

Mötesbok: Äldrenämnden (2025-01-30)

Äldrenämnden

Datum: 2025-01-30

Plats: Esplanaden, Länken, Stadshuset

Kommentar:

Dagordning

Torsdagen den 30 januari kl. 08.30

Plats: Esplanen, Länken, Stadshuset

Upprop

Beslut om justeringstid

Dagordning

1/25 Godkännande av dagordning 3

2/25 Anmälan av jäv 4

Allmänna ärenden

3/25 Månadens goda exempel 5

4/25 Ekonomirapport t.o.m. december 6

5/25 Teknisk ramjustering mottagningsenheten 23

Sekretessärenden

6/25 Begäran om yttrande med anledning av ej verkställt beslut SoL 3.3.1-38284/2023 24

Forts. allmänna ärenden

7/25 Utredning boende för yngre personer med demenssjukdom - Återredovisning utredningsuppdrag 30

8/25 Äldrenämndens delegationsordning 63

9/25 Fortsatt införande av planeringsverktyg Intraphone 76

10/25 Information om hemtjänstindex 79

11/25 Skrivelse till regeringen - Uttalande angående försörjningskravet 80

12/25 Information om medarbetarenkät 2024 84

13/25 Anmälan av delegerade beslut/anmälningsärenden äldrenämnden januari 85

14/25 Återkoppling kurser och konferenser 169

15/25 Äldreomsorgsdirektören informerar 170

16/25 Övriga frågor 171

Denna behandling '1/25 Godkännande av dagordning' har inget tjänsteutlåtande.

Denna behandling '2/25 Anmälan av jäv' har inget tjänsteutlåtande.



Tjänsteskrivelse

2025-01-13

Äldrenämnden

Diarienumr: ÄN-2025/00013

Månadens goda exempel

Förslag till beslut

Äldrenämnden har tagit del av informationen.

Ärendebeskrivning

Månadens goda exempel handlar om äldreomsorgsförvaltningens verksamhet Utredning äldres arbete med "Hälsosamtal".

Utifrån rekviderade statsbidrag har verksamheten påbörjat ett arbete i syfte att frigöra den äldres egna resurser genom att i samtal stödja den enskilde att våga och orka ta egna initiativ till ett mer aktivt liv.

Brev med inbjudan till hälsosamtal har skickats från verksamheten till enskilda i vissa områden inom Umeå kommun i målgruppen 80 + och gensvaret har varit stort.

Genom att arbeta med hälsosamtal ökar självständighet och välbefinnande hos äldre och bidrar till målet om ett mer hälsosamt åldrande.

Pernilla Henriksson
Äldreomsorgsdirektör

Rosa Norberg
Nämndsekreterare

Diarienumr: ÄN-2024/00003

Ekonomirapport t.o.m. december 2024

Förslag till beslut

Äldrenämnden godkänner ekonomirapporten t.o.m. december 2024.

Ärendebeskrivning

Under perioden januari till november har nämnden erhållit intäkter, riktade och generella bidrag om totalt 308,0 mnkr. Det är en minskning med 5% jämfört med samma period år 2023.

Den del av intäkterna som består av; avgifter och hyror till medborgare enligt maxtaxan och verksamhetsförsäljning, uppgår till totalt 180,8 mnkr och jämfört med januari-december 2023 är det en ökning med 4%.

Statliga bidrag enligt regeringsbeslut uppgår till 127,2 mnkr, har minskat 17% eller med 25,3 mnkr motsvarande samma period år 2023. Bidragen som erhållits för perioden är äldreomsorgssatsning, äldreomsorgslyftet, god och nära vård, och andel prestationsbaserat bidrag för 2022 som inkom år 2023, för minskning av timlöner och ökning av sjuksköterskor.

Under juli aktuellt år har andel prestationsbaserat bidrag för ökning av sjuksköterskor 2023 inkommit och lagts till den aktuella periodens resultat med 6,1 mnkr. Inga bidrag för minskning av timlöner har beviljats år 2024.

Enbart prestationsbidragen utgör år 2024 är ca 33,3 mnkr.

Andel generella bidrag som utgörs av prestationsbidrag har minskat med 41% eller 22,8 mnkr, jämfört med samma period 2023.

Verksamhetens totala kostnader uppgår till 1 621,8 mnkr under perioden och ligger kvar på en ökning med 2% jämfört med samma period föregående år. Personalkostnaderna utgör den betydande andelen med 1 253,1 mnkr och visar på liknande andel av totalkostnaderna som under år 2023, 77%. Jämförelse med föregående år samma period, visar att personalkostnader ligger stadigt på en ökning med 3% i förhållande till år 2023. Orsakerna till förändringen är framför allt löneökningar och ökade pensionskostnader som en del i ökat personalomkostnadspåslag. Kostnadsökningen för månadslöner jämfört med föregående år ligger stadigt på 3%, medan övertidskostnaderna jämfört med samma period föregående år totalt minskat med ca 40% lägre kostnader. Under juli och augusti sågs en ökning av övertidskostnader med nästan 80% jämfört med medel för första halvåret. Det berodde med stor sannolikhet på korttidsfrånvaro bland personal under semesterperioden. OB

Tjänsteskrivelse

Dnr: ÄN-2024/00003

jourersättning för hel- och deltidspersonal är oförändrad mellan år 2023 och 2024 medan OB jour för timanställda ökat med 6%.

Övriga driftskostnader utgör 154,3 mnkr eller 10% av totala verksamhetskostnader och ligger på liknande nivå som motsvarande period föregående år. Orsakerna är att kostnaderna under första delen av 2023 generellt ökat med anledning av inflationen och kriget i Ukraina.

Prisökningarna har varit högst vid inköp av bland annat hygien och sjukvårdsmaterial samt livsmedel och transport mellan medborgarna för att utföra insatser. En ökning av kostnader för inköp och förhyrning av hjälpmedel och IT licenser, finns också med i kostnadsökningarna. De kostnadsökningar som uppkom under 2023 ligger till stor del kvar på samma nivå men har stabiliserats. Verksamheterna har vidtagit åtgärder för att minska kostnader bland annat genom fokus på kring kvalitet och kvantitet vid inköp samt lagerhållning. Avtal kommer att ses över inför nästkommande år.

Köp av huvudverksamhet uppgår till 214,4 mnkr och utgör, liksom föregående år, 13% av totala verksamhetskostnader. I jämförelse med föregående år samma period är kostnaderna detsamma och skillnaden är 0%. Orsakerna till det beror dels på minskat antal utförda timmar och uppföljning av insatser, dels omsorgsprisindexökning på ersättningarna enligt avtal.

Nettokostnader/ackumulerat utfall/resultat per december år 2024 är 1 313,8 mnkr och innebär att 98,5 % av budgeterat resultat har förbrukats, budget 1 334,3 mnkr.

Nämndens budgetavvikelse för perioden januari-december år 2024 är +20,5 mnkr och är en positiv budgetavvikelse och bättre än samma period år 2023 då avvikelsen var +0,3 mnkr. Den positiva avvikelsen beror på intensivt arbete inom samtliga verksamheter för att ställa i den ekonomiska balansen inför nästkommande år med minskade statliga bidrag och därmed minskat nyttjande av de under året inkommande prestationsbidragen. Kostnaderna inom hemtjänst och hälso- och sjukvård i ordinärt och särskilt boende, fortsätter dock att vara högre än budgeterat men åtgärder som satts in har gett effekt och lett till ett förbättrat resultat, främst på grund av förändrat arbetssätt och minskade volymer inom hemtjänst och lokaloptimering inom särskilt boende. Även kostnader för omställning till digitalt och förebyggande har ökat under år 2024, men tack vare inkomna prestationsbidrag har den ekonomiska balansen klarats. Utan de 33 mnkr i bidrag hade nämndens budgetavvikelse varit -13 mnkr. Trots volymförändringar och kostnadsminskningar i verksamheten och framför allt inom vård- och omsorgsboenden.

Tjänsteskrivelse

Dnr: ÄN-2024/00003

Akkumulerat resultat (mnrk)	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec	Prognos	Årsbudget	Verksamhetens andel % av total årsbudget
1. Nämnd- styrelseverksamhet	0,0	0,0	0,1	0,2	0,3	0,3	0,4	0,5	0,6	0,6	0,7	0,7	1,0	2,6	0%
2. Hemtjänst i ordinärt boende över/under 65 år	-3,3	-4,1	-6,4	-9,8	-11,5	-13,7	-17,1	-20,2	-21,6	-24,3	-26,4	-24,7	-29,0	490,5	37%
-varav dagverksamhet i ordinärt boende	0,0	-0,2	-0,2	-0,4	-0,4	-0,4	0,4	0,4	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	12,0	
- varav hälso- och sjukvård i hemmet	-1,2	-2,4	-3,4	-4,8	-5,8	-7,3	-8,2	-10,2	-11,3	-13,0	-15,2	-14,9	-16,0	111,4	
3. Vård- och omsorgsboende inkl korttidsboende	-1,4	1,8	0,9	0,6	4,1	5,0	5,0	6,2	10,6	13,3	17,7	20,7	19,0	739,9	55%
-varav korttidsboende inkl HSL	-0,7	-0,7	-0,8	-0,6	-0,6	-0,9	-0,7	-0,4	-0,4	-0,5	-0,6	-0,8	0,0	65,3	
- varav hälso- och sjukvård särskilt boende	-0,5	-0,8	-1,8	-2,5	-2,9	-3,8	-3,2	-4,3	-4,1	-3,9	-3,9	-3,9	-5,0	113,4	
4. Öppen verksamhet ej bistånd	0,0	-0,3	-0,5	-0,7	-0,8	-0,8	-0,1	0,2	0,1	0,0	-0,3	-0,5	0,0	11,0	1%
5. Gemensamma kostnader och handläggare myndighet	1,8	2,5	3,8	3,4	5,0	5,5	15,6	18,7	20,7	22,7	25,1	24,3	24,0	90,4	7%
Akkumulerad budgetavvikelse 2024	-3,0	0,0	-2,1	-6,3	-3,0	-3,6	3,8	5,5	10,3	12,3	16,7	20,5	15,0	1 334,3	100%
Akkumulerad budgetavvikelse 2023	-1,0	-3,9	3,2	3,2	3,4	-4,1	-2,2	23,1	26,9	18,1	-0,6	0,3	-5,0		

Nämnd och styrelseverksamhet

Arvoden har betalats enligt plan. Budgetavvikelse efter november +0,7 mnrk och årsprognosen bedömdes till 1 mnrk.

Hemtjänst i ordinärt boende inkl. Hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård)

Budgetavvikelsen för hemtjänsten inklusive hemsjukvård och dagverksamhet är -24,7 mnrk. Jämfört med ackumulerad budgetavvikelse tidigare månader under året är det en uppbromsning av kostnader inom hemtjänst i ordinärt boende. Hemtjänst totalt redovisar en budgetavvikelse om -9,8 mnrk, dagverksamhet +0,0 mnrk och hälso- och sjukvård i hemmet -14,9 mnrk.

I resultatet för hemtjänst ingår verksamheten ”Din kommunala hemtjänst” och ersättning till 8 st (från 1 november 7 st.) externa LOV-utförare samt kostnader för anhängvård, hemsjukvård, dagverksamhet och biståndsbedömning i ordinärt boende. Förändringen beror till en del på minskade kostnader inom din kommunala hemtjänst och återbetalning från hemtjänstutförare av ej utförda insatser. Därtill ses en avstannade och liten minskning av tidigare ökning av timmar och antal individer, jämfört med tidigare år, i den samlade hemtjänsten dvs. anhängvård, hemtjänst i egen regi och externa utförare. Antal timmar för december är nästan 4 200 färre, jämfört med december 2023 och vid jämförelse av totalt antal timmar för år 2024 jämfört med år 2023 ser vi på en förändring till 400 färre utförda timmar. Orsakerna till minskning av antal timmar kan vara tillfälliga och

Tjänsteskrivelse

Dnr: ÄN-2024/00003

inkluderar även anhörigvård där antalet timmar inte ökat under sommaren. Den tidigare ökningen av hemtjänst och hemsjukvård var sammankopplat med att patienter blir utskrivningsklara i tidigare skede från slutet vårdens, det i sin tur medför att personer har ett ökat behov av stöd i samband med utskrivning och har således större behov av hemtjänst, rehabiliteringsinsatser och hemsjukvård.

Nettokostnaderna minskar löpande, jämfört med samma period föregående år och noteras nu till 8% lägre nettokostnader inom hemtjänst. HSL ordinärt boende visar efter en period av minskade kostnader på en ökning av nettokostnader med 25% vid årets slut, jämfört med januari till december år 2023. Orsaken till det är att under november och december har kostnaderna ökat på grund av insatser enligt nya lagstiftning inom personlig assistans. Antal pågående ärenden inom hemsjukvård för arbetsterapeut och sjukgymnast år 2024 jämfört mot 2023 ökar fortfarande, december 2024 jämfört med december 2023 är 153 fler. Det ställer krav på ökning av resurser. Total genomsnittlig ökning mellan år 2023 och 2024 är 88 st.

Verksamhetskostnader såsom hygien- och sjukvårdsmaterial, hjälpmedel har under året minskat med 5% och sammanlagda kostnader för leasing, drift och service på fordon till personalen för transport mellan brukarna inom "Din kommunala hemtjänst" har minskat med 3%. Medan hemsjukvårdens kostnader för hygien- och sjukvårdsmaterial har ökat med 11%, jämfört med föregående år samma period och totala transportkostnader ökat med 8%. Orsakerna till ökningen inom hemsjukvården var fler ärenden, som nu har stabiliserats.

Köp av huvudverksamhet inom hemsjukvård totalt, har ökat med 29% jämfört med samma period föregående år och beror till stor del på ökat ansvar för personliga assistansärenden med anledning av ny lagstiftning. Årsprognosen för budgetavvikelse för verksamhet hemtjänst i ordinärt boende inklusive hälso- och sjukvård i hemmet, försämrades vid tertial 2 med 2 mnkr, från -27 till -29 mnkr, med anledning av bara delvis uppnådda effekter av insatta åtgärder. Varav hemtjänst totalt inkl. anhörigvård, ledsagning, din kommunala hemtjänst och hemtjänst genom externa utförare bedömdes till -13,0 mnkr och hälso- och sjukvården (hemsjukvård) bedömdes till -16,0 mnkr. Prognosen och utfallet har utgått från att antalet timmar med stöd i förebyggande insatser skulle komma att öka, men att vårdtyngden till viss del stabiliserats till en budgeterad snittnivå under året och att lönekostnaderna skulle ligga kvar på ungefär samma nivå under året. Förändrat arbetssätt inom hela verksamheten har under årets sista månad gett effekt och bidrar till en mer positiv budgetavvikelse än prognos.

Vård- och omsorgsboende inkl. korttidsboende och Hälso- och sjukvård

Tjänsteskrivelse

Dnr: ÄN-2024/00003

Överskott, i jämförelse med budget, under perioden om totalt +20,7 mnkr. I budgetavvikelsen ingår förutom vård- och omsorgsboende (särskilt boende) även korttidsboende och hälso- och sjukvård inom vård- och omsorgsboende. Utmaningar inom det samlade verksamhetsområdet är ökade förbrukningskostnader för sjukvårds- och medicinskt material samt livsmedel, ökning från föregående år med 6%. Åtgärder har under året fortgått för att minska kostnaderna och handlat om att se över beställning och lagerhållning.

I totala resultatet ingår kraftigt ökade kostnader för bårhusplatser, 88%, jämfört med samma period 2023. En utredning kring orsakerna har påbörjats och avtal ses över 2025.

Av det totala överskottet mot budget redovisar särskilt boende en budgetavvikelse om +25,4 mnkr och korttidsboendeplatserna är fyllda och redovisar en negativ budgetavvikelse, -0,8 mnkr. Kostnader för personal och drift samt intäkter för hyror och vårdavgifter på särskilt boende, har minskat mot bakgrund av färre placeringar. Det påverkar därför nettoresultatet och bidrar till en positiv budgetavvikelse för helheten. Inom hälso- och sjukvården krävs mer avancerade insatser och nettokostnaderna överstiger budget för perioden, en budgetavvikelse om -3,9 mnkr för perioden. I underskottet ingår kostnader för hygien- och sjukvårdsmaterial, som har ökat 10% jämfört med föregående år samma period. Trots uppräkningsbudget med ett högre index för dessa kostnader redovisas ett underskott. Lönekostnaderna för hälso- och sjukvårdsverksamheten ligger 1% högre, jämfört med samma period föregående år och har minskat sedan oktober, ytterst liten budgetavvikelse för helår. Köp av verksamhet i form av bemanningsföretag täcks delvis med statliga bidrag. Ett bidrag om 2,7 mnkr för vårdplatsförlagd utbildning av sjuksköterskor inkom från Socialstyrelsen under senare delen av oktober och förbättrar årets resultat och minskar budgetavvikelsen. Ambitionen med att fortsätta implementering av trygghetsskapande teknik kommer att fortgå under året, i fokus är såväl vård- och omsorgsboenden som hälso- och sjukvård. Vid årets avslut återstår 1 vård- och omsorgsboenden.

Total prognos för året avseende vård- och omsorgsboende inkl. korttidsboende och HSL, bedömdes till en positiv budgetavvikelse om +19,0 mnkr och utgick från att vård och omsorgsboenden får minskade kostnaderna genom att färre platser är nyttjade i och med Prästsjögårdens pausade platser och flytt från Hemgården till Väst-Teg. Årsprognos +24,0 för delområdet särskilt boende, förbättrades vid delår 2 med 7 mnkr med anledning av större effekt än förväntat av lokaloptimering. Bemanningen på korttidsboende har minskat med anledning av stängda platser i Hörnefors och Sävar som gett avtryck i kostnaderna. Årsprognos för delområde korttidsboende förbättrades vid delår 2 till 0,0 mnkr.

Tjänsteskrivelse

Dnr: ÄN-2024/00003

Hälso- och sjukvården har utmaningar med kvarstående personalkostnader trots minskade statliga bidrag jämfört med föregående år samt kostnadsökningar som beror på inflationen och inkomna bidrag för verksamhetsplats förlagd utbildning för sjuksköterskor, årsprognos för budgetavvikelse bedömdes till -5,0 mnkr, som del av totala årsprognosen för verksamhetsområdet.

Öppen verksamhet ej bistånd

Budgetavvikelse för perioden -0,5 beror på stabiliserade kostnader för preventionsarbete, med arbetsterapeuter och sjukgymnast medverkande i insatsbedömningar. Kostnaderna har minskat under sommaren, enligt förväntan men ökat under hösten beroende på fler ärenden och uppstart av äldreomsorg från 1 oktober. Prognos för året var 0,0 mnkr i förhållande till budget.

Gemensamma kostnader och handläggare myndighet

Överskottet mot budget för gemensamma kostnader +24,3 mnkr, beror på att balanserade bidrag har resultatförts. Under juli inbetalades prestationsbidrag om 12,2 mnkr, för ökning av sjuksköterskor, varav 6,1 mnkr ingår i resultatet för aktuell period och 6,1 mnkr balanseras till år 2025. Därtill har inga utbildningar genomförts under juli och augusti och administrativ personal har ej ersatts med vikarier. Det har lett till låga kostnader och positiv budgetavvikelse. Verksamheternas ökade kostnader för bland annat hemtjänst och hemsjukvård, nytt verksamhetssystem och leasing för trygghetsskapande teknik som leder till ofinansierade insatser och negativa budgetavvikelser, balanseras mot överskottet. Bedömningen att överskottet kommer att kvarstå. Årsprognos bedömdes till +24,0 mnkr.

Budgetavvikelse om +20,5 mnkr och årsprognosen på +15,0 mnkr

Den bedömda balansen mot budget, vid årets slut för nämnden totalt, utgår från att verksamheten fortsatt kommer att ha minskade kostnader än budget på grund av volymförändringar inom ordinärt boende såväl hemtjänst som hemsjukvård och därmed minskade kostnader för övrig drift såsom transportkostnader och sjukvårdsmaterial.

Inom vård- och omsorgsboenden inkl. hälso- och sjukvård ses den kostnadsökning för livsmedel, sjukvårdsmaterial, hygienmaterial ut att ligga kvar. Sommarlönebonusar har liksom tidigare år utbetalas till medarbetare vid oktoberlönen. De åtgärder som vidtagits för att komma tillrätta med utmaningar kring personalresurs och lokaloptimering, har givit effekt och bidrar till överskott mot budget. Det är en pågående omställning för att klara nästa års ekonomiska utmaningar.

Statliga bidrag fördelas jämnt under året och det förebyggande arbetet med bland annat trygghetsskapande teknik och nytt verksamhetssystem fortgår under året. Leasing, behörighet och uppstart av införande nytt

Tjänsteskrivelse

Dnr: ÄN-2024/00003

verksamhetssystem har gett ett underskott för året. Sammantaget har bidrag och de åtgärder som vidtagits för att klara en budget i balans, visat sig få effekt och bidragit till en förbättrad prognos om +15,0 mnkr i budgetavvikelse vid årets slut.

Om prestationsbidragen uteblivit hade nämnden redovisat en budgetavvikelse om minus 13 mnkr i stället för den fastställda budgetavvikelsen om plus 20,5 mnkr.

Investeringsplan

Resultat för investeringskostnader under perioden januari-december är 30,3 mnkr ställt mot en budget om 47,3. Det ger en budgetavvikelse om +17,0 mnkr.

Det är framför allt planerade investeringar för inventarier och utrustning vid inflyttning till nytt vård- och omsorgsboende på Väst-Teg, som utgör en stor del av överskottet, +11,3 mnkr.

Tekniska nämndens framskjutna förhyrningar av lokaler för hemtjänst och hemsjukvård år 2024 som inte kunnat genomföras enligt plan, påverkar resultatet positivt. Orsaken är att projektbudget för inventarier och utrustning i förhyrda lokaler inte behövt nyttjas på grund av ej verkställda lokaler inom hemtjänst och hemsjukvård och därför ger ett överskott om 5,4 mnkr.

Investeringsbudgeten för välfärdsteknologi, har förbrukats under året. Investeringsbudgeten bedömdes vid delår 2, att inte förbrukas i sin helhet under året. Anledningen var dels lägre kostnader för inventarier och utrustning på nytt vård och omsorgsboende som i sin tur berodde på förändrad inflation. Dels framskjutna förhyrningar av lokaler och därmed ej verkställda behov av inventarier och utrustning i desamma. Årsprognos bedömdes vid delår 2 att ge en budgetavvikelse om +10,0 mnkr.

Äldrenämnden har behov att ombudgetera 3,032 mnkr för inventarier och utrustning i nya hemtjänstlokaler ej verkställda under 2024 utan förskjutna till 2025.

Beslutsunderlag

Bildspel – Ekonomirapport äldrenämnden december

Beredningsansvariga

Carina Nylander, ekonomichef

Pernilla Henriksson
Äldreomsorgsdirektör

Carina Nylander
Ekonomichef

Ekonomisk utveckling 2024 Januari – December

Information

Äldrenämnden

Innehåll:

Budgetavvikelse

Prognos

Volymutveckling

Ekonomichef: Carina Nylander



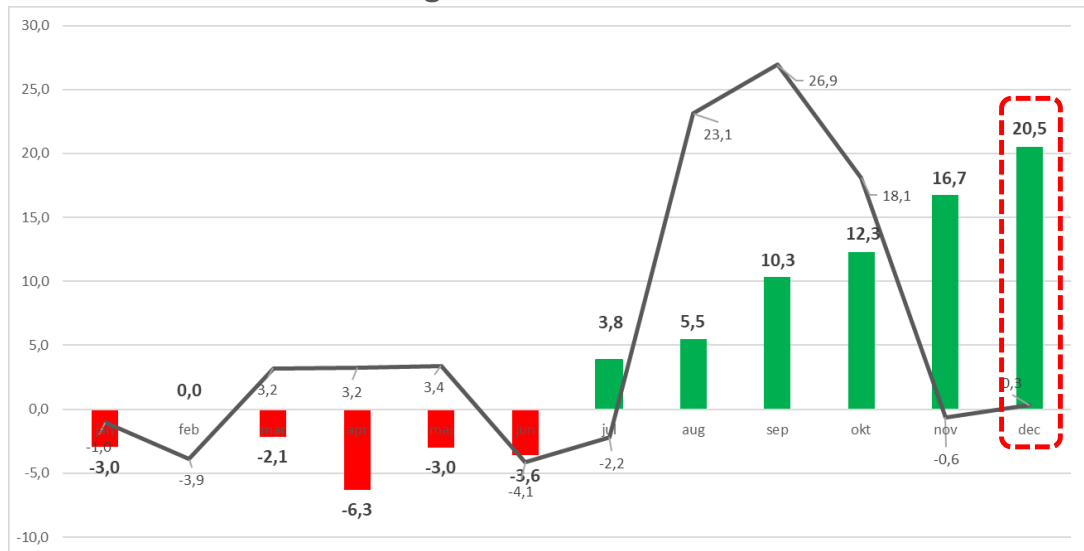
Äldrenämnden

Periodens budgetavvikelse (20,5 mnkr) innebär en förbättring i jämförelse med december 2023.

Orsak:

Minskade prestationsbidrag 2024 jämfört med 2023. Ökade volymer och kostnader för personal inom hemtjänst och hemsjukvård år 2024. Kvarstående hög kostnad för hygien- och sjukvårdsmaterial samt livsmedel på grund av inflationen år 2023. Minskade kostnader genom stängda platser på vård- och omsorgsboenden.

Ackumulerad budgetavvikelse 2024

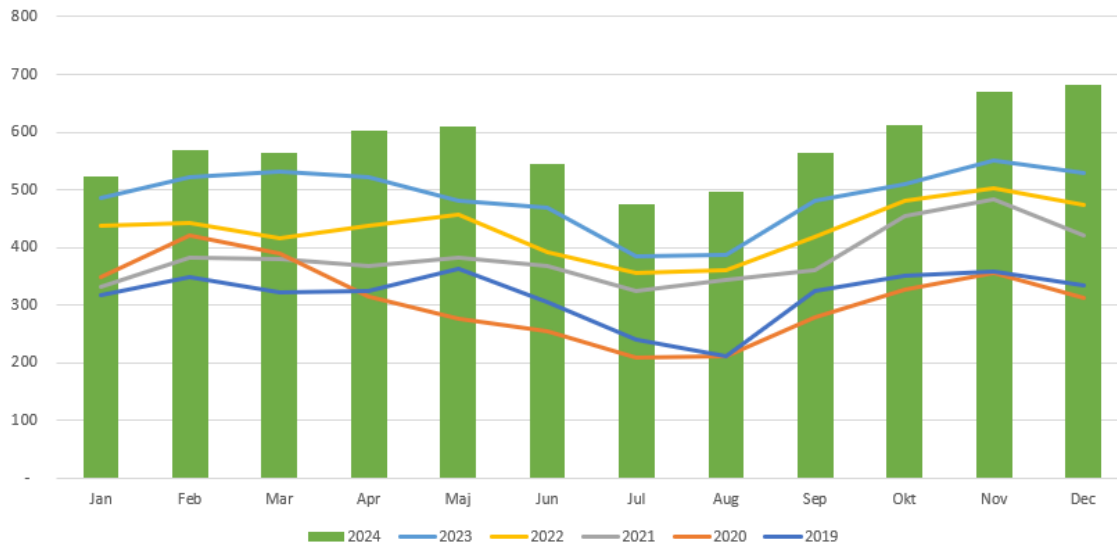


Månadsavvikelse (mnkr)	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec
2024	-3,0	0,0	-2,1	-6,3	-3,0	-3,6	3,8	5,5	10,3	12,3	16,7	20,5
2023	-1,0	-3,9	3,2	3,2	3,4	-4,1	-2,2	23,1	26,9	18,1	-0,6	0,3

Akkumulerat resultat (mnkr)	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec	Prognos	Årsbudget	Verksamhetens andel % av total årsbudget
1. Nämnd- styrelseverksamhet	0,0	0,0	0,1	0,2	0,3	0,3	0,4	0,5	0,6	0,6	0,7	0,7	1,0	2,6	0%
2. Hemtjänst i ordinärt boende över/under 65 år	-3,3	-4,1	-6,4	-9,8	-11,5	-13,7	-17,1	-20,2	-21,6	-24,3	-26,4	-24,7	-29,0	490,5	37%
-varav dagverksamhet i ordinärt boende	0,0	-0,2	-0,2	-0,4	-0,4	-0,4	0,4	0,4	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	12,0	
- varav hälso- och sjukvård i hemmet	-1,2	-2,4	-3,4	-4,8	-5,8	-7,3	-8,2	-10,2	-11,3	-13,0	-15,2	-14,9	-16,0	111,4	
3. Vård- och omsorgsboende inkl korttidsboende	-1,4	1,8	0,9	0,6	4,1	5,0	5,0	6,2	10,6	13,3	17,7	20,7	19,0	739,9	55%
-varav korttidsboende inkl HSL	-0,7	-0,7	-0,8	-0,6	-0,6	-0,9	-0,7	-0,4	-0,4	-0,5	-0,6	-0,8	0,0	65,3	
- varav hälso- och sjukvård särskilt boende	-0,5	-0,8	-1,8	-2,5	-2,9	-3,8	-3,2	-4,3	-4,1	-3,9	-3,9	-3,9	-5,0	113,4	
4. Öppen verksamhet ej bistånd	0,0	-0,3	-0,5	-0,7	-0,8	-0,8	-0,1	0,2	0,1	0,0	-0,3	-0,5	0,0	11,0	1%
5. Gemensamma kostnader och handläggare myndighet	1,8	2,5	3,8	3,4	5,0	5,5	15,6	18,7	20,7	22,7	25,1	24,3	24,0	90,4	7%
Akkumulerad budgetavvikelse 2024	-3,0	0,0	-2,1	-6,3	-3,0	-3,6	3,8	5,5	10,3	12,3	16,7	20,5	15,0	1 334,3	100%
Akkumulerad budgetavvikelse 2023	-1,0	-3,9	3,2	3,2	3,4	-4,1	-2,2	23,1	26,9	18,1	-0,6	0,3	-5,0		

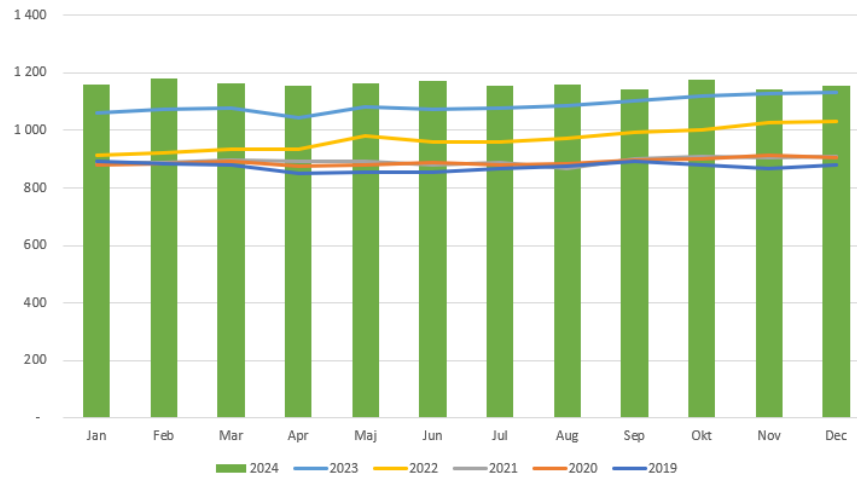
Antal pågående ärenden HSV At, Ft	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Årssnitt
2019	318	348	323	325	363	306	240	213	325	351	358	334	317
2020	348	421	391	316	277	256	209	211	279	328	357	312	309
2021	333	383	381	369	383	369	326	343	361	455	484	421	384
2022	439	443	416	438	457	393	357	360	419	482	503	474	432
2023	486	521	531	523	480	469	385	387	480	511	552	529	488
2024	524	570	565	603	610	544	474	496	565	612	670	682	576

Antal pågående ärenden HSV At, Ft



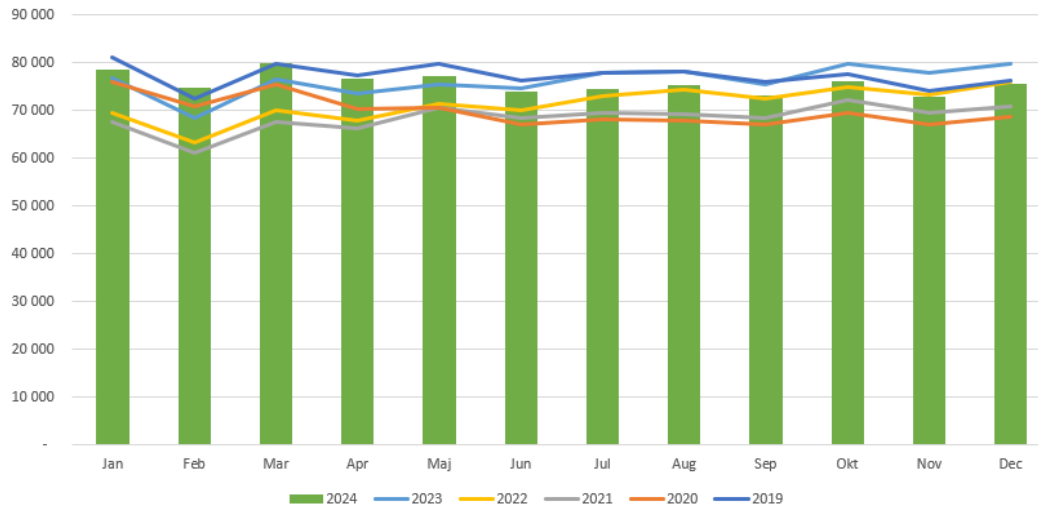
Antal pågående ärenden SSK	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Årssnitt
2018	846	838	857	850	858	851	836	831	847	866	878	882	853
2019	894	883	881	851	853	856	868	874	891	879	868	879	873
2020	879	886	893	874	879	889	881	885	895	900	913	906	890
2021	887	887	895	893	893	878	887	869	901	910	905	909	893
2022	915	920	933	933	980	959	962	973	993	1 000	1 026	1 033	969
2023	1 060	1 072	1 076	1 046	1 082	1 073	1 079	1 088	1 104	1 122	1 127	1 132	1 088
2024	1 160	1 179	1 164	1 155	1 163	1 173	1 154	1 160	1 142	1 176	1 143	1 156	1 160

Antal pågående ärenden SSK

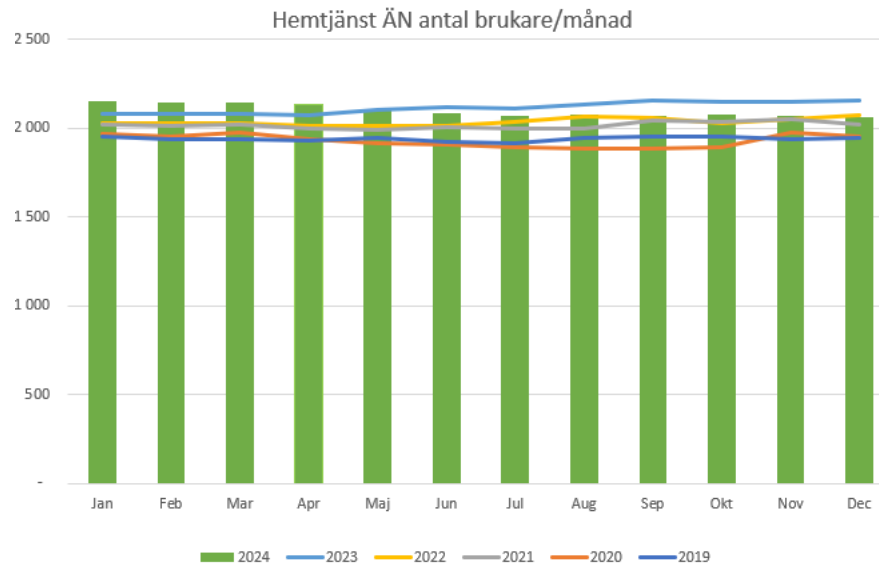


ÄN beviljade timmar/månad	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Årssnitt
2019	81 202	72 550	79 940	77 421	79 957	76 272	77 982	78 311	75 999	77 577	74 247	76 349	77 317
2020	76 074	70 980	75 504	70 418	70 594	67 010	68 210	67 990	67 236	69 515	67 114	68 768	69 951
2021	67 674	61 215	67 751	66 290	70 592	68 355	69 684	69 166	68 542	72 210	69 508	70 849	68 486
2022	69 560	63 357	70 078	67 966	71 517	70 031	73 081	74 369	72 661	74 844	73 465	76 036	71 414
2023	76 812	68 362	76 674	73 491	75 565	74 591	77 835	78 141	75 465	79 820	78 001	79 806	76 213
2024	78 743	74 708	80 060	76 781	77 217	74 039	74 674	75 423	73 258	76 273	72 905	75 638	75 810

Hemtjänst ÄN beviljade timmar/månad

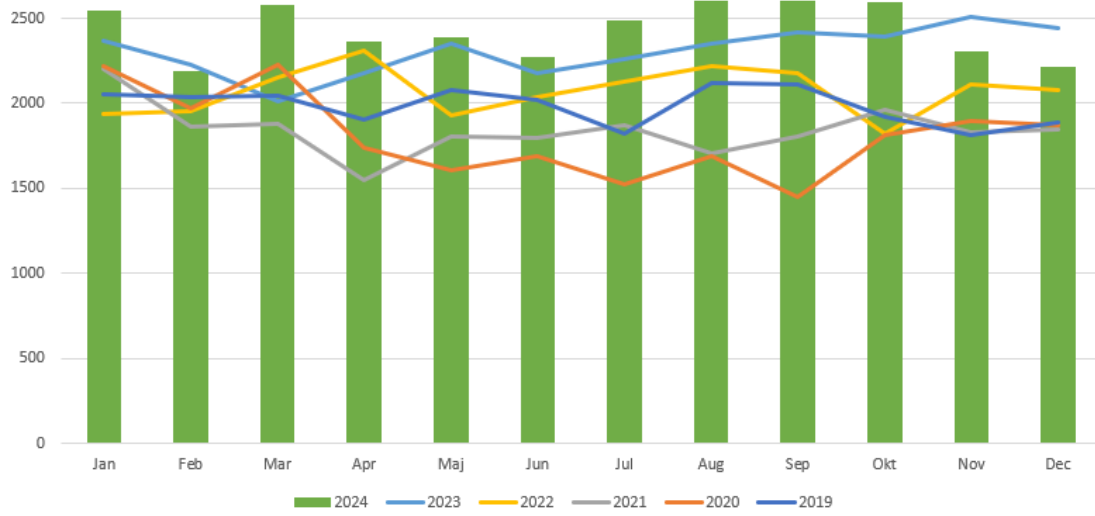


Antal brukare per månad	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Årssnitt
2019	1 949	1 939	1 939	1 928	1 943	1 919	1 917	1 944	1 954	1 954	1 937	1 945	1 939
2020	1 965	1 954	1 974	1 940	1 916	1 905	1 893	1 887	1 885	1 891	1 973	1 950	1 928
2021	2 021	2 009	2 019	2 000	1 991	2 006	1 998	1 995	2 039	2 034	2 053	2 022	2 016
2022	2 026	2 024	2 026	2 009	2 016	2 016	2 036	2 065	2 056	2 028	2 048	2 076	2 036
2023	2 082	2 082	2 081	2 074	2 101	2 114	2 110	2 129	2 153	2 147	2 148	2 155	2 115
2024	2 151	2 141	2 144	2 136	2 108	2 083	2 072	2 075	2 070	2 079	2 067	2 062	2 099



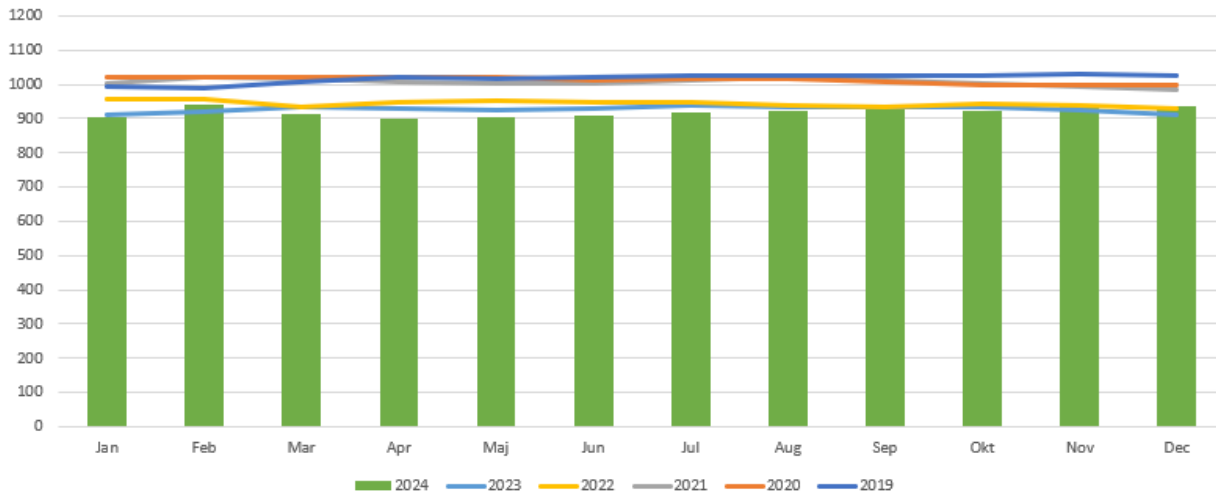
Korttidsvård antal vårddygn	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Årssnitt
2019	2055	2034	2044	1902	2082	2019	1818	2119	2108	1918	1812	1887	1983
2020	2223	1968	2227	1737	1605	1685	1527	1688	1448	1813	1898	1874	1808
2021	2204	1862	1876	1546	1802	1799	1868	1703	1801	1966	1833	1844	1842
2022	1938	1954	2151	2306	1932	2036	2130	2217	2180	1818	2115	2079	2071
2023	2370	2226	2013	2177	2354	2178	2263	2353	2414	2390	2509	2440	2307
2024	2549	2193	2577	2366	2390	2271	2485	2640	2675	2596	2303	2212	2438

Korttidsvård antal vårddygn

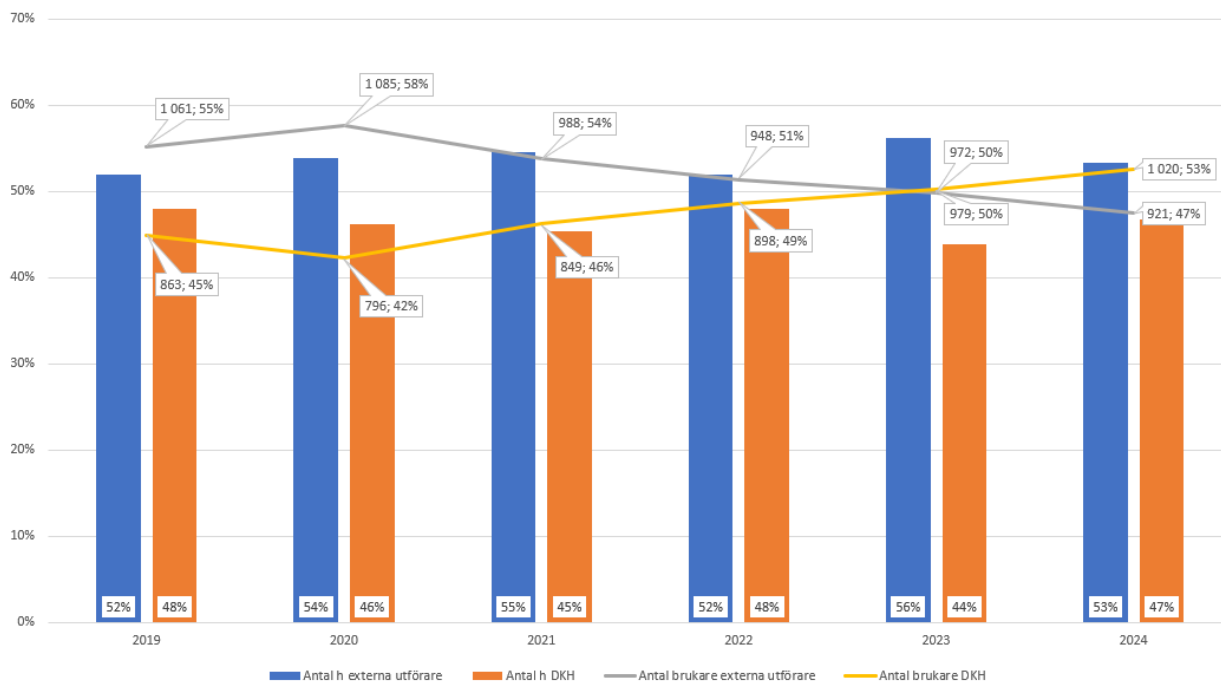


Antal belagda platser på VoB	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Årssnitt
2019	993	990	1009	1020	1016	1019	1027	1025	1024	1026	1031	1026	1017
2020	1019	1020	1020	1020	1020	1011	1015	1015	1009	1000	1000	998	1012
2021	1005	1019	1016	1008	1003	1005	1011	1021	1014	1003	995	982	1007
2022	957	955	936	949	954	949	946	939	932	944	941	927	944
2023	911	922	936	928	925	927	937	936	933	934	925	911	927
2024	903	941	912	900	906	911	920	922	930	923	934	938	920

Antal belagda platser på vård- och omsorgsboenden



Äldrenämnd - Fördelning timmar och brukare intern och extern hemtjänst 2019-2024





Tjänsteskrivelse

2025-01-16

Äldrenämnden

Diarienumr: ÄN-2025/00049

Teknisk ramjustering mottagningsenheten

Förslag till beslut

Äldrenämnden föreslår kommunstyrelsen att omfördela 371 110 kronor avseende 0,5 årsarbetare på mottagningsenheten från individ- och familjenämnden till äldrenämnden, genom en teknisk ramjustering.

Paragrafen justeras omedelbart.

Ärendebeskrivning

Äldrenämnden och individ- och familjenämnden har gjort om sin organisation avseende äldreomsorgens mottagningsenhet och äldrenämnden har återtagit ansvaret för alla medborgare i ålder +65, varför en resurs för detta behöver ramjusteras.

Nämnderna är överens om att genomföra en teknisk ramjustering avseende administrativ resurs om 371 110 kronor inför år 2025.

Beredningsansvariga

Carina Nylander, ekonomichef

Simon Blomberg, ekonomichef Stöd- och omsorgsförvaltningen

Beslutet ska skickas till

Kommunstyrelsen

Carina Nylander

Simon Blomberg

Pernilla Henriksson
Äldreomsorgsdirektör

Carina Nylander
Ekonomichef

Denna fil är sekretess skyddad

Titel : Tjänsteskrivelse

Skyddskod : Allmän handling - skyddad enligt sekretess

Paragraf : Sekretess

Tjänsteskrivelse

Äldrenämnden

Diariennr: ÄN-2020/00170

Utreda boende för yngre personer med demenssjukdom - Återredovisning utredningsuppdrag

Förslag till beslut

Äldrenämnden godkänner utredningen och ställer sig bakom förvaltningens rekommendationer vilket innefattar en fortsatt utveckling av stöd till anhöriga samt inrättande av en avdelning med inriktning på målgruppen yngre personer med demenssjukdom i kommande nybyggnation av vård – och omsorgsboende

Ärendebeskrivning

Äldrenämnden och individ – och familjenämnden tog 2020 initiativ till en utredning med syfte att se över förutsättningarna för att öppna ett boende för yngre med demenssjukdom. En utredning redovisades 2022.

Nämnderna beslöt då att återremittera ärendet till förvaltningarna för fortsatt beredning, med tillägget att Demensföreningen och Region Västerbotten skulle ges möjlighet att yttra sig om behovet för ett boende för målgruppen.

I uppdraget ingick även att tillfråga Umeå kommuns kranskommuner hur de ser på möjligheten att köpa platser på ett boende eller avdelning med inriktningen omsorg för personer under 65 år med demenssjukdom.

Uppdraget är även ett särskilt uppdrag i äldrenämndens verksamhetsplan för 2024.

Beslutsunderlag

Utredning Särskilt boende för personer under 65 år med demenssjukdom

Beredningsansvariga

Emil Fridolfsdahl, utredare
Anna Karlander, kanslichef

Beslutet ska skickas till

Emil Fridolfsdahl, utredare
Anna Karlander, kanslichef

Tjänsteskrivelse

Dnr: ÄN-2020/00170

Förnamn, Efternamn
Befattning

Anna Karlander



phnér

Utredning om särskilt boende för personer under 65 år med demenssjukdom

Utredning om särskilt boende för personer under 65 år med demenssjukdom

Utredning om särskilt boende för personer under 65 år med demenssjukdom

Sammanfattning

Behoven hos personer under 65 år med demenssjukdom skiljer sig från äldre personer med demenssjukdom och mot bakgrund av det har frågan om ett särskilt boende med inriktning mot gruppen aktualiserats av individ- och familjenämnden och äldre nämnden. I utredningen så presenteras en omvärldsbevakning, resultat av intervjuer med företrädare för verksamheter i Umeå kommun, samt statistik för ungefär hur många personer under 65 år som lever med en demenssjukdom eller som får en demensdiagnos i Umeå.

I ett flertal kommuner i Sverige finns särskilt boende enligt SoL eller bostad med särskild service enligt LSS för målgruppen, något som hittills inte funnits i Umeå kommun. Till stor del finns anpassat stöd i form av dagverksamhet och anhörigstöd i Umeå, något som rekommenderas av Socialstyrelsen i de Nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom. Särskilt boende för personer under 65 år med demenssjukdom verkställs inom äldreomsorgen.

En av utredningens slutsatser är att äldreomsorgen i samarbete med stöd – och omsorg bör inrätta en avdelning med anpassad vård för personer under 65 år med demenssjukdom på ett vård- och omsorgsboende. Mot bakgrund av svårigheterna med lokalförsörjningen och kompetensförsörjningen bör en sådan avdelning planeras till ett framtida nybyggt vård- och omsorgsboende, vilket även skulle kunna ge större möjligheter att anpassa miljön på boendet till målgruppen.

Rekommendationen är även att arbeta för att de som flyttar in på avdelningen avtalar bort sitt besittningsskydd, med syftet att kunna upprätthålla avdelningens inriktning på vård och omsorg till yngre personer med demenssjukdom.

Utredning om särskilt boende för personer under 65 år med demenssjukdom

Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	3
Innehållsförteckning	4
1. Inledning.....	5
1.1 Bakgrund och problembeskrivning	5
1.2 Syfte.....	6
1.3 Avgränsningar	6
1.4 Disposition	6
2. Utgångspunkter	7
2.1 Styrning och vägledande principer.....	7
2.2 Personer under 65 år med demenssjukdom	8
2.3 Särskilt boende	10
2.4 Andra former av stöd	12
3. Metod och genomförande	13
4. Resultat - Nuvarande process och stöd	13
4.1 Särskilt boende	14
4.2 Andra stödformer.....	15
4.3 Statistik.....	17
4.4 Omvärldsbevakning.....	18
4.5 Yttrande från Region Västerbotten.....	20
4.6 Yttrande från Demensföreningen	21
4.7 Behov hos kranskommunerna.....	21
5. Diskussion och slutsatser	22
5.1 Resultatdiskussion.....	22
5.2 Slutsatser och rekommendationer.....	24
Referenser	26
Bilaga – Enkel prövning av barnets bästa	27

Utredning om särskilt boende för personer under 65 år med demenssjukdom

1. Inledning

1.1 Bakgrund och problembeskrivning

Av de ca 130 000–150 000 personer i Sverige som idag har en demenssjukdom¹ beräknas ca 10 000–12 000 vara under 65 år.² Yngre personer med en demenssjukdom har specifika behov och utmaningar, vilket innebär att stödet till dessa behöver anpassas. Särskilda behov kan handla om ökat behov av fysisk aktivitet, att man är i yrkesverksam ålder och att det kan finnas hemmavarande barn i hushållet.

Individ- och familjenämnden och äldrenämnden tog 2020³ initiativ till en utredning med syfte att se över förutsättningarna för att öppna ett boende för yngre med demenssjukdom. Stöd- och omsorgsförvaltningen genomförde tillsammans med äldreomsorgsförvaltningen en utredning som återredovisades 2022 till nämnderna. Vid sammanträdena i maj beslutade individ- och familjenämnden och äldrenämnden⁴ att återremittera ärendet till förvaltningarna för fortsatt beredning, med tillägget att Demensföreningen och Region Västerbotten skulle ges möjlighet att yttra sig om behovet för ett boende för yngre. I uppdraget ingick även att tillfråga Umeå kommuns kranskommuner hur de ser på möjligheten att köpa platser på ett boende eller avdelning med inriktningen omsorg för personer under 65 år med demenssjukdom.

Utredningen som presenterades 2022 omfattade fler målgrupper än den nuvarande utredningen, bland annat även personer med beslut enligt Socialtjänstlagen (SoL) med psykisk ohälsa och missbruk. Utfallet av den föregående utredningen blev att individ- och familjenämnden beslutade att inrätta ett boende enligt SoL 5 kap. 7 § för personer med psykisk problematik och missbruk. För gruppen personer under 65 år med demenssjukdom fattades inget beslut utöver fortsatt utredning. Äldrenämnden har också i sin verksamhetsplan för 2024 lagt ett särskilt uppdrag att färdigställa arbetet.

De begränsade resurserna i äldreomsorgen form av personal, lokaler och ekonomi, i kombination med en förväntad ökning av personer 80 år och äldre i Umeå kommun, utgör en utmaning även i arbetet med anpassade särskilda boenden och behöver beaktas i utredningen.

¹ Demenssjukdom kallas ibland även kognitiv sjukdom. I utredningen kommer huvudsakligen begreppet demenssjukdom användas, eftersom det är vanligast förekommande och ett vedertaget begrepp.

² Intervju med forskare 2024-10-11

³ Äldrenämndens beslut § 71, 2020-09-24, dnr. ÄN-2020/00170–1

⁴ Individ- och familjenämndens sammanträde 2022-05-25 § 105 (dnr. IFN-2021/00210), samt äldrenämndens sammanträde 2022-05-25 § 59 (dnr. ÄN-2020/00170)

Utredning om särskilt boende för personer under 65 år med demenssjukdom

1.2 Syfte

Huvudsyftet med utredningen är att undersöka vilka behov för ett anpassat särskilt boende som finns i målgruppen personer under 65 år med demenssjukdom/kognitiv sjukdom i Umeå kommun. För att undersöka behovet ser utredningen över hur statistiken ser ut för antalet personer under 65 år som får en diagnos och beslut om särskilt boende. Utredningen syftar också till att inhämta synpunkter från kommunala verksamheter, Region Västerbottens specialistvård, Demensföreningen och Umeås kranskommuner och vad de har att säga om hur de ser på målgruppens behov av stöd.

Vid sidan av huvudsyftet finns också ett syfte att inventera befintligt stöd av andra insatser utöver särskilt boende till målgruppen för ett ge en helhetsbild av det stöd och de insatser som finns tillgängliga.

Äldrenämnden och individ-och familjenämnden har för Umeå Kommuns räkning i december 2024 gemensamt yttrat sig över SOU 2024:60 "Stärkt stöd till anhöriga – ett mer ändamålsenligt stöd till barn och vuxna som är anhöriga". Umeå kommun ser i stort positivt på förslagen som innebär att anhörigas rättigheter i högre grad tas tillvara. Att på fler sätt inkludera barn i anhörigperspektivet, att möjliggöra för inrättande av anhörigkontakt till en större målgrupp och att skapa en nationell anhörigportal är välkomna förslag.

1.3 Avgränsningar

Utöver personer under 65 år med demenssjukdom finns det även andra personer under 65 år med biståndsbeslut i form av olika typer av boenden som idag verkställs i äldreomsorgen. Besluten verkställs inom äldreomsorgen då det i nuläget det saknas SoL-boenden för personer under 65 år. Med anledning av det är utredningens fokus på äldreomsorgen i Umeå kommun.

De personer som idag bor på vård- och omsorgsboenden kan lida av såväl psykisk ohälsa och sjukdom, som omfattande fysiska funktionsnedsättningar. Individ- och familjenämnden beslutade 2022-05-25 § 105 om att inrätta ett särskilt boende för personer med psykisk problematik eller missbruk, vilket innebär att de grupperna inte är aktuella att utreda. Utredningen kommer inte heller ta upp vilka eventuella behov personer med omfattande fysiska funktionsnedsättningar har av särskilt boende, utan kommer fokusera på personer med demenssjukdom.

1.4 Disposition

Rapporten börjar med några utgångspunkter i styrande principer, både från statligt och kommunalt håll. Sedan ges en bakgrund för målgruppen personer under 65 år med demenssjukdom med specifika behov därefter ges information om vad det finns för stöd för gruppen. Sedan kommer en presentation av metoder som använts för att sedan följas av en resultatdel där nuläget i Umeå kommun och resultatet från omvärldsbevakningen återges. Utlåtanden från Region Västerbotten,

Utredning om särskilt boende för personer under 65 år med demenssjukdom

Demensföreningen och Umeås kranskommuner återfinns också i resultatdelen. Slutligen följer en diskussionsdel med analys, slutsatser och rekommendationer.

2. Utgångspunkter

2.1 Styrning och vägledande principer

- Individ- och familjenämndens uppdrag omfattar bland annat att erbjuda SoL-insatser till personer under 65 år och hälso- och sjukvård till personer i bostad med särskild service enligt LSS. Särskilt boende enligt SoL verkställs inom äldreomsorgen på grund av att det i dagsläget inte finns några SoL-boenden i stöd- och omsorgsförvaltningen.

2.1.1 Kommunala mål

Äldrenämndens mål och strategier

Äldrenämnden har två övergripande mål som förvaltningen ska arbeta efter:

- Självständighet i hemmet
- Trygg och säker vård och omsorg

För att uppnå målen finns det 4 strategier som förvaltningen ska arbeta efter: Kompetensförsörja, Digitalisera, Förebygga och Samarbeta.

Individ- och familjenämndens mål

Övergripande mål: "Att stärka den enskildes förmåga att leva ett självständigt liv".

För stöd enligt SoL till vuxna är målsättningen: "Personer i behov av insatser från socialtjänsten ska få möjlighet att leva ett självständigt och meningsfullt liv med god hälsa."

Kommunövergripande mål

Utredningen påverkas även av de mål som fullmäktige satt i program för social hållbarhet gällande jämställdhet, folkhälsa och välfärd.

Enligt det kommunövergripande programmet för social hållbarhet för 2025 ska förvaltningarna enligt mål 5.1 "Skapa förutsättningar för att stärka den enskildes förmåga att leva ett självständigt liv och en högkvalitativ välfärd för livets alla skeden"

Utredning om särskilt boende för personer under 65 år med demenssjukdom

2.1.2 Socialstyrelsens rekommendationer

I Socialstyrelsens riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom från 2017⁵ rekommenderas att socialtjänsten erbjuder anpassad dagverksamhet både till personer med mild till måttlig demenssjukdom och till personer under 65 år. Syftet är att stödja personer att behålla funktionsförmågor, stimulera fysisk aktivitet, bidra till social samvaro och struktur.

I riktlinjerna rekommenderar Socialstyrelsen även att unga anhöriga till personer med demenssjukdom bör erbjudas individuellt anpassat stöd. Både i riktlinjerna från 2017 och i den uppföljande utvärdering som Socialstyrelsen gjorde 2018⁶ – efter att de nya nationella riktlinjerna presenterats – rekommenderades det även att kommuner ska erbjuda anhörigstöd som är anpassat till anhöriga till personer under 65 år med demenssjukdom. Det rekommenderas även att socialtjänsten (och hälso- och sjukvården) ska ge individuellt anpassat anhörigstöd till unga anhöriga. Utan ett anpassat anhörigstöd såg man risker för att minderåriga barn – men även myndiga barn – skulle missgynnas av ett ökat ansvar för t.ex. en förälder med demens. Ett ökat ansvar har visat sig kunna leda till problem med bl.a. sömn, mat, socialt umgänge och utbildning för barn och unga anhöriga. Även utbildning och information rekommenderades att anpassas till unga anhörigas särskilda situation.

I uppföljningen såg Socialstyrelsen även vissa brister i hur individer i gruppen följdes upp, både inom kommunal och regional verksamhet. Där rekommenderades bland annat en regelbunden och sammanhållen uppföljning mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård. För socialtjänstens del underströk Socialstyrelsen även vikten av att uppdatera individens genomförandeplan.

2.2 Personer under 65 år med demenssjukdom

Sett till den globala forskningen visar den att den vanligaste demenssjukdomen bland personer under 65 år är Alzheimers sjukdom, vilken drabbar mellan 15–40% av individerna i gruppen. Andra primära demenssjukdomar som är vanligare i gruppen – jämfört med för de med demens över 65 år – är Frontotemporal demenssjukdom och Huntingtons sjukdom. Det är även vanligare med sekundära demenssjukdomar (t.ex. alkoholrelaterad demens), vilket drabbar ungefär 20% av personerna i gruppen. Demenssjukdomar med ett snabbt förlopp är överrepresenterade i gruppen, vilket delvis kan förklaras med att sekundära demenssjukdomar är vanligare i gruppen yngre personer med demens. Samtidigt vårdas yngre personer med demenssjukdom ungefär dubbelt så länge som äldre personer med demens.⁷

⁵ Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom – Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen 2017.

⁶ Nationella riktlinjer – Utvärdering 2018. Vård och omsorg vid demenssjukdom. Sammanfattning med förbättringsområden. Socialstyrelsen 2018.

⁷ Draper, B. and Withall, A. 2016, Young onset dementia. Intern Med J, 46: 779-786. <https://doi.org/10.1111/imj.13099>

Utredning om särskilt boende för personer under 65 år med demenssjukdom

Eftersom personerna i målgruppen berörs av olika problem som vanligen hanteras av professionell expertis i olika verksamheter som äldreomsorgen eller funktionshinderomsorgen (demens, vissa fysiska funktionsnedsättningar) och i individ- och familjeomsorgen (stöd till familjer, barn och ekonomiskt bistånd) ställs höga krav på samverkan mellan verksamheterna. Många under 65 år med demenssjukdom har en hög fysisk funktionsförmåga och aktivitetsnivå, till skillnad från äldre personer med samma sjukdom. Det kan innebära utmaningar i äldreomsorgen, där personal i många fall inte är vana att möta den typen av behov.

I en svensk studie baserad på data från demensregistret SveDem som är under 65 år när de får en demensdiagnos så är 55% mellan 60–64 år gamla och 85% är mellan 55–64 år. Medianåldern är 60 år.⁸ Det är alltså i de flesta fall inte så många år mellan det att en person som är under 65 år får en demensdiagnos till dess att de är över 65 år.

En annan aspekt av demens hos personer under 65 år är att många som drabbas är i yrkesverksam ålder när sjukdomssymptomen börjar visa sig. I många fall är det svårt att ha kvar sitt arbete med symptomen, vilket kan medföra betydande ekonomiska konsekvenser både för personen själv och eventuell familj. När personen sedan får sin diagnos och t.ex. får rätt till sjukersättning så beräknas den i många fall på en lägre inkomst, snarare än den tidigare arbetsinkomsten.

2.2.1 Anhöriga

Till följd av personernas ålder kan det utöver en eventuell partner även finnas hemmavarande barn med i bilden, vilket medför ytterligare behov av anpassat stöd till anhöriga. I Kårelind et al. (2024) visade resultaten att 9 % av de under 65 år med demensdiagnos har barn som bor hemma. I samma studie och även Socialstyrelsens riktlinjer pekar man på vikten av att ge stöd till den enskilde och anhöriga som en familj, snarare än att ge stöd individuellt till var och en. En fördel som lyfts fram med att arbeta med ett familjeperspektiv är att man kan reducera risken för att information, utbildning och övrigt anhörigstöd uteblir till barn.

Något som kan vara utmanande för anhöriga till personer under 65 år med demenssjukdom är att kombinera arbetsliv och anhörigvård. Enligt Demensföreningen är det vanligt att personer behöver gå ner i arbetstid för att kunna vårda t.ex. en partner, något som kan få betydande ekonomiska konsekvenser för den enskilde och hushållet. Ett återkommande problem både för äldreomsorgen och ideella föreningar är även att nå anhöriga med information, utbildning och stöd, i ett tidigt skede innan det hinner uppstå ohälsa för den anhörige.

⁸ Kårelind et al. 2024. Post-diagnostic support for persons with young-onset dementia – a retrospective analysis based on data from the Swedish dementia registry SveDem *BMC Health Services Research* (2024) 24:649
<https://doi.org/10.1186/s12913-024-11108-7>

Utredning om särskilt boende för personer under 65 år med demenssjukdom

2.2.2 Skillnader och likheter mellan SoL och LSS

Personer med demenssjukdom har möjlighet att ansöka om stöd antingen genom Socialtjänstlagens (SoL) bestämmelser eller Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Beroende på vilken lagstiftning den enskilde ansöker enligt så kan personen ha rätt till delvis olika insatser. Hur vanligt det är att personer söker stöd enligt SoL jämfört med LSS skiljer sig mellan olika kommuner. Sedan 2008 räknas demenssjukdom enligt rättsfall (RÅ 2008:78) som en sådan hjärnskada föranledd av kroppslig sjukdom som ger en person rätt att räknas till personkrets 2 enligt 1 § LSS.

En grundläggande skillnad mellan lagarna är att insatser enligt SoL ska ge en skälig levnadsnivå (4 kap. 1 §), medan insatser enligt LSS ska ge goda levnadsvillkor (LSS 7 §). Goda levnadsvillkor i kombination med bestämmelserna i 5 § om bland annat att "Målet skall vara att den enskilde får möjlighet att leva som andra" anses ha en högre ambitionsnivå än motsvarande bestämmelser om skälig levnadsnivå i SoL.

Övriga skillnader mellan lagarna är bland annat att fler delar av verksamheter enligt LSS är avgiftsbefriade, jämfört med insatser enligt SoL. Kommunen får dock ta ut avgift för hyra av bostad även för en person som bor i gruppboende enligt LSS.

2.3 Särskilt boende

Socialstyrelsen skiljer på särskilt boende för äldre (förkortat särskilt boende) och bostad med särskild service för personer med funktionshinder (förkortat bostad med särskild service). Särskilt boende för äldre har sin grund i 5 kap. 5 § av Socialtjänstlagen (SoL), medan bostad med särskild service grundar sig dels på 5 kap. 7 § SoL, dels på 9 § 9 LSS. Vilken paragraf som tillämpas beror på vilken målgrupp en person tillhör och hur personen själv uttrycker sin ansökan.

Äldreomsorgen genomförde hösten 2023 en risk- och sårbarhetsanalys av de kommunala vård- och omsorgsboendena⁹. Analysen visade att det fanns stora utmaningar både när det gäller att rekrytera och behålla personal, men även att få tillgång till lokaler som är ändamålsenliga för den vård och omsorg som ska bedrivas. Utifrån äldrenämndens mål om självständighet i hemmet är inriktningen att personer ska bo hemma så länge som möjligt med stöd i form av t.ex. hemtjänst och hemsjukvård, till dess att en plats på ett särskilt boende blir nödvändigt för att säkra behov av vård och omsorg hos den enskilde.

⁹ Risk- och sårbarhetsanalys lokalförsörjningsinriktning ÅN-2023/00145–2

Utredning om särskilt boende för personer under 65 år med demenssjukdom

2.3.1 Boenden enligt LSS jämfört med SoL

När det gäller utformning av boenden finns det vissa skillnader mellan lagarna. I förarbetena till LSS (prop. 1992/93:159, s. 83ff) anges att gruppboendestäder bör förläggas till vanliga bostadsområden, samt att man ska undvika en institutionell prägel på bostaden. Det finns dock möjlighet i vissa fall att göra undantag från detta.

När det gäller regleringar av särskilt boende för äldre (t.ex. vård- och omsorgsboende) finns det få specifika riktlinjer utöver Boverkets generella byggregler för bostäder. Något som behöver uppfyllas är att utformningen av boendet ska säkerställa en hög grad av säkerhet och trygghet.

Gruppboendestäder enligt LSS bör enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om bostad med särskild service för vuxna (SOSFS 2002:9) i regel omfatta tre till fem personer som högst. Ytterligare någon boende bör kunna accepteras men endast under förutsättning att samtliga personer som bor i gruppboendestaden tillförsäkras goda levnadsvillkor.

Några motsvarande nationella föreskrifter för antal platser på vård- och omsorgsboende finns inte.

2.3.2 Besittningsskydd

Huvudregeln är att hyresgäster – vilket även omfattar omsorgstagare inom äldreomsorgen i Umeå kommun – har rätt att bo kvar även om hyresvärden säger upp avtalet, något som kallas besittningsskydd. Om man vill skapa ett kategoriboende för t.ex. personer under 65 år med demenssjukdom riskerar dock besittningsskyddet i förlängningen att leda till en situation där de som bor på en avdelning inte alls tillhör exempelvis personer under 65 år. För att säkerställa en sammanhållen och långsiktig inriktning på ett boende behöver man alltså hantera frågan om besittningsskydd på något sätt.

Ett sätt att hantera frågan om besittningsskydd är att göra en överenskommelse med hyresgästen där hyresgästen eller dennes företrädare avstår sitt besittningsskydd. Villkoret för en sådan överenskommelse är att den måste godkännas av Hyresnämnden. Enligt ett rättsfall (2018-ÖH 3127) ansågs en kommun ha rätt att säga upp ett hyresavtal gällande ett kategoriboende i form av en träningslägenhet som en person hade hyrt i andra hand under sex års tid. I kontraktet framgick att avtalet omfattade en särskild boendeform som anvisats efter biståndsbeslut enligt SoL. Kommunen hade avslutat biståndet i form av träningslägenhet, då man ansåg att behovet av boendeformen inte längre fanns.

Utredning om särskilt boende för personer under 65 år med demenssjukdom

2.4 Andra former av stöd

2.4.1 Dagverksamhet

Behovsprövad dagverksamhet riktar sig många gånger till personer med kognitiv svikt eller demenssjukdom med målet att stärka personens självständighet genom olika aktiviteter. I Sverige är det vanligt att kommuner erbjuder riktad biståndsbedömd dagverksamhet: 2018 var det 80% av kommunerna som erbjöd insatsen. Samtidigt var det mindre än 20% av kommunerna som hade en dagverksamhet anpassad för yngre med demenssjukdom. Bland de som erbjöd riktad dagverksamhet till personer under 65 år hade vissa kommuner en särskild enhet för dagverksamheten, medan andra samlade personer under 65 år i särskilda grupper som t.ex. träffades en specifik dag.

Ett återkommande problem över landet har varit att få personer i ordinärt boende att söka sig till dagverksamhet. En annan utmaning som har lyfts i forskningen om vård till personer med demenssjukdom (oavsett ålder) är att många blir av med sitt beslut om dagverksamhet när de flyttar till särskilt boende, trots att många upplever en meningsfull gemenskap på dagverksamheten. Ett av argumenten från kommunens sida till att beslut om särskilt boende ersätter beslut om dagverksamhet är att särskilt boende anses vara en helhetslösning för enskilda.

2.4.2 Anhörigstöd

Anhörigstöd omfattar en rad olika insatser som ska ge stöd, utbildning och avlastning till anhöriga som vårdar en närstående. Insatserna kan röra stödsamtal, stödgrupper, information och utbildning. Det kan även handla om mer direkt avlastning genom omsorg i form av hemtjänst, dagverksamhet eller att den närstående får bo en viss period på ett korttidsboende. De flesta former av anhörigstöd är kostnadsfria och kräver inget biståndsbeslut. En utmaning för både personer med demenssjukdom och deras anhöriga är att många med demenssjukdom kan ha svårt för att dels uppfatta att de behöver hjälp, dels vilken form av stöd som finns tillgängligt.

När det gäller anhörigstöd till anhöriga till personer under 65 år med demenssjukdom är det enligt data från SveDem 78,9% av anhöriga som får formellt stöd i form av information och utbildning. Det visar sig dock samtidigt i forskningen att det är relativt vanligt att både minderåriga barn och unga vuxna inte får det stöd som de har behov av när t.ex. en förälder får besked om en demensdiagnos. Det har till exempel visat sig att familjer med personer under 65 år med demensdiagnos och hemmavarande barn inte får mer stöd än andra individer med demensdiagnos, trots att behovet av stöd troligtvis är större med barn som bor hemma. Återigen kan arbete med familjecentrerat stöd ge möjlighet att avlasta den förälder som inte är sjuk, som annars riskerar att själv utveckla ohälsa när den ska ta hand om både partner och barn. På samma sätt är det även viktigt att anhöriga som inte

Utredning om särskilt boende för personer under 65 år med demenssjukdom

bor tillsammans med personen med demenssjukdomen synliggörs, eftersom även de ofta ger en omfattande informell omsorg.¹⁰

2.4.3 Samverkan och samtalsstöd

Forskningen visar även att tidiga insatser eller interventioner spelar stor roll för framtida välmående för personer i målgruppen. Det kan handla om samverkan mellan region och kommun, i att t.ex. tidigt få kontakt med kommunal vårdpersonal som demenssjuksköterska eller biståndshandläggare. Forskningen visar även vikten av att få kontakt med en kurator eller få samtalsstöd i någon form för att bättre kunna hantera negativa känslor. En sådan kontakt har visat sig kunna ha positiva effekter på depression, ångest och att hantera negativa känslor kopplat till att få en demensdiagnos. Det är ungefär 50 % av personer under 65 år med demenssjukdom som erbjuds kontakt med en kurator eller samtalsterapeut.¹¹

3. Metod och genomförande

I utredningen har det gjorts intervjuer med demenssamordnare, enhetschef på Utredning äldre, enhetschef för myndighetsutövning SoL Funktionshinderomsorg, lokalstrateg äldreomsorgen, fastighetsförvaltare på Fastighet, boendeplacerare äldreomsorg, samt två forskare som driver ett projekt om personer under 65 år med demenssjukdom.

Det har även gjorts en omvärldsbevakning där intervjuer har gjorts med företrädare från Luleå, Västerås, Skellefteå och Borås. Skriftliga svar har även inkommit från Uppsala, Malmö, Helsingborg, Örebro, Norrköpings kommuner, samt enhetschef på ett boende som drivs av Vardaga utanför Malmö.

Utöver intervjuerna har resultat från tidigare utredningar, forskning om demensvård, rättsfall och vägledande dokument från t.ex. Socialstyrelsen tagits i beaktande.

Demensföreningen, Geriatriskt centrum i Umeå och Umeås kranskommuner har getts möjlighet att yttra sig över vilket behov de ser av ett särskilt boende för personer under 65 år med demenssjukdom. En bedömning av barnets bästa enligt Barnkonventionen är gjord och återfinns i bilaga till utredningen.

4. Resultat - Nuvarande process och stöd

I Umeå kommun ansöker personer under 65 år om insatser hos myndighetsutövningen inom stöd- och omsorgsförvaltningen, då de har grunduppdraget för insatser enligt SoL för personer under 65

¹⁰ Kårelind et al. 2024

¹¹ Kårelind et al. 2024

Utredning om särskilt boende för personer under 65 år med demenssjukdom

år, samt för insatser enligt LSS alla åldrar. För Umeås del inkommer det dock enbart enstaka ansökningar enligt LSS för målgruppen, vilket innebär att det framför allt är SoL-insatser som utreds och verkställs.

4.1 Särskilt boende

När ett beslut om särskilt boende har fattats tar enhetschef på myndighetsutövningen för SoL under 65 år kontakt med kontakt med enhetschef inom Utredning äldre, som kommer överens att insatsen ska verkställas i äldreomsorgen. Detta beror huvudsakligen på att det saknas SoL-boende under 65 år i stöd- och omsorgsförvaltningen, men även att det finns särskilt kompetens när det gäller demensvård inom äldreomsorgen. Enhetschef på Utredning äldre lämnar sedan vidare ärendet till boendeplacerare, där den enskilde som sökt hjälp ställs i kö till särskilt boende. Kö till särskilt boende är samma oavsett ålder på personen som har beviljats insatsen. När en plats finns ledig på ett boende och den enskilde tackat ja så skrivs hyresavtal och inflyttning sker enligt ordinarie rutin.

När det gäller vård och omsorg för yngre personer finns det redan idag vård- och omsorgsboendet Sjöjungfrun som under en längre tid haft en ambition att personer under 65 år med demenssjukdom ska kunna få plats och vård där. Det har dock inte fattats något formellt beslut om att någon specifik avdelning på boendet ska ha en uttalad inriktning mot målgruppen. Mot bakgrund av problemen med lokalförsörjningen samt att man inte har avtalat bort besittningsskyddet för de som flyttat in, så har ambitionen inte infriats. Även om boendeplacerare i så stor utsträckning som det går försöker att verkställa beslut om särskilt boende utifrån individuella behov, t.ex. på Sjöjungfrun, så är det inte alltid möjligt.

Ytterligare en utmaning är att besittningsskyddet har kvarstått för yngre, något som har gjort det svårt att bibehålla en inriktning på personer under 65 år eftersom de boende behåller sina platser även när de blivit äldre. Över tid medför det att medelåldern stiger och att avdelningens profil eller inriktning inte går att upprätthålla. I vissa fall avtalar man redan idag bort besittningsskydd med vissa hyresgäster, främst när det gäller medboende/parboende. I de fallen får t.ex. en partner som flyttar in med en sjuk partner godkänna att det kan bli aktuellt med en flytt om vårdbehovet inte kvarstår efter att ens partner har avlidit. I andra förvaltningar förekommer det även att personer avstår besittningsskyddet gällande platser på vissa elevboenden. När en person i dagsläget avstår sitt besittningsskydd skriver den under en bilaga till hyresavtalet där det framgår att bostaden endast får innehas av en person som t.ex. har vissa vårdbehov eller har beviljats en viss insats. Om behovet upphör så kan avtalet sägas upp.

4.1.1 Lokalförutsättningar

Som har konstaterats i tidigare utredningar ser förvaltningen att det finns utmaningar med att bedriva äldreomsorg utifrån den brist på ändamålsenliga lokaler som finns i Umeå kommun, både ur

Utredning om särskilt boende för personer under 65 år med demenssjukdom

ett ekonomiskt perspektiv och personalperspektiv. De platser som blir lediga behövs i många fall fyllas relativt snabbt, beroende på hur lång boendekö det är vid tillfället. Det här har medfört att det varit svårt att skapa avdelningar med specifika vårdinriktningar, t.ex. för yngre personer med demenssjukdom.

På vissa boenden finns det dock avdelningar som har särskilda inriktningar för omsorgen. Det finns bland annat enheter för somatisk vård på Väst-Tegs vård- och omsorgsboende som öppnade hösten 2024. På andra boenden finns det även en resursenhet för personer med BPSD-symptom¹², samt en avdelning med patienter med trakeostomi. Företrädare från verksamheten har lyft att möjligheterna att arbeta med riktade vårdenheter på nyöppnade boende är betydligt större än att förändra vården på avdelningar där det redan bor vård- och omsorgstagare. En annan lösning som framkommit i intervjuer är även möjligheten att kombinera platser på särskilt boende med några korttidsplatser, för att se till att platserna inte står tomma.

I äldrenämndens investeringsplan finns två vård- och omsorgsboenden planerade, ett med 60 platser och ett med 90 platser. Den planerade inflytten för båda boenden är 2030.

4.2 Andra stödformer

4.2.1 Dagverksamhet

Dagverksamheten i Umeå är under utveckling på olika plan med det övergripande målet att arbeta ännu mer förebyggande än vad som har gjorts förut. Det har tidigare funnits en dagverksamhet för personer under 65 år med demenssjukdom på Hemgården som varit specifikt riktad mot målgruppen, men den är numera nedlagd. För att arbeta mer förebyggande utvecklas dagverksamheten mot att rikta sig till personer utifrån vilket stadium i sin demenssjukdom de befinner sig i, snarare än utifrån ålder. Målgruppen är personer med mild till måttlig demenssjukdom som bor kvar i det egna hemmet och inte är yrkesverksamma. Det finns alltså även idag verksamhet för personer under 65 år, skillnaden är att den nuvarande indelningen inte gör skillnad på åldersgrupper utan utgår från vilket skede av demenssjukdomen personen befinner sig i.

Dagverksamheternas förebyggande arbete utgår från FINGER-modellen där verksamheten arbetar med att främja fem friskfaktorer eller "fingrar": hälsosam kost, fysisk aktivitet, kognitiv träning, sociala aktiviteter och kontroll av hjärt- och kärlfaktorer. I april 2024 blev dagverksamheten den första enheten att Stjärnmärkas enligt Svenskt Demenscentrums modell.

I dagsläget finns det 180 personer som har beslut om dagverksamhet i Umeå kommun, där antalet dagar man vistas på dagverksamhet skiljer sig åt från person till person. Det finns 65 platser på

¹² Beteendemässiga och psykiska symptom vid demenssjukdom

Utredning om särskilt boende för personer under 65 år med demenssjukdom

dagverksamhet som personerna turas om att nyttja. Av de åtta dagverksamheter som finns i kommunen är fem i Umeå och de övriga tre är fördelade på Sävar, Holmsund/Obbola och Hörnefors.

4.2.2 Anhörigstöd

Stöd- och omsorgsförvaltningen och äldreomsorgsförvaltningen arbetar gemensamt med att utveckla anhörigstödet utifrån den Nationella strategin för anhörigstöd. Umeå kommun ger anhörigstöd i form av samtalsstöd, avlösning i hemmet, samt avlösning på korttidsboende. Avlösning på korttidsboende kan utformas som en periodvis återkommande avlösning (växelvård) eller så kan man få tillgång till flexibel avlösning¹³. Anhörigkonsulenterna hjälper även till att guida anhöriga till relevanta stödgrupper, t.ex. Demensföreningens samtalsgrupp. Det finns i nuläget inget särskilt riktat anhörigstöd till anhöriga till personer under 65 år med demenssjukdom, utan de får tillgång till ordinarie anhörigstöd.

Under perioden januari till oktober 2024 hade 195 anhöriga under 65 år och 261 anhöriga till personer med demenssjukdom tagit kontakt med en anhörigkonsulent.

4.2.3 Demenssamordnare och demensteamet

I kommunen finns även en demenssamordnare som arbetar med att hålla samman de olika processer och stöd som ges åt personer med demenssjukdom och deras anhöriga. I rollen har det ingått att arbeta med förbättringsarbeten så att insatser och omsorg ska ges på lika villkor som andra personer. De senaste åren har fokus legat på att införa Socialstyrelsens modell för standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom. Samordnaren arbetar även med att skapa ett flerprofessionellt team som ska sträcka sig mellan förvaltningar och verksamheter, där det ingår medarbetare från ordinärt och särskilt boende, funktionshinderomsorg, samt myndighetsutövningen. I rollen ingår även att utveckla samverkan mellan kommunen och regionen med grunden i ett personcentrerat förhållningssätt.

Det finns även ett demensteam som anställda (och anhöriga) kan kontakta för att få råd, stöd och handledning när det gäller bemötande och omsorg av personer med demenssjukdom. Teamet består av flera professioner: demenssjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut, samt demensspecialiserad undersköterska. Vid behov kan t.ex. demensteamet tillsammans med anhörigkonsulent göra hembesök med syftet att tidigt fånga upp behov av stöd hos personer med demenssjukdom och anhöriga. Teamet kan även kontaktas om en arbetsgrupp vill få utbildning i RESIMA, en metod som syftar till att minska hotfulla och våldsamma situationer i mötet med

¹³ Flexibel avlösning är sedan hösten 2024 en ny form för avlastning där den som beviljats insatsen får ett antal dygn som kan fördelas under året utifrån individuella behov, snarare än att ha fasta och återkommande perioder av avlastning t.ex. 7 dagar i månaden.

Utredning om särskilt boende för personer under 65 år med demenssjukdom

personer med demenssjukdom. Om det behövs stöd och kartläggning av beteendemässiga och/eller psykiska symptom vid demens (BPSD) kan teamet även bistå med det.

Under hösten 2024 påbörjades Hjärnträffen, som är en grupp bestående av personer som nyligen fått en demensdiagnos. I gruppen får deltagarna lära sig hur man kan använda motion, mat, gemenskap och hjärngympa för att försöka påverka demenssjukdomens förlopp. Gruppen leds av en rehabassistent och en undersköterska.

4.2.4 Samverkan mellan kommun och region

När en person får besked om en demensdiagnos av en läkare så får personen efter 2–4 veckor göra ett uppföljningsbesök hos demensansvarig på hälsocentral. Vid uppföljningsbesöket med demensansvarig på hälsocentralen lämnas information om vilket stöd som finns hos kommunen till anhöriga, kontaktuppgifter, samt information och inbjudan till anhörigutbildning. Personen bjuds även in till en samordnad individuell planering (SIP), som är ett möte där den enskilde tillsammans med företrädare från regionen och kommunen diskuterar behov av eventuellt stöd. Att delta i en SIP är frivilligt, varför vissa väljer bort det. Utmaningen med de som väljer bort att ta kontakt med kommunen antingen via en SIP eller på annat vis är att det blir svårare att sätta in tidiga insatser eller vägleda personer med demens till befintligt stöd, t.ex. Hjärnträffen som nämndes tidigare. De som tackar nej till en SIP ska enligt rutin bjudas in till en ny träff 12 månader efter den första inbjudan.

Mellan regionen och Umeå kommun finns en gemensam rutin för samverkan för personer som diagnostiserats med kognitiv sjukdom eller demenssjukdom. I länet finns det även ett gemensamt vårdprogram mellan regionen och kommunerna i länet för utredning, vård och omsorg för personer med kognitiv svikt och demenssjukdom.

4.3 Statistik

Geriatriskt centrum i Umeå har på begäran hämtat fram statistik om hur många personer under 65 år som får en demensdiagnos varje år. Enligt deras siffror rör det sig om 10 personer/år för Umeå med kringliggande kommuner, samt södra Lappland¹⁴. Sett till enbart Umeå kommun rör det sig om 13 personer för perioden 2022–november 2024 som har fått en demensdiagnos. Statistiken är utifrån personer som är registrerade i det svenska demensregistret SveDem, vilket innebär att det kan finnas ett visst mörkertal eftersom uppgifter om alla personer inte förs in i registret.

Även Umeå kommun har statistik för gruppen, då gällande antalet verkställda beslut för särskilt boende under 65 år enligt SoL för perioden 2021–2024 i Umeå kommun:

¹⁴ Södra Lappland består av kommunerna Dorotea, Lycksele, Malå, Sorsele, Storuman, Vilhelmina och Åsele

Utredning om särskilt boende för personer under 65 år med demenssjukdom

År	2021	2022	2023	2024 (jan-aug)
Totalt antal beslut SÄBO SoL	7	10	19 ¹⁵	7 ¹⁶
Personer med demensdiagnos	0	2	6 ¹⁷	1

Antalet beslut om särskilt boende har varierat över åren, precis som hur många av dessa gällt personer under 65 år med demensdiagnos. Eftersom man i biståndsbedömningen huvudsakligen utgår från behov, snarare än vilken diagnos personer har kan det vara svårt att följa statistiken specifikt för personer med demensdiagnos.

4.4 Omvärldsbevakning

4.4.1 Luleå kommun

I Luleå kommun finns det sedan mitten av 2000-talet en avdelning på ett vård- och omsorgsboende enligt SoL för gruppen "aktiva dementa". Tidigare hade avdelningen inriktningen personer under 65 år med demens, men det ändrades till aktiva personer med demenssjukdom efter en utvärdering där den åldersbaserade kategoriseringen upplevdes för snäv. I september 2024 bodde det 1 person under 65 år på avdelningen. I Luleå finns några enstaka beslut enligt LSS för målgruppen, 2024 var det en person som hade fått boende på avdelningen för aktiva dementa enligt LSS. Enligt verksamhetschefen fanns det även diskussioner om att eventuellt utöka verksamheten med ytterligare en enhet på grund av att det fanns kö till platserna.

Snittboendetiden på avdelningen för aktiva dementa var 1 år och 8 månader, jämfört med 9–12 månader (beroende av enhet) för övriga avdelningar. Avdelningen har en något högre bemanning än en vanlig demensavdelning med 3-bemanning istället för 2-bemanning¹⁸. Det finns även en specialistundersköterska med inriktning mot demens på avdelningen.

På samma vård- och omsorgsboende finns det även en annan specialenhet med inriktningen personer med BPSD-symtom¹⁹.

¹⁵ Det var 19 beslut, men omfattade 16 personer

¹⁶ 7 beslut som omfattade 6 personer

¹⁷ Uppgift från boendeplacerare om hur många personer under 65 år med demensdiagnos som stått i kö till särskilt boende i äldreomsorgen

¹⁸ 3-bemanning eller 3-3-1 innebär 3 personal på morgon/dag och kväll, samt 1 person på natten. 2-bemanning eller 2-2-1 innebär 2 personal morgon/dag, samt kväll och 1 personal på natten. Det är då inte inräknat moment som kräver dubbelbemanning.

¹⁹ Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom.

Utredning om särskilt boende för personer under 65 år med demenssjukdom

4.4.2 Uppsala

I Uppsala ser situationen 2024 ungefär likadan ut som när den förra utredningen gjordes 2022. Skillnaden mot tidigare är att det 2024 finns två gruppboendestäder (med 6–7 platser var) enligt LSS med inriktning på yngre personer med demenssjukdom. Det finns även en demensavdelning på ett vård- och omsorgsboende enligt SoL för ”personer med många funktioner kvar”. I Uppsala har man inte avtalat bort besittningsskyddet för de som bor på boendena eller demensavdelningen. Om en flytt ska ske så görs det i samråd med företrädare för den enskilde och handläggare från myndighetsutövning. Man arbetar även med att informera personer och anhöriga vid inflyttning att det kan bli aktuellt för personen att flytta om behovet förändras.

4.4.3 Skellefteå

I Skellefteå finns sedan 2011 ett LSS-gruppboende med 6 platser för personer under 65 år med demenssjukdom. Bemanningen på boendet är ungefär samma som på andra gruppboendestäder, med tillägg av personal med särskilt demenskompetens, t.ex. demensspecialiserade undersköterskor. Något som har påverkat gruppboendets inriktning är att personerna som bor i gruppboendestaden har besittningsrätt till sina lägenheter, vilket har medfört att de som bor där inte längre är under 65 år. En annan utmaning har varit att mängden hjälpmedel har ökat i takt med de boendes ökande sjuklighet, något som lokalen inte är anpassad för.

I Skellefteå finns det vanligen mellan 10–12 personer under 65 år som har beslut enligt SoL och bor på vård- och omsorgsboende. Den största delen har en demenssjukdom, men det finns även personer med andra behov som bor på vård- och omsorgsboende. Det finns ingen avdelning enligt SoL som har vård som riktar sig till personer under 65 år med demenssjukdom, utan personerna får plats på de boendena som har lediga platser.

4.4.4 Borås

I Borås finns det 18 platser på särskilt boende enligt SoL för målgruppen, 8–10 platser på LSS-boende för personer med demenssjukdom, samt dagverksamhet för personer under 70 år. Dagverksamheten och vård- och omsorgsboendet ligger nära varandra. Ett nytt vård- och omsorgsboende med 78 platser och specialisering mot yngre personer är planerat att öppna i januari 2025. I genomsnitt verkställs 5 beslut/år för yngre personer med demenssjukdom.

Eftersom man i Borås har upplevt att det har varit svårt att fylla platser på boendena med en åldersgräns på 65 år har man höjt åldersgränsen till 70 år. Företrädare från kommunen menar att det blivit betydligt lättare att fylla platserna och behålla en riktad vård mot yngre personer med en mer flexibel åldersgräns. I vård- och äldreförvaltningen har det funnits diskussioner om att eventuellt arbeta mer med riktad vård utifrån funktionsförmåga, snarare än ålder, men inget beslut är fattat om någon förändring.

Utredning om särskilt boende för personer under 65 år med demenssjukdom

Ett stort fokus för kommunen har varit att etablera många platser på dagverksamhet för att arbeta mer förebyggande och förskjuta inflytt till särskilt boende. Under hösten 2024 fanns det möjlighet i Borås att ta emot upp till 70 personer per dag i dagverksamheterna. Från Borås sida understryker man även vikten av att personer får information tidigt om sin sjukdom, vart de kan vända sig för stöd och att man tidigt etablerar kontakt med kommunen, t.ex. via en biståndshandläggare.

4.4.5 Lista över kommuner i omvärldsbevakningen

Kommun	Finns särskilt boende med riktad omsorg till målgruppen? Enligt vilken lagstiftning (SoL, LSS eller båda)?	Antal invånare (2023) Umeå: 133 091
Luleå	Ja (SoL, 8–9 platser)	79 352
Uppsala	Ja (LSS 16–18 platser, SoL) ^a	245 329
Skellefteå	Ja (LSS 6 platser)	76 542
Borås	Ja (LSS 8–10 platser, SoL 18 platser)	114 592
Helsingborg	Nej	151 306
Malmö	Nej	362 133
Linköping	Ja (SoL, 18 platser)	167 404
Sundsvall	Nej	99 213
Västerås	Ja (SoL, 4 platser) ^b	159 662
Norrköping	Nej	145 163
Örebro	Nej	159 348

a) I Uppsala finns en demensavdelning för ”personer som har många funktioner kvar”, men inte åldersindelad

b) I Västerås finns det 4 platser på särskilt boende och 4 korttidsplatser

4.5 Yttrande från Region Västerbotten

Geriatriskt centrum på NUS, Umeå, har sammanställt ett yttrande som tar fasta på vad regionen ser som viktigt i utformandet av ett särskilt boende för personer under 65 år med demenssjukdom.

Några viktiga delar som Geriatriken understryker är att vården är personcentrerad med hög personaltäthet och att det bör finnas ett brett utbud av aktiviteter för de som bor på boendet. När det gäller miljön och omgivningen menar Geriatriken att boendet bör ha en hemlik miljö som möjliggör fysiskt aktivitet, att utemiljön ska vara lättillgänglig och att det bör finnas bland annat utegym, odlingslådor, boulebana och grillplats. Boendet bör även placeras i Umeås tätort nära

Utredning om särskilt boende för personer under 65 år med demenssjukdom

kollektivtrafik för att underlätta för olika typer av utflykter. Geriatriken lyfter även fram önskemål om att kunna samlokalisera boendet med en dagverksamhet eller korttidsboende som riktar sig till yngre personer.

4.6 Yttrande från Demensföreningen

Demensföreningen menar att det är mycket viktigt att nämnden ska inrätta ett särskilt boende för yngre personer med demens, både för personer med demenssjukdomen och inte minst för deras anhöriga. Yngre personer med demenssjukdom har andra behov än äldre med demens och därför behöver de också ett anpassat stöd. Det gäller både en annan situation för anhöriga, där anhöriga många gånger arbetar själv och kanske även har barn eller ungdomar i hushållet att ta hand om. En högre aktivitetsnivå är också något som skiljer personer i målgruppen från äldre med demenssjukdom.

Demensföreningen understryker att en avdelning på vård- och omsorgsboende för målgruppen inte behöver vara särskilt stor, utan att det viktiga är att man inte blandar yngre och äldre. För att kunna behålla inriktningen på en eventuell avdelning menar Demensföreningen att det är viktigt att man kan avtala bort besittningsskyddet. Gällande frågan om avdelningen ska ge vård utifrån ålder eller aktivitetsnivå så förordar föreningen vård och omsorg utifrån ålder, mot bakgrund av yngre personers särskilda behov och livssituation.

En risk som Demensföreningen ser när man blandar grupperna är att yngre personer hamnar i en miljö med bl.a. mat, aktiviteter och livssituation som skiljer sig kraftigt från sin egen situation och som man riskerar bli sjuk i. Att inte ha ett särskilt boende riskerar även att höja trösklarna för anhöriga att söka hjälp hos kommunen, vilket medför risk för större ohälsa hos de anhöriga. Det kan även få ekonomiska konsekvenser om en anhöriga behöver gå ner i arbetstid för att t.ex. ta hand om en partner med demenssjukdom. Det nuvarande stödet i form av anhörigstöd, avlastning på korttidsboende och dagverksamhet fungerar bra enligt föreningen.

4.7 Behov hos kranskommunerna

Frågan om eventuellt intresse att köpa plats av Umeå Kommun om ett särskilt boende inrättas för målgruppen har undersökts via Socialchefsnätverket i Västerbotten. I förfrågan angavs inte något dygnspris eller motsvarande.

Nordmaling, Vännäs, Vindeln och Robertsfors har svarat att det inte finns något behov i dagsläget. Det har tidigare rört sig om ett fåtal personer. I det fall det finns behov av särskilt boende plats verkställs det inom ordinarie vård – och omsorgsboenden.

Intresse att köpa plats om behov skulle uppstå finns från samtliga ovan nämnda kommuner. I sina svar lyfter kranskommunerna att om behov skulle uppstå blir det viktigt med tydliga riktlinjer för när personen ska flytta åter till sin hemkommun igen, t.ex. en åldersgräns eller motsvarande.

Utredning om särskilt boende för personer under 65 år med demenssjukdom

5. Diskussion och slutsatser

5.1 Resultatdiskussion

Utifrån omvärldsbevakningen, yttranden från intressenter och det statistiska underlaget är det sannolikt att det både finns ett behov och underlag för att inrätta en avdelning på särskilt boende som riktar sig till personer under 65 år med demenssjukdom. Bedömningen är att 6 personer/år i kö till särskilt boende (statistik från äldreomsorgen) eller 13 personer under en treårsperiod som får demensdiagnos (statistik från Geriatriskt centrum) bör kunna fylla tillräckligt många platser på en boendeavdelning för att kunna motivera att en avdelning med inriktningen personer under 65 år med demenssjukdom inrättas.

Att döma av att andra kommuner i både liknande och mindre storlek har sett ett behov av riktad vård, så bör det finnas ett liknande underlag i Umeå. Ett flertal kommuner har även uppgett att efterfrågan förändrats när kommunens utbud av stöd utökats och det är flera som övervägt att utöka antalet avdelningar för personer under 65 år, bl.a. Luleå och Borås.

En inte oviktig aspekt i sammanhanget är att riktad vård till yngre personer med demenssjukdom bedöms kunna bidra till att öka attraktiviteten inom äldreomsorgen då det bland annat ger nya karriärmöjligheter för personal med särskilt inriktad verksamhet och behov av särskild kompetens.

Lokalfrågan

När det gäller frågan var ett boende skulle kunna förverkligas blir frågan något mer komplex. Som har konstaterats tidigare befinner sig kommunen i ett läge med begränsad tillgång till ändamålsenliga lokaler. Det har även tidvis varit en betydande kö till särskilt boende. Att disponera om befintliga platser på ett vård- och omsorgsboende skulle innebära ett betydande antal flyttar av vård- och omsorgstagare, något som inte rekommenderas utifrån risken för stress och förvirring hos den enskilde.

En lösning som har presenterats är att en avdelning för personer under 65 år med demenssjukdom skulle kunna planeras till ett framtida nybyggt vård- och omsorgsboende. En fördel med en sådan lösning är att man kan anpassa miljö och placering av boendet redan innan byggstart så att boendet kan lämpa sig bättre för de särskilda behov som yngre och mer fysiskt aktiva personer kan ha. Det bedöms även lättare att redan från uppstarten av ett nytt vård- och omsorgsboende ha en avdelning som är tillägnad personer med vissa behov, i likhet med hur de somatiska enheterna på Väst-Tegs vård- och omsorgsboende har planerats. Nackdelen med att planera en särskild avdelning till ett framtida boende är att det dröjer några år innan vården kan verkställas.

Utredning om särskilt boende för personer under 65 år med demenssjukdom

En annan lösning som har presenterats är möjligheten att kombinera fasta platser på en avdelning med korttidsplatser. Fördelen med den lösningen är att det skulle kunna vara lättare att fylla platserna om det för tillfället saknas yngre personer i kö till särskilt boende, samtidigt som nackdelen är att en sådan lösning inte är i linje med nämndens nuvarande inriktning på att hålla samman korttidsplatser på t.ex. Umeå norra korttidscenter. En alltför hög omsättning av boende på t.ex. korttidsplatser bedöms också kunna bidra till förvirring hos de som bor permanent på avdelningen men det skulle kunna vara ett alternativ för några personer.

Sammantaget bedöms alternativet med att planera uppstart av en avdelning för personer under 65 år med demenssjukdom till ett framtida nybyggt vård- och omsorgsboende vara den bästa lösningen i nuläget. Det ger också möjlighet för att personen kan flytta vidare inom samma fastighet när det är aktuellt, något som kan minska oro för personen själv och anhöriga då miljön redan är bekant.

Även om den specifika utformningen av ett framtida boende inte har varit i fokus för den här utredningen, så har det framkommit några synpunkter som är värda att lyfta. Något som kan vara lämpligt vid ett framtida särskilt boende för gruppen är att en avdelning med inriktning mot yngre personer kan placeras på bottenplan med egen ingång, inte minst ur ett barn- och familjeperspektiv. Med en egen ingång kan man lättare särskilja avdelningar för yngre och äldre personer, även om de i övrigt är samlokaliserade till samma vård- och omsorgsboende.

En fråga som har uppmärksamats är om avdelningen skulle kunna bestå av ett eget hus som är skilt från övriga byggnader i ett vård- och omsorgsboende. En sådan lösning skulle ha fördelen att miljön lättare kan anpassas till målgruppen yngre och att det skulle kunna vara lättare att beakta barn- och familjeperspektiv i vården. Samtidigt finns det nackdelar med vård- och omsorgsboenden som består av flera byggnader, där det kan vara svårt att få till ändamålsenliga lokaler utifrån bland annat arbetsmiljö, läkemedelsförvaring och utrymmen för hjälpmedel. Små enheter blir också sårbara utifrån ett kompetensförsörjningsperspektiv såväl som ur ett ekonomiskt perspektiv. Om avdelningen samlokaliseras med andra på samma vård- och omsorgsboende bedöms som tidigare nämnts eventuell framtida flytt till en avdelning med demensvård för äldre personer underlättas.

Vård utifrån ålder eller aktivitetsnivå?

Vissa kommuner tillämpar andra kriterier än ålder för riktad vård till målgruppen, t.ex. Uppsala och Luleå som har kriterier utifrån aktivitetsgrad och funktionsförmåga hos personen. Borås har åldersbaserade kriterier, men har valt att vara mer flexibla än en strikt gräns på 65 år. Även om det har sina fördelar med vård utifrån aktivitetsgrad så är bedömningen att fördelarna med vård utifrån ålder väger tyngre. Det ligger även närmre uppdraget som utredningen utgår ifrån, samt det rådande kunskapsläget. Dels bedrivs den mesta forskning utifrån en indelning över/under 65 år, dels finns det en rad andra faktorer som livssituation, hemmavarande barn, att befinna sig i yrkesverksam ålder, m.fl. som är åldersspecifika och behöver hanteras. Borås modell med en något högre åldersgräns än

Utredning om särskilt boende för personer under 65 år med demenssjukdom

65 år är dock värd att beakta, inte minst eftersom företrädare från Borås argumenterar för att det varit lättare att fylla platser på särskilt boende med en större flexibilitet.

Rekommendationen är att en avdelning för yngre personer med demenssjukdom i första hand har en åldersgräns upp till 65 år men med viss flexibilitet upp till 70 år, snarare än att personer direkt vid 65 års ålder behöver flytta till en annan avdelning.

Rekommendationer och mål

Att öppna en avdelning med riktad vård till yngre personer med demenssjukdom bedöms ligga i linje med äldreomsorgens mål om en trygg och säker vård, samt med äldreomsorgens strategier Förebygga, Samarbeta och Kompetensförsörja. Förslaget bedöms uppfylla individ- och familjenämndens mål för vuxna i behov av insatser enligt SoL: ”Personer i behov av insatser från socialtjänsten ska få möjlighet att leva ett självständigt och meningsfullt liv med god hälsa.”. Det är även ett sätt att arbeta mot mål 5.1 i program för social hållbarhet om att bland annat skapa ”en högkvalitativ välfärd för livets alla skeden”.

Att utveckla en mer individanpassad och personcentrerad vård och omsorg är både ett sätt att arbeta för att utveckla karriärmöjligheter inom den kommunala omsorgen (strategin Kompetensförsörja) och att samarbeta över förvaltningsgränser. Strategin Förebygga bedöms huvudsakligen uppfyllas genom de möjligheter som finns att vidareutveckla dagverksamhet och anhörigstöd, utöver det utvecklingsarbete som redan bedrivs. En mer personcentrerad vård bedöms också fungera preventivt genom att den kan leda till mer träffsäkra behandlingar och anpassad kompetens hos omsorgspersonalen, något som både kan förskjuta ett sjukdomsförlopp och minska lidande för den enskilde och anhöriga.

5.2 Slutsatser och rekommendationer

I utredningen har det framkommit att Umeå kommun och äldreomsorgen redan idag har en god grund i form av anhörigstöd, dagverksamhet och särskilt boende som tycks fungera på en godtagbar nivå. Det saknas dock vissa typer av stöd, främst i form av riktad information och utbildning. Bedömningen är att kommunen och invånarna skulle ha nytta av en än mer anpassad vård och omsorg till yngre personer med demenssjukdom och deras anhöriga. Det finns möjligheter att i större utsträckning arbeta personcentrerat och preventivt, något som bedöms kunna gynna den enskilde, anhöriga och kommunala verksamheter. Det bedöms även vara i enlighet med barnets bästa att inrätta en avdelning för yngre personer med demenssjukdom.

Utredningen mynnar ut i följande rekommendationer:

- Äldreomsorgen bör inrätta en avdelning med vård och omsorg som särskilt riktar sig till personer under 65 år med demenssjukdom. Mot bakgrund av svårigheterna med lokalförsörjning bör en sådan avdelning planeras till ett kommande nybyggt vård- och

Utredning om särskilt boende för personer under 65 år med demenssjukdom

omsorgsboende. Att något av de planerade vård- och omsorgsboenden ska ha en avdelning för personer under 65 år med demenssjukdom bör läggas till i äldrenämndens investeringsplan eller annat lämpligt styrdokument.

- För en ökad flexibilitet och större underlag bör det utredas om personer upp till 70 år ska kunna få plats på en sådan anpassad avdelning.
- För att avdelningen ska kunna fortsätta sin profilering bör äldreomsorgsförvaltningen och stöd- och omsorgsförvaltningen informera de inflyttade om nyttan med att avtala bort besittningsskyddet, för att kunna bedriva en målgruppsanpassad vård. Det kan med fördel göras på liknande sätt som hur information i samband med beslut om parboende/medboende ges i dagsläget.
- Den information, utbildning och det stöd som ges till minderåriga barn och unga vuxna som är anhöriga behöver utvecklas anpassas efter gruppens behov och förutsättningar. Stödet till vuxna anhöriga som både tar hand om minderåriga barn och t.ex. en partner med demenssjukdom behöver ses över. Familjeperspektivet behöver stärkas i arbetet med anhöriga för att synliggöra olika typer av relationer och säkerställa att anhöriga oavsett ålder får adekvat stöd. Det ligger i linje med det yttrande båda nämnder ställt sig bakom avseende SOU 2024:60 Stärkt stöd till anhöriga- ett mer ändamålsenligt stöd till barn och vuxna som är anhöriga
- Äldreomsorgsförvaltningen och stöd- och omsorgsförvaltningen bör tillsammans med Region Västerbotten, ideella föreningar, privata hälsocentraler, samt andra intressenter, fortsätta att utveckla den information som enskilda och deras anhöriga får om fördelarna med att delta i en samordnad individuell plan (SIP). Målet bör vara att de personer som får demensdiagnos och deras anhöriga, i så stor utsträckning som möjligt ska kunna få en tidig kontakt hos kommunen. Äldreomsorgens nystartade mottagningsenhet kan vara en ingång för att lättare få kontakt och information om aktiviteter och insatser för enskilda och deras anhöriga.

Utredning om särskilt boende för personer under 65 år med demenssjukdom

Referenser

Draper, B. and Withall, A. 2016. Young onset dementia. *Intern Med J*, 46: 779–786. <https://doi.org/10.1111/imj.13099>

Kårelind et al. 2024 post-diagnostic support for persons with young-onset dementia – a retrospective analysis based on data from the Swedish dementia registry SveDem. *BMC Health Services Research* 24:649 <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11108-7>

Regeringsrätten, RÅ 2008:78 – Om demenssjukdom och personkrets enligt LSS

Socialstyrelsen, 2017. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom – Stöd för styrning och ledning.

Socialstyrelsen, 2018. Nationella riktlinjer – Utvärdering 2018. Vård och omsorg vid demenssjukdom. Sammanfattning med förbättringsområden.

Svea hovrätt, 2018-ÖH 3127 – Om besittningsskydd

Umeå kommun. 2023. Risk- och sårbarhetsanalys lokalförsörjningsinriktning, dnr. ÄN-2023/00145–2

Umeå kommun. 2022. Utredning avseende särskilt boende för yngre personer med demenssjukdom samt andra målgrupper inom funktionshinderomsorgen, dnr. IFN-2021/00210–1

Utredning om särskilt boende för personer under 65 år med demenssjukdom

Bilaga – Enkel prövning av barnets bästa

Vad är en enkel prövning och när ska den användas?

Barnkonventionen slår fast att vid alla åtgärder som rör barn, vare sig de vidtas av offentliga eller privata välfärdsinstitutioner, domstolar, administrativa myndigheter eller lagstiftande organ, ska i första hand beaktas vad som bedöms vara barnets bästa (Artikel 3.1). Ett barn är varje människa under 18 år (Artikel 1).

En barnkonsekvensanalys ska göras när beslut ska fattas eller åtgärder vidtas som direkt eller indirekt påverkar barn. Syftet med barnkonsekvensanalysen är att säkerställa att barns rättigheter finns med i beslutsfattandet som rör verksamheten. En barnkonsekvensanalys innebär att göra en helhetsbedömning av vad som är den bästa möjliga lösningen för barnet/barnen som berörs av förslaget/åtgärden.

Frågeställning som ska prövas

Är det i enlighet med barnets bästa att skapa ett särskilt boende som är riktat till personer under 65 år med demenssjukdom?

Bakgrund och nulägesbeskrivning

En vanligt förekommande beskrivning av specifika problem som personer under 65 år med demenssjukdom möter är att det i vissa fall kan finnas hemmaboende barn, vars behov behöver beaktas i vården och omsorgen av personerna. Enligt den erfarenhet som finns i verksamheten kan barn påverkas negativt om t.ex. deras förälder vistas i en boendemiljö som inte är anpassad för deras ålder eller behov. För att mildra eventuella negativa konsekvenser föreslås att personer under 65 år med demenssjukdom - i den mån det är möjligt – kan bo på en avdelning med personer i liknande ålder och där boendemiljön är så hemmalik som möjligt.

Barn som berörs och påverkas

De barn som huvudsakligen berörs är anhöriga (t.ex. barn eller barnbarn) till personer under 65 år. Det beräknas att ca 10% av de under 65 år med en demenssjukdom har hemmavarande barn.

Beslutet om att inrätta ett särskilt boende som är riktat till målgruppen kan komma att påverka barn direkt genom att t.ex. deras förälder med demenssjukdom kan få ett annat stöd än vad som erbjuds i dagsläget. Ett förändrat stöd för den förälder som har sjukdomen skulle kunna ge avlastning både för en förälder som vårdar sin partner och för den/de barn som bor hemma tillsammans med den sjuka föräldern.

Barnkonventionen och lagstiftning

Artiklar i Barnkonventionen som bör beaktas är: Artikel 9.3, Artikel 27.1 ” [...] varje barns rätt till den levnadsstandard som krävs för barnets fysiska, psykiska, andliga, moraliska och sociala utveckling.”

Utredning om särskilt boende för personer under 65 år med demenssjukdom

Annan lagstiftning som berör frågan är Socialtjänstlagen och Jordabalken (bestämmelser om hyresförhållanden).

Exkludering och/eller diskriminering (Artikel 2)

Det finns en viss risk att barn till föräldrar med en funktionsnedsättning skulle kunna missgynnas/diskrimineras om föräldrarna inte får den vård och omsorg som är anpassad till deras behov.

Konsekvenser för något barns levnadsvillkor (Artikel 6)

Positiva konsekvenser

En anpassad omsorg (i form av särskilt boende) för personer under 65 år med demenssjukdom skulle sannolikt kunna få konsekvensen att barn som besöker t.ex. en förälder på ett boende har en lägre risk att känna sig främmande för miljön. Det skulle troligen skapa en tryggare miljö om det var fler i samma situation som kunde samlas på en avdelning, jämfört med att t.ex. en förälder vistas med personer som är betydligt äldre än dem själva. Personalen skulle troligen också kunna ge ett bemötande som är mer anpassat till en familj med minderåriga barn.

Negativa konsekvenser

Om det visar sig att det skulle bli mycket resurskrävande (i form av personal eller ekonomi) att inrätta en riktad avdelning till målgruppen, så skulle det möjligen kunna få negativa konsekvenser för barn vars föräldrar inte får plats på den riktade avdelningen om vård på övriga avdelningar påverkas av en förändrad resurstilldelning.

Barnets/Barnens delaktighet och åsikt/er (Artikel 12)

Barn har inte varit direkt delaktiga i utredningen. Bedömningen är att materialet från intervjuer, både externt och inom verksamheten, samt forskningsstudier och övrigt material, räcker för att få ett barnperspektiv på ämnet.

Analys och bedömning

Det som bedöms vara i enlighet med barnets bästa är att inrätta en avdelning på ett särskilt boende med riktad vård mot personer under 65 år. Trots att det enbart är ca 10% av de under 65 år med demenssjukdom som lever med barn, så bedöms en avdelning med riktad vård för yngre personer med demenssjukdom utgöra en mer välkomnande och barnanpassad vårdmiljö jämfört med en traditionell demensavdelning. I intervjuer i utredningen har verksamhetsföreträdare pekat på risken att barn kan bli skrämnda av att se en förälder vistas i en miljö som främst är anpassad till betydligt äldre personer och där personalen kanske inte heller är utbildade i att bemöta barn.

Utredning om särskilt boende för personer under 65 år med demenssjukdom

Slutsats

Är beslutet/åtgärden uppenbart i enlighet med barnets bästa?

Ja. En anpassad vårdmiljö och personal med kompetens att möta barn bedöms vara i linje med barnets bästa.

Utredning om särskilt boende för personer under 65 år med demenssjukdom

Utredning om särskilt boende för personer under 65 år med demenssjukdom

2024-12-17

Kontaktuppgifter:

Emil Fridolfsdahl, utredare emil.fridolfsdahl@umea.se

Anna Karlander, kanslichef anna.karlander@umea.se

Mer information:

Foto framsida: Johnér

Utredning om särskilt boende för personer under 65 år med demenssjukdom

Äldreomsorg – Ledning och stab

Besöksadress: Skolgatan 31 A, Norra flygeln

Postadress: Skolgatan 31 A, 901 84 Umeå

090-16 10 00

aldrenamnden@umea.se

www.umea.se/kommun



Tjänsteskrivelse

2025-01-17

Äldrenämnden

Diarienumr.: ÄN-2025/00016

Äldrenämndens delegationsordning

Förslag till beslut

Äldrenämnden godkänner den reviderade delegationsordningen

Ärendebeskrivning

Äldrenämndens delegationsordning uppdateras med tillägg av beslut angående skadeståndsanspråk och avtal om förlikning för skadeståndsanspråk (avsnitt 4.3) samt beslut om att fastställa krisledningsplan (avsnitt 5.) för förvaltningen.

Beslutsunderlag

Äldrenämndens delegationsordning 2025-01-30

Beredningsansvariga

Emil Fridolfsdahl, nämndsekreterare

Pernilla Henriksson
Äldreomsorgsdirektör

Emil Fridolfsdahl
Nämndsekreterare



Delegationsordning för äldrenämnden

Senast reviderad av äldrenämnden 2025-01-30

Dokumentnamn Delegationsordning för äldrenämnden		
Dokumentansvarig Nämndsekreterare äldrenämnden		Fastställd 2014-12-01
Beslutad av Äldrenämnden 2014-12-01 § 7	Version 1.0	Senast reviderad 2024-10-24

Innehållsförteckning

1. Om delegation.....	3
1.1 Delegationsbestämmelser	3
1.2 Rätt att fatta beslut	3
1.3 Ärenden som inte får delegeras enligt kommunallagen	3
1.4 Anmälan av delegationsärenden	4
2. Allmänna ärenden	5
2.1 Brådskande beslut	5
2.2 Offentlighet och sekretess – utlämnande av uppgifter m.m.	5
2.2.1 Utlämnande av allmän handling	5
2.2.2 Polisanmälan	5
2.2.3 Anmälan till överförmyndare	5
2.2.4 Anmälan till smittskyddsläkare	5
2.3 lex Sarah	6
2.4 lex Maria	6
3. Handläggning i individärenden.....	7
3.1 Utredning.....	7
3.2 Beslut om bistånd.....	7
3.3 Omprövning och överklagan	8
3.4 Överflyttning av ärende.....	9
3.5 Ombud och offentligt biträde.....	9
3.6 Arvoden, avgifter och taxor	9
4. Ekonomi, inköp mm.	9
4.1 Beslut om inköp	9
4.2 Teckna och säga upp/häva avtal	10
4.3 Övriga beslut.....	10
5. Övrigt	11

Lagar och förkortningar

FL	Förvaltningslagen (2017:900)
GDPR	Dataskyddsförordningen
HSLF-FS	Författningssamlingen avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, m.m.
KL	Kommunallagen (2017:725) lex Maria (1998:531) lex Sarah (2001:453)
OSL	Offentlighet- och sekretesslagen (2009:400)
PSL	Patientsäkerhetslagen (2010:659)
SmittskL	Smittskyddslagen (2004:168) Socialförsäkringsbalken (2010:110)
SoF	Socialtjänstförordningen (2001:937)
SoL	Socialtjänstlagen (2001:453)
TF	Tryckfrihetsförordningen (1949:105)

1. Om delegation

1.1 Delegationsbestämmelser

I kommunallagen 6 kap. 37-39 §§ finns bestämmelser om delegering av ärenden inom en kommunal nämnds ansvarsområde. En nämnd får uppdra åt presidiet, ett utskott, en ledamot eller ersättare eller en anställd tjänsteperson att besluta på nämndens vägnar i ett visst ärende eller grupp av ärenden. Delegering innebär således ett överlåtande av en beslutsfunktion, vilket innebär att delegaten inträder i nämndens ställe. Delegaten skall iakta gällande författningsbestämmelser, avtal, ekonomiska ramar och övriga riktlinjer för verksamheten.

Beslut fattade av delegat har samma rättsverkan som nämndens egna beslut. Beslutet kan inte ändras av nämnden, men inget hindrar en nämnd från att bevilja bistånd trots att delegat tidigare avslagit sådant bistånd. Nämnden kan även återta en tidigare delegerad beslutanderätt. Kommunallagen skiljer också mellan beslut som måste delegeras och beslut som innebär ren verkställighet. Delegationsordningen ska inte omfatta ärenden av ren verkställande art.

1.2 Rätt att fatta beslut

Delegationen gäller endast tjänsteperson som arbetar i den enhet som ansvarar för ärendet. Om delegaten anser att ärendet är svårbedömt eller av annan orsak inte anser sig kunna fatta beslut i ärendet kan det överlämnas till nämnden. Om en ärendetyp inte finns med i delegationsordningen innebär det att beslut ska fattas i nämnden. Om inte annat anges omfattar delegationen både bifall och avslag samt i de fall det är aktuellt upphörande av insatsen.

Delegaten handläggare innefattar biståndshandläggare inom äldreomsorgen.

1.3 Ärenden som inte får delegeras enligt kommunallagen

Beslutanderätten får enligt kommunallagen 6 kap. 38 § inte delegeras i följande slag av ärenden:

- Ärenden som avser verksamhetens mål, inriktning, omfattning eller kvalitet.
- Framställningar eller yttranden till kommunfullmäktige, liksom yttranden med anledning av att beslut av nämnden i dess helhet eller beslut av kommunfullmäktige har överklagats.
- Ärenden som rör myndighetsutövning mot enskilda om de är av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt.
- Ärenden som väckts genom medborgarförslag och som överlåtits till nämnden
- Ärenden som enligt lag eller annan författning inte får delegeras. (Till exempel 10 kap 4 och 5 §§ i Socialtjänstlagen).

1.4 Anmälan av delegationsärenden

Nämnden ska besluta om i vilken utsträckning beslut som har fattats med stöd av uppdrag enligt 37 § ska anmälas. Beslut som inte anmäls ska protokollföras särskilt, om beslutet får överklagas enligt bestämmelserna i kap. 13. Sådana beslut som avses i 39 § ska anmälas vid nämndens nästa sammanträde. (KL 6 kap. 40 §)

Delegationsbeslut som kan överklagas via laglighetsprövning samt brådskande ordförande/vice ordförande/särskild förordnad ledamots beslut ska anmälas till nästkommande nämnd. Delegerade myndighetsbeslut i individärenden ska från och med 1 januari 2018 inte anmälas till nämnd.

Slumpvisa kontrollärenden av myndighetsbeslut i individärenden tas ut och redovisas i samband med presidieberedning.

Beslut som fattas av presidiet, ordförande/vice ordförande samt äldreomsorgsdirektör anmäls på nästkommande nämnd.

2. Allmänna ärenden

2.1 Brådskande beslut

Ärende	Lagrum	Delegat
Beslut i ärenden som är så brådskande att nämndens avgörande inte kan avvaktas	6 kap. 39 § KL	Ordförande/ vice ordförande

Dessa beslut ska anmälas vid nämndens nästa sammanträde.

2.2 Offentlighet och sekretess – utlämnande av uppgifter m.m.

Ärende	Lagrum	Delegat
2.2.1 Utlämnande av allmän handling		
Beslut att lämna ut handling fattas av den som har handlingen i sin vård om inte en viss befattningshavare ska göra detta, 6 kap. 3 § OSL		
Avslag på begäran att ta del av allmänna handlingar (Får överklagas till kammarrätten)	2 kap. 14 § TF 6 kap. 4 § OSL	Äldreomsorgs- direktör med rätt att vidaredelegera
Uppställa förbehåll i samband med att handling utlämnas (Får överklagas till kammarrätten)	10 kap. 4 § och 13- 14 §§ OSL	Äldreomsorgs- direktör med rätt att vidaredelegera
Beslut om anonymitetsskydd för anmälare	26 kap. 5 § OSL	Äldreomsorgs- direktör med rätt att vidaredelegera
2.2.2 Polisanmälan		
Beslut att polisanmäla/ej polisanmäla brott mot den egna verksamheten	12 kap. 10 § SoL 10 kap. 2 § OSL	Enhetschef
2.2.3 Anmälan till överförmyndare		
Anmäla till överförmyndare om behov av god man/förvaltare samt att behov inte längre föreligger	5 kap. 3 § SoF 15 § LSS	Handläggare Enhetschef utförare
2.2.4 Anmälan till smittskyddsläkare		
Lämna uppgift/anmäla till smittskyddsläkaren	6 kap. 11-12 §§ SmittskyddsL	Handläggare Enhetschef utförare

2.3 lex Sarah

Ärende	Lagrum	Delegat
Beslut att avsluta en utredning enligt Lex Sarah	14 kap. 6 § SoL	Socialt ansvarig samordnare (SAS)
Beslut att anmäla allvarliga missförhållanden eller påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande enligt Lex Sarah till tillsynsmyndighet	14 kap. 7 § SoL	Socialt ansvarig samordnare (SAS)

2.4 lex Maria

Ärende	Lagrum	Delegat
Beslut angående skyldighet att utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada	3 kap. 3 § PSL	Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)
Anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada	3 kap. 5 § PSL	Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)
Anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ang. legitimerad vårdpersonal som befaras utgöra en fara för patientsäkerheten.	3 kap. 7 § PSL	Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)
Anmälan till läkemedelsverket av allvarliga tillbud/negativa händelser med medicintekniska produkter	5 kap. 2,3 §§ HSLF-FS 2021:52	Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)

3. Handläggning i individärenden

3.1 Utredning

Ärende	Lagrum	Delegat
Beslut att inleda utredning	11 kap. 1 § SoL	Handläggare /Vid bortfall ersätter: 1) enhetschef myndighetsutövning 2) verksamhetschef myndighetsutövning
Beslut att utredning inte ska inledas	11 kap. 1 § SoL	Handläggare /Vid bortfall ersätter: 1) enhetschef myndighetsutövning 2) verksamhetschef myndighetsutövning
Beslut att utredning inte ska föranleda någon insats	11 kap. 1 § SoL	Handläggare /Vid bortfall ersätter: 1) enhetschef myndighetsutövning 2) verksamhetschef myndighetsutövning
Beslut att lägga ned inledd utredning	11 kap. 1 § SoL	Handläggare /Vid bortfall ersätter: 1) enhetschef myndighetsutövning 2) verksamhetschef myndighetsutövning

3.2 Beslut om bistånd

Ärende	Lagrum	Delegat
Beslut om bistånd i form av särskild boendeform och korttidsvistelse	4 kap.1§ och 1 c § SoL	I första hand: Enhetschef myndighetsutövning I andra hand: Handläggare efter godkännande av enhetschef

Beslut om bistånd i form av hemtjänst, boendestöd, ledsagarservice, telefonservice, dagverksamhet, matdistribution, trygghetslarm, samt andra insatser för den enskildes livsföring i övrigt	4 kap. 1 § SoL	Handläggare /Vid bortfall ersätter: 1) enhetschef myndighetsutövning 2) verksamhetschef myndighetsutövning
Beslut om bistånd i form av kontaktperson	4 kap. 1 § SoL	Handläggare /Vid bortfall ersätter: 1) enhetschef myndighetsutövning 2) verksamhetschef myndighetsutövning
Beslut om förordnande och entledigande av kontaktperson	4 kap. 1 § SoL	Handläggare /Vid bortfall ersätter: 1) enhetschef myndighetsutövning 2) verksamhetschef myndighetsutövning

3.3 Omprövning och överklagan

Ärende	Lagrum	Delegat
Omprövning av beslut	37-39 §§ FL	Delegaten i ursprungsbeslutet
Avvisa för sent inkommen överklagan	45 § FL	Delegaten i ursprungsbeslutet
Yttrande till förvaltningsdomstol om nämndens inställning i överklagningsärende	46 § FL	Delegaten i ursprungsbeslutet

3.4 Överflyttning av ärende

Ärende	Lagrum	Delegat
Beslut att framställa om överflyttning av ärende till nämnd i annan kommun	2 a kap. 10 § SoL	Handläggare /Vid bortfall ersätter: 1) enhetschef myndighetsutövning 2) verksamhetschef myndighetsutövning

3.5 Ombud och offentligt biträde

Ärende	Lagrum	Delegat
Ge fullmakt till handläggare att företräda nämnden i förvaltningsdomstol	10 kap. 2 § SoL	Verksamhetschef

3.6 Arvoden, avgifter och taxor

Ärende	Lagrum	Delegat
Beslut om arvode och omkostnadsersättning till kontaktperson a) Enligt SKR:s riktlinjer b) Utöver SKR:s riktlinjer		a) Handläggare b) Enhetschef
Fastställa avgifter i särskilt boende och för hemtjänst och övriga hjälp i hemmet	8 kap. 2 § SoL	Assistent
Jämkning av avgifter enligt gällande regler	8 kap. 2 § SoL	Assistent
Jämkning av taxor och avgifter utöver gällande regler	8 kap. 2 § SoL	Enhetschef

4. Ekonomi, inköp mm.

Enligt Umeå kommuns styrande dokument, exempelvis upphandlings- och attestreglemente

4.1 Beslut om inköp

Ärende	Delegat
Beställa varor och tjänster	Äldreomsorgsdirektör med rätt att vidaredelegera
Utse beställare och attestanter inklusive ersättare	Äldreomsorgsdirektör med rätt att vidaredelegera

4.2 Teckna och säga upp/häva avtal

Ärende	Delegat
Hysesavtal enligt fastställd boendeplan	Äldreomsorgsdirektör med rätt att vidaredelegera
Hysesavtal utöver fastställd boendeplan	Äldreomsorgsdirektör med rätt att vidaredelegera
Övriga avtal med ekonomiskt innehåll ¹	Äldreomsorgsdirektör med rätt att vidaredelegera
Avtal med externa utförare av hemtjänst enligt LOV	Upphandlingschef/Bitr.upphandlingschef
Personuppgiftsbiträdesavtal	Äldreomsorgsdirektör med rätt att vidaredelegera

4.3 Övriga beslut

Ärende	Delegat
Bokföringsmässig avskrivning av fordringar	Äldreomsorgsdirektör med rätt att vidaredelegera
Besluta om bidrag ur fondmedel	Äldreomsorgsdirektör med rätt att vidaredelegera
Beslut att beställa utredning hos Fastighet, service	Äldreomsorgsdirektör med rätt att vidaredelegera
Omfattande forskningsprojekt och andra projekt som kräver särskilda resurser	Äldreomsorgsdirektör
Lämna yttrande i samhällsplaneringsärenden där nämndens beslut ej krävs	Äldreomsorgsdirektör
Beslut angående skadeståndsanspråk och avtal om förlikning avseende skadeståndsanspråk a) upp till ½ prisbasbelopp b) över ½ prisbasbelopp upp till 2 prisbasbelopp c) över 2 prisbasbelopp	a) Enhetschef b) Biträdande verksamhetschef och verksamhetschef c) Äldreomsorgsdirektör

¹ Kan till exempel vara avtal med Region Västerbotten om ansvarsfördelning för vissa hälso- och sjukvårdsuppgifter.

5. Övrigt

Ärende	Delegat
Besluta om deltagande i kurser och konferenser och studiebesök inom Sverige och Europa för förtroendevalda	Presidiet
Beslut att avslå begäran enligt artiklarna 12.5 samt 15 – 21 enligt dataskyddsförordningen (GDPR).	Äldreomsorgsdirektör med rätt att vidaredelegera
Beslut att fastställa konsekvensbedömning enligt artikel 35 och rätt att samråda med tillsynsmyndighet enligt artikel 36 enligt dataskyddsförordningen (GDPR)	Äldreomsorgsdirektör med rätt att vidaredelegera
Beslut att teckna datadelningssavtal för fastställande av ansvar vid gemensamma personuppgiftsbehandlingar enligt artikel 26 i dataskyddsförordningen (GDPR)	Äldreomsorgsdirektör med rätt att vidaredelegera
Fastställa krisledningsplan för äldreomsorgsförvaltningen	Äldreomsorgsdirektör



Tjänsteskrivelse

2025-01-21

Äldrenämnden

Diarienumr: ÄN-2025/00051

Fortsatt införande av planeringsverktyg Intraphone

Förslag till beslut

Äldrenämnden beslutar att fullfölja införandet av planeringsverktyget IntraPhone.

Ärendebeskrivning

Äldreomsorgsförvaltningen har tillsammans med och Stöd- och omsorgsförvaltningen upphandlat planeringsverktyget IntraPhone för planering och kvalitetssäkring av insatser hos den enskilde som är i behov av stöd och hjälp. IntraPhone är upphandlad som en molntjänst och upphandlingsprojektet har följt Umeå kommuns riktlinjer och processer för upphandling samt informationssäkerhet.

Beslutsunderlag

Beslut om fortsatt införande planeringsverktyg Intraphone

Beredningsansvariga

Emil Forsberg, digitaliseringschef

Beslutet ska skickas till

Emil Forsberg

Pernilla Henriksson
Äldreomsorgsdirektör

Emil Forsberg
Digitaliseringschef



Beslut gällande införande av planeringsverktyget Intraphone

Bakgrund

Äldreomsorgsförvaltningen har tillsammans med och Stöd- och omsorgsförvaltningen upphandlat planeringsverktyget IntraPhone för planering och kvalitetssäkring av insatser hos den enskilde som är i behov av stöd och hjälp.

Idag är det endast den kommunala hemtjänsten som har ett planeringsverktyg (f.n. TES) men behovet finns i fler verksamheter inom båda förvaltningarna. Det flertal verksamheter som saknar planeringsverktyg hanterar sina behov utan anpassat systemstöd vilket innebär omfattande administration men även lagring och hantering av uppgifter som rör den enskilde på ej anpassade lagringsplatser, till exempel listor i Excel, Outlook samt SharePoint Online.

IntraPhone är upphandlad som en molntjänst och upphandlingsprojektet har följt Umeå kommuns riktlinjer och processer för upphandling samt informationssäkerhet. En uppdaterad konsekvensbedömning enligt GDPR och riskbedömning utifrån upphandlingens resultat samt KLASSA har genomförts och delgivits kommunens Dataskyddsombud.

Det arbete som genomförts har visat att vård-/omsorgstagare samt medarbetare med sekretesskydd kan omfattas av planering som görs i IntraPhone, för kvalitetssäkring av insatser enligt uppdrag som socialtjänsten har. Från och med första januari 2025 gäller en ny rutin avseende dispens från kommunövergripande riktlinjer för informationssäkerhet där berörd nämnd tar ställning till informationssäkerhetsrådets utlåtande, vilket tidigare har skett via stadsdirektör. Den kommunövergripande riktlinjen är under revidering och exakt hur processen ska se ut är inte fastställt.

Informationssäkerhetsrådets utlåtande

Informationssäkerhetsrådets bedömning är att Intraphone uppfyller samtliga krav på adekvat informationsskydd med ett undantag; information lagras inte krypterat hos leverantören. Informationssäkerhetsrådet menar därmed att uppgifterna inte har tillräckligt skydd mot obehörig åtkomst.

Tekniska krav och det förändrade världsläget

Vid tidpunkt för upphandlingen ställdes de krav som motsvarade den vetskap om informationssäkerhet som fanns då. På kort tid har världsläget förändrats och behovet av skydd för den information som hanteras digitalt har ökat.

Krypterad lagring, som informationssäkerhetsrådet förespråkar, är idag ovanligt på marknaden och stora leverantörer som exempelvis Microsoft erbjuder ännu inte fullt ut funktionalitet för detta. Krypterad lagring är även en betydligt mer komplex teknisk lösning som ställer högre krav både på leverantören och användaren. Det är framför allt vid de tillfällen den krypterade informationen innehåller fel av något slag och behöver rättas till som dekrypteringen kan dels ta tid, vilket kan innebära att informationen inte är tillgänglig, men kan också innebära att data förloras i processen och inte kan återställas. Den tekniska struktur och säkerhet som IntraPhone erbjuder i sin molntjänst motsvarar de krav som ställdes i upphandlingen och är representativ för hur marknaden ser ut i den här typen av system. Intraphone är en etablerad leverantör och cirka ett hundra kommuner i landet använder deras planeringsverktyg så som det tillhandahålls utan krypterad lagring.

Konsekvenser om införande av Intraphone inte fullföljs

Förberedelserna för införandet av nytt planeringsverktyg är långt framskridna och behovet av att byta eller införa systemet är stort bland annat för att komma bort från manuell hantering och utskrift på papper samt annan lagring av information som utifrån ett informationssäkerhetsperspektiv är riskfylld. Vidare bidrar IntraPhone till att kvalitetssäkra att rätt insats utförs vid rätt tidpunkt vilket är avgörande för att möta den enskildes behov av vård och omsorg. Utöver detta bidrar IntraPhones funktionalitet till en effektivare verksamhet vilket blir allt viktigare utifrån den tilltagande kompetensförsörjningsutmaningen. Som kund har vi en skyldighet att fullfölja det ingångna avtalet vilket annars riskerar att leda till avtalsbrott med påföljande omfattande juridiska och ekonomiska konsekvenser. Då krypterad lagring ännu inte är en etablerad teknik är det även högst sannolikt att verksamheternas behov inte kan tillgodoses utan hänvisas därmed till manuella arbetssätt med tillhörande informationssäkerhetsrisker, kvalitetsbrister och ineffektivitet i planering och utförande av insatser.

Förslag till beslut

Äldrenämnden beslutar att fullfölja införandet av planeringsverktyget IntraPhone.

Denna behandling '10/25 Information om hemtjänstindex' har inget tjänsteutlåtande.



Tjänsteskrivelse

2025-01-23

Äldrenämnden

Diarienumr.: ÄN-2024/00201

Skrivelse till regeringen - Uttalande angående försörjningskravet

Förslag till beslut

Äldrenämnden ställer sig bakom skrivelsen till regeringen.

Ärendebeskrivning

Äldreomsorgsförvaltningen fick 2024-11-21 i uppdrag av äldrenämnden att ta fram ett förslag till en skrivelse från nämnden till regeringen, som belyser konsekvenserna av försörjningskravet och migrationspolitiken för personalförsörjningen i äldreomsorgen i Umeå kommun.

Beslutsunderlag

Skrivelse till regeringen

Extra ärende från (S) – Uttalande angående försörjningskravet

Beredningsansvariga

Rebecca Andersson, HR-chef Äldreomsorgsförvaltningen

Beslutet ska skickas till

Regeringskansliet

Pernilla Henriksson
Äldreomsorgsdirektör

Rebecca Andersson
HR-chef
Äldreomsorgsförvaltningen

Regeringskansliet

Uttalande angående försörjningskravet

Den 1 november 2023 höjdes försörjningskravet till 80 % av medianlönen vilket för närvarande beräknas vara 28 480 kr. Redan då såg äldrenämnden i Umeå kommun utmaningarna som skulle komma med denna förändring och nu drygt ett år senare kan konstateras att fler och fler av medarbetarna nekas arbetstillstånd på grund av att de inte når upp till försörjningskravet. Detta är välfungerande medarbetare som nämnden investerat både tid och pengar i och som många gånger också utbildas till undersköterskor via äldreomsorgslyftet.

Umeå kommun är en av de kommuner i landet som har lägst arbetslöshet och vid senaste mätningen låg den på 4,1 %. I Västerbotten var den 4,3 %. Detta kan jämföras med exempelvis Malmös 12,7 %. Det innebär helt olika förutsättningar att kompetensförsörja verksamheten. Vi är beroende av att få behålla medarbetare med arbetstillstånd för att klara av att få ihop den dagliga bemanningen och säkra en trygg vård och omsorg för de äldre som behöver stöd.

Försörjningskravet i dess nuvarande format är redan nu förödande ur ett arbetsgivarperspektiv. Skulle Regeringens förslag att höja försörjningskravet till 100 % av medianlön vilken nu är 35 600 kr så innebär det att ca 82 % av medarbetarna i äldreomsorgsförvaltningen i Umeå kommun, oavsett befattning, hamnar under kravet och därmed kommer att nekas arbetstillstånd. Redan med det krav som finns i dag är det 48 % av medarbetarna i förvaltningen som ligger under gränsen för försörjningskravet.

Utifrån den demografiska utvecklingen med fler äldre och färre personer i arbetsför ålder finns redan stora utmaningar med kompetensförsörjningen. Äldrenämnden i Umeå kommun önskar därför att utformningen av försörjningskravet ses över för att inte tappa ännu fler medarbetare och försvåra rekryteringen av nya.

Förslagsvis kan ingångslön enligt kollektivavtal utifrån vilket avtalsområde personen i behov av arbetstillstånd till hör ligga till grund för vilken nivå försörjningskravet ska ligga på.

Äldrenämnden, Umeå kommun

Carin Nilsson, ordförande

Umeå kommun
Äldrenämnden

Sammanträdesprotokoll
2024-11-21

§ 123

Diariernr: ÄN-2024/00201 - /

Extra ärende från (S) - Uttalande angående försörjningskravet

Beslut

Äldrenämnden beslutar enligt nedan ärendebeskrivning.

Ärendebeskrivning

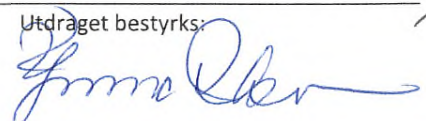
Att förvaltningen får i uppdrag att ta fram ett förslag till en skrivelse, från nämnden till regeringen, som belyser konsekvenserna av försörjningskravet och migrationspolitiken för personalförsörjningen i äldreomsorgen i Umeå kommun samt begär svar om vad regeringen kommer att göra för att staten ska ta sitt ansvar för arbetskraftsbristen och för att säkerställa att vi inte förlorar fler medarbetare för att de tvingas lämna äldreomsorgen eller lämna landet.

Beslutet skickas till

Pernilla Henriksson, äldreomsorgsdirektör
Äldrenämndens ledamöter och ersättare

Justerares sign:

Utdraget bestyrks:

2024-11-26/8


Denna behandling '12/25 Information om medarbetarenkät 2024' har inget tjänsteutlåtande.



Tjänsteskrivelse

2025-01-20

Äldrenämnden

Diarienummer: ÄN-2025/00011

Anmälan av delegerade beslut/anmälningssärenden äldrenämnden januari

Förslag till beslut

Äldrenämnden godkänner redovisningen av anmälningssärendena och de delegerade besluten.

Ärendebeskrivning

Beslut som har tagits på delegation från nämnden och ärenden som ska anmälas till nämnden redovisas nedan.

Beslutsunderlag

Delegerade beslut

Ärendenummer	Dokumentrubrik
ÄN-2024/00009	Delegationsbeslut om tillförordnad äldreomsorgsdirektör Anna Karlander 2025-01-13 - 2025-01-27

Anmälningssärenden

Ärendenummer	Dokumentrubrik
ÄN-2024/00045	Protokoll Länsamverkansgruppen 2024-11-15, Protokoll Samråd hälsa vård och omsorg 2024-12-06
ÄN-2024/00046	UPR 2024-11-29 - Minnesanteckningar
ÄN-2024/00195	Remiss - förslag till ändrade regler om delegering i hälso- och sjukvården och tandvården 4.1-77777/2024 - Yttrande till Socialstyrelsen

Beredningsansvariga

Rosa Norberg, nämndsekreterare

Pernilla Henriksson
ÄldreomsorgsdirektörRosa Norberg
Nämndsekreterare

Delegationsbeslut

Umeå kommun 2024-12-16

Diarienum: ÄN-2024/00009-8

Anna Karlander

Beslutsfattare:

Äldreomsorgsdirektör Pernilla Henriksson

Ärende:

Med stöd av personalutskottets delegationsordning, fastställd 2020-01-14 meddelas följande beslut om förvaltningschefs rätt att utse en tillförordnad vikarie för sig upp till två månader vid frånvaro.

Beslut:

Vid äldreomsorgsdirektör Pernilla Henrikssons ledighet

2025-01-13 – 2025-01-27 utses Anna Karlander till tillförordnad äldreomsorgsdirektör.

Ledning och stab ÄN, Umeå kommun

Pernilla Henriksson
Äldreomsorgsdirektör

Sändlista

Anna Karlander

Margareta Alfredsson

Umeå kommun

Postadress: 901 84 Umeå

Besöksadress: Skolgatan 31A

Telefon: 090-16 10 00 (växel)

Webbplats: www.umea.se/kommun

Regional samverkan

Ett samarbete mellan kommunerna
i Västerbotten och Region Västerbotten

Protokoll Länssamverkansgruppen

Dnr: HSN 49-6-2024

Datum och tid: 20241115

Plats: Teams

Ärenden: 45–60

Närvarande

Isabell Zemré, ordförande Region Västerbotten
Pernilla Henriksson, vice ordf. Umeå kommun
Maria Egelby, Bjurholms kommun
Gaby Bisping, Dorotea kommun
Kerstin Olla Grahn, Lycksele kommun
Andreas Witt, Nordmalings kommun
Hanna Mattsson, Norsjö kommun
Katarzyna Wikström, Skellefteå kommun
Sara Johansson, Sorsele kommun
Anna Kroik, Storumans Kommun, ersätter Helena Steen
Ulrica Westerlund, Vännäs kommun
Eva-Lena Johansson, Åsele kommun
Ida Lestander, Region Västerbotten
Anna-Maria Stenlund, Region Västerbotten
Camilla Andersson, Region Västerbotten
Christer Wilhelmsson, Region Västerbotten
Carolina Forsell, ordf. Hjälpmedelsrådet
Elena Jakobsson, vice ordf. Beredning vuxna/äldre

Adjungerade:

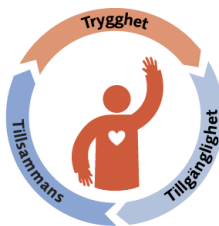
Monica Wahlström FoU Socialtjänst
Gunilla Larsson Region Västerbotten

Övriga tjänstepersoner

Sofia Ögren, regional hjälpmedelskoordinator

Frånvarande:

Helena Steen, Storumans kommun
Pernilla Ahlström, Lycksele kommun
John Olsson, Malå kommun
Jhonas Nilsson, Robertsfors kommun
Ana-Maria Deliv, Skellefteå kommun
Karolina Lundqvist, Umeå kommun
Jenny Örnberg, Vilhelmina kommun
Jim Lindberg, Vindelns kommun



Regional samverkan

Ett samarbete mellan kommunerna
i Västerbotten och Region Västerbotten

David Isaksson, frånvarande, ordf. Beredning barn/unga
Magnus Rudehäll, ordf. Beredning för utveckling av digitala välfärdstjänster

Ärende

45. Godkännande av dagordning

Dagordningen godkändes

46. Föregående protokoll

Uppföljning Samverkan

Beslutsärende - bordlagt från LSG 20240920

Bilaga.46. Hjälpmedelsrådets uppdrag - uppföljning av samverkansstrukturen

- Hjälpmedelsrådets sammansättning, referensgrupp av förskrivare samt digital kommunikationsyta.

Ärendet är bordlagt sedan tidigare LSG 20240920. Hjälpmedelsrådet har behandlat frågan ännu en gång och står fast vid sitt förslag.

Länssamverksgruppen beslutade:

- Att ställa sig bakom förslaget att skapa en grupp av referenspersoner enligt förslag i bilaga 46.
- Att ställa sig bakom förslaget på Hjälpmedelsrådets sammansättning enligt bilaga 46. Denna förändring träder i kraft efter att en grupp på referenspersoner har tillsatts.
- Att ge Hjälpmedelsrådet fortsatt uppdrag att fortsätta förbereda processen med att starta en grupp av referenspersoner, men att skjuta på uppstarten av en sådan tills nya regionala samverkanskoordinatorer är på plats och samtliga koordinators roller har tydliggjorts.

- Länssamverksgruppens sammansättning och tydliggörande av funktioner.

Beslutsärende - bordlagt sedan LSG 20240920

Länssamverksgruppen beslutade att ärendet bordläggs till Länssamverksgruppen första möte 2025.

Föregående protokoll lades till handlingarna

47. Mötesplanering och val av ordförande/ vice ordförande 2025

- Mötesplanering

Länssamverksgruppen

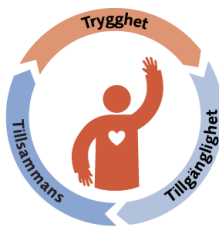
Fredag 21 februari

Fredag 11 april

Fredag 19 september

Fredag 14 november

Länssamverksgruppen beslutade att fastställa Länssamverksgruppens mötesplanering för 2025.



Regional samverkan

Ett samarbete mellan kommunerna
i Västerbotten och Region Västerbotten

Systemledning Nära vård tillsammans med Samråd hälsa, vård och omsorg (beslutad av Samrådet)

Fredag 21 mars

Fredag 23 maj

Fredag 5 december

Ledningsseminarium fredag 10 oktober

- Val av ordförande och vice ordförande 2025

Länsamverkansgruppen beslutade att välja Pernilla Henriksson, Umeå kommun till ordförande och Isabell Zembrén, Region Västerbotten till vice ordförande för 2025.

48. Återkoppling från senaste samrådet

Informationsärende

Föredragande: Isabell Zembrén

Samråd hälsa, vård och omsorg fick ta del av de ärendena som lyfts föregående Länsamverkansmöte gällande:

- Vaccinationsfrågan
- Vårdhygiensavtalet
- En gemensam plan för primärvården
- Information om aktuellt läge – uppdrag länskoordinatorer
- Utveckling av samverkan

Alla punkterna godkändes av Samrådet.

Tillägg från Samråd hälsa, vård och omsorg

- Tillägg i diskussion avseende vårdhygiensavtalet från Carin Nilsson Umeå, avseende overheadkostnader: I förslaget till nytt vårdhygiensavtal från Länsamverkansgruppen till respektive kommun föreslås att Regionen ska kunna lägga till overheadkostnader vid debitering, helt utifrån självkostnadsprincipen. För Umeå kommuns del innebär detta att kommunen också kommer att lägga till overheadkostnader vid debiteringar till Regionen, för att säkerställa en likvärdig hantering.

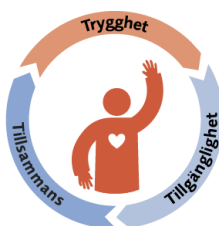
- Suicidpreventiv strategi: Samrådet godkände presentationen med tillägg, när den nationella strategin är fastställd ses den över gentemot länsstrategin. Sedan lyfts den Länsgemensamma suicidpreventiva strategin upp till Samråd hälsa, vård och omsorg för beslutsfattande, med förslag att strategin tas upp för hantering av respektive fullmäktige.

49. Uppföljning Länsgemensamma Hjälpmedelsstrategin

Beslutsärende

Föredragande: Sofia Ögren

När den Länsgemensamma Hjälpmedelsstrategin i Västerbotten antogs 1 april 2023 beslutades att en uppföljning sedan skulle ske innan beslut tas om eventuell revidering eller förlängning. Uppföljningen skulle genomföras senast mars 2025.



Regional samverkan

Ett samarbete mellan kommunerna
i Västerbotten och Region Västerbotten

Länssamverkansgruppen beslutade:

- Att senarelägga uppföljningen av Hjälpmedelsstrategin till årets slut 2025, tills nya samverkanskoordinatorer är på plats och samtliga koordinatorsroller tydliggjorts.

50. Hantering palliativa vårdförloppet

Informationsärende

Föredragande: Henrik Ångström

Information om personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp palliativ vård. Vårdförloppet för palliativ vård är framtaget för att motverka ojämlik palliativ vård i Sverige. Vårdförloppets omfattning gäller patienter med en eller flera livshotande sjukdomar, där sjukdomen eller sjukdomarna kan leda till döden inom veckor, månader eller år samt palliativa vårdbehov. Det gäller oavsett diagnos, ålder, bostadsort, vårdform eller förväntad livslängd. Varje vårdförlopp har ett flödesschema och en åtgärdsstabell. Flödesschemat beskriver patientens väg igenom sitt sjukdomstillstånd och åtgärdsstabell visar vilka åtgärder som ska vitas samt när och hur. Den fortsatta hanteringen av palliativ vård förlopp är att den palliativa vården ska inledas mycket tidigare än vad som ofta är fallet. Vårdförloppet beskriver patientens rättigheter och vårdens ansvar. Analysen från arbetsgruppen är att en övergripande struktur och organisation för utveckling av palliativ vård i Västerbotten saknas. Det finns stora kunskapsluckor om palliativ vård bland en stor del av personalen inom Region och kommuner. Kommunikation och samordning mellan slutenvård, primärvård, hemsjukvård och boende är bristfällig. Vårdförloppet för palliativ vård kan förbättra personcentreringen och helhetssynen. Vårdåtgärder som inte är värdeskapande för patienten kan undvikas, och behovet av oplanerad slutenvård samt upprepade besök på akutmottagningar förväntas minska.

Åtgärdsförslagen från arbetsgruppen lyfter utbildning som den centrala åtgärden men även åtgärder som:

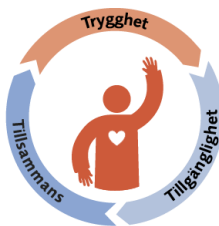
- Nationell vårdplan för palliativ vård rekommenderas att införas på alla enheter inom allmän palliativ vård oavsett huvudman
- Gemensam journal/tillgång till samma journalinformation region/kommun föreslås
- Förbättra samarbetet region/kommun avseende patienter med palliativa vårdbehov
- LAG palliativ vård får fortsatt uppdrag bland annat utbildning, uppföljning av vårdförloppet
- Svenska palliativregistret ska användas på alla enheter
- Länssamordnare för palliativ vård tillsätts

Länssamverkansgruppen lyfter fram att det är viktigt att hitta gemensam framdrift i frågorna. Att detta gäller såväl inom äldreomsorgen som inom LSS. AU för Länssamverkansgruppen ger beredning vuxna och äldre i uppdrag att ta fram ett förslag på hur palliativt vårdförlopp bör implementeras i Västerbotten, för både äldreomsorg och LSS.

51. Nulägesuppdatering från beredningarna

Föredragande: Ordförande i respektive beredning

Beredning Barn och unga



Regional samverkan

Ett samarbete mellan kommunerna
i Västerbotten och Region Västerbotten

Beredningen har uppmärksammat att vård- och insatsprogrammet för ADHD inte är allmänt känt. Därför arrangerade Beredningen en utbildningsinsats med fokus på tidigt stöd och förebyggande insatser för barns psykiska hälsa. Evenemanget väckte stort intresse från hela länet och lockade deltagare från skola, socialtjänst och hälso- och sjukvård. Dagen innehöll föreläsningar, workshops och diskussioner med ett starkt fokus på samverkan. Beredningen hoppas kunna genomföra en årlig utbildningsinsats med olika teman. Dessutom planerar Beredningen att ta vara på insikter från utbildningstillfället för vidare arbete.

Beredning vuxna och äldre

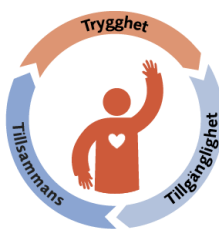
Beredningen identifierat både möjligheter och utmaningar och slagit fast att dem har stort spelrum och många resurser till förfogande. Fokus bör ligga på specifika frågor där förslag eller beslut kan tas fram, med stöd av referens- eller arbetsgrupper. Området är brett och det är en utmaning att hitta gemensamma frågor. Ett grundläggande för gruppen är att säkerställa personcentrerat arbete. Länssamverksgruppen har gett Beredningen mandat att påverka arbetsformer och innehåll. Steg för att ta vara på denna möjlighet inkluderar verksamhetsplanering, bestämma fokusfrågor för 2025, fortsätta arbeta med struktur, driva viktiga frågor och prioritera närvaro. Prioriterade områden för 2025 är samverkan mellan NUS och övriga länet, personcentrering, palliativ vårdförloppet, samsjuklighetsutredningen och suicidprevention.

Hjälpmedelsrådet

Rådet har påbörjat planeringen inför det nya året genom att se över viktiga frågor inom hjälpmedelsområdet. På grund av det rådande läget med mindre stöd från Hjälpmedelskoordinatören under en period, har uppdrag som uppföljning av Hjälpmedelsstrategin, referensgrupp av förskrivare och rådets sammansättning samt informationsmaterial - praktiska råd om hjälpmedel, förskjutits. För att fullfölja uppdragen blir fokusområdet för 2025 Hjälpmedelsrådets framtida roll och funktion.

Beredning för utveckling av digitala välfärdstjänster

Gruppen har fokuserat på att precisera beredningens arbetsområde, eftersom digitalisering är omfattande. Beredningen har enats om att digitalisering i detta sammanhang inte bara handlar om teknik, utan även om omställning, nya arbetssätt och ny metodik. Med inriktningen att göra det med stöd och hjälp av tekniken och göra det med västerbottningen i fokus. Samverkan kommer vara avgörande för att nå framdrift. Gruppen har under hösten arbetat med omvärldsanalys, kartläggning av samverkansstrukturer och etablering av ett nätverk av digitaliseringssamordnare. Beredningen har följt nationella satsningar, inklusive SKR:s handslag för digitalisering och välfärd. På nationell nivå görs en översyn av den nationella digitaliseringspolitiken och det arbetas fram en ny nationell digitaliseringsstrategi för Sverige. En nationell strategi innebär ofta satsningar att vara förberedda på för att kunna omsätta dem i Västerbotten. Strategin innehåller inriktningarna: digital kompetens, konnektivitet, näringslivets digitalisering, förvaltningens digitalisering och välfärdens digitalisering. Utmaningen inom digitalisering är inte tekniken, utan införandet och förändringen. Därför fokuserar beredningen på att förstå helhetsbilden för att kunna diskutera vidare och hantera frågor som kommer.



Regional samverkan

Ett samarbete mellan kommunerna
i Västerbotten och Region Västerbotten

52. Rapportering från uppdrag kring att utveckla samspel mellan sjukhusvård och primärvård Informationsärende

Föredragande: Erika From

Information från arbetsgruppen beträffande regionfullmäktigeuppdraget om att utveckla samspel mellan sjukhusvården och primärvården i syfte att stödja omställning till nära vård.

Regionfullmäktiguppdrag:

1. Tydliggöra roller och uppdrag inom primärvården för samsyn mellan vårdnivåer
2. Klargöra hur utvecklingsområden samordnas i syfte att optimera flöden för personcentrerade arbetssätt
3. Identifiera åtgärder som utvecklar beställningen, ersättningsmodell och uppföljning i enlighet med primärvårdsuppdraget

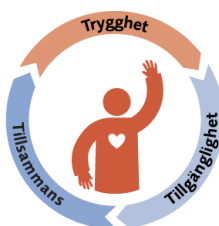
Länsamverkansgruppen ges information om arbetet som pågått under året och vilka rekommendationer som föreslås framåt, främst kopplat till del 1 och 2 i fullmäktigeuppdraget. Två huvudmän ansvarar för primärvården och tidigt upptäcktes att även kommunal medverkan behövdes i den arbetsgrupp som tillsattes för FM-uppdraget varpå LSG fattade beslut om vilka som skulle utses att ingå i arbetsgruppen. Under året har samverkan skett mellan arbetsgrupp för FM-uppdraget och arbetsgrupp för Gemensam plan för primärvården. I september fick Länsamverkansgruppen åiterrapporterat förslag på beskrivning på navet, målbild och vägledande principer. Den här föredragningen fokuserar på samverkan, samordning och utvecklingsarbeten.

Det pågår både stora och små utvecklingsarbeten med flera grupper och delvis parallella spår. Det finns viss otydlighet i hur sjukvården och primärvården ska kommunicera, vilket gör det svårt att veta vart frågor ska lyftas. Samverkan fungerar generellt bättre på lokal nivå än på länsnivå. Överföringar av insatser och arbetsuppgifter upplevs ibland som otydliga och ej överenskomna. Arbetsgruppen identifierade två befintliga samverkansstrukturer med potential att stödja det som efterfrågas: kunskapsstyrningsstrukturen och länsamverkansstrukturen. I stället för att skapa fler samverkansytter, bör vi förtydliga och använda de befintliga. Inom kunskapsstyrningen är lokalt programområde för primärvård (LPO) i ett uppstartsskede, och skulle kunna fungera som samordnare för primärvårdsfrågor.

Vissa regioner och kommuner i Sverige har kopplat ihop kunskapsstyrning med länsamverkansstrukturen för implementering av vårdförlopp. Arbetsgruppen ser det som intressant att titta närmare på och utforskar denna möjlighet vidare.

Arbetsgruppen rekommenderar:

- Stärkt samordning och samverkansytter
- Utveckla systematik för verksamhetsutveckling med stöd av struktur för kunskapsstyrning. Förtydliga processer för beslut, implementering och uppföljning
- Verka för att LPO primärvård blir ett strategiskt forum med tydliga mandat att leda och samordna utvecklingsarbeten



Regional samverkan

Ett samarbete mellan kommunerna
i Västerbotten och Region Västerbotten

- Främja horisontella samarbeten och undersök förutsättningar för hur arbetet med kunskapsstyrning kan bli en naturlig del av de frågor som hanteras inom länsamverkansstrukturen

53. Tracheostomi

Beslutsärende

Föredragande: Lars Hortlund, Ewa Hemmingson

Presentation av arbetsgruppens förslag.

I november 2021 gav Länsamverkansgruppen Samverkansråd patientsäkerhet i uppdrag att se över behovet av länsgemensamma rutiner för vården av personer med trakeostomi.

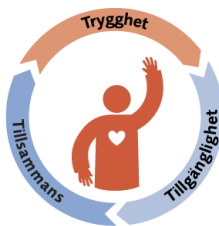
Vårdtiderna för denna patientgrupp är ofta långa, och utskrivningen till hemmet fördröjs. Det saknas tydliga rutiner för ansvarsövertagande, utbildning, kompetensutveckling och ekonomisk ansvarsfördelning vid utskrivning av dessa patienter. Målet med vården är att ge trygghet och stöd för att de ska kunna vistas i hemmiljö, samt att vården bedrivs kompetent och patientsäkert. Att säkerställa vård på lika villkor är utmanande för patienter långt från sjukhus eller hälsocentral. Det är svårt att rekrytera personal med kompetens och att kontinuerligt upprätthålla kompetensen då dessa patienter sällan förekommer i de mindre kommunerna. Även den omsättning av personal som förekommer inom både kommun och region ger begränsningar i kontinuitet, kvalitet

Modell för en lyckad framgång

- Tidigt initiativ från Regionen till kommunen vid aktuellt ärende
- Utse samordnare tidigt i utskrivningsprocessen från både regionen och kommunen som aktivt leder processen och flödet från respektive verksamhet.
- Tydlig planering av det medicinska ansvaret i varje enskilt ärende
- Delat kostnadsansvar
- Samrekrytering av personal
- Mobilt team som ansvarar för utbildning, delegering samt uppföljning till den omvårdnadsnära personalen.
- Utarbeta och upprätta handlingsplaner i varje enskilt ärende – ger en trygghet, stöd och handlingskraft för medarbetarna
- Delad anställning skulle möjliggöra en kontinuitet kring den enskilde och en hållbar kompetensförsörjning på sikt.

Arbetsgruppen är inte enig i alla frågor, men har identifierat några framgångsfaktorer. Det råder samsyn om att vården ska bedrivas patientsäkert och i största möjliga mån utgå från patientens önskemål om upplägg och utförande. Gruppen är eniga om vikten av att tidigt initiera ärenden till kommunerna vid beslut om kvarliggande trakeostomi. Det råder även samsyn i vikten av att det finns utsedda samordnare, inom både regionen och kommunen. I de områden där arbetsgruppen inte är överens har två förslag utarbetats: ett från regionen och ett från kommunerna. Det finns nästan samsyn gällande individuella handlingsplaner, gemensam anställning och mobila team. Arbetsgruppen står idag långt ifrån varandra när det gäller avtal, överenskommelser.

Länsamverkansgruppen fattar beslut om hur processen ska tas vidare:



Regional samverkan

Ett samarbete mellan kommunerna
i Västerbotten och Region Västerbotten

- Arbetsgruppen är överens om strukturen för tidigt initiativ och funktionen samordnare. Nästa steg att arbeta vidare med är: individuella handlingsplaner, gemensam anställning och mobila team.
- Arbetsgruppens fortsatta uppdrag ska formuleras av Au Länssamverkansgruppen.

54. Samverkansavtal Hjälpmedel

Informationsärende

Föredragande: Matthias Schenkel

Hjälpmedel Västerbotten försörjer kommunerna med tjänster och produkter gällande hjälpmedel. Både kostnader och skyldigheter styrs av samverkansavtalet mellan Hjälpmedel Västerbotten och kommunerna i länet. Varje år sker en översyn över hur parterna ser på avtalsuppföljningen och prisjusteringar utifrån kostnadsutveckling görs. Hjälpmedel Västerbotten och kommunernas avtalsgrupp är varandras motparter vid översynen. Den nuvarande avtalsgruppen består av nio representanter från kommunerna och hjälpmedelskoordinator. Det är för närvarande inte känt om något dokument finns som beskriver mandat och sammansättning av avtalsgruppen.

Sedan 2016 har antal utlevererade hjälpmedel ökat, men lokalytan har inte utökats. Behovet av nya lokalytor för Hjälpmedel Västerbotten är mycket stort och avgörande för en kostnadseffektiv hjälpmedelsförsörjning med hög leveranssäkerhet, kvalitet och ekologisk hållbarhet. Därför har Hjälpmedel Västerbotten fått ett erbjudande, och tackat ja, till att hyra ytterligare en lokal på samma område där verksamheten befinner sig idag. Vid senaste uppföljning informerades avtalsgruppen om behovet av större lokalytor, och förhandlingar inleddes för att inkludera nya lokalhyran i samverkansavtalet. Vid förhandlingarna framkom det att det finns oklarheter kring avtalsgruppens sammansättning och mandat. Det är otydligt vem som representerar vilken kommun och vilket mandat avtalsgruppen har. Vidare har förhandlingar kring nya lokalytan och dess finansiering avbrutits på grund av ovanstående skäl. Därför behöver det diskuteras hur utökning av lokalytan hanteras för 2025 och framåt. Det finns ett behov av att uppdrag, mandat, sammansättning och kommunikation avseende avtalsgruppen förtydligas.

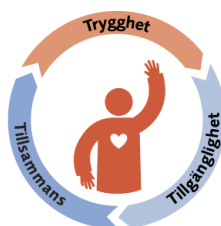
Länssamverkansgruppen kom fram till att arbetet i avtalsgruppen skyndsamt ska återupptas. För innevarande år tar Region Västerbotten hela kostnaden för den ökade hyran men från 2025 fördelas kostnaderna på samtliga 16 huvudmän. Hjälpmedel Västerbotten kontaktar varje kommun för inhämtande av beslut enligt det förslag som avtalsgruppen tar fram. Länssamverkansgruppen kom även fram till att inför kommande år behöver avtalsgruppens roll, mandat och funktion vid uppföljning av samverkansavtalet tydliggöras och ekonomiska frågor kopplade till uppföljningen bör hanteras inom länssamverkansstrukturen.

55. Life Care SP

Informationsärende

Föredragande: Anders Wink, projektledare

Nulägesuppdatering



Regional samverkan

Ett samarbete mellan kommunerna
i Västerbotten och Region Västerbotten

Lifecare SP kommer att ersätta systemet Prator. Systemet används för samverkan Regionens hälso- och sjukvård och Västerbottens 15 kommuner. Den ursprungliga planen var att införa LifeCare SP och ersätta Prator vid årsskiftet 2024/2025, men det visade sig inte vara möjligt. Den nya målsättningen är att påbörja driftsättningen av LifeCare SP vecka 13 år 2025, och genomföra en provdrift under 8 veckor. Till den 31 januari behöver arbetet med testandet vara klart och därefter tid för att ställa in för produktion. Samtidigt arbetas det med utbildningsinsatser där 9 tillfällen är upphandlade med leverantör. Utbildningsinsatser för administration, SIP/SPU och superanvändarutbildningar. Det har inte upphandlat någon slutanvändarutbildning, det blir upp till varje enhet att utbilda sina slutanvändare men stödmaterial kommer arbetas fram.

56. Information från Inera om 1177 – sammanhållen planering

Informationsärende

Föredragande: Representanter från Inera

Information från Inera om nationellt arbete i projekt sammanhållen planering 1177 men även om det arbete som pågår i Västerbotten.

Projekt sammanhållen planering 1177

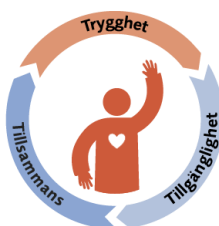
Målbilden och varumärket för 1177 ägs av regionerna i samverkan. Nytt i målbilden är att inkludera omsorg och tandvård. Regionen uttrycker en vilja att dela information om kommunernas omsorg som en del av omställningen till Nära vård. Nära vård syftar till en mer personcentrerad och sammanhållen vård och omsorg, där individen blir mer proaktiv och samskapande ökar. 1177 ses som ett steg i att förverkliga detta. Målet är att ge invånarna en digital överblick över vård och omsorg, oavsett huvudman och utförare där individen får en samlad och anpassad överblick över ärenden, fasta kontakter och planer. Fyra prioriterade delar i översikten är bokade tider, fasta kontakter, överenskommelser och planer. Projektet utvecklas stegvis och för innevånare kommer 1177 fungera som vanligt. Samtidigt pågår ett långsiktigt arbete med informationsgrund och teknisk arkitektur i samarbete med SKR. Regioner och kommuner arbetar för att enas om vilken information som ska delas nationellt och säkerställa att alla aktörer kan dela den. De utforskar samarbetsformer för informationsdelning och utvecklar användarvänliga personliga översikter på 1177.

Västerbotten

Information lämnades om Västerbottens arbete speglat till det nationella arbetet.

Hittills har arbetsgruppen arbetat med fasta kontakter och under november påbörjar arbetsgruppen arbetet med dokumenterade överenskommelser och planer. Arbetsgruppen kommer att se över hur dokumentation hanteras i samverkan. Det ses viktigt att förstå vad som pågår i arbetet med Cosmic, särskilt när det gäller dokumentationsrutiner. För närvarande deltar medarbetare från Skellefteå kommun tillsammans med Regionens medarbetare. Förberedelser pågår för att skapa ett projekt som håller samman alla delar kopplade till Inera sammanhållen plan.

Ärendet aktualiseras av Länsamverkan till beredningen för Valfärdstjänster och frågan om deltagare i arbetsgruppen/projektet tas upp i Länsamverkan februari 2025.



Regional samverkan

Ett samarbete mellan kommunerna
i Västerbotten och Region Västerbotten

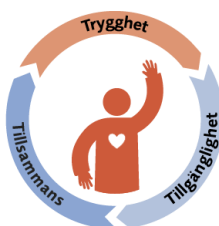
57. Ärenden till Samråd hälsa vård och omsorg
Lifecare SP
Hantering palliativa vårdförloppet
Beredning för utveckling av digitala välfärdstjänster
Goda exempel från Beredning Barn och Unga
Information om hjälpmedelsärende
Glesbygdsmedicinska centrum

58. Övriga frågor

59. Genomgång och sammanfattning av beslut

60. Nästa möte

Fredag 21 februari 2025



UNDERSKRIFTSSIDA



**Detta dokument har undertecknats med avancerade elektroniska
underskrifter:**

Regional samverkan

Ett samarbete mellan kommunerna
i Västerbotten och Region Västerbotten

Protokoll Samråd hälsa, vård och omsorg

Datum och tid: 20241206 kl.08.30-11.00

Plats: Teams

Ärenden: 39–50

Närvarande Samråd hälsa, vård och omsorg

Carin Nilsson (s) Umeå kommun, ordförande

Anna-Lena Danielsson (s) Region Västerbotten, vice ordförande tillika justerare

Annika Wibrell (s) Vilhelmina kommun

Roland Gustafsson (kd) Storuman kommun

Henric Jakobsson (s) Vännäs kommun

Håkan Andersson (c) Region Västerbotten

Kerstin Sjöström (c) Nordmalings kommun

Matz Jonsson (s) Sorsele kommun

Gunilla Forsberg (kd) Bjurholms kommun

Magnus Eriksson (s) Norsjö kommun

Eva Arvidsson (v) Region Västerbotten

Veronica Kerr (kd) Umeå kommun, ersättare

Isabell Zembrén adjungerad från Länsamverkansgruppen

Frånvarande:

Fredrik Stenberg (s) Skellefteå kommun

Mona Andersson (s) Robertsfors kommun

Iosif Karambotis (s) Skellefteå kommun

Eva Stuge (m) Lycksele kommun

Göran Gunnarsson (l) Dorotea kommun

Ulla Norrman (s) Åsele kommun

Daniel Jaede (kd), Vindelns kommun

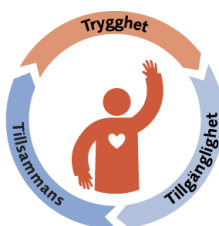
Anna-Stina Bergström (v) Malå kommun

Tjänstepersoner

Monica Wahlström FoU Socialtjänst

Sofia Ögren, regional Hjälpmedelskoordinator

Anna Duveskog, Region Västerbotten



Regional samverkan

Ett samarbete mellan kommunerna
i Västerbotten och Region Västerbotten

Ärende

39. Godkännande av dagordning

Föredragningslistan godkändes

40. Föregående protokoll

Föregående protokoll lades till handlingarna

41. Aktuellt i samverkan

Informationsärende

Föredragande: Isabell Zembrén, ordförande Länsamverkansgruppen

Samråd hälsa, vård och omsorg fick ta del av redogörelse för aktuellt i samverkan. Genom dagens inbjudna föredragande ges en fördjupad information.

Samråd hälsa, vård och omsorg godkände informationen.

42. Beredning för utveckling av digitala välfärdstjänster

Informationsärende

Föredragande: Magnus Rudehäll

Information om Beredningens pågående arbete

Gruppen har genomfört omvärldsanalys, kartlagt samverkanstrukturer och etablerat ett nätverk av digitaliseringsansvariga. Beredningen har enats om att digitalisering inte bara handlar om teknik, utan även om omställning, nya arbetssätt och metodik, med fokus på Västerbotten. På nationell nivå görs en översyn av digitaliseringspolitiken och en ny strategi tas fram, som omfattar digital kompetens, konnektivitet, näringslivets digitalisering, förvaltningens digitalisering och välfärdens digitalisering. Utmaningen ligger i införandet och förändringen, inte tekniken och därför fokuserar beredningen på att förstå helhetsbilden.

Samråd hälsa, vård och omsorg godkände informationen.

43. Lifecare SP

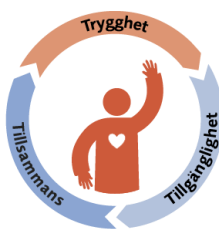
Informationsärende

Föredragande: Anders Wink

Nulägesuppdatering

Lifecare SP kommer att ersätta systemet Prator, som används för samverkan mellan Regionens hälso- och sjukvård och Västerbottens 15 kommuner. En ny tidsplan har överenskommit och driftsättning planeras till slutet av första kvartalet 2025. Efter driftsättningen följer en provperiod på två månader. En utbildningsplan med nio utbildningstillfällen har upphandlats med leverantören.

Samråd hälsa, vård och omsorg godkände informationen.



Regional samverkan

Ett samarbete mellan kommunerna
i Västerbotten och Region Västerbotten

44. Beredning Barn och unga

Informationsärende

Föredragande: Kerstin Eliasson

Beredningen har arrangerat en utbildningsdag *Tillsammans för tidigt stöd och förebyggande insatser för barns psykiska hälsa*. Dagen handlade om nationella riktlinjer ADHD och vård och insatsprogram ADHD och förutom föreläsningar innehöll dagen gruppdiskussioner. Dagen väckte stort intresse, och utvärderingen visade att deltagarna hade fått förnyad kunskap. Beredningen planerar att göra utbildningsdagar till en tradition med olika infallsvinklar.

Samråd hälsa, vård och omsorg godkände informationen.

45. Samverkansavtal Hjälpmedel och kostnadsutveckling

Informationsärende

Föredragande: Matthias Schenkel

Hjälpmedel Västerbotten tillhandahåller hjälpmedelstjänster och produkter till kommunerna enligt ett samverkansavtal. Avtalet och prisjusteringar ses över årligen. På grund av ett stort behov av nya lokalytor har Hjälpmedel Västerbotten hyrt en ny lokal. Förhandlingar om finansiering av den nya lokalen avbröts på grund av oklarheter kring avtalsgruppens mandat och sammansättning. Avtalsgruppen planeras nu att återupptas skyndsamt, och under kommande år kommer gruppens roll, mandat och funktion att ses över. Vid uppföljning av samverkansavtalet ska ekonomiska frågor hanteras inom Länsamverkansstrukturen. Region Västerbotten täcker kostnaden för den nya lokalen i år, men från 2025 delas kostnaden mellan alla 16 huvudmän.

Samråd hälsa, vård och omsorg godkände informationen.

46. Glesbygdsmedicinskt centrum

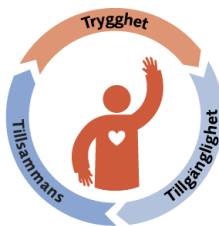
Informationsärende

Föredragande: Andreas Lundqvist

Glesbygdsmedicinskt centrum (GMC) inom Region Västerbotten bedriver forskning, utbildning och innovation för glesbygden. GMC arbetar utifrån individens behov och perspektiv, samisk hälsa, kompetensförsörjning samt digitalisering och e-hälsa, med hänsyn till glesbygdens specifika förutsättningar, behov, utmaningar och möjligheter. Glesbygden är till stor del utforskad, och det finns betydande kunskapsluckor. För att möjliggöra god och jämlik hälsa för alla är det viktigt att förstå hur villkoren skiljer sig mellan stad och glesbygd när vården utvecklas och nya beslut fattas. Tjänster utvecklade i glesbygd kan ofta skalas upp och användas i tätort.

GMC arbetar med att se över hur vården kan flyttas så nära befolkningen som möjligt, både genom att stärka den fysiska vården och genom att se över digitaliseringens möjligheter. Forskningen bygger till stor del på kvalitativa studier bland medborgare och vårdpersonal på alla nivåer, och det pågår flera utvecklingsprojekt. År 2025 får GMC ett nationellt uppdrag att bli ett nationellt kunskapscentrum för hälsa i glesbygd.

Samråd hälsa, vård och omsorg godkände informationen.



Regional samverkan

Ett samarbete mellan kommunerna
i Västerbotten och Region Västerbotten

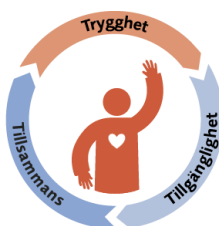
47. Ärenden till Länsamverkansgruppen

48. Övriga frågor

49. Genomgång och sammanfattning av beslut

50. Nästa möte

Samråd hälsa vård och omsorg + systemledning fredag 21 mars



UNDERSKRIFTSSIDA



**Detta dokument har undertecknats med avancerade elektroniska
underskrifter:**



Umeå kommuns pensionärsråd

Minnesanteckningar

2024-11-29

09.00-12.20

KS mötesrum

Ordförande: Carin Nilsson (S), ordförande äldre nämnden

Sekreterare: Emil Fridolfsdahl, nämndsekreterare

Deltagare: Se bilaga nedan

Ärenden med anteckningar, synpunkter, m.m.	Ansvarig/föredragande:
<ul style="list-style-type: none"> • Upprop • Fastställande av dagordning <p>Dagordningen fastställs med tillägg av övriga frågor från Britt Jakobsson, PRO, och Elisabeth Bjuhr, SPF. En övrig information om deltagande i forskningsprojekt tas även upp.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Genomgång av föregående minnesanteckningar 	<p>Carin Nilsson, ordförande</p>
<p><u>Information om den ekonomiska situationen för äldre i Umeå kommun</u></p> <p>Peter Thuresson och Linnea Persson, statistiker, informerar om den ekonomiska situationen för äldre i Umeå kommun. De presenterar bland annat statistik för årlig inkomst på hushållsnivå för olika åldersgrupper. Seniorer fick även möjlighet att svara på en enkät om hur de upplever sin ekonomiska situation. Ensamboende seniorer upplever generellt sin ekonomiska situation som sämre än sammanboende seniorer. Skuldsättningen är lägre för äldre än andra åldersgrupper, samtidigt har boendekostnaderna ökat.</p> <p><u>Frågor/synpunkter</u></p> <p>Britt Jakobsson, PRO, frågar: hur ofta följs statistiken upp? Peter Thuresson, statistiker, svarar: Det har gjorts mätningar av den ekonomiska situationen 2018 och 2023, nästa mätning blir</p>	<p>Peter Thuresson, statistiker och Linnea Persson, statistiker</p>

<p>troligen om 4-5 år. Rapporterna ger dock bara en ögonblicksbild och man behöver komma ihåg att förändringar sker snabbt av t.ex. ränteläge eller boendekostnader.</p> <p>Elisabeth Bjuhr, SPF, påpekar att en anledning till att få äldre söker bostadstillägg är att många upplever det som krångligt att söka tillägget och att man löper risk att få en restskuld om man av misstag uppger felaktiga uppgifter.</p> <p><u>Bilaga:</u> Bildspel</p>	
<p><u>Information om God och nära vård</u></p> <p>Petra Henriksson, utvecklingsstrateg, Åsa Nordlund, strateg Nära vård på Region Västerbotten, berättar om hur de arbetar med omställningen till en God och nära vård. En del i omställningen är att utveckla fasta vårdkontakter och fortsätta utveckla processen kring samordnad individuell planering (SIP). Man arbetar även med att få till en trygg och säker hemgång med fokus på personer med demenssjukdom. En utmaning för patienter och även vårdpersonal i både kommun och region är att navigera i ett komplext vård- och omsorgssystem med många olika kontakter, inte minst i primärvården.</p> <p><u>Frågor/synpunkter</u></p> <p>Curt Wiklund, PRO, ställer följande frågor:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vilken samverkan finns med intresseorganisationer på region- och kommunnivå? 2. Finns det problem med ”stuprör” i regionen? <p>Åsa Nordlund, strateg Nära vård Region Västerbotten, svarar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Det är viktigt att ha med intresseorganisationer i processen, men samverkan med intresseorganisationerna kan förbättras. 	<p>Petra Henriksson, utvecklingsstrateg och Åsa Nordlund, strateg Nära vård Region Västerbotten</p>

2. Det är många personer som har flera sjukdomar och kontakt med olika vårdenheter. Det finns flera olika nivåer på kommunikationssvårigheter som behöver lösas: mellan specialistvårdavdelningar, specialistvård till primärvård, samt primärvård till primärvård. Fortsatt utveckling av personcentrerad vård kan förhoppningsvis lösa vissa delar av "stuprörsproblemen".

Veronica Kerr, äldregruppen, frågar: Hur fungerar vaccination för personer med hemtjänst, vem har ansvar? Carin Nilsson, äldregruppen, svarar: Det finns en överenskommelse mellan regionen och kommunerna kring vaccination. I år är vaccination ett regionalt ansvar, framöver kommer det vara ett kommunalt ansvar.

Anna-Lisa Johansson, PRO, påpekar vikten av att verksamhetsförändringar förankras med brukare och anhöriga. Hon menar att det tyvärr ofta är mer fokus på kommunens eller regionens verksamhetsbehov än individens behov av t.ex. vård när det sker förändringar.

Rebecca Sellstedt, äldregruppen, frågar: Ser ni en motsättning mellan personcentrerad vård och beslut om effektivisering av olika verksamheter? Petra Henriksson, utvecklingsstrateg, svarar: Det finns en viss motsättning och utmaning i att få de olika målen att ihop. Samtidigt har personcentrering blivit mer vedertaget i verksamheterna.

Åsa Nordlund svarar: Vissa hälsoekonomiska beräkningar visar att teamarbete kan minska kostnader både genom mindre extraarbete och bättre vård för den enskilde, vilket innebär att personcentrering i vissa fall kan vara en form av effektivisering.

Bilaga:

Bildspel	
<p><u>Information om kompetensförsörjning och svar på SPF:s skrivelse</u></p> <p>Rebecca Andersson, HR-chef, ger information om hur äldreomsorgsförvaltningen arbetar med kompetensförsörjning utifrån frågor i en skrivelse från SPF.</p> <p><u>Frågor/synpunkter</u></p> <p>Britt Jakobsson, PRO, frågar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Skiljer man på korttidssjukfrånvaro och VAB i statistiken för personer under 30 år? Rebecca Andersson svarar: Det gör man. 2. Varför finns det inget om t.ex. delade turer i de personalpolitiska målen? Rebecca svarar: I målen ingår att vara en attraktiv arbetsgivare, i vilket man skulle kunna räkna in delade turer. 3. Håller man i avslutssamtal med anställda som säger upp sig och finns det data på varför personer väljer att sluta i äldreomsorgen? Rebecca svarar: Avslutssamtal hålls, men att det sker på olika sätt för olika chefer och därför svårt att få ut data från samtalen. Ett annat verktyg man kommer arbeta med är en exit-enkät som ska gå ut till alla som har sagt upp sig. Man kommer även hålla "Stanna kvar"-samtal för att fånga upp behov hos befintliga anställda och för att kunna förbättra arbetsmiljö innan någon säger upp sig. <p><u>Bilaga:</u> Bildspel</p>	<p>Rebecca Andersson, HR-chef</p>

Information om Hjärnträffen och flexibel avlösning

Jessica Atrakchi, enhetschef Utredning äldre och Kristina Sandgren, verksamhetsutvecklare, berättar om hur man arbetar med preventiva insatser för demenssjukdom och flexibel avlösning för anhöriga. Hjärnträffen är en grupp med personer som nyligen fått demensdiagnos där man arbetar förebyggande utifrån FINGER-modellen. FINGER-modellen innehåller främjande av hälsosam kost, fysisk aktivitet, hjärngymnastik, sociala aktiviteter och att ha koll på hjärt- och kärlvärden.

Frågor/synpunkter

Rebecca Sellstedt, äldrenämnden, frågar: Finns det möjlighet att utöka Hjärnträffen? Kristina Sandgren svarar: Verksamheten är ganska ny och vi får utvärdera efter att Hjärnträffen varit i gång ett tag.

Anna-Lisa Johansson, PRO, anmärker att det i nuläget saknas tillräckligt med aktiviteter på korttidsboende.

Elisabeth Bjuhr, SPF, påpekar att det är svårt att prata med vänner och anhöriga om man misstänker att de har en begynnande demenssjukdom och att det skulle vara bra om det fanns mer stöd i den frågan.

Monica Samuelsson, SPF, understryker att det är viktigt att verksamheter som Hjärnträffen också sprider sig även till kommunens ytterområden och inte bara återfinns i centrala Umeå.

Bilaga:

Bildspel

Jessica Atrakchi,
enhetschef Utredning
äldre och Kristina
Sandgren,
verksamhetsutvecklare

<p><u>Information om hälsosamtal</u></p> <p>Ebba Björklund och Klara Lindström, biståndshandläggare, berättar om det projekt de deltar i som rör hälsosamtal. Projektet syftar till att minska ofrivillig ensamhet. Hälsosamtalen riktar sig till personer som är 80 år eller äldre, har få eller inga hemtjänstinsatser och vill utöka sitt sociala nätverk.</p> <p>Brev med erbjudande om samtal har skickats till ca 720 personer, men det är bara ungefär 10 % som har svarat. Hittills har man hållit 65 samtal.</p> <p>Ett återkommande problem är att nå personer som besväras av ofrivillig ensamhet.</p> <p><u>Frågor/synpunkter</u></p> <p>Britt Jakobsson, PRO, frågar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gick det att följa upp varför vissa personer inte hade gjort någon aktivitet efter samtalet? Klara Lindström svarar: En anledning kan ha varit att den aktivitet man var intresserad av inte har ägt rum. Ebba Björklund svarar: En annan aspekt är att det är många som är relativt resursstarka som väljer att delta i samtalet, och kanske inte alltid de som har störst behov av insatserna. 2. Finns det möjlighet att samarbeta med hemtjänsten? Klara svarar: Har funnits viss samverkan under 2024 och kommer utvecklas vidare under 2025. <p><u>Bilaga:</u></p> <p>Bildspel</p>	<p>Ebba Björklund, biståndshandläggare och Klara Lindström, biståndshandläggare</p>		
<p><u>Sammanträdestider 2025</u></p> <p>Pensionärsrådet beslutar att fastställa följande datum och tider för sammanträden 2025:</p> <table border="1" data-bbox="188 1906 1023 2018"> <tr> <td data-bbox="188 1906 603 2018"> <p>Beredningsgrupp (fredagar 10.00-11.00), digitala möten</p> </td> <td data-bbox="603 1906 1023 2018"> <p>Sammanträden (fredagar 09.00-12.00), fysiska möten</p> </td> </tr> </table>	<p>Beredningsgrupp (fredagar 10.00-11.00), digitala möten</p>	<p>Sammanträden (fredagar 09.00-12.00), fysiska möten</p>	
<p>Beredningsgrupp (fredagar 10.00-11.00), digitala möten</p>	<p>Sammanträden (fredagar 09.00-12.00), fysiska möten</p>		

10/1	14/2	
21/2	21/3	
11/4	16/5	
19/9	17/10	
7/11	12/12	
<p><u>Aktuellt från styrelse och nämnder</u></p> <p><i>Tekniska nämnden:</i> Håkan Johansson (S) informerar om att tekniska nämnden har antagit ett investeringsprogram för att bland annat bygga om vägar och parker.</p> <p><i>Fritidsnämnden:</i> Ari Leinonen (S) informerar om att den nya Boulehallen har invigning den 8/12.</p>		Representanter från nämnderna
<p><u>Övriga frågor/information</u></p> <p>Britt Jakobsson tar upp en övrig fråga om dörröppnare i lokaler dit allmänheten har tillträde. Enligt Boverkets föreskrifter (BFS 2011:13) räknas installation av dörröppnare som ett enkelt avhjälpit hinder som bland annat ska åtgärdas i publika lokaler dit allmänheten har tillträde, t.ex. butiker och restauranger. Tyvärr saknas det i många lokaler i centrala Umeå, vem är det som ansvarar för att den här typen av åtgärder genomförs? Carin Nilsson svarar: Det är byggnadsnämnden som har ansvar för frågan, men vi tar upp frågan på beredningsgruppen i januari.</p> <p>Elisabeth Bjuhr, SPF, frågar om vad beslutet i kommunfullmäktige blev om äldrenämndens hemtjänstavgifter. Carin Nilsson svarar att avgiftsändringen beslutades träda i kraft först om ett år.</p> <p>Carin Nilsson, äldrenämnden, informerar även om att en inbjudan hade kommit in till pensionärsrådet om ett</p>		Deltagare

forskningsprojekt som bedrivs av Maria Sjölund på Umeå universitet. Förslaget är att ta upp frågan på beredningsgruppen om Maria Sjölund ska bjudas in till UPR för att presentera mer kring projektet.	
---	--

Bilaga Närvarolista UPR 2024-11-29

Ordinarie ledamöter

Carin Nilsson (S), ordförande

Veronica Kerr (KD), vice ordförande

Rebecca Sellstedt (V), äldrenämnden

Håkan Johansson (S), tekniska nämnden

Ari Leinonen (S), fritidsnämnden

Britt Jakobsson, PRO

Anna-Lisa Johansson, PRO

Bertil Holmberg, PRO

Curt Wiklund, PRO

Gunny Blomgren, SKPF

Sten Biström, SKPF

Elisabeth Bjuhr, SPF

Monica Samuelsson, SPF

Karl Einar Enarsson, Umeå Sameförening, Såhkie

Tjänstgörande ersättare

Elmer Eriksson (M), kommunstyrelsen 09.00-11.51

Katrin Rehn, SKPF

Ej tjänstgörande ersättare

Eva Bjuhr, SPF

minskad administration vilket menar man kan frigöra tid för hälso- och sjukvårdspersonal att utföra andra arbetsuppgifter.

Socialstyrelsen avser att SOSFS 1997:14 ska upphöra att gälla vid utgången av december 2025. För att underlätta övergången planeras informationsinsatser och stödmaterial tillhandahållas till berörda aktörer.

Umeå kommuns synpunkter

Umeå kommun har tagit del av remissförslag 7777/2024. I enlighet med förslaget anser Umeå kommun att Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård är föråldrade. Emellertid delas inte uppfattningen att regleringen är otydlig. Umeå kommun menar att SOSFS 1997:14 i stället bör revideras.

Delegering spelar en avgörande roll i att säkerställa patientsäkerheten inom hälso- och sjukvården. Genom att delegera uppgifter som inte är författningsreglerade kan hälso- och sjukvårdspersonal säkerställa att dessa uppgifter utförs på ett säkert och effektivt sätt. Umeå kommun betonar att fördelningen av dessa uppgifter baserat på yrkesutövarnas individuella kompetens, som föreslås i utredningen, kan utgöra en risk för patientsäkerheten. Därför anser kommunen att delegering bör fortsätta vara den metod som används för att garantera att även hälso- och sjukvårdsuppgifter som inte är författningsreglerade utförs på ett patientsäkert sätt.

Utvecklingen går mot att mer avancerade hälso- och sjukvårdsinsatser utförs i hemmet och redan idag utförs i vissa fall mycket avancerade insatser vilket ställer höga krav på kompetens hos utförarna. Erfarenhet från Umeå kommun är att kompetens hos vård- och omsorgspersonal i många fall är bristfällig då flertal saknar adekvat utbildning.

Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) får den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen delegera en arbetsuppgift endast när det är förenligt med god och säker vård. Umeå kommun menar att delegera arbetsuppgifter är att säkerställa utförarens kompetens. Att upphäva föreskrifterna om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård bedöms därför leda till att ett inarbetat kvalitetssäkrat arbetssätt med stöd av föreskrift riskeras uppfattas som mindre betydelsefullt. Erfarenhet från Umeå kommun visar att det redan med rådande föreskrifter är svårt att få följsamhet till delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter. Detta bedöms sannolikt öka ytterligare om föreskrifterna upphör. Umeå kommun anser därför att legitimerad personal även fortsättningsvis behöver ansvara för patientsäkerheten genom delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter.

Vid händelse att SOSFS 1997:14 i enlighet med Socialstyrelsens avsikt upphör att gälla vid utgången av december 2025 föreslår Umeå kommun ett tillägg i HSLF-FS 2017:80 4 kapitlet 6 § som beskriver MAS/MAR ansvarsområden. Tillägget som föreslås är att MAS/MAR ansvarar för att det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för fördelning av hälso- och sjukvårdsuppgifter.

Pernilla Henriksson
Äldreomsorgsdirektör

Britta Edström
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Lars Isaksson-Jonsson
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Gemensamma författningssamlingen avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, folkhälsa m.m.

ISSN 2002-1054, Artikelnummer 2025-xx-xxxx
Utgivare: Chefsjurist Pär Ödman, Socialstyrelsen

Socialstyrelsens föreskrifter om upphävande av föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård;

beslutade den xx xx 2025

Socialstyrelsen föreskriver med stöd av 7 kap. 4 § patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) att Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård ska upphöra att gälla vid utgången av december 2025.

Socialstyrelsen

BJÖRN ERIKSSON

Nina Nikkilä

**HSLF-FS
2025:xx**

Utkom från trycket
den xx xx 2025

Gemensamma författningssamlingen avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, folkhälsa m.m.

ISSN, 2002-1054 Artikelnummer 2025-xx-xxxx
Utgivare: Chefsjurist Pär Ödman, Socialstyrelsen

Socialstyrelsens föreskrifter om ändring i föreskrifterna och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvård;

**HSLF-FS
2025:xx**

Utkom från trycket
den xx xx 2025

beslutade den xx xx 2025.

Socialstyrelsen föreskriver med stöd av 8 kap. 1 och 2 §§ hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), 7 kap. 4 § och 8 kap. 5 § första stycket 1 och andra stycket första meningen patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) samt 13 § andra stycket tandvårdsförordningen (1998:1338) i fråga om Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården

dels att 9 kap. och 5 kap. 1 § ska upphöra att gälla,
dels att 2 kap. 6 § och 5 kap. 2 och 4 §§ ska ha följande lydelse,
dels att det ska införas ett nytt kapitel, 9 kap., och en ny paragraf, 5 kap. 4 a §, av följande lydelse.

2 kap.

6 § Bestämmelser om hantering och beredning av radioaktiva läkemedel finns i strålskyddslagen (2018:396), i Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 2014:4) om beredning av radioaktiva läkemedel samt i föreskrifter som har meddelats av Strålsäkerhetsmyndigheten.

5 kap.

2 §¹ Läkare, tandläkare, tandhygienister och barnmorskor är behöriga att ordinera de läkemedel som de får förordna.

Bestämmelser om läkares, tandläkares, tandhygienisters och barnmorskors behörighet att förordna läkemedel finns i Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2021:75) om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit.

¹ Senaste lydelse HSLF-FS 2022:57.

HSLF-FS 2025:xx

4 §² Sjuksköterskor är behöriga att ordinera de läkemedel som de får förskriva.

Bestämmelser om sjuksköterskors behörighet att förskriva läkemedel finns i Läke-medelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2021:75) om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit.

4 a § Bestämmelser om sjuksköterskors behörighet att ordinera läkemedel för vaccination finns i

1. Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2018:43) om behörighet för sjuksköterskor att förskriva och ordinera läkemedel, och
2. Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2020:81) om behörighet för sjuksköterskor att ordinera läkemedel för vaccination mot sjukdomen covid-19.

9 kap. Delegering av iordningsställande, administrering och överlämnande av läkemedel

1 § Iordningsställande, administrering och överlämnande av läkemedel får delegeras inom hälso- och sjukvården och tandvården.

Av 6 kap. 3 § patientsäkerhetslagen (2010:659) framgår att hälso- och sjukvårdspersonal får delegera en arbetsuppgift till någon annan endast när det är förenligt med en god och säker vård.

Behörighet att delegera

2 § Endast läkare, tandläkare och sjuksköterskor får delegera iordningsställande, administrering och överlämnande av läkemedel till någon annan.

Kunskaper och kompetens

3 § Den som genom ett beslut om delegering får iordningsställa, administrera eller överlämna läkemedel ska ha

1. dokumenterade kunskaper om hantering av läkemedel och de risker som är förenade med hanteringen, och
2. den kompetens som krävs för att kunna utföra uppgiften på ett korrekt och patientsäkert sätt.

4 § Den som ska fatta ett delegeringsbeslut ska kontrollera att mottagaren har de kunskaper och den kompetens som anges i 3 §.

Beslut om delegering**HSLF-FS****2025:xx**

5 § Ett beslut om delegering ska vara personligt och gälla för en viss verksamhet. Delegeringsbeslutet ska vara tidsbegränsat.

Dokumentation

6 § Ett beslut om delegering ska vara skriftligt och innehålla uppgifter om

1. vilken eller vilka uppgifter som delegeringen avser,
2. för vilken verksamhet som delegeringsbeslutet gäller,
3. vem som delegerat uppgiften,
4. till vem uppgiften delegerats,
5. när delegeringsbeslutet ska följas upp,
6. delegeringsbeslutets giltighetstid, och
7. datum då beslutet fattades.

Dokumentationen ska bevaras i minst tre år från den tidpunkt då delegeringsbeslutet upphör att gälla.

Uppföljning och återkallelse

7 § Vårdgivaren ska ansvara för att besluten om delegering i verksamheten följs upp och att delegeringsbeslut som inte längre är förenliga med en god och säker vård återkallas.

Allmänna råd

Ett beslut om delegering bör följas upp minst en gång per år. I uppföljningen bör det alltid ingå att kontrollera att mottagarens kunskaper är aktuella.

8 § Uppgifter om utförda uppföljningar och om återkallelser av delegeringsbeslut ska dokumenteras.

Dokumentationen ska bevaras i minst tre år från den tidpunkt då delegeringsbeslutet upphör att gälla.

Rutiner för delegering

9 § Vårdgivaren ska som ett led i en riskanalys enligt 5 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete bedöma riskerna med att delegera iordningställande, administrering eller överlämnande av läkemedel i verksamheten.

Vårdgivaren ska med utgångspunkt i riskanalysen fastställa rutinerna enligt 10 §.

**HSLF-FS
2025:xx**

10 § Av vårdgivarens rutiner för ordination och hantering av läkemedel ska det framgå

1. i vilka situationer och under vilka förutsättningar som det är förenligt med en god och säker vård att delegera iordningsställande, administrering eller överlämnande av läkemedel i verksamheten,
2. vilken kunskap och kompetens som krävs av den som genom beslut om delegering får iordningsställa, administrera eller överlämna läkemedel.

Ansvar för medicinskt ansvarig sjuksköterska

11 § Av 4 kap. 6 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) framgår att en medicinskt ansvarig sjuksköterska i den kommunala hälso- och sjukvården ska ansvara för att beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten.

Särskilda bestämmelser för tandvården

12 § Bestämmelser om behörighet att utföra lokalanestesi genom ledningsblockad i verksamhet som omfattas av tandvårdslagen (1985:125) finns i Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2025:xx) om behörighet att utföra vissa arbetsuppgifter inom tandvården.

-
1. Denna författning träder i kraft den 1 juli 2025 i fråga om 2 kap. 6 §, 5 kap. 1, 2, 4 och 4 a §§ och i övrigt den 1 januari 2026.
 2. Delegeringar som har beslutats före den 1 januari 2026 gäller under beslutets giltighetstid.

Socialstyrelsen

BJÖRN ERIKSSON

Camilla Damell



Konsekvensutredning – förslag till upphävande av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård

Dnr 4.1 - 77777/2024

Konsekvensutredning – förslag till upphävande av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård

Konsekvensutredning – förslag till upphävande av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård

Innehåll

1 Bakgrund	4
1.1 Gällande rätt.....	4
1.2 Bemyndiganden som myndighetens beslutanderätt grundar sig på .	9
1.3 Det aktuella problemet och den förändring som Socialstyrelsen eftersträvar	9
1.4 Konsekvenser om ingen åtgärd vidtas	10
2 Alternativa lösningar	11
2.1 De alternativ som finns för att uppnå förändringen	11
2.3 Det eller de alternativ som bedöms lämpligast och skälen till det	12
3 Konsekvenser av förslagen	15
3.1 Berörda av regleringen	15
3.2 Konsekvenser för kommunala självstyret	16
3.3 Kostnader och intäkter för staten	17
3.4 Kostnader och intäkter för företag och andra enskilda.....	17
3.5 Konsekvenser för patienter	17
3.6 Barnkonsekvensanalys	17
3.7 Andra relevanta konsekvenser	18
3.8 Åtgärder för att förslaget inte ska medföra mer långtgående kostnader/begränsningar än nödvändigt för att uppnå syftet.....	18
3.9 Bedömning av om förslagen överensstämmer med eller går utöver de skyldigheter som följer av Sveriges anslutning till EU	18
4 Ikraftträdande, övergångsbestämmelser och informationsinsatser	19
4.1 Ikraftträdande	19
4.2 Övergångsbestämmelser	19
4.3 Informationsinsatser	19
4.4 Hur och när konsekvenserna av förslagen kan utvärderas	19

Konsekvensutredning – förslag till upphävande av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård

1 Bakgrund

Det har under en längre tidsperiod framkommit att regioner, kommuner, vårdgivare och hälso- och sjukvårdsprofessionen anser att den rättsliga regleringen kring delegering är otydlig. Vidare är Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård föråldrade och i behov av en översyn.

Socialstyrelsen har därför beslutat att göra en översyn av följande föreskrifter och allmänna råd:

- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård
- Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2002:12) om delegering inom tandvården
- 9 kap. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården.

Översynen görs inom ramen för Socialstyrelsens regeringsuppdrag att främja, stödja och följa upp omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård.¹ Den syftar till att göra det enklare att förstå och tillämpa reglerna kring delegering. Målet är att åstadkomma ändamålsenliga, enkla och tydliga regler som är lätta att överblicka och som bidrar till en god och säker vård.

Denna konsekvensutredning gäller förslag till upphävande av SOSFS 1997:14. Det finns även två andra konsekvensutredningar gällande förslag till ändringar av HSLF-FS 2017:37² samt förslag till nya föreskrifter om behörighet att utföra vissa arbetsuppgifter inom tandvården som ska ersätta SOSFS 2002:12.³

1.1 Gällande rätt

God vård

Av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, framgår det att hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär bland annat att vården ska vara av god kvalitet samt tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet.⁴ I tandvårdslagen (1985:125), TvL, finns det en liknande bestämmelse där det framgår att tandvården ska bedrivas så att den uppfyller kravet på en god tandvård, vilket bland annat innebär att tandvården ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och särskild vikt ska läggas vid förebyggande åtgärder.⁵ Där

¹ S2023/01930 (delvis).

² Dnr 4.1 – 7777/2024.

³ Dnr. 4.1 – 77789/2024.

⁴ Se 5 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL.

⁵ Se 3 § tandvårdslagen (1985:25), TvL.

Konsekvensutredning – förslag till upphävande av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård

det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet och tandvårdsverksamhet ska det finnas den personal som behövs för att god vård ska kunna ges.⁶ Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i HSL och TvL upprätthålls.⁷ Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.⁸

Vårdgivarens ansvar

Vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete

Patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, syftar till att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvård och tandvård. Med hälso- och sjukvård avses i detta sammanhang även tandvård.⁹ Med patientsäkerhet avses skydd mot vårdskada, som i sin tur avser 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.¹⁰ En av de viktigaste faktorerna för ökad patientsäkerhet är att vårdgivarna bedriver ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.¹¹

Vårdgivaren ska därutöver vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador.¹² En grundläggande del i patientsäkerhetsarbetet är att säkerställa att risker i verksamheten identifieras och analyseras. Det krävs att vårdgivaren bedriver ett aktivt arbete för att identifiera sådana tillstånd, aktiviteter eller omständigheter som skulle kunna leda till vårdskador.¹³ Det är vårdgivaren som ska vidta de åtgärder som behövs för att säkerställa patientsäkerheten. Detta innefattar även en skyldighet att se till att de som arbetar i verksamheten har rätt kompetens för sina arbetsuppgifter samt att de i övrigt fullgör sina åligganden på ett korrekt sätt. I detta ligger också ett ansvar för att se till att eventuella brister i kunskap eller kompetens hos personalen åtgärdas genom lämplig fortbildning.¹⁴ I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:40) om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete finns kompletterande bestämmelser till regleringen i PSL om en vårdgivares skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

Ledningssystem

Vårdgivare ska ansvara för att det finns ett ledningssystem som ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet. Bestämmelser om ledningssystem finns i Socialstyrelsens

⁶ Se 5 kap. 2 § HSL och 4 a § TvL.

⁷ 3 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL.

⁸ Se 5 kap. 4 § HSL och 16 § TvL.

⁹ Se 1 kap. 1-2 §§ PSL.

¹⁰ Se 1 kap. 5-6 §§ PSL.

¹¹ Se 1 kap. 3 § PSL.

¹² Se 3 kap. 2 § PSL.

¹³ Se proposition 2009/10:210 Patientsäkerhet och tillsyn s. 194–195.

¹⁴ Se prop. 2009/10:210 s. 90.

Konsekvensutredning – förslag till upphävande av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård

föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.¹⁵ Vårdgivaren ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.¹⁶ Processer och rutiner är ledningssystemets grundläggande delar. Vårdgivaren ska därför identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet.¹⁷ Vårdgivaren ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet.¹⁸ Vårdgivaren ska vidare säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet.¹⁹ Ledningssystemet ska anpassas till verksamhetens inriktning och omfattning.²⁰

Vårdgivaren ska även identifiera de processer där samverkan behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada. Det ska framgå av processerna och rutinerna hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten. Det ska genom processerna och rutinerna vidare säkerställas att samverkan möjliggörs med andra vårdgivare och verksamheter inom socialtjänsten eller enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, och med myndigheter.²¹

Ansvar för vissa personalgrupper

Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar

Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen bär själv ansvaret för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter. Det innebär dock ingen inskränkning i vårdgivarens ansvar.²² För hälso- och sjukvårdspersonalen gäller särskilda regler om yrkesansvar och personalen står under tillsyn av Inspektionen för vård och omsorg (IVO).²³ Vem som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen definieras i lag och definitionen omfattar både personal med legitimation för yrke i hälso- och sjukvård och personal utan legitimation och gäller både för personal inom såväl hälso- och sjukvården som tandvården.²⁴ Den som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen.²⁵ För icke legitimerad personal (t.ex. vård- och omsorgspersonal) är det arbetsplatsen och/eller arbetsuppgifterna som styr om han eller hon är hälso- och sjukvårdspersonal.²⁶ Icke-legitimerad personal som är verksam vid sjukhus och andra vårdinrättningar och som medverkar i hälso- och sjukvård av patienter är hälso- och sjukvårdspersonal, medan icke-legitimerad personal utanför sjukhus och andra vårdinrättningar, endast är hälso- och sjukvårdspersonal när de vid

¹⁵ Se 1 kap. 2 § och 3 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

¹⁶ Se 3 kap. 2–3 §§ SOSFS 2011:9.

¹⁷ Se 4 kap. 2 § SOSFS 2011:9.

¹⁸ Se 5 kap. 1 § SOSFS 2011:9.

¹⁹ Se 6 kap. 1 § SOSFS 2011:9.

²⁰ Se 4 kap. 1 § SOSFS 2011:9.

²¹ Se 4 kap. 2–6 §§ SOSFS 2011:9.

²² Se 6 kap. 2 § PSL.

²³ Se 6 kap. 2 § och 7 kap. 1 § PSL.

²⁴ Se 1 kap. 4 § och 1 kap. 2 § PSL.

²⁵ Se 1 kap. 4 § första stycket 1 PSL.

²⁶ Se 1 kap. 4 § första stycket 2–6 PSL.

Konsekvensutredning – förslag till upphävande av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård

hälso- och sjukvård av patienter biträder en legitimerad yrkesutövare.²⁷ Hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Personalen ska i detta syfte till vårdgivaren rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.²⁸ Hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet och en patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav.²⁹

När patientsäkerhetslagen trädde ikraft år 2011 infördes ett förtydligande om att det särskilda yrkesansvar som hälso- och sjukvårdspersonalen har inte innebär någon inskränkning i vårdgivarens ansvar.³⁰ Av förarbetena framgår att vårdgivaren alltid har ett ansvar för att hälso- och sjukvården organiseras och bedrivs i enlighet med gällande regler. I detta ligger bl.a. en skyldighet att tillse att hälso- och sjukvårdspersonalen har rätt kompetens för sina arbetsuppgifter och att medarbetarnas utbildningsbehov identifieras och ges möjligheter till regelbunden fortbildning och kompetensutveckling. Vidare anfördes att vårdgivarna också har ett ansvar för att instruktioner och rutiner är ändamålsenliga och efterlevs.³¹

Verksamhetschef

Där hälso- och sjukvårdsverksamhet och tandvård bedrivs ska det finnas en verksamhetschef som svarar för verksamheten.³² Verksamhetschefen får bestämma över diagnostik eller vård och behandling av enskilda patienter endast om han eller hon har tillräcklig kompetens och erfarenhet för detta.³³ Verksamhetschefen får uppdra åt sådana befattningshavare inom verksamheten som har tillräcklig kompetens och erfarenhet att fullgöra enskilda ledningsuppgifter.³⁴ Det är verksamhetschefen som har det övergripande ansvaret för verksamheten och som ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses.³⁵

Medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig för rehabilitering

Inom det verksamhetsområdet som kommunen bestämmer ska det finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS). Om ett verksamhetsområde i huvudsak omfattar rehabilitering får en fysioterapeut eller arbetsterapeut fullgöra de uppgifter som åligger en medicinskt ansvarig sjuksköterska.³⁶ En MAS ska bland annat ansvara för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde, att beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten och

²⁷ Se 1 kap. 4 § första stycket 2–3 PSL.

²⁸ 6 kap. 4 § PSL.

²⁹ Se 6 kap. 1 § PSL.

³⁰ Se 6 kap. 2 § andra stycket PSL.

³¹ Se prop. 2009/10:210 s. 206.

³² Se 4 kap. 2 § första stycket HSL och 16 a § första stycket TvL.

³³ Se 4 kap. 4 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), HSF och 16 a § TvL.

³⁴ Se 4 kap. 6 § HSL och 16 a § andra stycket TvL.

³⁵ Se 4 kap. 1 § HSF.

³⁶ Se 11 kap. 4 § HSL.

Konsekvensutredning – förslag till upphävande av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård

att det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för läkemedelshantering. Detsamma gäller i tillämplig omfattning för MAR.³⁷

Vem får göra vad inom hälso- och sjukvården och tandvården?

De flesta arbetsuppgifter i hälso- och sjukvården och tandvården är inte författningsstyrda. Det innebär att det finns få regler om vem som får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården. För de flesta arbetsuppgifter bestämmer verksamhetschefen och/eller vårdgivaren vem som får utföra vad, baserat på den enskildas kompetens. Vissa arbetsuppgifter är särskilt reglerade och får bara utföras av en viss yrkeskategori. Läkemedelshantering (iordningsställande, administrering och överlämnande av läkemedel) är exempel på arbetsuppgifter som är författningsreglerade, men som får delegeras till annan som saknar formell behörighet.³⁸ Läkemedelshantering måste med andra ord delegeras för att någon som saknar formell behörighet ska få utföra uppgifterna. Vissa arbetsuppgifter i hälso- och sjukvården och tandvården får däremot enligt författning bara utföras av en eller vissa yrkesgrupper eller av personer som innehar en särskild befattning och får inte delegeras. Exempel på författningsstyrda uppgifter som inte får delegeras är rätten att ordinera³⁹ och att förskriva⁴⁰ läkemedel.

Delegering enligt patientsäkerhetslagen

Enligt 6 kap. 3 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, får den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen delegera en arbetsuppgift till någon annan endast när det är förenligt med kravet på en god och säker vård. Den som delegerar en arbetsuppgift till någon annan, ansvarar för att denne har förutsättningar att fullgöra uppgiften. Den som delegerar ansvarar alltså för sin bedömning att överlåta uppgiften, men inte för hur arbetsuppgiften fullgörs. Den som utför arbetsuppgiften ansvarar för hur denne fullgör uppgiften.⁴¹

Regleringen motsvarar regleringen som tidigare fanns i 2 kap. 6 § lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, LYHS. Den främsta skillnaden var att begreppet ”överlåta” byttes ut mot begreppet ”delegera”. Någon ändring i sak var inte avsedd.⁴²

Socialstyrelsens föreskrifter om delegering

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård trädde i kraft år 1997 och ersatte Socialstyrelsens kungörelse (SOSFS 1980:100) med allmänna råd om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården m.m. samt

³⁷ Se 4 kap. 6 § HSF.

³⁸ Se 7 kap. och 9 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården.

³⁹ Se 5 kap. HSLF-FS 2017:37.

⁴⁰ Se 2 kap. Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2021:75) om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit.

⁴¹ Se 6 kap. 3 § PSL och proposition 1993/94:149 Åligganden för personal inom hälso- och sjukvården m.m. s.67 och s.70.

⁴² Se prop. 2009/10:210 s. 207.

Konsekvensutredning – förslag till upphävande av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård

Socialstyrelsens allmänna råd SOSFS (1983:7) om delegering av arbetsuppgifter inom psykiatrisk verksamhet.

SOSFS 1997:14 gäller generellt inom all hälso- och sjukvård och tandvård. Föreskrifterna, som är bindande regler, är markerade genom inramning av texten. I SOSFS 1997:14 finns bl.a. krav på att delegeringar ska vara personliga, tidsbegränsade och dokumenterade. SOSFS 1997:14 har inte reviderats och utgår från bestämmelserna i lagen (1994:953) om åligganden för personal inom hälso- och sjukvården och stora delar av SOSFS 1997:14 är som tidigare nämnts föråldrade.

1.2 Bemyndiganden som myndighetens beslutanderätt grundar sig på

De bestämmelser som Socialstyrelsen föreslår ska upphävas grundar sig på bemyndigandet för Socialstyrelsen att meddela föreskrifter enligt nedan.

Enligt 7 kap. 4 § patientsäkerhetsförordningen (2010:1369), PSF, får Socialstyrelsen meddela ytterligare föreskrifter om skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonalen som behövs till skydd för människors liv, personliga säkerhet eller hälsa.

1.3 Det aktuella problemet och den förändring som Socialstyrelsen eftersträvar

Som nämnts ovan har det under en längre tidsperiod framkommit att regioner, vårdgivare och hälso- och sjukvårdsprofessionen anser att den rättsliga regleringen kring delegering är otydlig. Därutöver är SOSFS 1997:14 föråldrad och innehåller till stora delar en redovisning av gällande rätt. Den förändring Socialstyrelsen eftersträvar är en tydligare, enklare och mer lättöverskådlig reglering som bidrar till en god och säker vård.

I syfte att göra det samlade regelverket tydligare föreslår Socialstyrelsen att SOSFS 1997:14 upphävs. Vidare är syftet med förslaget att upphäva SOSFS 1997:14 att tydliggöra att arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården och tandvården som inte är reglerade i författning inte behöver delegeras utan kan fördelas utifrån de enskilda yrkesutövarnas kompetens.

Konsekvensutredning – förslag till upphävande av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård

Informationsinhämtning kring problembilden

Dialog med aktörer

För att få en så bra förståelse som möjligt kring olika aktörers perspektiv avseende delegering har Socialstyrelsen haft dialogmöten med relevanta aktörer och genomfört tre hearingar med aktörer inom hälso- och sjukvården samt tandvården. Myndighetens upplysningstjänst får in många frågor som rör delegering. I översynsarbetet har vi därför inhämtat information om vilka typer av frågor som är vanligast förekommande.

1.4 Konsekvenser om ingen åtgärd vidtas

Om ingen åtgärd vidtas kvarstår föråldrade och otydliga föreskrifter som skulle kunna försvåra för hälso- och sjukvården och tandvården att leva upp till kraven på en god och säker vård. Olika tolkningar av otydlig reglering kan även leda till en ojämlig hälso- och sjukvård och tandvård.

SOSFS 1997:14 innehåller till en stor del en beskrivning av gällande rätt, något som strider mot bestämmelsen om att en författning inte får innehålla annat än föreskrifter och allmänna råd.⁴³ Dessutom består föreskriften av ett ålderdomligt och krångligt språk som kvarstår om inga åtgärder vidtas.

⁴³ Jfr 29 § författningssamlingsförordningen (1976:725) och Ds 1998:43 Myndigheternas föreskrifter – Handbok i författningsskrivning s. 22 och s. 84–85.

Konsekvensutredning – förslag till upphävande av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård

2 Alternativa lösningar

2.1 De alternativ som finns för att uppnå förändringen

Mot bakgrund av ovanstående argumentation, i *avsnitt 1.4 Konsekvenser om inga åtgärder vidtas*, anser Socialstyrelsen att åtgärder behöver vidtas avseende SOSFS 1997:14. Socialstyrelsen bedömer att ett alternativ är att upphäva SOSFS 1997:14 och ta fram nya uppdaterade föreskrifter som kompletterar bestämmelserna i 6 kap. 3 § patientsäkerhetslagen. Ett annat alternativ är att upphäva SOSFS 1997:14 och föra över relevanta bestämmelser till HSLF-FS 2017:37, ta fram särskild behörighetsreglering i tandvården samt att ta fram ett meddelandeblad som stöd till verksamheterna.

2.2 Fördelar och nackdelar med de olika alternativen

I det fall SOSFS 1997:14 skulle uppdateras med nya föreskrifter skulle verksamheterna ha föreskrifter med formella krav att följa vid delegering av oreglerade arbetsuppgifter. I dialoger har aktörer framfört att det är en trygghet att SOSFS 1997:14 funnits länge och att det finns krav att följa vid framtagandet av rutiner och processer vid delegering. Fördelarna med att ta fram nya uppdaterade föreskrifter kan också vara att verksamheterna känner sig trygga med att regleringen är lik den som varit. En annan fördel med föreskrifter på området är att t.ex. MAS har ett stöd vid kontroll av kompetens och utbildning vid ett delegeringsförfarande.

En nackdel med att ta fram nya uppdaterade föreskrifter är att otydligheten avseende vad som behöver delegeras eller inte kvarstår. Att ha kvar formella krav vid delegering av oreglerade arbetsuppgifter, som får delegeras men inte behöver delegeras, skapar dessutom en administrativ belastning i hälso- och sjukvården och tandvården.

I dialogmöten har aktörer även lyft fram att de administrativa kraven runt delegeringar är svåra för verksamheterna att hinna med. Många aktörer lyfter att det är en stor utmaning att följa upp alla delegeringar som har utfärdats i en verksamhet, bland annat eftersom personalomsättningen är stor och en enskild sjuksköterska ansvarar för många delegeringar. En del aktörer har lyft att det kan vara omöjligt för till exempel en sjuksköterska att genomföra bedömningarna och delegeringar på ett patientsäkert sätt. Ett annat problem som identifierats är att alla delegeringar som en legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal gör automatiskt upphör om denne slutar i verksamheten. Förutsättningarna för att genomföra patientsäkra bedömningar och delegeringar varierar dessutom stort mellan olika aktörer. Det har även lyfts att regleringen

Konsekvensutredning – förslag till upphävande av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård

behöver förenklas och att ett större fokus behöver riktas på den kompetens som krävs för arbetsuppgifter snarare än på de administrativa kraven.

Genom att upphäva SOSFS 1997:14 skulle det bli tydligare att arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård, där det inte är reglerat i författning vilken yrkesgrupp som får utföra uppgiften, kan fördelas utifrån kompetens istället för att delegeras. Verksamheterna kan fortsättningsvis bestämma själva om det finns behov av att ha formaliakrav för oreglerade arbetsuppgifter, likt de som föreslås vid delegering av läkemedelshantering.⁴⁴ I t.ex. den kommunala hälso- och sjukvården har den medicinskt ansvarig sjuksköterskan (MAS) ansvar för att beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten.⁴⁵

2.3 Det eller de alternativ som bedöms lämpligast och skälen till det

Utgångspunkten i författningsarbete är att föreskrifter ska tas fram endast om det inte finns något bättre alternativ och när andra alternativ är uttömda.⁴⁶ Socialstyrelsen bedömer att det finns andra bättre lämpade alternativ än att ta fram föreskrifter vid delegering av oreglerade arbetsuppgifter.

Utifrån dialoger myndigheten haft har det framkommit att delegering är mer vanligt förekommande i kommunal hälso- och sjukvård än i övrig hälso- och sjukvård och tandvård. Majoriteten av samtliga verksamheter har framfört att de framför allt delegerar läkemedelshantering. När det gäller övriga arbetsuppgifter, utöver läkemedelshantering, uppger samtliga verksamheter att de har olika processer och rutiner för om oreglerade arbetsuppgifter delegeras eller fördelas på annat sätt. Verksamheterna har också framfört att det finns en begreppsförvirring avseende delegering och arbetsfördelning. Det har i dialogmöten framkommit att verksamheter i dag gör olika när det gäller delegering av oreglerade arbetsuppgifter.

Det finns inget författningskrav på att oreglerade arbetsuppgifter behöver delegeras och därför anser Socialstyrelsen att det fortsättningsvis inte bör omfattas av särskilda formella krav i föreskrifter. Verksamheterna bör istället få utrymme till lokala anpassningar i arbetssätt. Socialstyrelsen bedömer att det är verksamheterna som har bäst förutsättningar att bedöma vilka arbetssätt, rutiner och processer som är aktuella i varje enskild verksamhet. Att personalen har rätt kompetens för sina uppgifter är central för patientsäkerheten.

Kompetensförsörjningen är en stor utmaning inom hälso- och sjukvården och denna utmaning kan inte lösas enbart genom ökade krav i föreskrifter. Mot bakgrund av detta bedömer Socialstyrelsen att det inte främst är fler regler inom området som behövs, utan framför allt mer kunskap om gällande regelverk. I dialogmöten har det framkommit att verksamheterna önskar stöd i frågor

⁴⁴ Dnr. 4.1 - 7777/2024.

⁴⁵ 4 kap. 6 § 4 HSF.

⁴⁶ Se Ds 1998:43 s. 32.

Konsekvensutredning – förslag till upphävande av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård

avseende delegering. Socialstyrelsens bedömning är att ett meddelandeblad är ett lämpligt alternativ för att ge verksamheten stöd och information kring frågor som rör delegering men även kring de allmänna reglerna om styrning och arbetsfördelning. Ett meddelandeblad har även i dialoger med aktörerna visat sig vara en uppskattad kunskapshöjande produkt som ger ett bra stöd.

Frågor om säker läkemedelshantering har uppmärksammats särskilt i den kommunala hälso- och sjukvården där delegering av läkemedelshantering är mycket vanligt. Socialstyrelsen har gjort en analys av läkemedelshantering i kommunal hälso- och sjukvård med utgångspunkt i förutsättningar för delegering utifrån kraven i HSLF-FS 2017:37. Analysen visar bl.a. att det i dag finns risker i läkemedelshantering som beror på hur vården är organiserad, tillgängliga resurser och personalens kompetens i förhållande till komplexiteten i uppdraget. Vidare visar analysen att det ibland saknas förutsättningar för att hantera de risker som finns vid delegering av läkemedelshantering i den kommunala hälso- och sjukvården.⁴⁷

Mot bakgrund av bland annat ovanstående samt att läkemedelshantering måste delegeras för att utföras av personal som saknar behörighet enligt 7 kap. i HSLF-FS 2017:37 så bedömer Socialstyrelsen att delar av bestämmelserna i SOSFS 1997:14 därför behöver föras över till HSLF-FS 2017:37. Att ha reglerna kring läkemedelshantering samlade i en föreskrift gör att det är lättare att överblicka regleringen. För att öka tydligheten ytterligare har Socialstyrelsen för avsikt att utöver ett meddelandeblad även uppdatera den handbok som utgör vägledning för tillämpning av HSLF-FS 2017:37.⁴⁸ Genom de ändringar som föreslås i denna översyn, kommer myndighetens regelgivning som rör delegering vid läkemedelshantering och behörighetsreglering i tandvården att koncentreras till två separata föreskrifter. Genom ovan nämnda förslag skapas en mer lättöverskådlig reglering som i sin tur skapar bättre förutsättningar för en god och säker vård.

Verksamheterna kommer även framöver ha möjlighet att ha kvar de rutiner som i dag används vid delegering av oreglerade arbetsuppgifter. Om verksamheterna bedömer att det till exempel behövs formella krav vid ett delegeringsförfarande bedömer Socialstyrelsen att denna bedömning behöver ske verksamhetsnära. Om de formella kraven i föreskrifter tas bort så kan det förhoppningsvis även leda till att verksamheterna får större utrymme att fördela arbetsuppgifter utifrån lokala förutsättningar. Önskvärd effekt av detta är att hälso- och sjukvården och tandvårdens resurser bättre tas tillvara då förslaget innebär lättnader i administrativa krav.

Sammanfattningsvis gör Socialstyrelsen bedömningen att upphävandet av SOSFS 1997:14 bidrar till en tydligare och enhetligare reglering avseende vilka arbetsuppgifter som måste delegeras och vilka uppgifter som kan fördelas på annat sätt. Genom att göra regelverket tydligare blir det sannolikt också enklare

⁴⁷ Säker läkemedelshantering - med fokus på delegering inom kommunal hälso- och sjukvård, Socialstyrelsen, 2023. Artikelnr. 2023-9-8691.

⁴⁸ Läs mer i Ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården – Handbok vid tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården.

Konsekvensutredning – förslag till upphävande av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård

att tillämpa bestämmelserna som i sin tur bidrar till en god och säker vård. Utifrån ovanstående beskrivning gör Socialstyrelsen således den samlade bedömningen att SOSFS 1997:14 bör upphävas och inte ersättas av en ny författning. Delar av bestämmelserna bör dock föras över till HSLF-FS 2017:37.

Konsekvensutredning – förslag till upphävande av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård

3 Konsekvenser av förslagen

3.1 Berörda av regleringen

De som berörs av regleringen är regioner, kommuner, vårdgivare, verksamhetschefer samt hälso- och sjukvårdspersonal som delegerar och tar emot en delegering. Utifrån den information som Socialstyrelsen har fått från berörda verksamheter är det dock inte hos alla vårdgivare som delegering av andra arbetsuppgifter än läkemedelshantering förekommer. Exempelvis är delegering mer förekommande i den kommunala hälso- och sjukvården än i övrig hälso-sjukvård och tandvård. I tabell 1 presenteras antal verksamheter som berörs uppdelat på driftsform.

Tabell 1. Antal vårdgivare i Sverige

Driftsform	Antal verksamheter
Privat	27 531
Offentlig	13 722
Totalt	41 253

Källa: IVO:s vårdgivarregister, hämtat juli 2024.

3.2 Kostnader och intäkter för regioner och kommuner

Att SOSFS 1997:14 upphävs kan initialt innebära engångskostnader för de verksamheter där delegering förekommer eftersom de kan behöva läsa sig in på vad ändringarna innebär samt se över sina rutiner. Upphävandet av SOSFS 1997:14 kan även innebära återkommande besparingar för vårdgivare. För att få en bild av vilka kostnadsmissiga konsekvenser som skulle kunna uppstå på grund av detta har Socialstyrelsen haft kontakt med flera berörda aktörer. Utifrån dessa svar kommer Socialstyrelsen fram till att upphävandet kan medföra försumbara kostnader för de verksamheter som delegerar i dag. Kostnadsuppskattningarna i detta avsnitt gäller för samtliga vårdgivare, oavsett driftsform och storlek, men den kommunala hälso- och sjukvården bedöms beröras i större utsträckning eftersom delegeringar är mer vanligt förekommande där än i övrig hälso- och sjukvård och tandvård.

De eventuella kostnadsmissiga konsekvenser som Socialstyrelsen beskriver i denna konsekvensutredning baseras på en uppskattad arbetstid för vårdgivare att genomföra arbetsuppgifter som kan uppstå på grund av upphävandet av föreskriften. Kostnaderna kommer att variera beroende på vem i verksamheten som genomför arbetsuppgifterna, vilket kan se olika ut i olika verksamheter. I beräkningarna som presenteras i detta avsnitt har Socialstyrelsen valt att utgå

Konsekvensutredning – förslag till upphävande av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård

från timkostnaden för en MAS eftersom det framförallt är MAS:ar som har ansvaret för delegeringar inom den kommunala hälso- och sjukvården. Lönekostnaden för en MAS presenteras i tabell 2.

Tabell 2. Lönekostnader

Yrkeskategori	Månadslön, kr	Månadslön, kr inkl. sociala avgifter och tillägg*	Timlön, kr
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)	42 100	77 464	484

Källa: SCB:s lönestatistik 2022. *Den genomsnittliga lönekostnaden multipliceras med schablonvärdet 1,84. Schablonen inkluderar semesterersättning på 12 %, arbetsgivaravgifter på 31,42 % samt en overheadkostnad på 25 %. Ekonomiska effekter av nya regleringar, Tillväxtverket, 2017 s. 16.

Socialstyrelsen uppskattar att detta tar 40 timmar i anspråk för en MAS, vilket innebär kostnader om 19 360 kronor per verksamhet. Som beskrivits tidigare i denna konsekvensutredning förekommer inte delegering i alla verksamheter och därför blir det inte samma kostnadsmissiga konsekvenser för alla. Socialstyrelsen saknar dock information om hur många delegeringar som utförs hos vårdgivare och kan därför inte beräkna totalkostnaderna av upphävandet.

Förslaget kan samtidigt medföra positiva ekonomiska effekter eftersom förslagen innebär lättnader i administrativa krav. Detta skulle i sin tur kunna ge hälso- och sjukvårdspersonalen mer tid till att utföra andra arbetsuppgifter. Det är inte möjligt för Socialstyrelsen att uppskatta omfattningen av denna effektivitetsökning, men utifrån denna bakgrund anser Socialstyrelsen att kostnaderna som beskrivs i föregående stycke är proportionerliga i förhållande till förslagens syfte. Det finns dock inget som hindrar att verksamheter fortsätter med att ställa upp formaliakrav vid delegering av oreglerade arbetsuppgifter, liknande de krav som föreslås i översynen av HSLF-FS 2017:37.⁴⁹

3.2 Konsekvenser för kommunala självstyret

Överväganden enligt 14 kap. 3 § RF

En inskränkning i den kommunala självstyrelsen bör enligt 14 kap. 3 § regeringsformen inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som föranlett den. Bestämmelsen ger uttryck för en proportionalitetsprincip vad gäller inskränkningar i den kommunala självstyrelsen. Socialstyrelsen bedömer att förslagen inte innebär någon inskränkning i den kommunala självstyrelsen.

⁴⁹ Se Dnr. 4.1-7777/2024.

Konsekvensutredning – förslag till upphävande av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård

3.3 Kostnader och intäkter för staten

Socialstyrelsen kommer innan upphävandet av SOSFS 1997:14 att behöva ta fram kompletterande stöd samt informationsinsatser till hälso- och sjukvården och tandvården vilket kommer att innebära kostnader för myndigheten. Socialstyrelsen kan dock inte i detta läge uppskatta omfattningen av detta arbete och kan därför inte beräkna dessa kostnader.

3.4 Kostnader och intäkter för företag och andra enskilda

Kostnader och intäkter som kan uppstå för privata vårdgivare bedöms vara av samma omfattning som de som beskrivits i avsnitt 3.2 *Kostnader och intäkter för kommuner och regioner*. De kostnadsmässiga konsekvenserna av upphävandet bedöms vara av samma omfattning oavsett vårdgivarens driftform eller storlek. Socialstyrelsen bedömer därför att upphävandet av SOSFS 1997:14 inte kommer att påverka företagens konkurrensförmåga, arbetsförhållanden eller villkor i övrigt.

3.5 Konsekvenser för patienter

Socialstyrelsens intention med de förslag som presenteras avseende översynen kring delegering är att regelverken inte ska hindra ett arbetssätt som är mer anpassat och flexibelt utifrån verksamheterna. Anpassade arbetssätt, utifrån vad som är mest ändamålsenligt för verksamheterna, ger förhoppningsvis större möjlighet att arbeta utifrån en personcentrerad vård vilket även ligger inom ramen för omställningen till en god och nära vård. Mer tid kan frigöras för det patientnära arbetet med de ovan föreslagna lättnaderna i administrativa krav. I och med att föreslagen reglering kommer att bli tydligare och därmed enklare att förstå och tillämpa, kommer den att bidra till en god och säker vård.

3.6 Barnkonsekvensanalys

Socialstyrelsen bedömer att förslaget till upphävande av författningen inte specifikt har någon särskild påverkan på barn. Alla patienter, oavsett ålder, omfattas av de bestämmelser och fördelar som redogjorts för i avsnitt 1.1 *Gällande rätt*. Även barn som patienter kommer att gagnas av en tydligare reglering som kan bidra till en god och säker vård.

Konsekvensutredning – förslag till upphävande av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård

3.7 Andra relevanta konsekvenser

Konsekvenser för Förenta Nationernas Agenda 2030

Förenta Nationerna (FN) har tagit fram mål för människornas och planetens välbefinnande, Agenda 2030. Målen ska bidra till en socialt, ekonomiskt och miljömässigt hållbar utveckling och vara uppnådda till år 2030 i världens alla länder. Föreslagna ändringar berör främst mål nummer tre i Agenda 2030 som omfattar *God hälsa och välbefinnande*. Även mål tio Minskad ojämlikhet berörs.

3.8 Åtgärder för att förslaget inte ska medföra mer långtgående kostnader/begränsningar än nödvändigt för att uppnå syftet

Socialstyrelsen har under föreskriftsarbetet haft kontakt med flera aktörer som kommer att beröras av upphävandet av SOSFS 1997:14 och ingen av dessa aktörer har lyft att det skulle medföra kostnadsmissiga konsekvenser av betydande omfattning för dem. De kostnader som Socialstyrelsen beskrivit i denna konsekvensutredning bedöms vara försumbara och proportionerliga till förslaget syfte.

3.9 Bedömning av om förslagen överensstämmer med eller går utöver de skyldigheter som följer av Sveriges anslutning till EU

Förslagen bedöms inte ha någon betydelse för de skyldigheter som följer av Sveriges anslutning till den Europeiska unionen.

Konsekvensutredning – förslag till upphävande av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård

4 Ikraftträdande, övergångsbestämmelser och informationsinsatser

4.1 Ikraftträdande

Avsikten är att föreskrifterna ska upphöra att gälla vid utgången av december 2025.

4.2 Övergångsbestämmelser

Socialstyrelsen har bedömt att det inte finns behov av övergångsbestämmelser. När SOSFS 1997:14 upphävs kommer det inte tillföras några nya krav vid ett delegeringsförfarande av oregrerade arbetsuppgifter. Enligt de förslag som Socialstyrelsen lämnar kommer det framöver finnas möjlighet för verksamheterna att ta fram rutiner, ifall de fortsatt önskar ha formella krav kring delegering av oregrerade arbetsuppgifter.

4.3 Informationsinsatser

Socialstyrelsen kommer att genomföra informationsinsatser riktade till berörda aktörer. I samband med att de ändrade bestämmelserna avseende delegering beslutas kommer Socialstyrelsen att sända information kring detta till samtliga remissinstanser. Information kommer även att läggas ut på myndighetens webbplats.

Myndigheten planerar även att publicera ett meddelandeblad som informerar om de ändrade reglerna kring delegering. Därutöver har Socialstyrelsen för avsikt att uppdatera den handbok som utgör vägledning för tillämpning av HSLF-FS 2017:37.

4.4 Hur och när konsekvenserna av förslagen kan utvärderas

Socialstyrelsen har en beslutad process för uppföljning av författningar. Syftet med processen är att säkerställa att Socialstyrelsens författningar (föreskrifter och allmänna råd) följs upp på ett systematiskt sätt. Målet med processen är att identifiera och analysera eventuella behov av ändringar i Socialstyrelsens författningar i syfte att säkerställa att författningarna uppfyller krav på att vara aktuella och ändamålsenliga. Förslagen gällande upphävande av SOSFS 1997:14, ändringarna av HSLF-FS 2017:37 och föreskrifterna om behörighet att

Konsekvensutredning – förslag till upphävande av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård

utföra vissa arbetsuppgifter inom tandvården kommer att följas upp i enlighet med denna process.

Gemensamma författningssamlingen avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, folkhälsa m.m.

ISSN 2002-1054, Artikelnummer 2025-xx-xx
Utgivare: Chefsjurist Pär Ödman, Socialstyrelsen

Socialstyrelsens föreskrifter om ändring i föreskrifterna (SOSFS 2009:10) om ambulanssjukvård m.m.;

beslutade den xx xx 2025.

Socialstyrelsen föreskriver med stöd av 8 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) att 6 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:10) om ambulanssjukvård m.m. ska ha följande lydelse.

6 kap.

2 § Vårdgivaren ska vidare ansvara för att en ambulans alltid är bemannad med hälso- och sjukvårdspersonal som har behörighet att iordningställa och administrera läkemedel i enlighet med 7 kap. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården.

Författningen träder i kraft den 1 januari 2026.

Socialstyrelsen

BJÖRN ERIKSSON

Camilla Damell

**HSLF-FS
2025:xx**

Utkom från trycket
den xx xx 2025



Konsekvensutredning – förslag till ändringar i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården m.m.

Dnr 4.1-77777/2024

Konsekvensutredning – förslag till ändringar i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården m.m.

Innehåll

1 Bakgrund	3
1.1 Gällande rätt	5
1.2 Bemyndiganden som myndighetens beslutanderätt grundar sig på .	8
1.3 Det aktuella problemet och den förändring som Socialstyrelsen eftersträvar	9
1.4 Alternativa lösningar och effekter om ingen reglering kommer till stånd	10
2 Socialstyrelsens förslag och bedömningar	12
2.1. Genomgång av Socialstyrelsens förslag och bedömningar.....	12
2.2 Dialog med aktörer.....	20
3 Konsekvenser av förslagen	21
3.1 Berörda av regleringen.....	21
3.2 Kostnader och intäkter för kommuner och regioner	21
3.4 Konsekvenser för kommunala självstyret.....	25
3.5 Kostnader och intäkter för staten	25
3.6 Kostnader och intäkter för företag och andra enskilda.....	25
3.7 Konsekvenser för patienter	26
3.8 Barnkonsekvensanalys	26
3.9 Andra relevanta konsekvenser	26
3.10 Åtgärder för att förslaget inte ska medföra mer långtgående kostnader/begränsningar än nödvändigt för att uppnå syftet.....	26
3.11 Bedömning av om förslagen överensstämmer med eller går utöver de skyldigheter som följer av Sveriges anslutning till EU	27
4 Ikraftträdande, övergångsbestämmelser och informationsinsatser	28
4.1 Ikraftträdande	28
4.2 Övergångsbestämmelser	28
4.3 Informationsinsatser	28
4.4 Hur och när konsekvenserna av förslagen kan utvärderas	29

Konsekvensutredning – förslag till ändringar i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården m.m.

1 Bakgrund

Det har under en längre tidsperiod framkommit att regioner, kommuner, vårdgivare och hälso- och sjukvårdsprofessionen anser att den rättsliga regleringen kring delegering är otydlig. Vidare är Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård föråldrade och i behov av en översyn.

Socialstyrelsen har därför beslutat att göra en översyn av följande föreskrifter och allmänna råd

- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård
- Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2002:12) om delegering inom tandvården
- 9 kap. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården.

Översynen görs inom ramen för Socialstyrelsens regeringsuppdrag att främja, stödja och följa upp omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård.¹ Den syftar till att göra det enklare att förstå och tillämpa reglerna kring delegering. Målet är att åstadkomma ändamålsenliga, enkla och tydliga regler som är lätta att överblicka och som bidrar en god och säker vård.

Denna konsekvensutredning gäller förslag till ändringar i HSLF-FS 2017:37 och i Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:10) om ambulanssjukvård m.m. Det finns även två andra konsekvensutredningar gällande förslag till upphävande av SOSFS 1997:14² samt förslag till nya föreskrifter om behörighet att utföra vissa arbetsuppgifter inom tandvården som ska ersätta SOSFS 2002:12³.

Säker läkemedelshantering

Läkemedelsbehandling är en av de vanligaste åtgärderna inom hälso- och sjukvården. Läkemedel kan bota, lindra och förebygga sjukdomar och därigenom bidra till en ökad överlevnad och förbättrad livskvalitet. All läkemedelsbehandling innebär dock risk för läkemedelsrelaterade skador och dessa skador utgör en stor del av alla uppkomna vårdskador.

¹ S2023/01930 (delvis).

² Dnr 4.1 - 7777/2024.

³ Dnr. 4.1- 77789/2024.

Konsekvensutredning – förslag till ändringar i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården m.m.

Läkemedelsrelaterade skador innebär lidande för den som drabbas, dessutom innebär det stora kostnader för samhället. Många av de sköraste med komplexa hälsoproblem och omfattande funktionsnedsättningar, såväl barn som vuxna, får delar av sin vård genom den kommunala hälso- och sjukvården. Frågor om säker läkemedelshantering har uppmärksamats särskilt i den kommunala hälso- och sjukvården där delegering av läkemedelshantering är mycket vanligt. Socialstyrelsen har gjort en analys av läkemedelshantering i kommunal hälso- och sjukvård med utgångspunkt i förutsättningar för delegering utifrån kraven i HSLF-FS 2017:37. Analysen visar bl.a. att det i dag finns risker i läkemedelshantering som beror på hur vården är organiserad, tillgängliga resurser och personalens kompetens i förhållande till komplexiteten i uppdraget.⁴ Vidare visar analysen att det ibland saknas förutsättningar för att hantera de risker som finns vid delegering av läkemedelshantering i den kommunala hälso- och sjukvården.

Läkemedelshantering i ambulanssjukvården

Socialstyrelsen har på uppdrag av regeringen gjort en kartläggning av den prehospitla akutsjukvården och lämnat förslag på hur den kan utvecklas, effektiviseras och stärkas. Av rapporten framgår att flera aktörer efterfrågar möjligheter att delegera läkemedelshantering till ambulanssjukvårdare. En av Socialstyrelsens slutsatser var att det finns anledning att ifrågasätta behovet av att ha särskilda föreskrifter för just ambulanssjukvård. Prehospital akutsjukvård inklusive ambulanssjukvård är idag en integrerad del av hälso- och sjukvården. Samma krav på kvalitet och patientsäkerhet gäller även om vården sker utanför en vårdinrättning, på en skadeplats, i en patients hem eller i en sjuktransport.⁵

Behörighet att ordinera läkemedel

Läkemedelsverket har lämnat förslag till nya bestämmelser i Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2021:75) om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit som innebär att sjuksköterskor under vissa förutsättningar ska få rekvirera, det vill säga beställa, läkemedel till en vårdgivare. I oktober 2023 skickades ett omarbetat förslag på remiss på nytt efter en första remiss som skickades ut i januari 2023. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) påpekade i sitt remissvar att förslaget att ge sjuksköterskor rekvisitionsrätt kan få konsekvenser för tillämpningen av 5 kap. 1 § HSLF-FS 2017:37 då viss rätt att ordinera läkemedel är kopplade till rätten att förskriva eller förordna läkemedel enligt Läkemedelsverkets föreskrifter. För att det inte ska råda några oklarheter kring behörigheten för

⁴ Säker läkemedelshantering - med fokus på delegering inom kommunal hälso- och sjukvård, Socialstyrelsen, 2023. Artikelnr. 2023-9-8691.

⁵ Sveriges prehospitala akutsjukvård - nulägesbild, bedömning och utvecklingsförslag. Socialstyrelsen, 2023. Artikelnr. 2023-2-8337.

Konsekvensutredning – förslag till ändringar i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården m.m.

sjuksköterskor att ordinera läkemedel behöver vissa bestämmelser i 5 kap. HSLF-FS 2017:37 ändras.

1.1 Gällande rätt

Hälso- och sjukvårdspersonal får delegera en arbetsuppgift till någon annan endast när det är förenligt med kravet på en god och säker vård.⁶ Arbetsuppgifter som enligt föreskrifter bara får utföras av en viss yrkesgrupp får inte delegeras, om det inte uttryckligen av föreskrifter framgår att delegering av uppgifterna är tillåtet.⁷ Exempel på författningsreglerade uppgifter som inte får delegeras är rätten att ordinera⁸ och förskriva⁹ läkemedel. Iordningsställande, administrering och överlämnande av läkemedel (läkemedelshantering) är exempel på uppgifter som är författningsreglerade, men som får delegeras till annan personal som saknar formell behörighet.¹⁰ Läkemedelshantering inom hälso- och sjukvården och tandvården måste med andra ord delegeras för att någon som saknar formell behörighet ska få utföra uppgifterna.

Delegering av läkemedelshantering

Bestämmelser om behörighet att iordningsställa, administrera och överlämna läkemedel finns i 7 kap. HSLF-FS 2017:37. Läkare, tandläkare och sjuksköterskor är behöriga att iordningsställa, administrera och överlämna läkemedel.¹¹ Vissa andra yrkesgrupper har en begränsad behörighet.¹² Iordningsställande och administrering eller överlämnande av läkemedel får delegeras inom hälso- och sjukvården, med undantag för ambulanssjukvården.¹³ Det är bara läkare, tandläkare och sjuksköterskor som får delegera uppgifterna.¹⁴ Andra yrkesgrupper som är behöriga enligt 7 kap. HSLF-FS 2017:37 får själva utföra uppgifterna, men inte delegera till annan personal.

Ansvar vid delegering

Ansaret vid delegering framgår av patientsäkerhetslagen (2010:659). Den som delegerar en arbetsuppgift ansvarar under eget yrkesansvar för att den som tar emot uppgiften har förutsättningar att fullgöra uppgiften.¹⁵ Av

⁶ 6 kap. 3 § första stycket patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL.

⁷ Regeringens proposition *Ålīganden för personal inom hälso- och sjukvården m.m.*, prop. 1993/94:149. s. 70.

⁸ 5 kap. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården.

⁹ 2 kap. Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2021:75) om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit.

¹⁰ 7 kap. och 9 kap. 1 § HSLF-FS 2017:37.

¹¹ 7 kap. 1 § HSLF-FS 2017:37.

¹² 7 kap. 2-6 §§ HSLF-FS 2017:37.

¹³ 9 kap. 1 § HSLF-FS 2017:37.

¹⁴ 9 kap. 2 § HSLF-FS 2017:37.

¹⁵ 6 kap. 3 § andra stycket PSL.

Konsekvensutredning – förslag till ändringar i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården m.m.

förarbetena framgår att den som delegerar ansvarar för sin bedömning att delegera uppgiften, men inte för hur arbetsuppgiften fullgörs. Den som utför arbetsuppgiften ansvarar under eget yrkesansvar för hur han eller hon fullgör uppgiften.¹⁶ Yrkesansvaret innebär att hälso- och sjukvårdspersonalen själv bär ansvaret för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter.¹⁷

Att hälso- och sjukvårdspersonalen har ett eget yrkesansvar för hur hen utför arbetsuppgifterna innebär inte att vårdgivaren inte har något ansvar. När patientsäkerhetslagen infördes år 2011 ansåg lagstiftaren att det behövde förtydligas i lagen att personalens särskilda yrkesansvar inte innebär någon inskränkning i vårdgivarens ansvar.¹⁸ Av förarbetena framgår att vårdgivaren alltid har ett ansvar för att hälso- och sjukvården organiseras och bedrivs i enlighet med gällande regler. I detta ligger bl.a. en skyldighet att tillse att hälso- och sjukvårdspersonalen har rätt kompetens för sina arbetsuppgifter och att medarbetarnas utbildningsbehov identifieras och att de ges möjlighet till regelbunden fortbildning och kompetensutveckling. Vidare anfördes att vårdgivarna också har ett ansvar för att instruktioner och rutiner är ändamålsenliga och efterlevs.¹⁹

Systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

Hälso- och sjukvårds- och tandvårdsverksamheter ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls.²⁰ Det innebär bland annat att det ska finnas den personal som behövs för att god vård ska kunna ges.²¹ Vårdgivaren ansvarar för att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och tandvårdslagen (1985:125) upprätthålls.²² Ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete är en av de viktigaste faktorerna för ökad kvalitet och patientsäkerhet.²³ En grundläggande beståndsdel i patientsäkerhetsarbetet är att analysera risker i verksamheten och vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador.²⁴ Det är vårdgivaren som ansvarar för att vidta de åtgärder som behövs för att säkerställa patientsäkerheten.²⁵ I det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet ska Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:40) om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete tillämpas.

¹⁶ Prop. 1993/94:149 s. 67 och 70.

¹⁷ 6 kap. 2 § första stycket PSL.

¹⁸ 6 kap. 2 § andra stycket PSL.

¹⁹ Regeringens proposition *Patientsäkerhet och tillsyn*, prop. 2009/10:210 s. 206.

²⁰ 5 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL och 3 § tandvårdslagen (1985:125), TvL.

²¹ 5 kap. 2 § HSL 4 a § TvL.

²² 3 kap. 1 § PSL.

²³ 3 kap. 1 § PSL, 5 kap. 4 § HSL och 16 § TvL.

²⁴ 3 kap. 1 § PSL.

²⁵ 3 kap. 2 § PSL.

Konsekvensutredning – förslag till ändringar i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården m.m.

Ledningssystem

Vårdgivaren ansvarar för att det finns ett ledningssystem som ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet.²⁶ Vårdgivaren ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.²⁷ Det är alltid vårdgivaren som har ansvaret för att det finns ett ledningssystem, ansvaret kan inte överlåtas. Däremot är det möjligt att internt uppdra åt någon eller några i verksamhetens organisation att utföra olika uppgifter som ingår i det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet.²⁸ Vårdgivaren ska då ange hur uppgifterna är fördelade i verksamheten.²⁹ Om en särskild befattning har ett utpekat ansvar för vissa frågor i andra författningar, gäller ansvaret enligt den författningen. T.ex. har den medicinskt ansvarig sjuksköterskan (MAS) i den kommunala hälso- och sjukvården ansvar för att beslut om delegering i verksamheten är förenliga med patientsäkerheten.³⁰

Risکانالیزer – en del i det förebyggande arbetet

Vårdgivaren ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet.³¹ Riskanalys innebär att den som bedriver verksamheten arbetar förebyggande. Riskanalyser ska genomföras fortlöpande. Omständigheter som påverkar vad fortlöpande innebär i det enskilda fallet är t.ex. verksamhetens inriktning eller om verksamheten är särskilt riskfylld som exempelvis läkemedelshantering. Riskanalyser kan behöva genomföras innan förändringar av verksamheten eller inför förändringar av personalens sammansättning och innan nya arbetssätt börjar tillämpas.³²

Om Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel (HSLF-FS 2017:37)

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården ska tillämpas i verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen och tandvårdslagen. I HSLF-FS 2017:37 finns bl.a. bestämmelser om behörighet för att ordinera, iordningsställa, administrera och överlämna läkemedel.

²⁶ 3 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

²⁷ 3 kap. 2 § SOSFS 2011:9.

²⁸ Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete - Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Socialstyrelsen, 2012 (art. nr 2012-6-53), s. 27.

²⁹ 3 kap. 3 § SOSFS 2011:9.

³⁰ 4 kap. 6 § första stycket 4 hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), HSF.

³¹ 5 kap. 1 § SOSFS 2011:9.

³² Handbok till SOSFS 2011:9, s. 26.

Konsekvensutredning – förslag till ändringar i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården m.m.

I 9 kap. HSLF-FS 2017:37 finns bestämmelser om delegering av iordningsställande, administrering och överlämnande av läkemedel. Bestämmelserna omfattar t.ex. krav på dokumenterade kunskaper för den som tar emot en delegering, verksamhetschefens ansvar samt krav på vårdgivaren att ha vissa rutiner. Kompletterande bestämmelser om delegering av läkemedelshantering finns i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården och tandvården. De krav som anges i SOSFS 1997:14 gäller således även vid delegeringar av läkemedelshantering. I SOSFS 1997:14 finns bl.a. krav på att delegeringar ska vara personliga, tidsbegränsade och dokumenterade.

Behörighet att ordinera läkemedel

I 5 kap. HSLF-FS 2017:37 finns bestämmelser om behörighet att ordinera läkemedel. Begreppet ordination ska skiljas från begreppen förordna och förskriva som finns i Läkemedelsverkets föreskrifter. Begreppet förordna betyder där att utfärda recept eller rekvisition avseende läkemedel³³ och förskriva betyder att utfärda recept³⁴. En ordination är ett beslut av hälso- och sjukvårdspersonal som är avsett att påverka en patients hälsotillstånd genom en hälso- och sjukvårdsåtgärd.³⁵

Enligt 5 kap. 1 § HSLF-FS 2017:37 är endast den hälso- och sjukvårdspersonal som är behörig att förordna eller förskriva ett läkemedel enligt de författningar som anges i 5 kap. 2-5 §§ HSLF-FS 2017:37 behöriga att ordinera läkemedlet. Behörigheten att ordinera läkemedel är alltså kopplad till behörighetsregler som anges i andra författningar, bl.a. Läkemedelsverkets föreskrifter. Idag har sex yrkesgrupper i hälso- och sjukvården och tandvården behörighet att ordinera läkemedel: läkare, tandläkare, tandhygienister samt de sjuksköterskor, barnmorskor och optiker som uppfyller de kompetenskrav som Socialstyrelsen föreskriver.

1.2 Bemyndiganden som myndighetens beslutanderätt grundar sig på

De ändringar i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården och i Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:10) om ambulanssjukvård

³³ 1 kap. 7 § Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2021:75) om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit.

³⁴ 1 kap. 7 § HSLF-FS 2021:75.

³⁵ 3 kap. 1 § HSLF-FS 2017:37.

Konsekvensutredning – förslag till ändringar i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården m.m.

m.m. som Socialstyrelsen föreslår grundar sig på bemyndigande som anges nedan.

8 kap. 1 och 2 § § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), HSF

I 8 kap. 2 § HSF ges Socialstyrelsen rätt att meddela föreskrifter om hälso- och sjukvård behövs till skydd för enskilda. Enligt 8 kap. 2 § HSF får Socialstyrelsen meddela de ytterligare föreskrifter som behövs för verkställighet av 5 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

7 kap. 4 § och 8 kap. 5 § första stycket 1 och andra stycket första meningen patientsäkerhetsförordningen (2010:1369)

I 7 kap. 4 § patientsäkerhetsförordningen ges Socialstyrelsen rätt att meddela ytterligare föreskrifter om skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonalen som behövs till skydd för människors liv, personliga säkerhet eller hälsa. I 8 kap. 5 § första stycket 1 och andra stycket första meningen patientsäkerhetsförordningen bemyndigas Socialstyrelsen att meddela föreskrifter om vilka moment som ska ingå i vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete enligt 3 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659) samt om verkställigheten av patientsäkerhetslagen och föreskrifter om verkställigheten av patientsäkerhetsförordningen.

13 § andra stycket tandvårdsförordningen (1998:1338)

I bestämmelsen bemyndigas Socialstyrelsen att meddela ytterligare föreskrifter om verkställigheten av tandvårdslagen och föreskrifter om verkställigheten av tandvårdsförordningen.

1.3 Det aktuella problemet och den förändring som Socialstyrelsen eftersträvar

Delegering av läkemedelshantering

Det finns risker vid delegering av läkemedelshantering som beror på hur vården är organiserad, tillgängliga resurser och personalens kompetens i förhållande till komplexiteten i uppdraget.³⁶ Idag är reglerna om delegering utformade på ett sådant sätt att ansvaret till stora delar enbart ligger på

³⁶ Säker läkemedelshantering - med fokus på delegering inom kommunal hälso- och sjukvård, Socialstyrelsen, 2023. Artiklnr. 2023-9-8691.

Konsekvensutredning – förslag till ändringar i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården m.m.

hälso- och sjukvårdspersonalen. Personalen har dock inte ansvaret för organisationen, resurserna eller bemanningen. Det är vårdgivaren som har det organisatoriska ansvaret och därmed möjlighet att åstadkomma förändring. Den förändring som Socialstyrelsen eftersträvar är ett tydligare verksamhetsansvar för delegering av läkemedelshantering i verksamheten och att delegering av läkemedelshantering ska vara en del av vårdgivarens systematiska kvalitet- och patientsäkerhetsarbete. Att upprätthålla patientsäkerheten vid delegering av läkemedelshantering ska inte längre enbart vara ett ansvar för hälso- och sjukvårdspersonalen.

Att personalen har rätt kompetens för sina uppgifter är centralt för patientsäkerheten. Kompetensförsörjningen är en stor utmaning inom hälso- och sjukvården och vi är medvetna om att denna utmaning inte kan lösas genom ändrade krav i föreskrifter. Det Socialstyrelsen vill åstadkomma är en medvetenhet om att personalens kompetens ska motsvara det som krävs för att utföra uppgiften på ett patientsäkert sätt och att kompetensen ska kontrolleras av den som delegerar.

Inom ambulanssjukvården är det i dag inte tillåtet att delegera läkemedelshantering. Aktörer inom ambulanssjukvården har framfört att det innebär patientsäkerhetsrisker att ambulanssjukvårdare i akuta situationer inte får hantera läkemedel. Det bör därför bli möjligt att delegera läkemedelshantering inom ambulanssjukvården, på samma sätt som inom all övrig hälso- och sjukvård.

Som nämnts ovan har det under en längre tidsperiod framkommit att regioner, kommuner, vårdgivare och hälso- och sjukvårdsprofessionen tycker att den rättsliga regleringen kring delegering är otydlig. I syfte att göra reglerna tydligare föreslår Socialstyrelsen bl.a. att SOSFS 1997:14 upphävs. Bestämmelserna i SOSFS 1997:14 kompletterar reglerna i 9 kap. HSLF-FS 2017:37 vid delegering av läkemedelshantering. Socialstyrelsen bedömer att delegering av läkemedelshantering fortsatt behöver omfattas av vissa av de krav som anges i SOSFS 1997:14. De krav som finns i SOSFS 1997:14 behöver därför i vissa delar föras över till HSLF-FS 2017:37.

Förtydligande av behörighet att ordinera

Sett mot bakgrund av Läkemedelsverkets förslag att ge sjuksköterskor rekvisitionsrätt finns det behov av att förtydliga behörigheten att ordinera i HSLF-FS 2017:37.

1.4 Alternativa lösningar och effekter om ingen reglering kommer till stånd

För att uppnå den förändring som redogörs för ovan i avsnitt 1.3 bedömer Socialstyrelsen att det inte finns några andra alternativ än

Konsekvensutredning – förslag till ändringar i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården m.m.

föreskriftsändringar. Andra insatser, som exempelvis kunskapsstöd eller informationsinsatser, bedömer Socialstyrelsen också behövs men som ett komplement till ändrade regler.

Om inga regeländringar vidtas kommer det bl.a. att få följande konsekvenser:

- Ansvaret för att upprätthålla patientsäkerheten vid delegeringar kommer fortsatt att upplevas enbart ligga hos hälso- och sjukvårdspersonalen.
- Det kommer fortsatt inte vara möjligt att delegera läkemedelshantering i ambulanssjukvården.
- Delegering av läkemedelshantering kommer inte omfattas av några särskilda formkrav när SOSFS 1997:14 upphävs.
- Om inga ändringar görs i 5 kap. HSLF-FS 2017:37 om behörighet att ordinera läkemedel, kan det få konsekvenser för Läkemedelsverkets möjligheter att införa rekvisitionsrätt för sjuksköterskor.

I avsnitt 2.1 beskrivs de bedömningar som Socialstyrelsen gjort vid förslagen till ändringar.

Konsekvensutredning – förslag till ändringar i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården m.m.

2 Socialstyrelsens förslag och bedömningar

2.1. Genomgång av Socialstyrelsens förslag och bedömningar

I det följande ges en redogörelse av de förslag till ändringar i HSLF-FS 2017:37 och SOSFS 2009:10 som Socialstyrelsen lämnar och de bedömningar som har gjorts.

När en översyn av en författning får till följd att ett flertal paragrafer ändras och upphävs, kan detta leda till att författningen blir svåröverskådlig. Det är då fördelaktigt att upphäva ett kapitel i författningen och ersätta det med ett nytt.

De förslag som Socialstyrelsen lämnar innebär att nya paragrafer ska föras in, några ska ändras och andra ska upphävas. Socialstyrelsen bedömer att ett nytt 9 kapitel kommer att göra bestämmelserna om delegering av läkemedelshantering mer överskådliga. Socialstyrelsen föreslår därför att nuvarande 9 kapitlet om delegering av iordningsställande och administrering eller överlämnande av läkemedel ska upphävas och ersättas av ett nytt kapitel med samma nummer och namn.

Delegering av läkemedelshantering ska vara möjlig i all hälso- och sjukvård och tandvård (9 kap. 1 § HSLF-FS 2017:37)

Förslag: Iordningsställande, administrering och överlämnande av läkemedel ska vara tillåtet inom all hälso- och sjukvård och tandvård. Undantaget för ambulanssjukvården ska tas bort.

Bedömning: I Socialstyrelsens dialogmöten med aktörer inom ambulanssjukvården har det framförts att förbudet mot att delegera läkemedelshantering inom ambulanssjukvården innebär en patientsäkerhetsrisk och att möjligheten till delegering skulle höja kvaliteten i omhändertagande av patienter vid vissa tidskritiska tillstånd. Aktörerna beskriver att det i vissa akuta situationer är helt nödvändigt att även ambulanssjukvårdaren hjälper till med iordningsställande och administrering när sjuksköterskan är upptagen med andra uppgifter. Det förekommer idag att ambulanssjukvårdare i akuta situationer hjälper till med läkemedelshantering, trots att det inte är tillåtet. Det faktum att det inte är tillåtet innebär att det görs så att säga ”vid sidan av”, vilket flera lyfter som en risk då det saknas rutiner och kontroll av kunskap. Ett annat exempel på

Konsekvensutredning – förslag till ändringar i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården m.m.

risiker som lyfts fram är att mer avancerade uppgifter, som att hantera en luftväg vid A-HLR (avancerad hjärt- och lungräddning), kan behöva överlåtas till en ambulanssjukvårdare för att endast sjuksköterskan får hantera läkemedel. Det finns således ett behov av att ambulanssjukvårdare i vissa situationer ska kunna delta i läkemedelshanteringen. Mot denna bakgrund anser Socialstyrelsen att det finns skäl att införa en möjlighet att delegera läkemedelshantering även inom ambulanssjukvården. All hälso- och sjukvård kommer därmed att omfattas av samma regler avseende delegering av läkemedelshantering.

Ändring i ambulansföreskriften (SOSFS 2009:10)

Förslag: I 6 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:10) om ambulanssjukvård m.m. ska det införas en hänvisning till 7 kap. HSLF-FS 2017:37.

Bedömning: I 6 kap. 2 § SOSFS 2009:10 finns krav på att en ambulans alltid vara bemannad med hälso- och sjukvårdspersonal som har behörighet att iordningsställa och administrera läkemedel enligt HSLF-FS 2017:37. Det innebär i praktiken att en ambulans alltid ska vara bemannad med antingen en läkare eller en sjuksköterska. Förslaget att möjliggöra delegering av läkemedelshantering i ambulanssjukvården syftar inte till att ändra bemanningskravet. För att det inte ska råda några oklarheter kring att det är den formella behörigheten i 7 kap. HSLF-FS 2017:37 som avses, bör det i 6 kap. 2 § SOSFS 2009:10 föras in en hänvisning till 7 kap. HSLF-FS 2017:37. Förslaget innebär ingen ändring i sak i förhållande till vad som gäller i dag.

Behörighet att delegera

Förslag: Endast läkare, tandläkare och sjuksköterskor får delegera iordningsställande, administrering och överlämnande av läkemedel till någon annan.

Bedömning: Socialstyrelsen föreslår inga ändringar vad gäller behörigheten att delegera läkemedelshantering. Det ska alltså fortsatt endast vara läkare, tandläkare och sjuksköterskor som får delegera iordningsställande, administrering och överlämnande av läkemedel.

Kunskap och kompetens

Förslag: Den bestämmelse som idag finns i 9 kap. 4 § HSLF-FS 2017:37 med krav på att den som tar emot en delegering av läkemedelshantering ska ha dokumenterade kunskaper om hantering av läkemedel och de risker som är förenade med hanteringen ska vara kvar. Bestämmelsen ska kompletteras med krav på att den som genom ett beslut om delegering får iordningsställa, administrera eller överlämna läkemedel ska ha den kompetens som krävs för att kunna utföra uppgiften på ett korrekt och patientsäkert sätt.

Konsekvensutredning – förslag till ändringar i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården m.m.

Bedömning: Att den som ska iordningsställa, administrera eller överlämna ett läkemedel har den kunskap och kompetens som krävs för att utföra uppgiften på ett korrekt och säkert sätt är centralt. Dagens krav i 9 kap. 4 § HSLF-FS 2017:37 om dokumenterade kunskaper infördes år 2018. Syftet var att ange en minimumnivå för vilken kunskap som den som får en delegering av läkemedelshantering alltid måste ha. Det skulle alltså inte vara möjligt att utan någon som helst utbildning i läkemedelshantering få en delegering. Socialstyrelsen bedömer att kravet fortsatt ska gälla. Socialstyrelsen erfar dock att bestämmelsen kan missuppfattas på så sätt att den beskriver en generell kunskapsnivå som är tillräcklig för alla former av läkemedelshantering, vilket inte var avsikten. Socialstyrelsen anser därför att bestämmelsen bör kompletteras med krav på att den som genom ett beslut om delegering får iordningsställa, administrera eller överlämna läkemedel ska ha den kompetens som krävs för att kunna utföra uppgiften på ett korrekt och patientsäkert sätt. Med andra ord ska kompetensen motsvara det som krävs för den delegerade uppgiften. Vilken kompetens som krävs varierar givetvis beroende på uppgiftens svårighetsgrad och går därför inte att ange generellt.

Kontroll av kunskaper och kompetens

Förslag: Det ska införas en bestämmelse med krav på att den som ska fatta ett delegeringsbeslut ska kontrollera att mottagaren har dokumenterade kunskaper om hantering av läkemedel och de risker som är förenade med hanteringen och den kompetens som krävs för att kunna utföra uppgiften på ett korrekt och patientsäkert sätt.

Bedömning: Idag finns inget uttryckligt krav på att den som delegerar ska kontrollera att den som ska ta emot en delegering av läkemedelshantering har de kunskaper och den kompetens som krävs för att utföra uppgiften. Av SOSFS 1997:14 framgår av löptexten att den som delegerar bör genom kontroll av de praktiska och teoretiska färdigheterna försäkra sig om att den som ska ta emot uppgiften har förutsättningar att fullgöra den. Det finns dock inget ska-krav, varken i SOSFS 1997:14 eller i HSLF-FS 2017:37, att den som delegerar ska kontrollera kunskaperna och kompetensen. I SOSFS 1997:14 anges istället att den som delegerar ska beskriva för uppgiftsmottagaren vilka teoretiska och praktiska kunskaper som krävs och fråga uppgiftsmottagaren om denne anser att den har tillräcklig utbildning och erfarenhet för uppgiften. Den som ska ta emot delegeringen ska därefter svara om han eller hon anser sig ha den kunskapen. Det är alltså den som ska ta emot en delegering som själv ska bedöma om dennes kunskap och kompetens är tillräcklig. Ett sådant förfarande bedömer Socialstyrelsen inte är tillräckligt för att kunna försäkra sig om att den som genom ett delegeringsbeslut ska få hantera läkemedel har de kunskaper och den kompetens som krävs för att kunna utföra uppgiften på ett patientsäkert sätt.

Konsekvensutredning – förslag till ändringar i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården m.m.

Socialstyrelsen bedömer att det bör införas ett krav i HSLF-FS 2017:37 som innebär att det är den som delegerar läkemedelshantering som ska kontrollera att mottagarens kunskaper och kompetens motsvarar vad som krävs för att utföra den delegerade uppgiften på ett korrekt och patientsäkert sätt.

Beslut om delegering

Förslag: Det ska införas en bestämmelse med krav på att ett beslut om delegering ska vara personligt och gälla för en viss verksamhet. Delegeringsbeslutet ska vara tidsbegränsat.

Bedömning: I SOSFS 1997:14 finns krav på att ett beslut om delegering ska vara personligt. Det är alltså inte tillåtet att delegera till en yrkesgrupp i verksamheten eller att överlåta ett delegeringsbeslut. Socialstyrelsen bedömer att detta fortsatt ska gälla och föreslår att det tas in ett sådant krav i HSLF-FS 2017:37.

Idag finns inget krav på att ett beslut om delegering av läkemedelshantering ska gälla för en viss verksamhet. Socialstyrelsen bedömer att det av flera skäl är viktigt att delegeringar tydligt kopplas till en viss verksamhet hos vårdgivaren. Det främsta skälet är att det bör bli tydligt vem som har verksamhetsansvaret för delegeringarna. Socialstyrelsen erfar att det ibland uppstår oklarheter kring vilken vårdgivare som har verksamhetsansvaret, särskilt vid delegeringar till personal som är anställd t.ex. i en socialtjänstverksamhet. Sådana oklarheter borde kunna undanröjas genom att det tydligt framgår av delegeringsbeslutet för vilken verksamhet delegeringen gäller. Med verksamhet menar vi en verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen eller tandvårdslagen, i enlighet med föreskrifternas tillämpningsområde. Att ett beslut om delegering ska gälla för en hälso- och sjukvårdsverksamhet innebär inte ett krav på att personalen som tar emot delegeringen behöver vara anställd i verksamheten. Inom kommunal hälso- och sjukvård är det vanligt att man delegerar läkemedelshantering till omsorgspersonal som är anställd i en socialtjänstverksamhet. Omsorgspersonal som genom ett delegeringsbeslut iordningsställer, administrerar eller överlämnar ett läkemedel till en patient biträder då en legitimerad sjuksköterska i dennes hälso- och sjukvårdsverksamhet. Ett sådant förfarande ska fortsatt vara möjligt. Ett annat skäl är att det ska vara tydligt att ett beslut om delegering inte kan gälla generellt, d.v.s. en person som fått en delegering som ska gälla för en viss verksamhet ska inte kunna använda den i andra verksamheter än den eller de som angetts i delegeringsbeslutet. Det ska med andra ord inte vara möjligt att ”ta med sig” ett delegeringsbeslut till en annan verksamhet.

I SOSFS 1997:14 finns krav på att ett delegeringsbeslut ska vara tidsbegränsat och får gälla i högst ett år. Socialstyrelsen bedömer att ett beslut om delegering av läkemedelshantering fortsatt ska vara tidsbegränsat,

Konsekvensutredning – förslag till ändringar i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården m.m.

d.v.s. beslutet får inte gälla tillsvidare. Tidsbegränsningen till ett år ska dock inte föras in HSLF-FS 2017:37. Vad som är en lämplig tidsbegränsning kan skilja sig åt i olika verksamheter. Det bör därför vara möjligt för vårdgivarna att själva bestämma hur länge delegeringsbeslut i verksamheten högst får gälla. Kraven på att ett beslut om delegering ska följas upp och återkallas om den inte längre är förenlig med en god och säker vård säkerställer att delegeringar inte bara löper på utan uppföljning och kontroll. (se vidare under rubriken *Uppföljning och återkallelse*).

Dokumentation

Förslag: Ett beslut om delegering av läkemedelshantering ska vara skriftligt och innehålla uppgifter om

- vilka uppgifter som delegeringen avser
- för vilken verksamhet som beslutet gäller
- vem som delegerat och till vem uppgiften delegerat
- när delegeringsbeslutet ska följas upp
- beslutets giltighetstid och datum för beslutet.

Därutöver ska uppgifter om utförda uppföljningar och om återkallelser av delegeringsbeslut dokumenteras. Dokumentationen ska bevaras i minst tre år från den tidpunkt då delegeringsbeslutet upphör att gälla.

Bedömning: Idag finns i SOSFS 1997:14 krav på ett delegeringsbeslut ska vara skriftligt och dokumentationen ska innehålla vissa i föreskriften uppräknade uppgifter. Socialstyrelsen bedömer att kravet på skriftlighet är befogat när det gäller beslut om att delegera en reglerad uppgift som läkemedelshantering till personal som saknar behörighet enligt 7 kap. HSLF-FS 2017:37. Krav på att ett beslut om delegeringar av läkemedelshantering ska vara skriftligt bör därför föras in i HSLF-FS 2017:37. De uppgifter som idag ska dokumenteras enligt SOSFS 1997:14 bör fortsatt gälla vid beslut om delegering av läkemedelshantering. Utöver de uppgifter som idag anges i SOSFS 1997:14 ska ytterligare två uppgifter dokumenteras. Det gäller uppgifter om för vilken verksamhet delegeringsbeslutet gäller och uppgifter om när delegeringsbeslutet ska följas upp.

Enligt SOSFS 1997:14 ska beslut om återkallelse av delegeringsbeslut också dokumenteras. Dokumentation av uppgifter om återkallelse av ett delegeringsbeslut bedömer Socialstyrelsen bör föras in i HSLF-FS 2017:37. Därutöver bedömer Socialstyrelsen att det är viktigt att utförda uppföljningar också dokumenteras. I SOSFS 1997:14 finns en rekommendation om att dokumentationen bör bevaras i minst tre år. Att dokumentation bevaras en viss tid efter beslutet har upphört att gälla är viktigt inte minst ur ett tillsynsperspektiv. Socialstyrelsen anser därför att minsta bevarandetid om tre år bör föras in i HSLF-FS 2017:37 som ett ska-krav.

Konsekvensutredning – förslag till ändringar i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården m.m.

Uppföljning och återkallelse

Förslag: Vårdgivaren ska få ett uttryckligt ansvar för att besluten om delegering i verksamheten följs upp och att delegeringsbeslut som inte längre är förenliga med en god och säker vård återkallas. Till bestämmelsen ska det införas allmänna råd om att ett beslut om delegering bör följas upp minst en gång per år. Av det allmänna rådet föreslås det också framgå att det i uppföljningen alltid bör ingå att kontrollera att mottagarens kunskaper är aktuella.

Bedömning: Att besluten om delegering i verksamheten regelbundet följs upp och återkallas om det inte längre är förenligt med en god och säker vård är viktigt för att uppnå en god patientsäkerhet. Ansvaret för uppföljning och återkallelse av delegeringsbeslut är idag otydligt reglerat. I SOSFS 1997:14 finns krav på uppföljning som riktar sig till den som fattat delegeringsbeslutet. Av löptexten i SOSFS 1997:14 framgår att det ligger i verksamhetschefens eller motsvarande befattningshavares ansvar att se till att det finns rutiner för uppföljning. För återkallelse finns inget utpekat ansvar i föreskrifter. Endast av löptexten i SOSFS 1997:14 framgår att det ankommer på såväl den som meddelat delegeringen som verksamhetschefen eller den som i annat fall inom verksamheten ytterst svarar för patientsäkerheten att i förekommande fall besluta om återkallelse av delegeringsbeslut. I HSLF-FS 2017:37 finns en bestämmelse om att verksamhetschefen ansvarar för att besluten om delegering omprövas i nödvändig omfattning.

Sjuksköterskor i den kommunala hälso- och sjukvården som ansvarar för ett stort antal delegeringar menar att det många gånger saknas förutsättning för den som delegerat att systematiskt följa upp utfärdade delegeringar. De menar också att det finns svårigheter när en delegering ska återkallas.³⁷ Det är vårdgivaren som ansvarar för att verksamheten är organiserad och bemannad på ett sätt att god vård kan bedrivas. En av de förändringar som Socialstyrelsen vill åstadkomma är ett tydligare verksamhetsansvar för delegering av läkemedelshantering och att det ska vara en del i vårdgivarens systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Att upprätthålla patientsäkerheten vid delegering av läkemedelshantering ska inte längre enbart vara ett ansvar för hälso- och sjukvårdspersonalen. Mot denna bakgrund anser Socialstyrelsen att det finns skäl för att ge vårdgivarna ett uttryckligt ansvar för uppföljning och återkallelse.

Socialstyrelsen föreslår att bestämmelsen i HSLF-FS 2017:37 om verksamhetschefens ansvar ändras och istället reglerar vårdgivarens ansvar för uppföljning och återkallelse. Detta i syfte att tydliggöra att det är vårdgivaren som har det övergripande ansvaret för verksamheten samt att

³⁷ Säker läkemedelshantering – med fokus på delegering i kommunal hälso- och sjukvård, Socialstyrelsen, 2023. Artikelnr. 2023-9-8691.

Konsekvensutredning – förslag till ändringar i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården m.m.

öppna upp för möjligheten för vårdgivaren att fördela ansvaret till någon annan inom verksamheten med adekvat kompetens. Förslaget innebär inte några ändringar för de vårdgivare som även fortsättningsvis anser att verksamhetschefen bör ansvara för uppgifterna. I kommunal hälso- och sjukvård har den medicinskt ansvarige sjuksköterskan (MAS) ett författningsreglerat ansvar för att beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten.

Hur ofta delegeringar kan behöva följas upp kan variera. Idag gäller enligt SOSFS 1997:14 att delegeringar får gälla i högst ett år, sen måste en ny delegering utfärdas. Tidsbegränsningen till högst ett år föreslås inte föras över till HSLF-FS 2017:37. Det innebär att en delegering kan gälla under en längre tidsperiod än ett år. Det finns i dessa fall skäl att åtminstone årligen följa upp dessa delegeringar. Mot denna bakgrund föreslås att det till bestämmelsen införs allmänna råd som anger att utfärdade delegeringar bör följas upp minst en gång per år.

Vad som ska ingå i en uppföljning kan variera mellan olika verksamheter. Att regelbundet kontrollera att mottagarens kunskaper är aktuell är ett moment i uppföljning som är särskilt viktigt. Genom återkommande kontroller av kunskaperna kan eventuella kompetensbrister och behov av utbildning upptäckas. Socialstyrelsen föreslår därför att det införs ett allmänt råd som anger att det i uppföljningen alltid bör ingå att kontrollera att mottagarens kunskaper är aktuella.

Riskanalys och rutiner

Förslag: Det ska införas en bestämmelse med krav på att vårdgivaren som ett led i en riskanalys ska bedöma riskerna med att delegera läkemedelshantering i verksamheten. Med utgångspunkt i riskanalysen ska vårdgivaren sedan fastställa rutiner där det ska framgå i vilka situationer och under vilka förutsättning som det är förenligt med en god och säker vård att delegera läkemedelshantering i verksamheten och vilken kunskap och kompetens som krävs av den som genom beslut om delegering får iordningsställa, administrera eller överlämnas läkemedel.

Bedömning: Under arbetet med översynen har det framförts att det i föreskrifter borde införas begränsningar av vad som ska vara möjligt att delegera. Som exempel har nämnts begränsningar gällande infusioner, injektioner, högpotenta läkemedel och vissa läkemedel till barn. Att utforma föreskrifter med denna typ av begränsningar som ska gälla för alla hälso- och sjukvårds- och tandvårdsverksamheter bedömer Socialstyrelsen inte är ändamålsenligt. Därtill gör den snabba medicinska utvecklingen att sådana föreskrifter snabbt skulle bli inaktuella. Risker vid delegering kan inte heller enbart kopplas till själva läkemedlet eller administreringssättet, risker kan också bero på hur vården är organiserad och vilka resurser som finns. Riskerna kan också förändras över tid och behöver därför analyseras

Konsekvensutredning – förslag till ändringar i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården m.m.

fortlöpande. Socialstyrelsen bedömer att det finns skäl att införa ett uttryckligt krav på att det i en vårdgivares riskanalys ska ingå att bedöma riskerna med att delegera läkemedelshantering i verksamheten. Resultatet från riskanalysen ska vara utgångspunkten när vårdgivaren tar fram rutinerna som ska ange i vilka situationer och under vilka förutsättningar som delegering av läkemedelshantering får användas i verksamheten samt vilken kunskap och kompetens som krävs av den som ska ta emot en delegering. Kraven på rutinerna är desamma som gäller idag enligt 9 kap. 7 och 8 §§ HSLF-FS 2017:37.

Vad Socialstyrelsen erfar finns det behov av stöd kring hur riskanalyserna kan genomföras. Socialstyrelsen planerar därför att ta fram ett stöd för delegering av läkemedelshantering där riskanalyser kommer att vara en del i stödet.

Socialstyrelsen har övervägt att införa allmänna råd om att delegering av läkemedelshantering i verksamheten bör användas restriktivt. Myndigheten bedömer dock att en sådan rekommendation kräver en närmare precisering av vad som i detta sammanhang avses med begreppet restriktivt. Det väcker också frågor om hur en sådan rekommendation förhåller sig till bestämmelsen i 6 kap. 3 § PSL om att en arbetsuppgift endast får delegeras om det är förenligt med en god och säker vård. Att vårdgivaren får ett uttryckligt krav på att genomföra riskanalyser av att delegera läkemedelshantering i verksamheten bedömer Socialstyrelsen är ett bättre alternativ för att uppnå en säker läkemedelshantering.

Ändringar i 5 kap. HSLF-FS 2017:37 om behörighet att ordinera läkemedel

Förslag: Bestämmelserna om sjuksköterskors behörighet att ordinera ändras på så sätt att det av 5 kap. 4 § HSLF-FS 2017:37 ska framgå att sjuksköterskor är behöriga att ordinera de läkemedel som de får förskriva. I bestämmelsen ska det hänvisas till att regler om behörighet att förskriva finns i Läkemedelsverkets föreskrifter HSLF-FS 2021:75³⁸. Det ska införas en ny paragraf, 5 kap. 4 a § HSLF-FS 2017:37 som hänvisar till att bestämmelser om sjuksköterskors behörighet att ordinera läkemedel för vaccination finns i Socialstyrelsens föreskrifter HSLF-FS 2018:43³⁹ och HSLF-FS 2020:8⁴⁰. Vidare ska 5 kap. 2 § HSLF-FS 2017:37 ändras på så sätt att det av bestämmelsen framgår att läkare, tandläkare, tandhygienister och barnmorskor är behöriga att ordinera de läkemedel som de får förordna.

³⁸ Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2021:75) om förordnande och utlämnade av läkemedel och teknisk sprit.

³⁹ Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2018:43) om behörighet för sjuksköterskor att förskriva och ordinera läkemedel.

⁴⁰ Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2020:81) om behörighet för sjuksköterskor att ordinera läkemedel för vaccination mot sjukdomen covid-19.

Konsekvensutredning – förslag till ändringar i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården m.m.

I bestämmelsen ska det hänvisas till att regler om behörighet att förordna finns i Läkemedelsverkets föreskrifter HSLF-FS 2021:75.

Förslagen till ändring innebär att behörigheten att ordinera läkemedel framgår direkt av de ovan redovisade bestämmelser. Därmed ska 5 kap. 1 § HSLF-FS 2017:37 upphävas.

Bedömning: De föreslagna ändringarna innebär ingen ändring av behörigheterna att ordinera som gäller idag. Syftet med ändringarna är att en samläsning av Socialstyrelsens och Läkemedelsverkets föreskrifter, utifrån de ändringar som Läkemedelsverket föreslår om rekvisitionsrätt för sjuksköterskor, inte ska kunna uppfattas som en utökning av ordinationsrätten för sjuksköterskor.

2.2 Dialog med aktörer

För att få en så bra förståelse som möjligt kring olika aktörers perspektiv avseende delegering av läkemedelshantering har Socialstyrelsen haft dialogmöten med relevanta aktörer och genomfört tre hearingar med aktörer från hälso- och sjukvården, tandvården, socialtjänsten och LSS.

I den del som rör förslagen till ändring i 5 kap. HSLF-FS 2017:37 om behörighet att ordinera har Socialstyrelsen samrått med Läkemedelsverket.

Konsekvensutredning – förslag till ändringar i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården m.m.

3 Konsekvenser av förslagen

3.1 Berörda av regleringen

De som berörs av den föreslagna regleringen är i första hand regioner, kommuner, vårdgivare, verksamhetschefer och medicinskt ansvariga sjuksköterskor. Läkare, tandläkare och sjuksköterskor som delegerar läkemedelshantering och personal tar emot delegeringar berörs också av regleringen. Alla vårdgivare bedriver dock inte verksamhet som hanterar läkemedel och berörs således inte av de ändrade reglerna för delegering av läkemedelshantering. Det är inte heller hos alla vårdgivare som delegering av läkemedelshantering förekommer. Delegering av läkemedelshantering är vanligast i den kommunala hälso- och sjukvården. I tabell 1 presenteras statistik på samtliga vårdgivare i Sverige uppdelat på driftsform.

Tabell 1. Antal vårdgivare i Sverige

Driftsform	Antal verksamheter
Privat	27 531
Offentlig	13 722
Totalt	41 253

Källa: IVO:s vårdgivarregister, hämtat juli 2024

Särskilt berörda är verksamheter som bedriver ambulanssjukvård eftersom förslaget innebär att delegering av läkemedelshantering blir möjligt inom dessa verksamheter. Antalet verksamheter som bedriver ambulanssjukvård uppdelat på driftsform presenteras i tabell 2.

Tabell 2. Antal vårdgivare med inriktningen ambulanssjukvård

Driftsform	Antal verksamheter
Privat	134
Offentlig	85
Totalt	219

Källa: IVO:s vårdgivarregister, hämtat juli 2024

3.2 Kostnader och intäkter för kommuner och regioner

För att få en bild av vilka kostnadsmässiga konsekvenser som skulle kunna uppstå på grund av förslagen har Socialstyrelsen haft kontakt med flera aktörer inom hälso- och sjukvården och tandvården. Utifrån dessa svar bedömer Socialstyrelsen att förslagen kommer leda till kostnadsmässiga

Konsekvensutredning – förslag till ändringar i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården m.m.

konsekvenser för vissa vårdgivare i den omfattning som redovisas i detta avsnitt.

De kostnadsmässiga konsekvenser baseras på uppskattad arbetstid för yrkesutövare hos vårdgivare att uppfylla de nya krav som föreslås. Kostnaderna kommer att variera beroende på vem i verksamheten som utför uppgifterna vilket kan se olika ut i olika verksamheter. Uppskattad arbetstid är inhämtad från samtal med berörda verksamheter. I tabellen nedan redovisas timkostnaderna för de yrkeskategorier som Socialstyrelsen valt att utgå från i de kostnadsmässiga beräkningarna.

Tabell 3. Lönekostnader

Yrkeskategori	Månadslön, kr	Månadslön, kr inkl. sociala avgifter och tillägg*	Timlön, kr
Ambulanssjukvårdare	35 800	65 872	412
Medicinsk ansvarig sjuksköterska (MAS)	42 100	77 464	484

Källa: SCB:s lönestatistik 2022. *Den genomsnittliga lönekostnaden multipliceras med schablonvärdet 1,84. Schablonen inkluderar semesterersättning på 12 %, arbetsgivaravgifter på 31,42 % samt en overheadkostnad på 25 %. Ekonomiska effekter av nya regleringar, Tillväxtverket, 2017 s. 16.

I beräkningarna som presenteras i detta avsnitt har Socialstyrelsen bland annat valt att utgå från timkostnaden för en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS). Detta eftersom delegering av läkemedelshantering är vanligast i den kommunala hälso- och sjukvården.

Som nämnts ovan är syftet med förslaget att bidra till en säker läkemedelshantering. Ett minskat antal läkemedelsrelaterade vårdskador kan leda till positiva ekonomiska effekter för både samhället och enskilda verksamheter. De kostnadsmässiga konsekvenserna som förslagen kan innebära får anses vara proportionerliga till det syfte som myndigheten önskar uppnå med förslaget. De kostnadsmässiga konsekvenser som kan uppstå till följd av att SOSFS 1997:14 upphävs presenteras i tillhörande konsekvensutredning.⁴¹

Möjlighet att delegera läkemedelshantering i ambulanssjukvården

Förslaget att tillåta delegering av läkemedelshantering i ambulanssjukvården innebär endast en möjlighet att få delegera. Det är alltså inte något krav. Bemanningen av ambulanser skiljer sig åt mellan verksamheterna. Många bemannar med två sjuksköterskor andra bemannar med en sjuksköterska och

⁴¹ 4.1-77765/2024.

Konsekvensutredning – förslag till ändringar i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården m.m.

en ambulanssjukvårdare. Behovet av att delegera läkemedelshantering kan därför skilja sig åt.

Det finns flera olika utbildningar för ambulanssjukvårdare och huruvida de kommer behöva anpassas på grund av förslaget beror på hur utbildningarna är utformade idag. Socialstyrelsen har varit i kontakt med en av de större aktörerna som utbildar ambulanssjukvården som svarat att möjliggörandet av delegering inom ambulanssjukvården inte skulle innebära några större utökningar eller kostnader eftersom det inom utbildningen redan finns kurser och moment där de studerande lär sig om läkemedel. De bedömer att de troligen kommer behöva lägga till hantering av läkemedel som ett moment i en av deras kurser och att de blivande ambulanssjukvårdarna skulle behöva mer praktisk träning. De tror dock inte att längden på utbildningen kommer påverkas av detta. Dessa ändringar lär medföra kostnader men aktören kunde inte uppskatta dessa på förhand. Socialstyrelsen har tagit kontakt med andra aktörer som anordnar utbildningar för ambulanssjukvårdare men har inte fått svar. Det har därför inte varit möjligt att göra en uppskattning av kostnaderna som skulle kunna uppstå på grund av att utbildningarna eventuellt behöver justeras.

Ambulanssjukvårdare som är yrkesverksamma idag kan också behöva utbildas för att kunna hantera läkemedel. Enligt uppgifter till Socialstyrelsen brukar dessa utbildningar inte kosta i sig, men kostnader kan ändå uppstå i form av lönekostnader för den tid som personalen utbildas givet att personalen inte kan arbeta under tiden. Socialstyrelsen har haft kontakt med berörda aktörer som har uppskattat att utbildningsinsatserna skulle ta ungefär två dagar i anspråk. Detta skulle innebära kostnader om 6 592 kronor per ambulanssjukvårdare som utbildas. Det bör dock påpekas att utbildningens omfattning är beroende av vilken typ av läkemedelshantering som ska kunna delegeras till en ambulanssjukvårdare. Totalkostnaderna för en verksamhet kommer bero på hur många ambulanssjukvårdare som verksamheten har och om delegering av läkemedelshantering är aktuell.

Krav på kunskaper och kompetens

Förslaget med krav på kunskap och kompetens hos den som ska ta emot en delegering samt kontroll av denna är framförallt ett förtydligande av de regler som redan gäller och bör inte innebära någon förändring från hur verksamheterna arbetar idag. Därmed bör det inte heller medföra några kostnadsmässiga konsekvenser för verksamheterna.

Dokumentationskrav

Förslaget med krav på att beslut om delegering ska vara skriftligt och innehålla vissa i föreskriften angivna uppgifter motsvarar i huvudsak de krav som gäller idag enligt SOSFS 1997:14. Några uppgifter tillkommer enligt förslaget och bevarandetiden om tre år föreslås bli ett ska-krav istället för

Konsekvensutredning – förslag till ändringar i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården m.m.

den rekommendation om bevarandetid som finns idag. Dessa tillägg bedöms inte medföra någon betungande arbetsbörda för verksamheter och bör därför inte heller medföra några kostnadsmissiga konsekvenser.

Uppföljning och återkallelse

Eventuella kostnader som kan uppkomma genom förslaget att ge vårdgivaren ett uttryckligt ansvar för att beslut om delegeringar följs upp och att beslut som inte längre är förenliga med en god och säker vård återkallas bedöms Socialstyrelsen som marginella. Vårdgivaren har redan idag enligt allmänna regler ett övergripande ansvar för verksamheten lever upp till kraven på en god och säker vård. I ett tillhörande allmänt råd föreslår Socialstyrelsen att utfärdade delegeringar bör följas upp minst en gång per år. Eftersom SOSFS 1997:14 i dagsläget ställer krav på att delegeringar endast får gälla högst ett år förutsätter Socialstyrelsen att man vanligtvis har någon typ av uppföljning efter ett år. Detta tillägg borde därför inte medföra några kostnader av betydelse för verksamheter.

Risikanalys och rutiner för delegering

Socialstyrelsen föreslår ett krav på att vårdgivare ska bedöma riskerna med att delegera läkemedelshandling i verksamheten. Med utgångspunkt i denna riskanalys ska vårdgivaren fastställa rutiner som anger i vilka situationer och under vilka förutsättningar som delegering får ske i verksamheten samt vilken kunskap och kompetens som krävs för den som genom beslut om delegering får iordningställa, administrera eller överlämna läkemedel.

Enligt 5 kap. 1 § i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska vårdgivaren fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. Socialstyrelsen bedömer därför att de eventuella kostnader som kan uppkomma genom det uttryckliga kravet på riskanalys är marginella.

Idag finns redan krav i HSLF-FS 2017:37 om att vårdgivaren ska ha rutiner som anger i vilka situationer och under vilka förutsättningar som delegering får ske verksamheten samt vilken kunskap och kompetens som krävs av den som tar emot en delegering. Nytt blir dock att dessa rutiner ska utgå från riskanalysen som görs. Förslaget kan därför medföra att vissa vårdgivare troligen behöva justera sina rutiner för delegering. Socialstyrelsen uppskattar att justeringen av rutiner tar 40 timmar i anspråk för en MAS, vilket innebär kostnader om 19 360 kronor per verksamhet.

Konsekvensutredning – förslag till ändringar i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården m.m.

3.4 Konsekvenser för kommunala självstyret

Överväganden enligt 14 kap. 3 § RF

En inskränkning i den kommunala självstyrelsen bör enligt 14 kap. 3 § regeringsformen inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som föranlett den. Bestämmelsen ger uttryck för en proportionalitetsprincip vad gäller inskränkningar i den kommunala självstyrelsen.

Att delegera läkemedelshantering är en möjlighet som regioner och kommuner i egenskap av vårdgivare kan använda, men det är inget krav. För de som väljer att använda sig av delegeringsmöjligheten innebär förslaget i viss utsträckning nya skyldigheter för regioner och kommuner i egenskap av vårdgivare och utgör därmed en mindre inskränkning i den kommunala självstyrelsen. Förslagen är dock ägnade att öka patientsäkerheten vid hanteringen av läkemedel och är enligt Socialstyrelsens bedömning proportionella. Socialstyrelsen bedömer att den inskränkning i den kommunala självstyrelsen som förslaget innebär, inte går utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till ändamålet.

3.5 Kostnader och intäkter för staten

Kostnader och intäkter som kan uppstå för statliga myndigheter i egenskap av vårdgivare bedöms vara av samma omfattning som de som beskrivits i avsnitt 3.2 *Kostnader och intäkter för kommuner och regioner*.

Socialstyrelsen kommer behöva ta fram kompletterande stöd samt informationsinsatser till hälso- och sjukvården och tandvården vilket kommer innebära kostnader för myndigheten. Socialstyrelsen kan dock inte i detta läge uppskatta omfattningen av arbetet och kan därför inte beräkna kostnaderna för detta.

3.6 Kostnader och intäkter för företag och andra enskilda

Kostnader och intäkter som kan uppstå för privata vårdgivare bedöms vara av samma omfattning som de som beskrivits i avsnitt 3.2 *Kostnader och intäkter för kommuner och regioner*. De kostnadsmissiga konsekvenserna av förslaget bör inte bero på verksamhetens driftform och Socialstyrelsen bedömer därför att förslaget inte kommer påverka företags konkurrensförmåga, arbetsförhållanden eller villkor i övrigt.

Konsekvensutredning – förslag till ändringar i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården m.m.

3.7 Konsekvenser för patienter

Ett övergripande syfte med förslaget är att öka patientsäkerheten d.v.s. minska antalet läkemedelsrelaterade vårdskador. För de patienter som ambulanssjukvården möter kan förslaget innebära att kvaliteten i omhändertagandet vid vissa tidskritiska tillstånd skulle kunna höjas.

3.8 Barnkonsekvensanalys

Socialstyrelsen bedömer att förslaget inte specifikt har någon särskild påverkan på barn. De konsekvenser som beskrivits i avsnitt 3.7 *Konsekvenser för patienter* gäller även barn som är patienter.

3.9 Andra relevanta konsekvenser

Konsekvenser för Förenta Nationernas Agenda 2030

Förenta Nationerna (FN) har tagit fram mål för människornas och planetens välbefinnande, Agenda 2030. Målen ska bidra till en socialt, ekonomiskt och miljömässigt hållbar utveckling och vara uppnådda till år 2030 i världens alla länder. Föreslagna ändringar berör främst mål nummer tre i Agenda 2030 som omfattar *God hälsa och välbefinnande*. Även mål tio Minskad ojämlikhet berörs.

3.10 Åtgärder för att förslaget inte ska medföra mer långtgående kostnader/begränsningar än nödvändigt för att uppnå syftet

Socialstyrelsen har under översynsarbetet haft kontakt med flera aktörer som kommer att beröras av förslaget och ingen av dessa aktörer har lyft att det skulle medföra kostnadsmässiga konsekvenser av betydande omfattning för dem. De kostnader som Socialstyrelsen beskrivit i denna konsekvensutredning bedöms vara försumbara och proportionerliga i förhållande till syftet med förslaget.

Konsekvensutredning – förslag till ändringar i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården m.m.

3.11 Bedömning av om förslagen överensstämmer med eller går utöver de skyldigheter som följer av Sveriges anslutning till EU

Förslaget bedöms inte ha någon betydelse för de skyldigheter som följer av Sveriges anslutning till den Europeiska unionen.

Konsekvensutredning – förslag till ändringar i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården m.m.

4 Ikraftträdande, övergångsbestämmelser och informationsinsatser

4.1 Ikraftträdande

Författningsförslagen ska i fråga om 2 kap. 6 §, 5 kap. 1, 2, 4 och 4 a §§ HSLF-FS 2017:37 träda i kraft 1 juli 2025. Ändringsförslagen i 9 kap. HSLF-FS 2017:37 och i 6 kap. 2 § SOSFS 2009:10 föreslås träda i kraft 1 januari 2026.

Ändringarna i 5 kap. HSLF-FS 2017:37 behöver träda i kraft samtidigt eller före Läkemedelsverkets forskriftsändringar om sjuksköterskors rekvisitionsrätt. Socialstyrelsen har i samråd med Läkemedelsverket bestämt tidpunkten för ikraftträdandet i denna del.

De nya bestämmelserna om delegering av läkemedelshantering föreslås träda i kraft den 1 januari 2026. Detta torde tillgodose de berörda aktörernas behov av tid för att kunna anpassa sin verksamhet efter de nya reglerna.

4.2 Övergångsbestämmelser

Socialstyrelsen bedömer att det behövs övergångsbestämmelser för att delegeringar som beslutats före ikraftträdandet den 1 januari 2026 ska fortsatt vara gällande under beslutets giltighetstid.

Delegeringsbeslut som fattats enligt de nu gällande reglerna i SOSFS 1997:14 får gälla i högst ett år, därefter måste ett nytt beslut fattas. Syftet med den föreslagna övergångsbestämmelsen är att delegeringsbeslut som fattas före den 1 januari 2026 och som har en giltighetstid på längst ett år ska kunna gälla fram till giltighetstidens utgång. Exempelvis kan ett delegeringsbeslut som utfärdades 1 oktober 2025 med ett års giltighetstid gälla fram till den 30 september 2026. Därefter måste ett nytt beslut om delegering utfärdas enligt de nya reglerna.

4.3 Informationsinsatser

Det kommer att finnas behov av informationsinsatser kring de ändrade reglerna om delegering och Socialstyrelsen planerar att genomföra sådana.

Myndigheten planerar att publicera ett Meddelandeblad som informerar om de ändrade reglerna kring delegering och Socialstyrelsens handbok för stöd

Konsekvensutredning – förslag till ändringar i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården m.m.

vid tillämpningen HSLF-FS 2017:37 kommer att uppdateras. Därutöver planerar Socialstyrelsen att ta fram annat riktat stöd om läkemedelshantering och delegering utifrån de ändrade reglerna.

4.4 Hur och när konsekvenserna av förslagen kan utvärderas

Socialstyrelsen har en beslutad process för uppföljning av författningar. Syftet med processen är att säkerställa att Socialstyrelsens författningar (föreskrifter och allmänna råd) följs upp på ett systematiskt sätt. Målet med processen är att identifiera och analysera eventuella behov av ändringar i Socialstyrelsens författningar i syfte att säkerställa att författningarna uppfyller krav på att vara aktuella och ändamålsenliga. Den föreslagna författningen kommer att följas upp i enlighet med denna process.

Denna behandling '14/25 Återkoppling kurser och konferenser' har inget tjänsteutlåtande.

Denna behandling '15/25 Äldreomsorgsdirektören informerar' har inget tjänsteutlåtande.

Denna behandling '16/25 Övriga frågor' har inget tjänsteutlåtande.