	Man
Kapil, Litizia	20150908	20150923	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1924	Kvinna
Kapil, Litizia	20150820	20150924	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1926	Kvinna
Kapil, Litizia	20150917	20150917	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1926	Man
Kapil, Litizia	20141124	20150914	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1929	Kvinna
Kapil, Litizia	20150910	20150928	Bifall Hemvårdsbidrag enligt 4 kap, 2 § SoL	1929	Kvinna
Kapil, Litizia	20150519	20150902	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1931	Man
Kapil, Litizia	20141101	20150922	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1934	Man
Kapil, Litizia	20150601	20150929	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1934	Kvinna
Kapil, Litizia	20150904	20150904	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1934	Man
Kapil, Litizia	20150904	20150904	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1936	Kvinna
Kapil, Litizia	20150201	20150924	Bifall Dagverksamhet enligt 4 kap, 1§ SoL	1937	Man
Kapil, Litizia	20150904	20150907	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1937	Man
Kapil, Litizia	20150615	20150924	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1938	Kvinna
Kapil, Litizia	20150904	20150907	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1938	Kvinna
Kapil, Litizia	20150918	20150918	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1941	Man
Kapil, Litizia	20150924	20150924	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1941	Man
Kapil, Litizia	20150916	20150916	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1942	Kvinna
Kapil, Litizia	20141121	20150914	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1945	Kvinna
Lindberg, Leif	20150922	20150923	Bifall Korttidsplats enligt 4 kap, 1§ SoL	1913	Kvinna
Lindberg, Leif	20150914	20150914	Bifall Hemvårdsbidrag enligt 4 kap, 2 § SoL	1917	Kvinna
Lindberg, Leif	20150928	20150928	Bifall Korttidsplats enligt 4 kap, 1§ SoL	1919	Kvinna
Lindberg, Leif	20150915	20150915	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1921	Kvinna
Lindberg, Leif	20150904	20150930	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1925	Kvinna
Lindberg, Leif	20150911	20150911	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1926	Kvinna
Lindberg, Leif	20150922	20150922	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1930	Kvinna
Lindberg, Leif	20150929	20150930	Avslag Korttidsplats enligt 4 kap, 1§ SoL	1931	Kvinna
Lindberg, Leif	20150930	20150930	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1931	Kvinna
Lindberg, Leif	20150907	20150921	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1934	Kvinna
Lindberg, Leif	20150911	20150911	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1934	Kvinna
Lindberg, Leif	20150917	20150918	Bifall Korttidsplats enligt 4 kap, 1§ SoL	1934	Kvinna
Lindberg, Leif	20150918	20150918	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1937	Kvinna
Lindberg, Leif	20150821	20150924	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1939	Kvinna
Lindberg, Leif	20150916	20150918	Bifall Korttidsplats enligt 4 kap, 1§ SoL	1939	Man
Lindberg, Leif	20150911	20150911	Bifall Korttidsplats enligt 4 kap, 1§ SoL	1941	Man
Lindberg, Leif	20150914	20150914	Bifall Hemvårdsbidrag enligt 4 kap, 2 § SoL	1941	Kvinna
Lindberg, Leif	20150914	20150915	Bifall Dagverksamhet enligt 4 kap, 1§ SoL	1942	Kvinna
Lindberg, Leif	20150917	20150917	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1942	Man



2015-10-02

Lindberg, Leif	20150731	20150923	Bifall Särskilt boende enligt 4 kap, 1§ SoL	1943	Man
Lindberg, Leif	20150701	20150915	Bifall Hemvårdsbidrag enligt 4 kap, 2 § SoL	1947	Kvinna
Lindberg, Leif	20150915	20150915	Bifall Trygghetslarm enligt 4 kap, 1§ SoL	1947	Kvinna
Lundmark, Jessica	20150924	20150928	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1922	Man
Lundmark, Jessica	20150924	20150925	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1927	Kvinna
Lundmark, Jessica	20150728	20150914	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1937	Kvinna
Luomala Tommi	20150803	20150906	Bifall Särskilt boende enligt 4 kap, 1§ SoL	1924	Kvinna
Luomala Tommi	20150907	20150907	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1928	Kvinna
Luomala Tommi	20150915	20150915	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1929	Kvinna
Luomala Tommi	20150928	20150928	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1929	Man
Luomala Tommi	20150908	20150908	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1930	Kvinna
Luomala Tommi	20150713	20150915	Avslag Särskilt boende enligt 4 kap, 1§ SoL	1931	Man
Luomala Tommi	20150928	20150929	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1931	Kvinna
Luomala Tommi	20150818	20150911	Avslag Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1933	Kvinna
Luomala Tommi	20150902	20150902	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1933	Kvinna
Luomala Tommi	20150917	20150921	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1933	Kvinna
Luomala Tommi	20150924	20150925	Bifall Korttidsplats enligt 4 kap, 1§ SoL	1933	Kvinna
Luomala Tommi	20150903	20150903	Bifall Korttidsplats enligt 4 kap, 1§ SoL	1935	Kvinna
Luomala Tommi	20150909	20150910	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1942	Kvinna
Luomala Tommi	20150929	20150929	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1944	Kvinna
Luomala Tommi	20150622	20150923	Avslag Hemvårdsbidrag enligt 4 kap, 2 § SoL	1947	Man
Luomala Tommi	20150902	20150902	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1949	Man
Mauroy, Emma	20150410	20150920	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1923	Kvinna
Mauroy, Emma	20150914	20150921	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1923	Kvinna
Mauroy, Emma	20150902	20150902	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1924	Kvinna
Mauroy, Emma	20150531	20150903	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1928	Kvinna
Mauroy, Emma	20150810	20150907	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1928	Kvinna
Mauroy, Emma	20150903	20150907	Bifall Korttidsplats enligt 4 kap, 1§ SoL	1928	Kvinna
Mauroy, Emma	20150917	20150924	Bifall Korttidsplats enligt 4 kap, 1§ SoL	1928	Kvinna
Mauroy, Emma	20150928	20150929	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1932	Man
Mauroy, Emma	20150903	20150921	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1934	Man
Mauroy, Emma	20150826	20150902	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1936	Man
Mauroy, Emma	20150925	20150925	Bifall Hemvårdsbidrag enligt 4 kap, 2 § SoL	1938	Man
Mauroy, Emma	20150901	20150901	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1939	Kvinna
Mauroy, Emma	20150911	20150923	Bifall Dagverksamhet enligt 4 kap, 1§ SoL	1942	Kvinna
Mauroy, Emma	20150916	20150922	Bifall Dagverksamhet enligt 4 kap, 1§ SoL	1943	Kvinna
Mauroy, Emma	20150916	20150922	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1943	Kvinna
Mauroy, Emma	20150928	20150929	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1943	Kvinna
Mauroy, Emma	20150923	20150925	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1946	Man
Mrdjen, Mladen	20150512	20150923	Bifall Särskilt boende enligt 4 kap, 1§ SoL	1926	Kvinna
Mrdjen, Mladen	20150928	20150928	Bifall Trygghetslarm enligt 4 kap, 1§ SoL	1927	Kvinna
Mrdjen, Mladen	20150923	20150924	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1940	Man
Norén, Linnéa	* Före pc	20150903	Bifall Trygghetslarm enligt 4 kap, 1§ SoL	1949	Man
Sanchéz, Gabriella	20141101	20150924	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1935	Kvinna
Santander Jimenez, Nadja	20150911	20150914	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1922	Kvinna

Santander Jimenez, Nadja	20150901	20150907	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1924	Kvinna
Santander Jimenez, Nadja	20150922	20150923	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1928	Kvinna
Santander Jimenez, Nadja	20150825	20150915	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1929	Man
Santander Jimenez, Nadja	20150911	20150914	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1929	Kvinna
Santander Jimenez, Nadja	20150916	20150917	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1929	Kvinna
Santander Jimenez, Nadja	20150921	20150923	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1929	Man
Santander Jimenez, Nadja	20150826	20150902	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1930	Man
Santander Jimenez, Nadja	20150901	20150915	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1930	Kvinna
Santander Jimenez, Nadja	20150630	20150901	Bifall Hemvårdsbidrag enligt 4 kap, 2 § SoL	1931	Kvinna
Santander Jimenez, Nadja	20150916	20150922	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1931	Kvinna
Santander Jimenez, Nadja	20150916	20150916	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1932	Kvinna
Santander Jimenez, Nadja	20150901	20150907	Bifall Trygghetslarm enligt 4 kap, 1§ SoL	1933	Kvinna
Santander Jimenez, Nadja	20150801	20150907	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1934	Man
Santander Jimenez, Nadja	20150901	20150907	Bifall Dagverksamhet enligt 4 kap, 1§ SoL	1935	Kvinna
Santander Jimenez, Nadja	20150914	20150914	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1937	Kvinna
Santander Jimenez, Nadja	20150924	20150929	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1941	Kvinna
Santander Jimenez, Nadja	20150826	20150907	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1944	Man
Santander Jimenez, Nadja	20150909	20150914	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1945	Kvinna
Santander Jimenez, Nadja	20150918	20150918	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1946	Man
Santander Jimenez, Nadja	20150807	20150914	Bifall Dagverksamhet enligt 4 kap, 1§ SoL	1947	Man
Santander Jimenez, Nadja	20150928	20150930	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1947	Man
Santander Jimenez, Nadja	20150908	20150910	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1948	Kvinna
Schön, Evelina	20150601	20150929	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1923	Kvinna
Schön, Evelina	20150930	20150930	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1923	Kvinna
Schön, Evelina	20150930	20150930	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1925	Man
Schön, Evelina	20150930	20150930	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1926	Kvinna
Schön, Evelina	20150922	20150922	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1927	Kvinna
Schön, Evelina	20150925	20150925	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1927	Kvinna
Schön, Evelina	20150601	20150915	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1931	Kvinna
Schön, Evelina	20150915	20150916	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1931	Kvinna
Schön, Evelina	* Före pc	20150909	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1934	Kvinna
Schön, Evelina	20150909	20150910	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1934	Kvinna
Schön, Evelina	* Före pc	20150924	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1937	Man
Schön, Evelina	20150301	20150922	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1937	Man
Schön, Evelina	20150925	20150925	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1937	Man
Schön, Evelina	20150301	20150909	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1938	Man
Schön, Evelina	20150401	20150916	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1938	Kvinna
Schön, Evelina	20150921	20150921	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1938	Kvinna

2015-10-02

Schön, Evelina	20150922	20150922	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1938	Kvinna
Schön, Evelina	* Före pc	20150915	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1945	Kvinna
Schön, Evelina	* Före pc	20150916	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1945	Kvinna
Schön, Evelina	* Före pc	20150909	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1946	Man
Schön, Evelina	* Före pc	20150930	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1946	Kvinna
Schön, Evelina	20150901	20150901	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1946	Man
Schön, Evelina	* Före pc	20150915	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1948	Kvinna
Schön, Evelina	20150601	20150929	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1949	Kvinna
Schön, Evelina	20150901	20150901	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1949	Man
Schön, Evelina	20150930	20150930	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1949	Kvinna
Siwertz, Jenny	20150826	20150902	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1917	Kvinna
Siwertz, Jenny	20150907	20150907	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1918	Kvinna
Siwertz, Jenny	20150818	20150908	Avslag Särskilt boende enligt 4 kap, 1§ SoL	1921	Kvinna
Siwertz, Jenny	20150901	20150904	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1921	Kvinna
Siwertz, Jenny	20150907	20150909	Bifall Korttidsplats enligt 4 kap, 1§ SoL	1923	Kvinna
Siwertz, Jenny	20150916	20150916	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1926	Kvinna
Siwertz, Jenny	20150831	20150908	Bifall Trygghetslarm enligt 4 kap, 1§ SoL	1931	Kvinna
Siwertz, Jenny	20150914	20150914	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1935	Kvinna
Siwertz, Jenny	20150916	20150916	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1935	Kvinna
Siwertz, Jenny	20150909	20150909	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1937	Kvinna
Siwertz, Jenny	20150909	20150910	Bifall Dagverksamhet enligt 4 kap, 1§ SoL	1937	Kvinna
Siwertz, Jenny	20150828	20150924	Avslag Korttidsplats enligt 4 kap, 1§ SoL	1939	Kvinna
Siwertz, Jenny	20150925	20150925	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1939	Kvinna
Siwertz, Jenny	20150910	20150910	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1940	Kvinna
Siwertz, Jenny	20150917	20150921	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1942	Kvinna
Siwertz, Jenny	20150917	20150922	Bifall Dagverksamhet enligt 4 kap, 1§ SoL	1942	Kvinna
Siwertz, Jenny	20150907	20150908	Bifall Dagverksamhet enligt 4 kap, 1§ SoL	1949	Kvinna
Söderberg, Inna	20150917	20150928	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1924	Kvinna
Söderberg, Inna	20150722	20150924	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1927	Man
Söderberg, Inna	20150729	20150914	Bifall Särskilt boende enligt 4 kap, 1§ SoL	1927	Kvinna
Söderberg, Inna	20150921	20150924	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1929	Man
Söderberg, Inna	20150929	20150929	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1929	Man
Söderberg, Inna	* Före pc	20150902	Bifall Matdistribution enligt 4 kap, 1§ SoL	1930	Man
Söderberg, Inna	20150922	20150930	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1930	Kvinna
Söderberg, Inna	20150903	20150921	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1933	Kvinna
Söderberg, Inna	20150928	20150929	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1936	Man
Söderberg, Inna	20150914	20150929	Bifall Dagverksamhet enligt 4 kap, 1§ SoL	1939	Man
Söderberg, Inna	20150901	20150901	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1940	Kvinna
Söderberg, Inna	20150521	20150918	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1941	Kvinna
Söderberg, Inna	20150910	20150929	Bifall Dagverksamhet enligt 4 kap, 1§ SoL	1941	Kvinna
Söderberg, Inna	20150911	20150923	Bifall Hemtjänst enligt 4 kap, 1§ SoL	1942	Man

\*Före PC = Ansökan har kommit in innan juli 2014 då Procacita togs i bruk.



2015-10-01

## **15 Övriga frågor**

Ärenden från nämnden 2015-09-22:

Kia Hjelte (M) ställde följande frågor

-Namnskyltar inom hemtjänst

- Vad görs för att höja standard och kvalitet inom hemtjänst utifrån Socialstyrelsens rapport Öppna jämförelser