

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Tid: 2024-02-21 13.00

Plats: Hooks herrgård

| | | |
|---|---------------------------------------|------------|
| 1 | Upprop och val av protokollsjusterare | |
| 2 | Fastställande av dagordning | 3 |
| 3 | Anmälan av delegationsbeslut | 4 - 5 |
| 4 | Övriga anmälningsärenden | 6 - 10 |
| 5 | Kurser och konferenser | 11 - 12 |

Information

| | | |
|---|--|--------------|
| 6 | Regleringsbrev | |
| 7 | Verksamhetsberättelser för verksamhetsområden 2023 | 13 - 198 |
| 8 | Aktuell information | |
| 9 | Frågor | 199 - 200 |

Beslutsärenden för nämnden

| | | |
|----|---|--------------|
| 10 | Remiss: Slutbetänkande av Utredningen om författningsberedskap inför framtida pandemier SOU 2023:56 | 201 - 527 |
| 11 | Parlamentarisk grupp – mätetal | 528 |

Övrigt

| | | |
|----|---------------|--|
| 12 | Övriga frågor | |
|----|---------------|--|

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Tid: 2024-02-21 13.00

Kallade*Ledamöter*

Thomas Gustafsson (S) ordf.
Martin Nedergaard-Hansen (VD) 1:a vice ordf.
Monica Samuelsson (KD) 2:a vice ordf.
Eva Eliasson (S)
Karsten Offenbartl (S)
Annki Stark (S)
Kerstin Hammar (M)
Lisbeth Andersson (M)
Johan Hjertberg (M)
Camilla Lundgren (VD)
Peter Iveroth (KD)
Razvan Nichitelea (C)
Angela Rindehag Hafström (L)
Maria Högberg (SD)
Vibecke Hvidsten (SD)

Adjungerad

Bengt-Ove Eriksson (V)

Tjänstepersoner

Jane Ydman, regiondirektör
Mats Bojestig, hälso- och sjukvårdsdirektör
Viktoria Karlsson, nämndsekreterare
Anette Peterson, hälso- och sjukvårdsstrateg
Jonatan Vincent, chefscontroller
Maria Berghem, ekonomidirektör
Fatmir Zogaj, personalrepresentant Vårdförbundet
Darick Wardh, personalrepresentant Kommunal
Anette Sandström, personalrepresentant Vision

För kännedom*Ersättare*

Erik Wågman (S)
Cristina Nichta (S)
Hans Oscarsson (S)
Linda Danielsson (S)
Carina Källman (M)
Anders Jarl (M)
Pontus Lundgren (M)
Anna Tholén Olsson (VD)
Emma Hörberg Butler (VD)
Zeljka Axelsson (KD)
Emma Evaldsson (KD)
Lina Johannesson (C)
Andrea Stjärne (L)
Leontina Aurell (SD)
Rebecca Lindgren (SD)

Regionråd

Rachel De Basso (S)
Tommie Ekered (M)
Per Eriksson (C)
Jimmy Ekström (L)
Maria Frisk (KD)
Håkan Karlsson Nyborg (SD)
Mikael Ekvall (V)

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Tid: 2024-02-21 13.00

Plats: Hooks herrgård

Upprop etc.
13.00–13.10**Information**

- 6 Regleringsbrev
13.10–13.40
Maria Berghem, ekonomidirektör
- 7 Verksamhetsberättelser för verksamhetsområden 2023 2023/27
13.40–13.45
Mats Bojestig, hälso- och sjukvårdsdirektör
- 8 Aktuell information
13.45–13.55
Mats Bojestig, hälso- och sjukvårdsdirektör
- 9 Frågor
13.55–14.00
Mats Bojestig, hälso- och sjukvårdsdirektör

Beslutsärenden för nämnden

- 10 Remiss: Slutbetänkande av Utredningen om 2023/3734
författningsberedskap inför framtida pandemier SOU
2023:56
14.00–14.05
Mats Bojestig, hälso- och sjukvårdsdirektör
- 11 Parlamentarisk grupp – mätetal 2024/640
14.05–14.10
Martin Nedergaard-Hansen, ordförande

Övrigt

- 12 Övriga frågor

Delegeringsbeslut

Utskriftsdatum: 2024-02-14

Utskriven av: Viktoria Karlsson

| | |
|---------------------------|----------------------------------|
| Diarienummer: | Region Jönköpings län |
| Beslutsfattare: | Alla |
| Kategori: | Alla |
| Beslutsinstans: | Nämnd för folkhälsa och sjukvård |
| Sammanträdesdatum: | 2024-02-21 |
| Sekretess: | Visas ej |

| Id | Beskrivning | Paragraf |
|---------------------|-----------------------------------|------------------------|
| Datum | Avsändare/Mottagare | Beslutsfattare |
| Ärendenummer | Ärendemening | Kategori |
| | | Ansvarig |
| 2024.905 | Anmälan av personuppgiftsincident | FS 4.5.4 §2/2024 |
| 2024-01-17 | Integritetsskyddsmyndigheten | Sofia Sund |
| RJL 2024/270 | Personuppgiftsincident | FS 4.5.4 Sofia Sund |
| 2024.1079 | Anmälan av personuppgiftsincident | FS 4.5.4 §3/2024 |
| 2024-01-19 | Integritetsskyddsmyndigheten | Sofia Sund |
| RJL 2024/314 | Personuppgiftsincident | FS 4.5.4 Sofia Sund |
| 2024.1261 | Anmälan av personuppgiftsincident | FS 4.5.4 §8/2024 |
| 2024-01-26 | Integritetsskyddsmyndigheten | Sofia Sund |
| RJL 2024/409 | Personuppgiftsincident | FS 4.5.4 Sofia Sund |
| 2024.1713 | Anmälan av personuppgiftsincident | FS 4.5.4 §5/2024 |
| 2024-02-02 | Integritetsskyddsmyndigheten | Sofia Sund |
| RJL 2024/542 | Personuppgiftsincident | FS 4.5.4 Sofia Sund |
| 2024.1969 | Anmälan av personuppgiftsincident | FS 4.5.4 §9/2024 |
| 2024-02-06 | Integritetsskyddsmyndigheten | Sofia Sund |
| RJL 2024/582 | Personuppgiftsincident | FS 4.5.4 Sofia Sund |
| 2024.2062 | Anmälan av personuppgiftsincident | FS 4.5.4 §10/2024 |
| 2024-02-07 | Integritetsskyddsmyndigheten | Sofia Sund |
| RJL 2024/606 | Personuppgiftsincident | FS 4.5.4 Sofia Sund |
| 2024.2082 | Anmälan av personuppgiftsincident | FS 4.5.4 §12/2024 |
| 2024-02-07 | Integritetsskyddsmyndigheten | Sofia Sund |
| RJL 2024/607 | Personuppgiftsincident | FS 4.5.4 Sofia Sund |
| 2024.2285 | Anmälan av personuppgiftsincident | FS 4.5.4 §13/2024 |

2024-02-12
R.JL 2024/684

Integritetsskyddsmyndigheten
Personuppgiftsincident

Sofia Sund
FS 4.5.4
Sofia Sund

Dokument

Utskriftsdatum: 2024-02-01

Utskriven av: Susanne Broman Andersson

Diarieenhet: Region Jönköpings län

Sekretess: Visas ej

Beskrivning av sökning:

Remisser januari 2024

| Id | I/U/K | Beskrivning | Ansvarig |
|---------------|-------|--|--------------------------------|
| Datum | | Avsändare/Mottagare | Avdelning |
| Ärendenummer | | Ärendemening | Dokumenttyp |
| 2024.238 | I | Ändringsförslag i föreskrifter om anmälningspliktiga verksamheter SSMFS 2018:2 | Evelina Örn |
| 2024-01-09 | | Strålsäkerhetsmyndigheten | RLK o Verksamhetsnära funktion |
| RJL 2024/128 | | Remiss av ändringsförslag i föreskrifter om anmälningspliktiga verksamheter SSMFS 2018:2 Svar senast 2024-04-12 | REMISS |
| 2024.321 | I | Remiss: Ökad kontroll över tandvårdssektorn (SOU 2023:82) | Evelina Örn |
| 2024-01-10 | | Socialdepartementet | RLK o Verksamhetsnära funktion |
| RJL 2024/188 | | Remiss - Ökad kontroll över tandvårdssektorn (SOU 2023:82) Svar senast 2024-04-14 | REMISS |
| 2024.334 | I | Samrådsredogörelse Väg 1819 Mullsjö-Habo Gång- och cykelväg delen Furusjö-Dungen | Emil Hesse |
| 2024-01-10 | | Trafikverket | RLK o Verksamhetsnära funktion |
| RJL 2023/1208 | | Samrådsremiss - Väg 1819 Furusjö - Habo, del 1, gång-och cykelväg, Habo kommun Svar senast 2024-02-12 | REMISS |
| 2024.384 | I | Förändring genom försök från Försöksverksamhetskommittén (SOU2023:94) | Linda Löfgren |
| 2024-01-11 | | Finansdepartementet | RLK o Verksamhetsnära funktion |
| RJL 2024/212 | | Remiss - Förändring genom försök från Försöksverksamhetskommittén (SOU2023:94) Svar senast 2024-04-15 | REMISS |
| 2024.511 | I | Åtgärder för en bättre bostadsförsörjning | Carlos Pettersson |
| 2024-01-15 | | Landsbygds- och infrastrukturdepartementet | RLK o Verksamhetsnära funktion |
| RJL 2024/243 | | Remiss av promemorian Åtgärder för en bättre bostadsförsörjning Svar senast 2024-04-15 | REMISS |
| 2024.516 | I | Trafikverkets inriktningsunderlag för infrastrukturplaneringen för perioden 2026–2037 | Carlos Pettersson |
| 2024-01-15 | | Trafikverket | RLK o Verksamhetsnära funktion |
| RJL 2024/244 | | Remiss - Trafikverkets inriktningsunderlag för infrastrukturplaneringen för perioden 2026–2037 Svar senast 2024-04-15 | REMISS |

| | | | |
|--------------|---|--|--------------------------------|
| 2024.1085 | I | Betänkande Narkotikautredningen - Vi kan bättre! Kunskapsbaserad narkotikapolitik med liv och hälsa i fokus SOU 2023:62 | Evelina Örn |
| 2024-01-19 | | Socialdepartementet | RLK o Verksamhetsnära funktion |
| RJL 2024/330 | | Remiss - Betänkande Narkotikautredningen - Vi kan bättre! Kunskapsbaserad narkotikapolitik med liv och hälsa i fokus SOU 2023:62 Svar senast 2024-04-22 | REMISS |

Dokument

Utskriftsdatum: 2024-02-01

Utskriven av: Susanne Broman Andersson

Diarienummer: Region Jönköpings län

Sekretess: Visas ej

Beskrivning av sökning:

Granskningar januari 2024

| Id | I/U/K | Beskrivning | Ansvarig |
|---------------------|--------------|---|--------------------------------|
| Datum | | Avsändare/Mottagare | Avdelning |
| Ärendenummer | | Ärendemening | Dokumenttyp |
| 2024.1125 | I | Granskning av kollektivtrafiken | Linda Byman |
| 2024-01-22 | | Regionrevisionen | RLK o Verksamhetsnära funktion |
| RJL 2024/354 | | Granskning av kollektivtrafiken | MISSIV |
| 2024.1126 | I | Revisionsrapport - Granskning av kollektivtrafik | Linda Byman |
| 2024-01-22 | | Regionrevisionen | RLK o Verksamhetsnära funktion |
| RJL 2024/354 | | Granskning av kollektivtrafiken | RAPPORT |
| 2024.1130 | I | Missiv: Granskning av styrning, uppföljning och kontroll av psykiatri | Mats Bojestig |
| 2024-01-22 | | Regionrevisionen | RLK o Verksamhetsnära funktion |
| RJL 2024/359 | | Granskning av styrning, uppföljning och kontroll av psykiatri | MISSIV |
| 2024.1131 | I | Rapport: Revisionsrapport Granskning av styrning, uppföljning och kontroll av psykiatri | Mats Bojestig |
| 2024-01-22 | | Regionrevisionen | RLK o Verksamhetsnära funktion |
| RJL 2024/359 | | Granskning av styrning, uppföljning och kontroll av psykiatri | RAPPORT |

Ärenden

Utskriftsdatum: 2024-02-01

Utskriven av: Susanne Broman Andersson

Diarienummer: Region Jönköpings län

Sekretess: Visas ej

Makulerade: Visas ej

Beskrivning av sökning:

| Ärendenummer Datum | Ärendemening Avsändare/Mottagare | Ansvarig Avdelning |
|------------------------|--|--|
| 2024/235 2024-01-15 | Patientärende PL (M) Inspektionen för vård och omsorg | Camilla Holgersson RLK o Verksamhetsnära funktion |
| 2024/236 2024-01-15 | Patientärende EH (K) Inspektionen för vård och omsorg | Camilla Holgersson RLK o Verksamhetsnära funktion |
| 2024/397 2024-01-26 | Begäran om verksamhetsberättelse sprututbytesverksamheten Region Jönköpings län Inspektionen för vård och omsorg | Cecilia Dahl Medicinsk vård |
| 2024/408 2024-01-26 | Patientärende SR (M) Inspektionen för vård och omsorg | Camilla Holgersson RLK o Verksamhetsnära funktion |

| Handling | Dnr + rubrik/innehåll |
|--|---|
| Inkomna handlingar | |
| – Regeringsbeslut | |
| – Beslut från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) | RJL 2022/537 Anmälan om klagomål enligt patientsäkerhetslagen RJL 2022/1862 Anmälan om klagomål enligt patientsäkerhetslagen RJL 2022/2477 Anmälan om klagomål enligt patientsäkerhetslagen |
| – Beslut från Sveriges kommuner och regioner (SKR) | RJL 2024/549 Rekommendation avgifter vaccinering covid-19 |
| – Skrivelser från invånare | RJL 2024/627 Skrivelse om privatägd verksamhet – Memira |
| – Skrivelser från organisationer | RJL 2024/478 Skrivelse om nedläggning av klimatvård |
| – Övrigt | |
| Upprättade handlingar | |
| – Protokoll | Protokoll Nämnd för folkhälsa och sjukvård 2024-01-23 |
| – Svar på skrivelser från invånare | |
| – Svar på skrivelser från organisationer | |
| – Övrigt | |

§ 25

Kurser och konferenser

Beslut

Presidiet beslutar följande.

- Inbjudan: Sällsynta dagen 2024
– Två förtroendevalda per parti erbjuds att delta på nämndens
bekostnad

Beslutsunderlag

- Inbjudan: Sällsynta dagen 2024
-

Sällsynta dagen 2024



**Välkomna till en dag med fokus
på sällsynta hälsotillstånd**

Torsdagen den 29 februari kl 10-15

Aulan - Huvudentrén plan 4, Länssjukhuset Ryhov Jönköping

Moderator Cecilia Gunnarsson, verksamhetschef CSD sydöst

förmiddag

09.30 DROP-IN Fika

10.00 VÄLKOMMEN! Vad är CSD?

Susanna Thomsen, länsamordnare CSD sydöst

10.20 Att få en diagnos tidigt

Cecilia Boij, patientberättelse

11.15 Att få en diagnos sent

Ulrika Lundin, patientberättelse

**12.00 För de som är heldagsanmälda ingår en enklare lunch
Lunchföreläsning visas digitalt från övriga sällsynta aktörer**

eftermiddag

13.00 Vikten av diagnos

Cecilia Gunnarsson, genetiker Klinisk genetik

13.45 Att vara odiagnostiserad

Nina Skäre, patientberättelse

14.30 Sällsynta strategin

Paneldebatt

15.00 SLUT FÖR DAGEN

Sista anmälningdag 240222

Anmälan görs via mail till CSDSydostRLK-Anmalningar@regionostergotland.se

Ange Sällsynta dagen Jönköping i ämnesraden

Drop in under hela dagen i mån av plats

Verksamhetsberättelse 2023

Folktandvården

Dnr RJL 2023/27
Mats Bojestig, Hälso- och sjukvårdsdirektör
Folktandvården
Region Jönköpings län, Box 1024, 551 11 Jönköping
© Region Jönköpings län, www.rjl.se

Innehållsförteckning

| | |
|--|-----------|
| Inledning | 4 |
| Medborgare och kund | 7 |
| Strategiska mål: Bästa plats att växa upp, leva, verka och åldras på..... | 7 |
| Process och produktion | 12 |
| Strategiska mål: Enklare vardag för invånare och medarbetare..... | 13 |
| Strategiska mål: Bästa möjliga kvalitet | 14 |
| Lärande och förnyelse | 18 |
| Strategiska mål: Bäst på att förbättra och förnya..... | 18 |
| Medarbetare | 24 |
| Strategiska mål: Sveriges bästa offentliga arbetsgivare med Sveriges bästa arbetsplatser | 24 |
| Ekonomi | 33 |
| Strategiska mål: God och hållbar hushållning | 33 |

Bilagor

Bilaga 1: E2308 investeringsredovisning verksamhetsberättelse 2023 RO27

Inledning

Folktandvårdens allmäntandvård är lokaliserad med 26 kliniker i länets samtliga kommuner. Specialisttandvården bedrivs på olika orter i länet med tyngdpunkt i Jönköping, där samtliga nio specialiteter finns. I Nässjö bedrivs ortodonti (tandreglering). I Värnamo bedrivs ortodonti, endodonti (rotbehandling) och specialistbarntandvård. I Värnamo finns dessutom orofacial medicin (tidigare benämnt sjukhustandvård).

Under året har en mer renodlad ledningsmodell med två tandvårdschefer införts och en organisatorisk översyn pågår för att säkerställa chefers förutsättningar för ett hållbart ledarskap. Rekrytering av tandvårdsdirektör har pågått under hösten och fortsätter i inledningen av 2024.

Folktandvårdens finansiering består både av ett anslag i form av en budgetram samt intäkter från vuxna patienter och via tandvårdsförsäkringen. Den totala omsättningen för 2023 blev 595 miljoner kronor, vilket innebär att budgetramen utgör cirka 45 procent av omsättningen. Folktandvårdens verksamhet är till stora delar konkurrensutsatt gentemot privata aktörer. Krav på konkurrensneutralitet förutsätter att prissättningen baseras på Folktandvårdens självkostnad. För att finansiera pris- och löneökningar har Folktandvårdens priser under 2023 höjts med i genomsnitt 7 procent. Mervärdesskatt ingår i Folktandvårdens självkostnad av konkurrensskäl.

Folktandvården redovisar för 2023 ett negativt resultat om minus 2,4 miljoner kronor. Resultatet är i linje med de prognoser som Folktandvården levererat vid delårsrapport för tertial två.

Allmäntandvårdens resultat för 2023 uppgår till 4,2 miljoner kronor, medan specialisttandvårdens resultat under samma period uppgår till minus 6,6 miljoner kronor. Resultatet för övriga resultatenheter är i balans. Folktandvården har haft 545 faktiska årsarbetare under året, vilket är 22 faktiska årsarbetare fler jämfört med föregående år, vilket påverkat såväl tillgänglighet som ekonomi positivt.

Samtliga allmäntandvårdskliniker har under året haft öppet och kunnat erbjuda både revisionstandvård och akuttandvård. Under året har stödtjänstgöring och arbete med extra vårdinsatser genomförts för att förbättra tillgängligheten, vilket visat gott resultat på de kliniker som genomfört insatserna. Tillgängligheten i allmäntandvården är något bättre för 2023 än 2022, där 8 av 26 kliniker nu klarar tillgänglighetsmålet för vuxna revisionspatienter. Tillgängligheten påverkas negativt till följd av svårigheter att bemanna med tandvårdspersonal då personalomsättningen fortsatt är hög, men dock tydligt har minskat under 2023. Friskttandvården ligger på en stabil andel på 21 procent av revisionspatienterna.

Samverkan mellan allmän- och specialisttandvård har under året utvecklats i syfte att erbjuda nära vård och möjlighet till kompetensutbyte, samt att program för nischning av distriktstandläkare inom specialiteter som exempelvis käkkirurgi och endodonti har startat. Vid Odontologiskt centrum i Nässjö samlokaliseras allmän- och specialisttandvårdens resurser för att kunna erbjuda nära specialisttandvård (käkkirurgi, endodonti samt ortodonti) för invånare i den östra länsdelen.

Samtliga specialisttandvårdskliniker har haft verksamhet under hela året med god patientgenomströmning. Tillgängligheten till specialisttandvården når inte målet och förbättringsarbetet fortgår, bland annat genom effektivisering av remissflöden och digitala vårdmöten. Tillgängligheten skiljer sig dock markant mellan olika specialiteter och överlag syns en tydlig och konstant förbättring sedan augusti 2022, med tillgänglighet om 58 procent jämfört med 40 procent för 2022. Brist kvarstår även under året på specialister i parodontologi, vilket påverkat tillgängligheten. Inför 2024 stärks bemanningen vilket förväntas leda till förbättrad tillgänglighet.

Under året har sex ST-tandläkare examinerats vid Odontologiska Institutionen, varav fem har påbörjat sin tjänstgöring i regionen inom orofacial medicin (2), bettfysiologi (1) samt ortodonti (2). Ett vetenskapligt arbete inom ortodonti erhöll under året regionens vetenskapliga pris och forskningssamarbeten pågår med flera andra lärosäten.

Arbetet med att etablera en tandläkarutbildning vid Jönköping University (JU) har fortsatt med stort fokus, liksom att utveckla COO, Centrum för odontologi och oral hälsa i samverkan med

Hälsohögskolan. En förnyad ansökan om etablering av tandläkarutbildning vid JU förväntas lämnas till Universitetskanslerämbetet under 2024.

Årets medarbetarundersökning i Folk tandvården visar på ett positivt resultat för frågorna som fångar medarbetarnas arbetstillfredsställelse. Under året har den totala sjukfrånvaron i verksamheten stabiliserats och ligger nu på en mer normal nivå. Kompetensförsörjningen är fortsatt en utmaning, vilket sammantaget påverkar tillgänglighet och ekonomi negativt. Folk tandvården arbetar aktivt med olika insatser för att attrahera, behålla och utveckla medarbetare, vilket under året bidragit till att minska personalomsättning och sjukfrånvaro, vilket i sin tur lett till en mer stabil bemanning och bättre arbetsmiljö.

Folk tandvården använder en mindre mängd engångsartiklar i förhållande till flergångsartiklar när det gäller förbrukningsmaterial och har minskat klimatpåverkan orsakade av de prioriterade förbrukningsartiklarna. Folk tandvården fortsätter att minska koldioxidutsläppen för tjänsteresor och jämfört med 2019 har dessa minskat med 45 procent.

Måluppfyllelse ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet

| | 2023-12-31 | Andel | 2022-12-31 | Andel |
|---------------------------------------|------------|--------|------------|--------|
| Antal mätetal som är uppfyllda | 8 | 53,3% | 4 | 33,3% |
| Antal mätetal som är delvis uppfyllda | 2 | 13,3% | 1 | 8,3% |
| Antal mätetal som inte är uppfyllda | 5 | 33,3% | 7 | 58,3% |
| Antal mätetal som mäts | 15 | 100,0% | 12 | 100,0% |

När det gäller mätetal beslutade av fullmäktige och nämnd så har Folk tandvården förbättrat sina resultat avsevärt jämfört med 2022 och 53 procent av målen uppfylls. Även jämfört med delårsrapport 2 har resultaten förbättrats och andelen mätetal som är uppfyllda har ökat från 20 till 53 procent.

Mätetalen som uppnås 2023 är täckningsgraden för den uppsökande verksamheten, andel kariesfria 19-åringar, minskade koldioxidutsläpp från tjänsteresor, andel förnybar energi i regionens bilar, antal forskarutbildade medarbetare, andel heltidsanställda, arbetstillfredsställelse bland medarbetare (HME) och antal årsarbetare. Särskilt positivt är att målet avseende antal årsarbetare har kunnat uppnås för första gången på flera år.

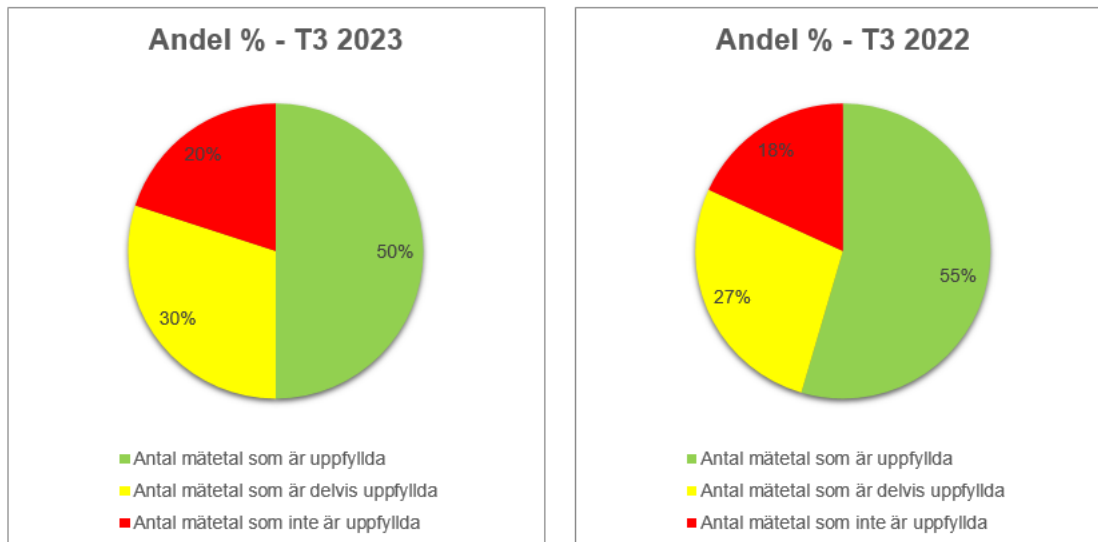
Delvis måluppfyllelse har Folk tandvården kunnat uppnå avseende andelen vuxna revisionspatienter i tid inom allmäntandvården samt personalens sjukfrånvaro.

Mål som inte uppfylls under 2023 är möjligheten att ta emot nya vuxna patienter i allmäntandvården, tillgängligheten till specialisttandvården, antal forskningspublikationer, personalomsättning samt ekonomi i balans. Trots att målen inte uppfylls ser Folk tandvården dock en positiv trend gällande att kön för nya patienter inte har ökat och att tillgängligheten till specialisttandvården har förbättrats. Personalomsättningen är fortsatt hög men har minskat tydligt jämfört med 2022. Folk tandvårdens ekonomiska resultat har också förbättrats jämfört med föregående år och är i balans om man bortser från engångskostnader som har belastat resultatet 2023.

Utöver av fullmäktige och nämndens mätetal följer Folk tandvården även nedanstående egna mätetal:

- Uppföljning av att rätt revisionsintervall enligt nya riktlinjer tillämpas (barntandvård) (uppfyllt)
- Uppföljning av att rätt revisionsintervall enligt nya riktlinjer tillämpas (vuxentandvård) (uppfyllt)
- Uppföljning av andel revisionspatienter som har frisktandvårdsavtal (delvis uppfyllt)
- Andel genomförda digitala vårdmöten med grönt riskbedömda 2 åringar (ej uppfyllt)

- Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHK) (uppfyllt)
- Uppföljning av rätt använd kompetens (RAK), andel undersökningar utförd av tandhygienist (delvis uppfyllt)
- Andel genomförda betalningar via självbetjäningsterminal (ej uppfyllt)
- Antal pågående ST-utbildningar på Odontologiska Institutionen (uppfyllt)
- Antal pågående doktorandutbildningar (uppfyllt)
- Andel medarbetarsamtal i lärande- och kompetensportal (LOK) (delvis uppfyllt)



Antal mätetal som är uppfyllda: 5 (50 procent)
 Antal mätetal som är delvis uppfyllda: 3 (30 procent)
 Antal mätetal som inte är uppfyllda: 2 (20 procent)
 Antal mätetal som mäts: 10 (100 procent)

Medborgare och kund

Tillgängligheten i allmäntandvården har förbättrats väsentligt under 2023 jämfört med 2022. I december 2023 är 75 procent av vuxna revisionspatienter i tid till undersökning, det vill säga inom 90 dagar. Åtta kliniker kallar över 90 procent av revisionspatienterna i tid. Motsvarande siffra för december 2022 är 72 procent, med fyra kliniker över 90 procent. Vid årsskiftet 2023/2024 är det 3 309 färre patienter som är försenade, jämfört med det föregående årsskiftet. 97 procent av frisktandvårdspatienterna har kallats i tid. Under hela året har arbete med extra vårdinsatser genomförts för att förbättra tillgängligheten. Dock kvarstår det fortfarande svårighet att på vissa orter ta emot nya patienter.

För en så effektiv specialisttandvård som möjligt är det av största vikt att verksamheten planeras och genomförs i samverkan mellan allmäntandvård och specialisttandvård och mellan alla inblandade personalkategorier.

Strategiska mål: Bästa plats att växa upp, leva, verka och åldras på

Framgångsfaktorer: Nöjda kunder och intressenter




| Aktiviteter | Analys |
|--|--|
| Undersökning och utvärdering av patientnöjdhet | Pilottesten av den omarbetade patientundersökning som planerats till vecka 45 och 46 på tre pilotkliniker (Hälsan, Nässjö och Värnamo), har pausats på grund av tekniska problem. Anledningen är ett tekniskt fel i en databas, som bland annat medförde att SMS från vårens undersökning skickades ut till patienter på fler kliniker än de tre berörda. Utredning av orsaken till problemet pågår inom Folk tandvårdens IT-enhet samt IT-centrum, liksom framtagande av förslag till åtgärder eller alternativa tillvägagångssätt. Undersökningen pausas tills vidare och arbetet med patientundersökningen tas vidare när utredningen är klar. |







Uppdrag: Fortsätta implementeringen av Patientkontraktet som innebär en gemensam överenskommelse mellan patient och vårdgivare.

| Aktiviteter | Analys |
|-----------------|--|
| Patientkontrakt | Folk tandvården har patientkontrakt när det gäller Frisktandvård, avtal om tandvård till fast pris. Folk tandvården utreder om det är lämpligt att ta fram patientkontrakt även för andra patientgrupper. |

Framgångsfaktorer: God tillgänglighet

Uppdrag: Förbättra tillgängligheten till folktandvården och specialisttandvården.

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|--|----------|--|---|
|  Täckningsgrad för den uppsökande verksamheten (munhälsobedömnin gar) | 90 % | 91%  | Av de 4096 personer som har intyg om nödvändig tandvård och som önskat få munhälsobedömning utförd har 91 procent, 3 742 personer, fått det. Målvärde för perioden är 90 procent. |
|  Allmäntandvård: | 90 % | 75 % | Utfallet för december ligger på 75 procent, vilket är 3 |




| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|--|----------|---|---|
| Andel revisionspatienter i tid till undersökning och behandling | |  | <p>procent bättre jämfört med december 2022. Jämfört med 2019 har andelen dock minskat med 6 procent. Tillgänglighetsmålet om 90 procent eller mer uppfylls för 8 av 26 kliniker (31 procent). Ytterligare 7 kliniker har tillgänglighet över 70 procent och resterande 9 kliniker redovisar en tillgänglighet mellan 69 och 34 procent. Man bör notera att klinikerna arbetat efter prioriteringsordningen och därmed fokuserat på att komma ikapp med köer för exempelvis barn och frisktandvårdspatienter, där tillgängligheten förbättrats avsevärt under året.</p> <p>Stödtjänstgöring har tillämpats och tillämpas alltjämt för att klara situationen på kliniker med större personalbrist. Även extra vårdinsatser på helger har genomförts och kommer fortsatt att genomföras i höst. Rekryteringsinsatser pågår ständigt med för klinikerna varierande resultat. Tillgången på odontologiskt utbildad personal är fortfarande liten och störst svårigheter finns utanför de större orterna i länet, främst i de södra länsdelarna.</p> |
| Nämnd Allmäntandvård: Möjlighet att ta emot nya patienter, mäts genom minskning av kö | -10 % | 1 %  | <p>Målet att minska antalet nya patienter i kö med 10 procent jämfört med december 2022 uppfylls inte och ligger 1 procent över värdet för jämförelseperioden. Trenden är dock positiv.</p> <p>Folktandvården arbetar med ständiga rekryteringar och försöker tänka i nya banor. Under 2024 kommer verksamheten att satsa på sommarpraktikanter för att skapa relationer efter avslutad utbildning. Även extra vårdinsatser sker och kommer fortsätta, vilket förväntas leda till färre patienter i kö och att målet uppnås. Till följd av befintliga bemanningsutmaningar är köpatienter dock ej prioriterade.</p> |
| VO Uppföljning av att rätt revisionsintervall enligt nya riktlinjer tillämpas (vuxentandvårdsprogram) | 90 % | 91 %  | <p>Följsamhet mäts i förhållande till rekommenderat kallelseintervall för patienter 24-64 år (samtliga riskgrupper). Från 1 september 2023 mäts följsamheten för vuxna utifrån det nya tandvårdsprogrammet, med intervallet 24-74 år. Målet om 90 procent följsamhet uppnås. Med en följsamhet på 90 procent ges mycket goda förutsättningar att bedriva rätt vård i rätt tid.</p> <p>Jämfört med 2022 är följsamheten densamma men har förbättrats med 12 procent jämfört med 2019.</p> |
| VO Uppföljning av att rätt revisionsintervall enligt nya riktlinjer tillämpas (barntandvårdsprogram) | 90 % | 95 %  | <p>Följsamhet mäts till rekommenderat kallelseintervall enligt barntandvårdsprogrammet för barn 1-23 år och målet uppfylls (samtliga riskgrupper). Jämförelser med 2019-2020 är inte möjliga till följd av brist på data. Jämfört med 2022 har följsamheten förbättrats från 93 procent till 95 procent.</p> |
|  Tillgänglighet specialisttandvård inom 60 dagar efter remiss | 80 % | 58 %  | <p>Tillgängligheten till specialisttandvården mäts på samma sätt som tillgänglighet till sjukvården. Utfallet är fortsatt lågt och arbetet fortgår inom de olika specialiteterna för att förbättra tillgängligheten, framförallt inom käkkirurgiska kliniken. Tillgängligheten skiljer sig dock markant åt mellan olika specialiteter och vissa kliniker uppfyller tillgänglighetsmålet väl. Överlag syns en tydlig och konstant förbättring sedan augusti 2022. Utfallet för december 2023 ligger på 63 procent jämfört med 59 procent i december 2022. Många kliniker har en klar förbättring.</p> |

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|---------|----------|----------|--|
| | | | <p>Tillgänglighet per klinik och specialitet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Käkkirurgi: 1 321 patienter i kö totalt, varav 333 har väntat färre än 60 dagar. Detta motsvarar en tillgänglighet om 25 procent (27 procent föregående månad). • Orofacial medicin Jönköping: 164 patienter i kö totalt, varav 53 har väntat färre än 60 dagar. Detta motsvarar en tillgänglighet om 32 procent (35 procent föregående månad). • Orofacial medicin Värnamo: 46 patienter i kö totalt, varav 17 har väntat färre än 60 dagar. Detta motsvarar en tillgänglighet om 37 procent (54 procent föregående månad). • Oral protetik: 18 patienter i kö totalt, varav 15 har väntat färre än 60 dagar. Detta motsvarar en tillgänglighet om 83 procent (84 procent föregående månad). • Parodontologi och endodonti: 36 patienter i kö totalt, varav 33 har väntat färre än 60 dagar. Detta motsvarar en tillgänglighet om 92 procent (48 procent föregående mån). • Klinisk bettfysiologi: 52 patienter i kö totalt, varav 22 har väntat färre än 60 dagar. Detta motsvarar en tillgänglighet om 42 procent (62 procent föregående månad). • Pedodonti: 138 patienter i kö totalt, varav 79 har väntat färre än 60 dagar. Detta motsvarar en tillgänglighet om 57 procent (60 procent föregående månad). • Ortodonti Jönköping: 68 patienter i kö totalt, varav 33 har väntat färre än 60 dagar. Detta motsvarar en tillgänglighet om 49 procent (52 procent föregående månad). • Ortodonti Värnamo: 0 patienter i kö totalt. Detta motsvarar en tillgänglighet om 100 procent (100 procent föregående månad). • Ortodonti Nässjö: 0 patienter i kö totalt. Detta motsvarar en tillgänglighet om 100 procent (100 procent föregående månad). • Kompetenscenter: 0 patienter i kö totalt. Detta motsvarar en tillgänglighet om 100 procent (100 procent föregående månad).. • Odontologisk radiologi: 0 patienter i kö totalt. Detta motsvarar en tillgänglighet om 100 procent (100 procent föregående månad).. • Totalt står 2 012 patienter i kö. |

| Aktiviteter | Analys |
|--|--|
| Översyn av köer avseende nya patienter | Större delen av 2023 har arbete pågått med prioriteringsordning. Ett fåtal kliniker kan ta emot nya patienter med kort väntetid. Dock finns det möjlighet att använda sig av kallelse med kort varsel för de patienter som är intresserade av det. Erbjudande om tid kan komma från en |

| Aktiviteter | Analys |
|---|--|
| | närliggande klinik, där patienten tar ställning till om man önskar besök eller ej. Prognosen är att vissa kliniker kan få brist på patienter om de är fortsatt fullbemannade under 2024. |
| Utveckling av befintlig diverrapport | Folktandvården har nu i stort sett helt övergått till den nya divermiljön och utvecklat uppföljningsmöjligheter. Rapporten avseende följsamhet till kallelseintervall har i samband med detta utvecklats så att den inkluderar samtliga patientkategorier och riskgrupper inom allmäntandvården. Rapporten är tillgänglig för respektive klinikchef och den förväntade effekten av aktiviteten är en förbättrad möjlighet att planera och utföra verksamheten på ett resurseffektivt sätt. |
| Översyn klassificering och registrering | Under perioden har arbete startat kring prioritering och klassificering av remisser. Arbetet har resulterat i nedan prioriteringsordning och införs fullt ut 1 januari 2024. Prio 1: Akuta patienter kallas inom 14 dagar beroende på behov Prio 2: Förtur kallas inom 60 dagar Prio 3: Kö oprioriterade remisser där det ur ett odontologiskt perspektiv inte finns behov att kalla enligt prio 1-2. |

Framgångsfaktorer: God och jämlik hälsa

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|---|----------|---|--|
|  Andel kariesfria 19-åringar | 45 % | 48 %  | <p>48 procent av länets 19-åringar är kariesfria och utfallet ligger därmed högre än utfallet för samtliga år sedan 2017. Måluppfyllelsen speglar ett genomsnitt men det skiljer mycket mellan de olika klinikernas resultat och munhälsan är betydligt sämre i utsatta områden. Utökade satsningar från tidig ålder i framför allt utsatta områden krävs fortsatt för att bibehålla den goda tandhälsan i länet.</p> <p>Snittutfallet i riket för 2021 låg på 46 procent.</p> <p>Under 2023 har EPI-beräkningsmodellen i Diver uppdaterats. För 19-åringar som inte undersökts under 2023 beräknas EPI utifrån föregående års värde. Därav blir numerären på antal undersökta 19-åringar högre.</p> <p>Tandvårdsdykplanerna har vid årsskiftet gjorts om i den nya divermiljön, vilket också påverkar siffrorna.</p> |
| VO Uppföljning av andel av revisionspatienterna som har frisktandvårdsavtal, Folktandvården | 24 % | 21 %  | <p>21 procent (cirka 24 000 personer) av totalt antal vuxna revisionspatienter har ett aktivt frisktandvårdsavtal, vilket ligger under målvärdet om 24 procent. Resultatet varierar mellan klinikerna, där 7 av 26 allmäntandvårdskliniker ligger över eller i nivå med målet. Utfallet för 2023 ligger i nivå med utfallet för 2022 men jämfört med 2019 har andelen patienter som har frisktandvårdsavtal minskat med 1 procent.</p> <p>Folktandvården har under året fokuserat på att få behandlare att skapa avtalsförslag på så många patienter födda 2000 som möjligt. Detta eftersom det är viktigt att knyta ungdomar till Folktandvården och Frisktandvård för att behålla dem i regelbunden tandvård. Verksamheten har tyvärr fortfarande en kösituation på många kliniker vilket gör att färre erbjudanden kan skapas. Trots försämrade</p> |

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|---------|----------|----------|---|
| | | | siffror syns ändå en positiv utveckling där nya medarbetare arbetar integrerat med Frisktandvård och fler avtalserbjudanden skapas. Det finns dock ett fortsatt behov av ökat samarbete mellan klinker för att hjälpas åt med sena kallelser. |

Uppdrag: Riktade insatser genomförs inom områden där kariesförekomsten ökar i förskola, fritidshem och skola.

| Aktiviteter | Analys |
|---|--|
| Översyn extern verksamhet barntandvård | Rekryteringen av ny barntandvårdsstrateg är försenad. Tillsättning av tjänsten gjordes i slutet av 2023 och därav påbörjas arbetet med centralt team först under 2024. |
| Strategi för användning av appen "Rocka Munnen" | Barntandvårdsstrateg och verksamhetsutvecklare kommer under 2024 att arbeta med att ta fram en strategi för hur appen kan användas i det dagliga arbetet på klinik och i den externa verksamheten. Den förväntade effekten av ett ökat användande är bättre tandhälsa hos barn under 16 år. |
| Översyn av det preventiva arbetet inom Folk tandvården (kollektiva satsningar). | Under perioden har inventering av det kollektiva arbete som utförs på respektive klinik fortsatt. Arbetsgruppen har presenterat flera förslag för ledningsgruppen. Ett arbete pågår med att se över och utvärdera förslagen samt prioritera insatser. Verksamhetsutvecklare tillsammans med barntandvårdsstrateg arbetar vidare med frågan. Översynen förväntas leda till förbättringsförslag som bidrar till ett mer produktivt arbete och ökad kvalitet i det preventiva arbetet inom den externa barntandvården. Då rekryteringen av barntandvårdsstrateg inte slutfördes förrän i slutet av 2023 är arbetet något försenat. Strategiska val i arbetet framåt har gjorts av tandvårdschef och verksamhetsutvecklare. |

Process och produktion

En ny barntandvårdsstrateg har rekryterats och kommer arbeta tillsammans med verksamhetsutvecklare för att skapa bättre förutsättningar för de kollektiva satsningarna.

Extra vårdinsatser har genomförts, på såväl på egen som närliggande kliniker, med ett mycket gott resultat. Nya riktlinjer inom parodontologi har lett till utbildning av så kallade inriktade tandsköterskor för att avlasta tandhygienister och arbete enligt RAK, rätt använd kompetens. Den uppsökande verksamheten fullgör uppdraget med 91 procents måluppfyllelse. Kliniken i Bodafors har varit tillfälligt varit stängd under större delen av året. Inför 2024 är rekryteringsbehovet det lägsta på många år.

Genomlysning av kompetensförsörjning för Odontologiska Institutionen på 1, 5 och 10 års sikt vad gäller kliniker, forskare, disputerade och docentkompetens inom samtliga nio specialiteter är på gång, för att kunna uppfylla målen för Odontologiska Institutionens tre uppdrag; forskning, klinik och utbildning/utveckling.

Verksamhetsmätt

| | Utfall 2019-12 | Utfall 2022-12 | Utfall 2023-12 | Förändring % 2023- 2019 | Förändring % 2023- 2022 |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Barn och ungdomstandvård, antal behandlade barn | 77 231 | 74 218 | 72 345 | -6,3 | -2,5 |
| Allmäntandvård vuxna, antal behandlade patienter | 85 993 | 70 583 | 75 807 | -11,8 | 7,4 |
| Specialisttandvård, antal behandlade patienter | 21 100 | 20 558 | 22 860 | 8,3 | 11,2 |
| Tandvård för patienter med rätt till tandvårdsstöd | 7 729 | 6 428 | 7 427 | -3,9 | 15,5 |
| Varav antal patienter, munhälsobedömning | 4 083 | 3 289 | 3 766 | -7,8 | 14,5 |
| Varav antal patienter, nödvändig tandvård | 2 945 | 2 439 | 2 639 | -10,4 | 8,2 |

För att ge en mer rättvisande bild över Folk tandvårdens produktion redovisas antalet behandlade patienter för allmän- och specialisttandvård på ett nytt sätt från och med 2023. Mer konkret har antal behandlade patienter fram till 2023 mätts i form av registrerade avslutade behandlingar. Till följd av tekniska förändringar i rapporter samt förändrade arbetsrutiner har mätningen ändrats till att mäta antalet unika patienter som under mätperioden har haft åtminstone ett besök i respektive kategori. Måttet ger således en bra bild över hur många personer som har fått någon form av behandling av inom Folk tandvårdens verksamhet under mätperioden. Siffrorna för respektive period 2022 och 2019 rapporterats enligt den nya metoden för att kunna jämföra utfallet på ett korrekt sätt.

Allmäntandvård:

Antalet behandlade vuxna patienter samt barn ligger fortsatt lägre än 2019. När det gäller antalet barn så är denna effekt dock önskvärd till följd av ett reviderat barntandvårdsprogram. Antalet behandlade barn ligger även lägre jämfört med 2022 till följd av ett reviderat barntandvårdsprogram. Med avseende på vuxna patienter så har en påtaglig förbättring skett jämfört med 2022, något som även syns positivt i allmäntandvårdens ekonomi.

Specialisttandvård:

Antalet behandlade patienter har ökat både jämfört med 2022 och 2019, vilket är positivt. Detta beror dels på ett övergripande stabilt bemanningsläge även om bemanningsläget skiljer sig åt mellan olika specialiteter. Vid närmare analys av olika avdelningar framgår att framför allt intäktbringande

specialiteter har ett tydligt minskat antal behandlade patienter, något som påverkar ekonomin påtagligt negativt.

Uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård i allmän- och specialisttandvård:

Efter delvis tre pandemiår har även antalet behandlade patienter med rätt till tandvårdsstöd under 2023 ökat tydligt, men ligger fortfarande under nivån för 2019. Samma bild syns även när det gäller antal patienter som har rätt till munhälsobedömning och antal patienter med rätt till nödvändig tandvård.


Strategiska mål: Enklare vardag för invånare och medarbetare

Framgångsfaktorer: Utveckling av arbetssätt och digitala tjänster

Uppdrag: Bäst i Sverige på digitala vårdtjänster och stödsystem.

| Aktiviteter | Analys |
|--|--|
| Stödja enheter och kollegor i arbetet med digitalisering | <p>Folktandvården kommer under 2023 påbörja arbetet med införande av kallelser via e-kommunikation (digital brevlåda), webbremisser samt journalen på nätet via 1177 e-tjänster. Införande planeras ske under 2023-2024.</p> <p>Digitala 2-årsbesök fortsätter utföras inom allmäntandvården på samtliga kliniker.</p> <p>Inom endodonti, oral protetik och parodontologi har en ny ambassadör introducerats i arbetssättet. Syftet är att ambassadören efter årsskiftet och i samband med nya åtgärds-koder i taxan 2024, ska kunna stödja övriga medarbetare i det nya arbetssättet, där möjlighet att debitera patienter för digital uppföljning och rådgivande samtal genom att videokonsultation ges.</p> |

Uppdrag: Fortsätta utökningen och användningen av digitala tjänster för vård, hälsa och prevention inklusive digitala besök

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|---|----------|---|--|
| VO Andel genomförda digitala vårdmöten med grönt riksbedömda 2 åringar-Folktandvården | 80 % | 54 %  | <p>Andel digitala vårdmöten för 2-åringar med låg kariesrisk ligger fortsatt på en jämn nivå över tid men tyvärr långt ifrån önskat målvärde. Utfallet för december månad uppgår till 44 procent och är lägre i jämförelse med föregående månad, samt lägre än ackumulerat utfall för perioden januari-december som uppgår till 54 procent.</p> <p>I december uppfyller ingen klinik målvärdet om 80 procent. Tre kliniker uppnår en andel på 70 procent eller mer. Jämförelser med 2022 och 2019 är inte möjliga.</p> |

| Aktiviteter | Analys |
|--|--|
| Självbokning av behandlingstider för patienter | <p>Internet Booking Manager är ett tilläggssystem till journalsystemet T4 för att möjliggöra digitala bokningar och ombokningar där patienten själv kan påverka val av tid direkt i kliniken tidbok. Målet med funktionerna i T4 är att bokning skall kunna ske för de vanligaste bokningsfallen där det gäller en okomplicerad bokning/kallelse. Patienten gör detta via 1177 e-tjänster.</p> <p>Idag används redan funktionen ombokning samt avbokning</p> |

| Aktiviteter | Analys |
|--|--|
| | av tid. Vid nybokning av tid är alternativet att boka en tid efter kallelse eller att boka direkt, utan kallelse. Syftet med direktbokning är att kunna erbjuda nya patienter tid, samt erbjuda ett enkelt sätt att boka akuttid. Nybokning planeras som ett pilotinförande under 2024 på en folktandvårdsklinik, med målsättning att efter utvärdering av resultat kunna produktionssätta och breddinföra på samtliga kliniker. |
| Utvärdering och vidareutveckling av digitala vårdmöten | Folktandvårdens verksamhetsutvecklare ansvarar för fortsatt utveckling av digitala vårdmöten i verksamheten. Ett flertal förslag finns framtagna men kräver beslut från regionledning för att säkerställa finansiering. Tandvårds- och läkemedelförmånsverket (TLV) har i juni beslutat att införa åtgärds-koder för digitala vårdbesök och därmed ges Folktandvården möjlighet att utveckla arbetssätt kring digitala vårdmöten och debitera digitala vårdmöten för vuxna betalande patienter som ej omfattas av det regionala tandvårdsstödet. |
| Taxa för digitala vårdmöten | Tandvårds- och läkemedelförmånsverket (TLV) har i juni beslutat att införa åtgärds-koder för digitala vårdbesök och därmed ges Folktandvården möjlighet att debitera digitala vårdmöten för vuxna patienter som ej omfattas av det regionala tandvårdsstödet. |


Strategiska mål: Bästa möjliga kvalitet

Framgångsfaktorer: Hälsöfrämjande och sjukdomsförebyggande

| Aktiviteter | Analys |
|--|---|
| Översyn av Folktandvårdens uppsökande verksamhet samt arbete med nödvändig tandvård. | Folktandvården följer upp och sammanställer utförd vård och tidboksplanering i den uppsökande verksamheten för 2023. Detta görs för att ta fram rutiner för enhetliga arbetssätt avseende kallelser och tidsbokningar. Arbetssätt med administratör har testats men kommer ej genomföras 2024, efter önskemål från medarbetare att själv hantera sin administration. Dock erhåller Folktandvården uppdaterade listor med tätare intervall 2024 för att undvika förseningar. |

Framgångsfaktorer: Säker verksamhet

Uppdrag: Under planperioden anpassas Region Jönköpings läns patientsäkerhetsarbete till Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet, Agera för säker vård.

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|--|----------|---|---|
| VO Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHK) | 100 % | 92 %  | Följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler uppfylls och ligger i nivå med utfallet för 2022 samt 2019. När det gäller antal mätningar har dessa ökat något sedan tertial 2 men är tyvärr färre än vid tertial 1. I november hade Folktandvården ett hygienmöte med hygienombuden för information om vikten av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHK). Diskussioner har handlat om hur man kan mäta och vilket stöd som behövs för hygienombud på klinikerna. Folktandvårdens |

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|---------|----------|----------|--|
| | | | hygiensteam har planerat och påbörjat arbete för våren 2024 med att starta ett årshjul och ta fram ett schema för kontroller på klinik, för chefer och hygienombud. Detta arbete bör leda till fler mätningar. |

| Aktiviteter | Analys |
|---|--|
| Framtagande av kvalitetsmått på klinikinivå | <p>Efter framtagande av nya garantiriktlinjer i november 2023 är förhoppningen att under 2024 ha möjlighet att uppmärksamma kvalitetsbrister i utförd vård hos revisionspatienter.</p> <p>Utökade möjligheter till analys i Diver gör att fler mått på klinikinivå är möjliga.</p> <p>En svårighet med att endast använda sig av kvalitetsregistret SKaPa är att endast de kliniker som är i tid med kallelser blir korrekt bedömda.</p> <p>I underlag från Sveriges Folk tandvårdsförening framkommer att länets 6- och 12-åringar är något sjukare än genomsnittet och att länets 19-åringar något friskare.</p> |
| Kartläggning av patientsäkerhetsarbete | Verksamhetsutvecklare arbetar fortsatt med aktiviteten, förväntat resultat är tydligare rutiner för ökad patientsäkerhet. |



Framgångsfaktorer: Ändamålsenliga, resurseffektiva och hållbara processer



Uppdrag: Tandvård för personer med särskilda behov

Uppdrag: Utveckla cirkulära materialflöden och minska mängden avfall.

| Aktiviteter | Analys |
|---|--|
| Främja användning av förbrukningsmaterial som går att materialåtervinna och består av återvunnen och/eller förnybar råvara. | Folk tandvården använder en mindre mängd engångsartiklar i förhållande till flergångsartiklar när det gäller förbrukningsmaterial och har minskat sin klimatpåverkan av de prioriterade förbrukningsartiklarna. Arbetet fortgår med att försöka minimera användningen av förbrukningsmaterial genom att se över rutinerna. Ett exempel är handskar, där det numera endast används handskar när så är nödvändigt. Flera engångsprodukter har bytts ut till flergångs. Exempel som kan nämnas är rondskålar, dappenglas och blästerspetsar. Även de flesta instrument är numera flergångs. De digitala avtrycken ökar vilket leder till mindre användning av förbrukningsmaterial och av särskilt farliga kemiska produkter. |

Uppdrag: Minska klimatpåverkan från våra tjänsteresor

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|--|---------------------------------|---|---|
|  Koldioxidutsläpp från tjänsteresor, inklusive egna godstransporter per årsarbetare | 0,105 ton koldioxid/årsarbetare | 0,076 ton koldioxid/årsarbetare  | Folk tandvården fortsätter att minska sina koldioxidutsläpp för tjänsteresor och Folk tandvården uppnår målet tydligt. Jämfört med 2021 har koldioxidutsläppet från tjänsteresor dock ökat något men jämfört med 2019 har utsläppen från tjänsteresor minskat med 45 procent. Minskningen beror till stor del på ändrade resvanor där |

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|---|----------|---|---|
| | | | digitala möten används i stor omfattning men även att verksamhetsbilarna byts ut kontinuerligt. Medarbetarna är noggranna med att tanka rätt drivmedel i de bilar som används. Totala utsläppen från flyg har ökat med 8 procent jämfört med 2022 och utsläppen från privat bil i tjänsten har minskat med 17 procent. Utsläppen från egna fordon har minskat med 33 procent och från externa hyrbilar är ökningen 1020 procent. |
|  Andel förnybar energi i Region Jönköpings läns pool-, verksamhets- och transportbilar | 50 % | 71 %  | Andel förnybar energi i Folk tandvårdens bilar fortsätter att öka och målvärdet uppnås med god marginal. Jämfört med 2022 har andelen ökat från 50 procent till 71 procent och jämfört med 2019 från 44 till 71 procent. Folk tandvården kan endast i begränsad utsträckning påverka vilka bilar som kan införskaffas beroende på vilka möjligheter som finns för laddning av el eller tankning av biogas där klinikerna finns. Utöver detta är elbilar fortsatt kostsamma i jämförelse med fossildrivna bilar och därmed står valet av elbil ofta i strid med målet om en ekonomi i balans. |

Uppdrag: Fortsätta det påbörjade arbetet inom kunskapsstyrningen nationellt, regionalt och lokalt med ambitionen att vara ledande i implementeringen, i syfte att erbjuda jämlik vård.

| Aktiviteter | Analys |
|------------------------------------|---|
| Kunskapsstyrning i Folk tandvården | Förändringar har skett i RPO sammansättning där Pernilla Larsson Gran avgått som ordförande men kvarstår som sjukvårdsområdets representant i NPO tandvård. Ny ordförande är Ulrika Dahl, FTV Kalmar län. Nationellt arbete om erosioner klart. Arbetet med implementering av nationella riktlinjer fortsätter inom Fokus, Folk tandvårdens kunskapscentrum sydöstra, som även har tagit fram ett APT-material om kunskapsstyrning. |

Uppdrag: Vårdnära service - Arbetsuppgifter som idag till stor del sköts av sjukvårdsutbildad personal ska där det är möjligt, på ett kostnadseffektivt sätt, flyttas över till servicepersonal.

| Aktiviteter | Analys |
|--|--|
| Översyn av odontologisk stödverksamhet | Översyn av samtliga stödverksamheter i syfte att använda befintlig kompetens på rätt sätt. I arbetet med rätt använd kompetens (RAK) för tandvårdspersonal har Folk tandvården utökat med fler yrkeskategorier såsom servicetekniker, vårdadministratörer och undersköterskor. Folk tandvården har tillsammans med Jönköping University och VFU-ansvarig på Futurum beslutat att förlänga vårdadministratörstudenternas VFU med placering inom på Folk tandvården på samma sätt som i hälso- och sjukvården, från och med hösten 2023. Detta för att marknadsföra Folk tandvården som en attraktiv arbetsgivare, då Folk tandvården har identifierat ett behov av att utöka resurser och kompetens inom vårdadministration i syfte att avlasta tandvårdspersonal med administrativa |

| Aktiviteter | Analys |
|-------------|---|
| | <p>arbetsuppgifter.</p> <p>Sekreterargruppen har kartlagt den befintliga spetskompetens som finns inom yrkesgruppen idag gällande bland annat vårdadministration, juridik, statistik, remisshantering, dokumenthantering och IT-kompetens.</p> <p>Odontologiskt centrum, Nässjö, invigdes 29 mars i syfte att effektivisera, kompetenshöja och samordna allmäntandvårdens och specialisttandvårdens resurser för stödverksamhet, samtidigt som Folktandvården erbjuder nära specialisttandvård till invånare i den östra länsdelen.</p> |

Lärande och förnyelse

Förändrade arbetssätt, digital utveckling och ständigt lärande ställer krav på anpassningsförmåga och förändringsvilja hos alla medarbetare i verksamheten. Målet är att skapa en modern och jämlik tandvård för länets invånare. Utvecklingstakten ökar, där verksamhetsutveckling, lednings- och målstyrning är viktiga inslag.

Nya uppgifter och problem att lösa utvecklar samarbetet och lärandet mellan olika verksamhets- och kompetensområden. För att kunna bedriva ständiga förbättringar och möta kompetensutmaningen är RAK, rätt använd kompetens, ledord i verksamheten.

En effektiv och kvalitativ tandvård skapas i samverkan mellan specialisttandvården och allmäntandvården. Ett aktivt arbete pågår för att utbilda fler specialisttandläkare, stimulera till forskning och öka andelen disputerade, docenter, doktorander samt professorer.

Arbetet med att etablera en tandläkarutbildning vid Jönköping University (JU) står fortsatt i fokus samt att utveckla COO, Centrum för odontologi och oral hälsa.

Strategiska mål: Bäst på att förbättra och förnya

Framgångsfaktorer: Förbättringskunskap

| Aktiviteter | Analys |
|---|--|
| Framtagande av projektöversikt | <p>Ledningsgruppen och ledningsstaben arbetar tillsammans med att ta fram en översikt över pågående och planerade projektarbeten inom Folktandvården men även inom Regionen där Folktandvården är delaktig.</p> <p>Syftet är att skapa en bättre överblick över pågående och planerade projekt och skapa bättre förutsättning för lyckade implementeringar och generellt bättre måluppfyllelse.</p> <p>Ledningen har förtydligat mötesstrukturen med planering inför samt sammanställning efter ledningsmöten och upprättande av nya beslut och uppdrag, som tillgängliggör och skapar transparens i verksamheten. Arbetet med att tydliggöra ledningsprocess och -struktur har pausats under hösten för att fortsätta i ledningsgruppen under 2024.</p> <p>Planering pågår med att starta piloter för att följa uppdrag och projekt via verktyget Stratsys.</p> |
| Utbildning av interna projektledare/verksamhetsutvecklare | <p>I samband med medarbetarsamtal identifieras löpande lämpliga utbildningsaktiviteter för medarbetare som har ett intresse för att delta i verksamhetsövergripande uppdrag eller leda projekt samt verksamhetsutveckling. Målet är att över tid höja kompetensen inom projektledning och verksamhetsutveckling som metodik.</p> <p>En ny tjänst som verksamhetsutvecklare har inrättats på Folktandvårdens ledningsstab och medarbetare från verksamheten och ledningsstaben deltar i olika utvecklingsaktiviteter eller projekt där arbetet oftast bedrivs tvärfunktionellt.</p> <p>Därtill finns roller med ett strategiskt uppdrag där projektledning och verksamhetsutveckling är en naturlig del. Under 2024 kommer verksamhetsutvecklare och representant från Folktandvårdens ledningsgrupp delta i Regionens nätverk för utvecklingschefer via Kulturum. I detta forum sker ett organisatoriskt kompetensutbyte och</p> |



| Aktiviteter | Analys |
|-------------|---|
| | lärande över verksamhetsområden i Regionen. |

Uppdrag: Identifiera arbetssätt eller arbetsuppgifter som inte längre bedöms som värdeskapande

| Aktiviteter | Analys |
|--|--|
| Översyn av odontologiska arbetssätt inom Folk tandvården | Då nationella riktlinjer bör styra arbetssätt i vardagen, görs en översyn av verksamhetsutvecklare. Översynen har påbörjats och förväntas leda till konkreta förslag under 2023-2024. Exempelvis är förändringarna indelade i olika block och kommer arbetas med löpande under 2023-2024. Förändringar som genomförts 2023 var minskade fissurförseglingar på barn och parodprogrammet med inriktade sköterskor för vuxna. |
| Översyn av administrativa arbetssätt inom Folk tandvården | Folk tandvården genomför en årlig genomlysning av arbetsuppgifter och identifierar och fasar ut arbetsuppgifter som inte längre är värdeskapande. Rapportering sker till ledningsgruppen. <ul style="list-style-type: none"> • Projekt utnyttjande lokaler samt effektivare schemaläggning har startats. Detta är ett gemensamt projekt som gäller samtliga specialisttandvårdskliniker men berör också allmäntandvården. • Remisshanteringsprocessen ses över på samtliga specialisttandvårdskliniker med start på Käkkirurgiska kliniken. Målsättningen är att Folk tandvården ska ha ett bra flöde för att få bra kvalitet och tillgänglighet för våra patienter. Alla på kliniken ska känna till hela processens samtliga aktiviteter, Folk tandvården ska sluta med dubbeldokumentation och vara helt digitala i processen. • Webbremiss införs 2024. • Webinar för receptionister har genomförts tillsammans med Sydöstra sjukvårdsregionen där en workshop genomfördes för att samla önskemål om gemensamma rutiner och arbetssätt. • Ett arbete med gemensamma rutinbeskrivningar för receptionister i allmäntandvården och specialisttandvården har påbörjats hösten 2023. Implementering av dessa kommer att ske successivt i samband med uppstart av nätverk. • Beslut har tagits att starta ett nytt nätverk för receptionister med start november 2023. Detta har skjutits fram till våren 2024. • Mötesstrukturen utvecklas ytterligare. • Region Jönköpings läns ledningssystem "Att leda med kvalitet som strategi" implementeras i Folk tandvården. |
| Effekthemtagning - tillvaratagande av möjligheter vid verksamhetsutveckling med stöd av IT-lösningar | Folk tandvården fortsätter arbetet med att utreda möjligheter till digitalisering av verksamheten i allmän- och specialisttandvård. Utvecklingen sker baserat på journalsystemet T4 och följer en utvecklingsplan som |

| Aktiviteter | Analys |
|-------------|--|
| | <p>fastställt av de tandvårdsdirektörer som har upphandlat journalsystemet. Exempel på pågående utvecklingsarbeten är införandet av e-kommunikation, webb-remsor till specialisttandvården samt webb bokning av behandlingstider via 1177 e-tjänster. Utöver utveckling via T4 har Folk tandvården dialog med övriga verksamheter i Regionen för inspiration kring olika arbetssätt, exempelvis har digitala vårdmöten införts under 2022 och fortsätter att utvecklas under 2023-2024. Även en kontinuerlig omvärldsspaning sker i det nationella folktandvårdsnätverket för att hitta lösningar, möjligheter och att lära av varandra. Ett sådant exempel är införandet av scannrar för digital avtryckstagning som kan ersätta traditionell avtryckstagning med gips.</p> <p>Vid samtliga förslag försöker Folk tandvården även ta fram kalkyler som identifierar effekthemtagning och därmed fungerar som beslutsunderlag.</p> |

Uppdrag: Fortsätta arbetet med rätt använd kompetens (RAK).

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|---|----------|---|--|
| VO RAK andel undersökningar utförd av tandhygienist | 80 % | 73 %  | <p>Utfallet 73 procent ligger under målvärdet om 80 procent och har dessutom försämrats något från tertial 1 där utfallet låg på 76 procent respektive 75 procent i tertial 2. Jämfört med 2022 är utfallet 7 procent sämre. Jämförelser med 2019 inte är möjliga.</p> <p>Resultatet varierar dock mellan klinikerna och det är totalt 14 kliniker som uppnår målet på helårsbasis medan 12 kliniker har ett utfall under målvärdet. Främsta orsaken att de inte uppnår målvärdet är att det råder brist på tandhygienister och därmed bokas undersökningspass på tandläkare istället i större utsträckning för att klara av revisionstider.</p> |
| VO Andel genomförda betalningar i självbetjäningsterminal | 75 % | 54 %  | <p>Utfallet för perioden december visar att 59 procent av patienternas kortbetalningar har skett via självbetjäningsterminal. Det ackumulerade utfallet för perioden januari-december uppgår till 54 procent. Det är en fortsatt positiv trend i att fler patienter väljer att betala via terminalerna. Betalningarna i självbetjäningsterminalerna har ökat från 20 procent i januari 2022 till 59 procent i december 2023. En väsentlig anledning till att andelen inte ökat ännu mer är tekniska problem på flertalet terminaler och att IT-Centrum inte fullt ut supporterar självbetjäningsterminalerna. Enligt ledningsbeslut är målet att 75 procent av kortbetalningar på klinik ska ske via självbetjäningsterminal. 7 kliniker har minst 75 procent andel kortbetalning via självbetjäningsterminal under december månad. För helåret 2023 når 5 kliniker över 75 procent andel betalning via självbetjäningsterminal och ytterligare 5 når 60 procent eller mer. Jämförelser med 2022 och 2019 är dessvärre inte möjligt till följd av brist på data.</p> |

| Aktiviteter | Analys |
|---|--|
| Öka andel klinisk tid för tandsköterskor. | Folk tandvården arbetar nu i allmäntandvården med inriktade sköterskor för att avlasta tandhygienisterna i deras roll. Det |

| Aktiviteter | Analys |
|-------------|--|
| | <p>finns ett stort önskemål om fler utbildningsinsatser för tandsköterskor och det är inplanerat våren 2024. Tandsköterskor kan även debitera behandlingar avseende sjukdomsförebyggande åtgärder enligt TLV:s (Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket) regelverk.</p> |

Uppdrag: Fortsätta arbetet med kapacitet och produktionsstyrning (KPS).

| Aktiviteter | Analys |
|--|--|
| Förarbete inför breddinförande av KPS | <p>I nuläget är förarbetet för breddinförandet pausat. Folk tandvården överväger olika tekniska lösningar och ska utvärdera hur andra folk tandvårdsorganisationer arbetar. Käk kirurgiska kliniken har påbörjat ett förbättringsarbete inom verksamheten baserat på KPS (kapacitets- och produktionsstyrning) och anställt klinikkoordinator som ska ha fokus på KPS och schemaläggning. Detta arbete kommer att fortskrida under 2024. Ledningsstab och verksamhetschefer för specialist tandvården kommer under 2024 att titta på förbättringsarbetet för att få en bättre bild av behov och förutsättningar för ett breddinförande i andra delar av verksamheten. I samband med detta kommer arbetet med aktiviteten att kunna gå mer på djupet.</p> <p>Folk tandvården har tagit fram uppföljning av rumsutnyttjandet per klinik per dag för att få bättre överblick på "flaskhalsar" vad gäller rummen.</p> <p>Den förväntade effekten av ett införande av KPS i Folk tandvården är förbättrad planering och ett resurseffektivt utförande av verksamheten utifrån patienternas behov.</p> |
| Fortsatt arbete med KPS inom käk kirurgiska kliniken | <p>Fokus har nu legat under året på att anpassa scheman efter reglerna med veckovila och dygnsvila. Uppföljning för att följa det veckovisa in- och utflödet har tagits fram, som nu visas på synlig anslagstavla. Käk kirurgiska kliniken har tagit förnyad kontakt med Futurum och projektledare för regionens införande av KPS (kapacitets- och produktionsstyrning) och Astrada. Återkopplingen har varit att införandet skall godkännas av högre ledning och sedan kan man ta hjälp vid införandet av projektledarna. Data måste kunna hämtas från T4 och man måste således avvakta den nya remissmodulen V3 i T4 för att komma vidare.</p> <p>Ny tjänst som klinikkoordinator har upprättats på käk kirurgiska kliniken med delvis fokus på daglig styrning och i framtiden kommer produktionsplanen kunna vara ett stöd till att planera schemat både för polikliniska operationer samt ILS (integrerat logistikstöd).</p> <p>Enheten för ekonomi, IT och digitalisering håller på att färdigställa en analys på faktiskt rumsutnyttjande (dvs patienttid per rum under klinikkens öppettider) som bör kunna bli ett bra hjälpmedel även i KPS.</p> |

Framgångsfaktorer: Professionell kunskap

Uppdrag: Stödja starten av en ny tandläkarutbildning

| Aktiviteter | Analys |
|--|---|
| Inrätta utbildningar för både tandläkare och tandsköterskor i länet. | Är pågående, där den tredje ansökan till Universitetskanslerämbetet om att etablera en ny tandläkarutbildning ska vara inlämnad 17 mars 2024. |

Uppdrag: Rekrytera rätt akademisk kompetens till den planerade tandläkarutbildningen

| Aktiviteter | Analys |
|--|---|
| Insatser för att rekrytera och behålla personal till den kliniska delen av tandläkarutbildningen | Förnyad analys av kompetensläget vid Odontologiska Institutionen är initierad tillsammans med Folk tandvårdens HR-enhet och Jönköping University. Framtagandet av en kompetensförsörjningsplan är påbörjad för Odontologiska Institutionen, liksom en plan för kompetensförsörjning på 5 och 10 års sikt, kopplat till ett möjligt positivt besked om etablering av tandläkarutbildning vid Jönköping University. |



Uppdrag: Förbättrad verksamhets- och målstyrning

| Aktiviteter | Analys |
|---|---|
| Arbete med verksamhetsplan och uppföljning i Stratsys på klinisk nivå | Under 2022 och 2023 har ett pilotprojekt genomförts på käkkirurgiska kliniken med verksamhetsplanering samt rapportering i Stratsys. Under december har ekonomichef tagit fram ett förslag på den fortsatta processen med verksamhetsplanering och rapportering i Stratsys på klinisk nivå för 2024. Beslut fattas vid ledningsgruppsmöte 22 januari 2024 och därefter kommer ett breddinförande att genomföras. |
| Utvecklingsarbete "Kvalitet som strategi" | Under perioden har arbetet till största del varit vilande och återupptas i Folk tandvårdens ledningsgrupp i början av 2024 med utvecklingsarbete kring mötesforum, beslutsprocess (syfte, ägarskap, förberedelse, spridning, implementering och uppföljning), som ett av flera identifierade förbättringsområden. |


Uppdrag: Bedriva uppdragsutbildning

| Aktiviteter | Analys |
|--|---|
| Översyn av Folk tandvårdens uppdragsutbildning | Arbete pågår med att se över den ekonomiska modellen för uppdragsutbildning, som underlag för framtagande av en ny strategi. I ett första läge har självkostnadskalkyler för flertalet odontologiska yrken upprättats och kostnaden för diverse utbildningsplatser beräknats. Målet 2024 är att inför framtiden kunna säkerställa finansiering av löpande utbildning av två specialisttandläkare inom vart och ett av de nio specialistområdena. |

Framgångsfaktorer: Forskning

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|--------------------------------------|----------|---|---|
| ♣ Antal forskarutbildade medarbetare | >6 | 13  | <p>En kompetensinventering har påbörjats inom Odontologiska Institutionen, med fokus på klinisk personal, disputerad personal liksom docenter, samt att stimulera till forskning genom samarbete med andra aktörer såsom Jönköping University och Hälsohögskolan. Folk tandvården har även påbörjat en inventering av pågående forskningsprojekt i syfte att försöka skapa forskningsöar/nätverk som kan locka intressenter.</p> <p>Antal forskarutbildade medarbetare per specialitet och akademisk titel</p> <p>Disputerade 9 st: bettfysiologi 1, ortodonti 2, parodontologi och endodonti 1, pedodonti 3, protetik 2. Docent 3 st: parodontologi och endodonti 1, ortodonti 1, käkkirurgi 1. Professor 1 st: parodontologi och endodonti</p> |
| ♣ Antal publikationer | >15 st. | 9  | <p>Odontologiska Institutionen inom Folk tandvården håller en hög nivå gällande publikationer. Dessvärre uppnås dock inte målet om minst 15 publikationer under 2023. Utfallet är lägre jämfört med 2022 där 11 publikationer har skapats samt även 2021 med 12 publicerade publikationer. Jämförelser med 2019 är dessvärre inte möjliga.</p> <p>Målet framgent är att stimulera fortsatt aktivitet genom bland annat Centrum för odontologi och oral hälsa (COO) och på detta sätt attrahera forskare från andra regioner och lärosäten.</p> |

Uppdrag: Fler disputerade övertandläkare.

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|---|----------|--|--|
| VO Antal pågående doktorandutbildningar | 6 | 6  | <p>Doktorander finns inom käkkirurgi 2 st, Ortodonti 1 st., parodontologi/endodonti 1 st och Pedodonti 2 st. Jämfört med föregående år är antalet doktorander oförändrat. Utfallet ligger således nivå med målvärdet. Jämförelse med 2019 är dessvärre inte möjligt eftersom ingen data finns tillgänglig.</p> <p>För 2024 och framåt ska möjligheter till att forska ses över samt att utbilda fler doktorander i samarbete med Futurum och Jönköping University.</p> |

Medarbetare

Folktandvården vill vara en attraktiv arbetsplats, varför olika projekt bedrivs med fokus på att attrahera, rekrytera, behålla och utveckla medarbetare.

Personalomsättningen är hög men har kraftigt minskat under 2023. Utmaningen är att behålla medarbetare. Kompetensförsörjnings- och utvecklingsaktiviteter styr mot att minska personalomsättningen för samtliga odontologiska yrkesgrupper.

Sjukfrånvaron har stabiliserats och projektet "Frisk arbetsplats" fortgår. Arbetet utgår från tre fokusområden: implementering av friskfaktorer, fördjupade insatser kring tidiga signaler på ohälsa samt tydliggörandet av ledningens och skyddsombudets roll i arbetsmiljöarbetet.

En mer renodlad ledningsmodell har införts och en organisatorisk översyn pågår för att säkerställa chefers förutsättningar för ett hållbart ledarskap. Målet är max 35 medarbetare per chef. Tid för dialog är i fokus. Rekrytering av ny tandvårdsdirektör pågår.

Strategiska mål: Sveriges bästa offentliga arbetsgivare med Sveriges bästa arbetsplatser




Framgångsfaktorer: Rätt kompetens och bemanning

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|-------------------|----------|---|---|
| Nämnd Årsarbetare | 545 | 545  | <p>Folktandvårdens verksamhet finansieras till stor del genom patientintäkter. Varje tandläkare, tandhygienist och tandsköterska som anställs leder därmed till en ökad tillgänglighet och förbättrad ekonomi. Resultatet blir det omvända när antalet medarbetare minskar.</p> <p>Behovet av att rekrytera fler tandläkare och tandsköterskor till framförallt allmäntandvården är konstant. Folktandvården arbetar aktivt med olika insatser för att attrahera, behålla och utveckla medarbetarna i konkurrens med de privata aktörerna. Generellt råder det brist på tandläkare, tandhygienister och tandsköterskor i hela riket. För Folktandvården i Region Jönköping kan dock en positiv utveckling konstateras under 2023 som en konsekvens av de olika insatser Folktandvården valt att genomföra. Därav har både personalomsättningen och sjukfrånvaron sjunkit det senaste året vilket lett till en mer stabil bemanning och arbetsmiljö.</p> <p>Sammantaget kan en ökning med 22 faktiska årsarbetare konstateras i jämförelse med 2022 års utfall. Jämfört med 2019 är det en minskning med 11 faktiska årsarbetare.</p> <p>Ackumulerat utfall för januari - december jämfört med samma period föregående år och fördelat per yrkesgrupp:</p> <p>Tandläkare: 8,9 årsarbetare Tandhygienist: 3,5 årsarbetare Tandsköterska m.fl: 2,8 årsarbetare Övriga: 7,0 årsarbetare Summa: 22,2 årsarbetare</p> |

| Aktiviteter | Analys |
|---------------------------------|--|
| Förbättrad kompetensförsörjning | För att få en överblick och strategisk höjd i det arbete som pågår med kompetensutmaningen i Folktandvården har en |

| Aktiviteter | Analys |
|--|---|
| | <p>övergripande kompetensförsörjningsstrategi för 2022-2025 tagits fram och beslutats i Folktandvårdens ledningsgrupp. Därtill har en kompetensförsörjningsplan för 2023 upprättats. Arbetet har vidareutvecklats genom den modell för kompetensplanering som Region Jönköpings län genomför under 2023. Arbetet fortskrider under 2024 med fokus på att kunna samverka med och kompetensförsörja en eventuell tandläkarutbildning vid Hälsohögskolan, Jönköping University.</p> <p>Ett kompetenssamarbete finns etablerat med Folktandvården i Region Östergötland och Region Kalmar inom ramen för Sydöstra sjukvårdsregionen, för att stödja medarbetares utveckling genom ett bredare kompetensutvecklingserbjudande utifrån verksamhetens behov.</p> |
| Upprätta en kompetensförsörjningsplan 2023 | Kompetensförsörjningsplanen 2023 för Folktandvården är slutförd enligt plan. Genom upprättandet av kompetensförsörjningsplanen belyses verksamhetens kompetensförsörjningsbehov och har gett Folktandvården ett underlag för att fortsatt kunna arbeta proaktivt och kunna planera insatser som ett led i att kompetensförsörja verksamheten. |
| Meriteringstjänster för allmäntandläkare och nischning av allmäntandläkare | Tre tjänster som nischandläkare i käkkirurgi har tillsatts, med påbörjad tjänstgöring 1 oktober. Inom kort kommer även två tjänster i endodonti tillsättas med beräknad start 1 mars 2024. |


Uppdrag: Strategisk kompetensplanering

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|--|----------|--|--|
| VO Antal pågående ST-utbildningar inom Odontologiska Institutionen | 15 | 34  | Under 2023 har 34 ST-tandläkare haft en pågående utbildning inom Odontologiska Institutionen och således är målet om 15 ST-tandläkare tydligt uppfyllt. Av dessa 34 ST-tandläkare är 15 internfinansierade och övriga finansierade genom uppdragsutbildning eller regionövergripande finansieringsmodell (NSATS). 2022 var 11 ST internfinansierade och 2021 var det 7 st interna. |
|  Personalomsättning (andel externa avgångar exkl pension) under de senaste 12 månaderna | 5 % | 8,3 %  | <p>Den totala personalomsättningen i Folktandvården är hög och resultatet för 2023 uppgår till 8,3 procent vilket innebär att verksamhetsområdet inte når målet på 5,5 procent för regionen. Under 2023 har dock trenden brutits och en positiv utveckling kan konstateras. I jämförelse med 2019 och 2022 uppgick personalomsättningen till 9,8 procent respektive 11,6 procent.</p> <p>Behovet av att rekrytera fler tandläkare och tandsköterskor till framförallt allmäntandvården är konstant. Generellt råder det brist på samtliga odontologiska yrkesgrupper i hela riket såsom tandläkare, tandhygienister och tandsköterskor. Folktandvården arbetar aktivt med olika insatser för att attrahera, behålla och utveckla medarbetarna i konkurrens med de privata aktörerna. Genomförda insatser har bidragit till att minska både personalomsättningen och sjukfrånvaron över tid vilket lett till en mer stabil bemanning och bättre arbetsmiljö.</p> <p>Sammantaget kan en ökning med 22 faktiska årsarbetare</p> |

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|---------|----------|----------|---|
| | | | konstateras i jämförelse med 2022 års utfall. |

| Aktiviteter | Analys |
|---|--|
| Översyn av arbetstidsmodeller och schemahantering | <p>Ett pilotprojekt med syfte att pröva en mer flexibel arbetstidsmodell på en av klinikerna inom allmäntandvården har inletts och planeras genomföras 2024 under en period av sex månader. Det övergripande målet är att skapa en attraktiv arbetsplats som både behåller och attraherar odontologisk personal, ökar tillgängligheten för patienter samt förbättrar resursutnyttjandet av lokaler. Andra motiv är att skapa bättre och fler möjligheter till kompetensutveckling, att kunna arbeta delegerat, öka möjligheten till flexibilitet för medarbetaren samt skapa bättre möjligheter för återhämtning både på och utanför arbetstid, för att på så sätt öka frisknärvaron och minska sjukfrånvaron. Genom mer generösa öppettider och bättre resursutnyttjande av lokaler ges möjlighet att rekrytera ytterligare ett team bestående av tandläkare och tandsköterska vilket kommer minska köer och ge ökade intäkter.</p> <p>En förutsättning för att kunna starta projektet är att ha den bemanning som krävs vilket ännu inte uppnåtts.</p> |
| Översyn av ST-utbildning | <p>Ett nytt dokument är upprättat som har anpassats till de nya ST-riktlinjerna från Socialstyrelsen.</p> <p>Idag kan Odontologiska Institutionen erbjuda I) hela ST-paketet, II) enbart teori+seminariepaket, III) del av klinik + teori + seminariepaket, IV) teori + seminariepaket + fall V) teori + seminariepaket + vetenskaplig handledning. Specialistutbildningen kan således utformas efter behov.</p> |
| Utökad finansiering för ST-utbildning | <p>Folktandvården har initierat en dialog med regionledningskontoret (RLK) om behovet av utökad finansiering för ST-utbildning till följd av att finansieringen som Folktandvården tidigare har erhållit inom ramen för Nationella samordningsgruppen för tandläkarnas specialiseringstjänstgöring (NSATS) upphört. Kalkyler är framtagna och ämnet har diskuterats på dialogmötet med RLK i juni. Folktandvården har bett om ett nytt möte med RLK som förhoppningsvis kan hållas i januari-februari 2024.</p> <p>Aktiviteten förväntas leda till att finansieringen för fortsatt ST-utbildning, utbildningsförmåga och kompetensförsörjning av specialister inom ramen för Odontologiska Institutionen ska vara säkrad på längre sikt.</p> |

Uppdrag: Kompetensutveckling hela arbetslivet

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|---------------------------|----------|---|---|
| VO Andel medarbetarsamtal | 90 % | 77 %  | <p>Medarbetarsamtal ska sedan våren 2022 genomföras och signeras digitalt i LoK, Regionens Lärande och kompetensportal. Arbetsmodellen presenterades i Folktandvården redan under 2021 med ambitionsnivån att fullt ut ha implementerat arbetssättet i hela verksamheten under 2023.</p> <p>Folktandvården når inte Regionens mål 2023 fullt ut på 90</p> |



| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|---------|----------|----------|---|
| | | | <p>procent genomförda medarbetarsamtal i LoK. Utfallet ligger dock nära målet på 77 procent vilket är en positiv utveckling över tid då resultatet för 2021 uppgick till 11 procent, och för 2022, 38 procent. Det finns fortfarande chefer i verksamheten som använder sig av tidigare modell och då registreras inte de samtalen i LoK. Det innebär dock att det verkliga utfallet för genomförda medarbetarsamtal är högre än 77 procent. Under 2024 planeras fortsatta utbildningsaktiviteter för chefer med fokus på att höja kvaliteten i medarbetarsamtalen vilket också inkluderar upprättandet av individuella utvecklingsplaner. Målet i Folktandvården är att skapa goda dialoger mellan chef och medarbetare i hela verksamheten.</p> |

| Aktiviteter | Analys |
|--|--|
| Breddinförande av medarbetarsamtal i lärande- och kompetenskalendern (LOK) | Medarbetarsamtal ska sedan våren 2022 genomföras och signeras digitalt i LoK, Regionens Lärande och kompetensportal. Arbetsmodellen presenterades i Folktandvården redan under 2021 med ambitionsnivån att fullt ut ha implementerat arbetssättet i hela verksamheten under 2023. |
| Projekt medarbetarresan i Folktandvården | <p>Projektet medarbetarresans huvuduppdrag är att identifiera, utveckla och paketera medarbetares kompetensresa inom Folktandvården utifrån tre fokusområden; introduktion, handledning och kompetensutveckling. Den första yrkesgruppen som står i fokus är tandläkare. Arbetet befinner sig fortsatt i ett uppstartsskede med inriktning på att inventera nuläget.</p> <p>Folktandvårdens medarbetarresa ska attrahera framtida medarbetare genom att ge nyanställda en kvalitetssäkrad, tydlig och individanpassad introduktion, en jämlik, tillgänglig och kvalitativ handledning, samt ge varje medarbetare kompetensutveckling som möter såväl verksamhetens som individens behov. Arbetet fortskrider under 2024.</p> |
| Översyn och framtagande av ett nytt utvecklingskoncept | <p>Ett koncept har arbetas fram för att kunna erbjuda möjligheten för allmäntandläkare att nischa sig inom ett odontologiskt specialistområde. Syftet med att nischa allmäntandläkare är att kunna erbjuda specialisttandvård på fler orter i länet och erbjuda förbättrad geografisk tillgänglighet för patienter till specialisttandvården. Ett annat syfte är att kunna erbjuda kompetensutveckling för allmäntandläkare och därmed bli än mer attraktiv som arbetsgivare utifrån ett behålla-perspektiv, liksom att minska flödet av enklare remisser till specialisttandvården. Först ut är etableringen av ett odontologiskt centrum, Folktandvården Nässjö som nu har ett behandlingsteam inom käkkirurgi. Fler specialiteter kommer att omfattas över tid i takt med att nya medarbetare rekryteras för att genomgå nischutbildning.</p> |

Uppdrag: Varje arbetsplats ska arbeta med "hur vi blir Sveriges bästa offentliga arbetsgivare" och "hur vi skapar bästa arbetsplatsen".

| Aktiviteter | Analys |
|-------------------------------|---|
| Projekt Attraktiv arbetsplats | <p>Folktandvården vill vara en attraktiv arbetsplats, varför olika projekt bedrivs med fokus på att attrahera, rekrytera, behålla och utveckla medarbetare.</p> <p>Medarbetarresan är ett pågående arbete med syfte att paketera och beskriva både nya och redan anställda medarbetares kompetens- och utvecklingsmöjligheter inom Folktandvården.</p> <p>Sjukfrånvaron har stabiliserats och ligger nu 0,1 procentenhet från målvärdet på 5,5 procent. Projektet "Frisk arbetsplats" fortgår. Arbetet utgår från tre fokusområden: implementering av friskfaktorer, fördjupade insatser kring tidiga signaler på ohälsa samt att tydliggöra ledningens och skyddsombudets roll i det lokala sammanhanget.</p> <p>En ny och mer renodlad ledningsmodell med en tandvårdschef för allmäntandvården respektive specialisttandvården har implementerats. En organisatorisk översyn pågår för att säkerställa chefers förutsättningar att kunna göra ett bra jobb, med målet om maximalt 35 medarbetare per chef. Rekrytering av ny tandvårdsdirektör pågår.</p> <p>Under 2021 - 2022 bedrevs ett projekt med benämningen "Attraktiv arbetsplats". Flera av de utvecklingsaktiviteter som då uppmärksammades har nu tagits om hand i andra övergripande aktiviteter och målområden såsom minskad personalomsättning, minskad sjukfrånvaro och ökad frisknärvaro, god löneutveckling och god arbetsmiljö samt kompetensutveckling. Under 2023 kan en positiv effekt av de insatser som genomförts under de senaste åren konstateras.</p> |

Uppdrag: Hållbara arbetsvillkor och ökad andel heltidsarbetande

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|--|----------|---|---|
|  Andel heltidsanställda | 87 % | 97 %  | <p>Folktandvården följer riktlinjen kring heltid som norm och har heltidsanställning som utgångspunkt vid nyanställning. Om särskilda omständigheter anges beviljas partiell tjänstledighet. I dessa fall gör chefen en bedömning utifrån verksamhetens och medarbetarens behov. Under 2023 kan konstateras att 97 procent av Folktandvårdens medarbetare är heltidsanställda vilket visar hög följsamhet till riktlinjen och i förhållande till regionens mål på 87 procent. Utfallet ligger i paritet med 2022 och har legat på en relativt jämn nivå sedan 2019 då regionen började att följa upp andelen heltidsanställda. Trots ett positivt utfall finns det ändå en potential i att ytterligare öka följsamheten. Det är fortsatt viktigt att ha en dialog med medarbetare som inte vill arbeta heltid trots en heltidsanställning i grunden, för att bidra till en ökad jämställdhet samt möta kompetensutmaningen.</p> |

| Aktiviteter | Analys |
|-------------------------|--|
| Översyn av deltidarbete | Folktandvården följer riktlinjen kring heltid som norm och |

| Aktiviteter | Analys |
|-------------|--|
| | har heltidsanställning som utgångspunkt vid nyanställning. Om särskilda omständigheter anges beviljas partiell tjänstledighet. I dessa fall gör chefen en bedömning utifrån verksamhetens och medarbetarens behov. Ny uppföljning av antal partiellt tjänstlediga kommer att genomföras under 2024. Målet är att minska antalet partiellt tjänstlediga som ej stöds av lag, som ett led i kompetensutmaningen. |



Uppdrag: Lönebildning

| Aktiviteter | Analys |
|--|--|
| Utarbeta lönestrategier för olika yrkesgrupper | Folktandvården har i förankring med Tjänstetandläkarna arbetat fram en lönestrategi på tre års sikt för att över tid kunna uppnå önskad målbild och följsamhet till regionens lönestruktur. Ett år är avklarat och 2024 års satsning sker under tertial 1, 2024 och 2025 är det sista året för satsningen. Parallellt pågår ett kontinuerligt arbete med att bevaka lönestrukturen för både tandhygienister och tandsköterskor vilka också omfattats av olika lönesatsningar under de senaste åren vilket även innefattar 2023 och 2024. Parterna har en konstruktiv och god dialog i frågan som lett till ett positivt utfall. Arbetsgivaren tittar också på olika belöningsmodeller som Folktandvården i andra regioner tillämpar. Dialogen med Tjänstetandläkarna inför löneöversynen för 2024 har inletts. |
| Översyn av incitamentsprogram | Kartläggning av olika incitamentprogram pågår med utgångspunkt i förekommande program inom övriga folktandvårdsorganisationer, där man i flera andra regioner exempelvis infört resultatdelning. Specifikt har modellen för resultatdelning i Västra Götalandsregionen studerats. Införandet av ett incitamentprogram kan vara ett möjligt verktyg för att driva prestation samt attrahera och behålla odontologisk kompetens. Förankrande dialog med regionledningens ekonomifunktion är initierad och fortskrider. |

Uppdrag: Erbjudna praktikplatser och feriepraktikplatser i större omfattning

Framgångsfaktorer: En god arbetsmiljö och hälsa

Uppdrag: Ett välfungerande systematiskt arbetsmiljöarbete (SAM) i vardagen.

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|--|----------|--|---|
|  Personhälsa - Sjukfrånvaro % | 5,5 % | 5,8 %  | Under innevarande år har den totala sjukfrånvaron i verksamheten stabiliserats och ligger nu på en mer normal nivå, totalt 5,8 procent i förhållande till utfallen mellan 2019, 2020 och 2021 som då ackumulerat uppgick till 6,2 procent, 7,4 procent respektive 6,7 procent. Projektet "Frisk arbetsplats" har under året genomförts på ett framgångsrikt sätt, där effektmålet är att över tid minska sjukfrånvaron och öka frisknärvaron, dels genom att tidigt fånga upp och arbeta aktivt med den arbetslivsinriktade rehabiliteringen för att ge förutsättningar för återgång i arbete och dels genom det förebyggande arbetet med friskfaktorer i syfte att skapa en bättre arbetsmiljö. Projektet fortgår under 2024 |



| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|---------|----------|----------|--|
| | | | med uppföljande aktiviteter där ambitionen är att intensifiera arbetet. Därtill införa ett riskorienterat arbetssätt i verksamheten med fokus på att identifiera riskgrupper för högre sjukfrånvaro. |

| Aktiviteter | Analys |
|--|--|
| Friskfaktorer | Aktiviteten är avbruten och har delats upp i andra aktiviteter. |
| Projekt Frisk arbetsplats | <p>Projektet "Frisk arbetsplats" har startats upp och genomförts under hela 2023. Frisk arbetsplats är Folk tandvårdens tolkning av avsiktsförklaringen i HÖK, (huvudöverenskommelsen i det centrala kollektivavtalet) om implementeringen av Suntarbetslivs Friskfaktorer samt det regionövergripande beslutet att implementera Suntarbetslivs Friskfaktorer i samtliga verksamhetsområden under 2023-2024. Projektdirektivet för "Frisk arbetsplats" är framtaget och förankrat i Folk tandvårdens samverkansgrupp.</p> <p>Projektet utgår från tre fokusområden: implementering av Friskfaktorer, fördjupade insatser kring tidiga signaler på ohälsa samt tydliggörandet av skyddsombudets roll i det lokala sammanhanget.</p> <p>Initiativet har mottagits positivt i verksamheten och under året har olika workshops genomförts med framgång i hela verksamheten.</p> <p>Målet med satsningen är att öka frisknärvaron samt sänka den totala sjukfrånvaron och personalomsättningen i Folk tandvården. Vid uppföljning av både sjukfrånvaron och personalomsättningen för 2023 visar årets utfall på en nedåtgående trend i jämförelse med de tre senaste årens utfall. Friskfaktor arbetet är en del av förklaringen till det positiva resultatet.</p> <p>Planering för uppföljning och fortsatta aktiviteter för 2024 pågår.</p> |
| Fortsatt arbete med SAM (systematiskt arbetsmiljöarbete) | <p>Under tertial tre har samtliga chefer i allmäntandvården samlats i mindre grupper för att fortsätta dialogen kring hur SAM blir en del av vardagen och hur SAM i Stratsys kan användas på bästa sätt för att medverka till en god, systematisk arbetsmiljö. Årets arbete med att kontinuerligt i ledningsgrupper, samverkansgrupp och i avstämningar med chef, prata om SAM och SAM i Stratsys, har väckt ett intresse för arbetsmiljöfrågorna. Rent konkret ser vi att alla våra kliniker, allmäntandvård, såväl som specialisttandvård, använder SAM i Stratsys i arbetsmiljöarbetets alla delar. Det mest framträdande är klinikernas årsplanering, som många chefer varit mycket engagerade i att utforma på ett klokt och effektivt sätt. En kvarvarande utmaning är att öka kännedomen om när och hur, en chef ska riskbedöma brister i verksamheten som kan leda till arbetsmiljörisiker. I regionens arbetsmiljönätverk har arbetet pågått flitigt under vintern med att ta fram en ny e-utbildning med särskilt fokus på riskbedömning i SAM i Stratsys. E-utbildningen ska vara färdig och tillgänglig via LoK i februari.</p> <p>Aktiviteten "Fortsatt arbete med SAM" anses klar, även om arbetet med det systematiska arbetsmiljöarbetet aldrig blir klart, och kommer fortsätta även kommande år.</p> |

Uppdrag: Tidiga insatser och arbetsanpassning.

| Aktiviteter | Analys |
|--|---|
| Mer proaktivt arbete gällande rehabilitering. (Ingår i projektet frisk arbetsplats). | Under sista tertialet har fortsatt arbete kring rehabilitering och tidiga insatser pågått. Aktiviteten som den avsågs för året anses klar, men arbete behöver fortsatt pågå under 2024. |

Uppdrag: Ett närvarande, tillitsfullt och engagerat ledarskap.

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|--|----------|---|--|
|  Arbetstillfredsställelse (HME) | 78 % | 81 %  | Årets medarbetarundersökning i Folk tandvården visar på ett positivt resultat, 81 procent nöjdhetsindex sammantaget för frågorna som fångar medarbetarnas arbetstillfredsställelse och som följs upp genom det index som mäter hållbart medarbetarengagemang (HME). Folk tandvårdens resultat ligger därmed över regionens målvärde på 78 procent. Under 2023 har verksamheten arbetat aktivt med att utveckla nya arbetssätt, tydliggöra roller och ledarskap samt lyfta arbetsmiljöfrågorna. Kommande år förstärks arbetet med chefers förutsättningar för att kunna göra ett bra jobb samt utveckla processerna kring ledning och styrning. Därutöver står också arbetsmiljöfrågorna fortsatt i fokus. Jämförelser med tidigare år är dessvärre inte möjliga. |

| Aktiviteter | Analys |
|--|--|
| Ledarfokus | I slutet av februari avslutades den ledarsatsning som genomförts i Folk tandvården under 9 månader där samtliga chefer i verksamheten deltagit under ledning av Lorensbergs Organisationskonsulter. Satsningen har gått under benämningen Ledarfokus. Syftet har varit att stärka ledarskap, helhetsyn och gemenskapen i organisationen genom för Folk tandvårdens ledare aktuella teman i samband med ledarforum en gång i månaden. Utvärderingen av insatsen visar på ett gott resultat med ökad öppenhet, tillit och förtroende i chefsgruppen. Därtill har cheferna fått ny kunskap om ledarskap samt metoder att tillgå i vardagen. |
| Arbeta med chefers förutsättningar för ett Hållbart chefskap | I samband med införandet av ny och mer renodlad ledningsmodell i Folk tandvården pågår en översyn av roller och titelstruktur för chefer samt organisatoriska förutsättningar för ett hållbart ledarskap. Målbilden är att skapa en organisatorisk struktur där varje chef har maximalt 35 medarbetare direkt underställda. Arbetet kan leda till att ytterligare en chefsnivå införs för att komma ner i antal medarbetare per chef. Arbetet fortskrider under 2024. I Folk tandvården träffas alla chefer i ett ledarforum tre gånger per halvår. Syftet med forumet är att utveckla en gemensam kultur och struktur i linje med "Ett Folk tandvården". Forumet är också ett tillfälle för gemensam kompetensutveckling inom ledarskap samt att föra dialog om förbättrings- och utvecklingsarbete i verksamheten. Folk tandvården deltar också i regionens gemensamma utvecklingsaktiviteter som styr mot att säkerställa ett hållbart ledarskap. |



Ekonomi

Folktandvårdens (FTV) finansiering består både av ett anslag i form av en budgettram samt intäkter från vuxna patienter och via tandvårdsförsäkringen. Den totala omsättningen för 2023 blev 595 miljoner kronor, vilket innebär att budgettramen utgör cirka 45 procent av omsättningen. Verksamheten är till stora delar konkurrensutsatt, vilket innebär att den ska bedrivas på ett konkurrensneutralt sätt gentemot privata aktörer. Krav på konkurrensneutralitet förutsätter att prissättningen baseras på FTV:s självkostnad. För att finansiera pris- och löneökningar har priser under 2023 höjts med i genomsnitt 7 procent. Mervärdesskatt ingår i FTV:s självkostnad av konkurrensskäl.

Till följd av framförallt högre produktivitet och stärkt bemanning i allmäntandvården har det ekonomiska resultatet förbättrats jämfört med tidigare år. På grund av negativa resultat i specialisttandvården redovisar FTV dock ett underskott om 2,4 miljoner kronor för 2023. Resultatet ligger i nivå med prognosen som upprättats i delårsrapport 2.

Strategiska mål: God och hållbar hushållning

Framgångsfaktorer: Kostnadseffektiv verksamhet

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|--|----------|---|---|
|  Ekonomi i balans | 0 tkr | -2 371 tkr  | Resultatanalys Folktandvårdens ackumulerade resultat som helhet uppgår till minus 2,4 miljoner kronor för 2023. Allmäntandvårdens resultat under samma period uppgår till 4,2 miljoner kronor, medan specialisttandvårdens resultat uppgår till minus 6,6 miljoner kronor. Resultatet för övriga resultatenhetsgrupper uppgår till 0,0 miljoner kronor. Jämfört med föregående år är resultatet 1,5 miljoner kronor bättre. Framför allt resultatet i december månad om minus 4,6 miljoner kronor har lett till ett underskott för helåret. Årets resultat påverkas av engångseffekter och även jämförelsestörande poster som bör lyftas fram i denna analys. Bland engångseffekter som belastar resultatet kan en förändrad princip för nedskrivning av osäkra kundfordringar från 365 dagar till 90 dagar nämnas, vilket har gett en engångseffekt om minus 0,8 miljoner kronor. Det har även uppstått kostnader i samband med förändringar i ledningsstrukturen om 2,2 miljoner kronor. Som jämförelsestörande poster kan lägre intäkter om 1,5 miljoner kronor lyftas fram. Mer konkret har finansieringen av ST-utbildning via Nationella samordningsgruppen för tandläkarnas specialiseringstjänstgöring (NSATS) minskat jämfört med föregående år och finansieras därmed numera via befintlig budgettram. Intäkter Intäkterna för helåret 2023 är totalt 5,4 miljoner kronor lägre än budget men 30,2 miljoner kronor högre än föregående år. När det gäller enbart intäkter från patientavgifter (inklusive Frisktandvård) så är dessa 11,4 miljoner kronor lägre än budget och övriga intäkter är 6,0 miljoner kronor högre än budgeterat. Avvikelsen mot budget när det gäller patientintäkter inklusive Frisktandvård härleds primärt till färre antal kliniska timmar kopplat till intäktsbringande verksamhet inom specialisttandvården. |

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|---------|----------|----------|---|
| | | | <p>Allmäntandvårdens intäkter ligger däremot närmare budgeterad nivå.</p> <p>Personalkostnader</p> <p>Personalkostnaderna för 2023 är totalt 13,8 miljoner kronor lägre än budget men 29,7 miljoner kronor högre än föregående år. Enbart lönekostnaderna inklusive kostnader för sociala avgifter samt pensionskostnader för 2023 är 14,3 miljoner lägre än budgeterat. Avvikelsen mot budget förklaras främst med att Folktandvården har budgeterat för fler årsarbetare än det faktiska utfallet under perioden. Denna avvikelse härleds i sin tur primärt till att Folktandvården inte kunnat ersätta samtliga vakanta tjänster. Samtliga odontologiska yrken (tandläkare, tandhygienist och tandsköterska) avviker negativt mot budget med totalt ca 8 faktiska årsarbetare och därav merparten i specialisttandvården. Jämfört med föregående år har antalet årsarbetare för samtliga odontologiska yrken dock ökat med totalt 22 faktiska årsarbetare, vilket är en önskvärd utveckling.</p> <p>Kostnader för köpt verksamhet</p> <p>Kostnader för köpt verksamhet avser kostnader för tjänster och material med direkt koppling till kliniskt utförd tandvård som exempelvis tandteknik, tandvårdsmaterial och implantat. Kostnaderna är till största del rörliga och varierar beroende på antal behandlade patienter.</p> <p>Kostnaderna för 2023 är 4,7 miljoner kronor högre än budget men 11,0 miljoner kronor lägre än föregående år (justerat för jämförelsestörande poster om 11,9 miljoner kronor är kostnaderna något högre än föregående år). Avvikelsen mot budget förklaras framför allt av högre kostnader för implantat, övrig medicinskt material och förrådsförd material (2,9 miljoner kronor). Dessa kostnadsökningar härleds i sin tur främst till prisökningar hos leverantörer inom befintliga avtal. Även ej budgeterade kostnader för uppdragsutbildning för ST-tandläkare (0,8 miljoner kronor) samt ej budgeterade kostnader för sjukhusfysiker (0,6 miljoner kronor) påverkar negativt.</p> <p>Övriga kostnader</p> <p>Folktandvårdens övriga kostnader är till stora delar fasta (hyror, avskrivningar, IT med mera) och därmed svåra att påverka i det korta perspektivet.</p> <p>Utfallet avseende övriga kostnader för 2023 är 6,1 miljoner kronor högre jämfört med budget samt 11,2 miljoner kronor högre än utfallet för föregående år. De främsta förklaringarna till budgetavvikelsen är:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Förändrad princip för nedskrivning av osäkra kundfordringar från 365 dagar till 90 dagar, vilket har gett en engångseffekt om 0,8 miljoner kronor. • Ej budgeterad kostnad för löneadministration samt fakturaenheten om 1,4 miljoner kronor. • Högre kostnader för övriga fastighetstjänster (städning, sophämtning och övrig fastighetservice) 1,5 miljoner kronor. • Högre kostnader för reparation och underhåll av utrustning om 1,3 miljoner kronor. |

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|---------|----------|----------|--|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> Högre kostnader för kallelse- och påminnelse-sms 1,4 miljoner kronor. Högre kostnader för IT-tjänster samt övriga tjänster 1,0 miljoner kronor. |

| Aktiviteter | Analys |
|------------------------------------|---|
| Handlingsplan för ekonomi i balans | <p>Folktandvårdens ekonomi för 2023 är inte i balans och det negativa resultatet återfinns inom specialisttandvårdens verksamhet.</p> <p>Mot denna bakgrund kommer Folktandvården under 2024 att fortsätta arbeta med ständiga förbättringar och effektiviseringar med målet om god hushållning. I synnerhet arbetar Folktandvården med följande aktiviteter som bedöms ha en positiv effekt på ekonomin:</p> <ul style="list-style-type: none"> För att förbättra ekonomin i specialisttandvården kommer en översyn av icke-klinisk tid (övrig tid) att göras för att identifiera uppdrag och arbetssätt. Detta förväntas leda till en ökning av andelen klinisk tid, vilket kommer att påverka ekonomin positivt. Optimering av det nya barn- och ungdomstandvårdsprogrammet i syfte att säkerställa att resurser tillförs de områden där behovet av tandvård är störst, samtidigt som resurser minskas i de områden där behovet är mindre. Genom implementering av vårdprogrammets innehåll, bättre differentiering av barntandvårdspengen, odontologiskt förbättrad riskbedömning samt noggrannare planering och uppföljning, eftersträvar Folktandvården att utnyttja finansieringen för barn- och ungdomstandvården på ett mer effektivt sätt. Följsamhet till nationella riktlinjer för tandvård. I samband med uppdaterade nationella riktlinjer för tandvård har olika behandlingar identifierats som ej längre odontologisk motiverade och kommer upphöra. I linje med den nya kunskapen eftersträvar Folktandvården att upphöra med icke-värdeskapande behandlingar enligt nationella riktlinjer och därmed resursoptimera verksamheten, något som kommer att bidra positivt ekonomiskt både för den enskilde patienten men även för Folktandvården. Ökad användning av digitala vårdmöten. Genom användning av digitala vårdmöten i verksamheten, framför allt inom barn- och ungdomstandvården och Frisktandvården, bedömer Folktandvården att en högre produktivitet kan uppnås. Detta leder i sin tur till att vårdtid kan frigöras och användas till intäktbringande vuxentandvård och således leda till högre intäkter. Större översyn av kostnaderna, men framför allt kostnader för tandvårdsmaterial. Översyn av lokalutnyttjande och lokalkostnader. |

| Aktiviteter | Analys |
|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Översyn av scheman och öppettider. • Intensifiera arbetet med "taxegruppen" för att utbilda och följa upp att korrekt debitering av patienter sker i linje med gällande regelverk. • Översyn av extern verksamhet (kollektiva insatser) inom allmäntandvården i syfte att förbättra arbetssätt och öka kvaliteten samt effektivitet i det preventiva arbetet. • Översyn av den uppsökande verksamheten inom allmäntandvården i syfte att förbättra arbetssätt och öka kvaliteten samt effektivitet. <p>Den största ekonomiska utmaningen från och med 2024 blir att utan ekonomisk ersättning bibehålla den högkvalitativa ST-utbildning, som ges inom Odontologiska Institutionen, i samma utsträckning som tidigare år. Från och med 2023 täcks nämligen denna utbildning enbart av Folk tandvårdens intäkter. För att möjliggöra kontinuitet i den högkvalitativa ST-utbildningen är ovan nämnda åtgärder viktiga, liksom att se över olika patientflöden på inom speciallisttandvården och prioriteringsgrupperna med väntetid på behandling. Bedömningen är att de positiva effekterna kommer att öka successivt under 2024.</p> |
| Översyn och professionalisering av investeringsprocess | Under tertial 3 har ekonomichef haft möten med bland annat chef för dentalservice samt medarbetare ansvariga för systemet Rubert på regionledningskontoret. Syftet har varit att utreda möjligheter till att implementera en investeringsprocess i Folk tandvården som använder sig av regionens övergripande system för investeringar Rubert. Enligt diskussionerna i dessa möten framgår bland annat att det finns många incitament och möjligheter att använda sig av Rubert i Folk tandvården. Ett fortsatt arbete är inplanerat under 2024 för att ta fram och införa en ny investeringsprocess i Folk tandvården. |
| Översyn av ekonomisk uppföljningsprocess och uppföljningsstruktur samt innehåll | Folk tandvården har under föregående år reviderat sin process för ledning och styrning av verksamheten i allmän- och specialisttandvården. I synnerhet har en ny mötesstruktur skapats som i sin tur har lett till att uppföljningsprocessen och innehåll av analyser och rapporter har reviderats. Den förändrade processen har lett till positiva resultat och en god dialog mellan ledning och verksamhet. Framgent kommer Folk tandvården att fokusera på översyn av innehållet i den ekonomiska uppföljningen med hjälp av den nya divermiljön för tandvård. Vissa nya rapporter har tagits fram och uppföljningar anpassas till verksamhetens behov löpande. Fokus framgent ligger på att diskutera och ta fram ett standard-rapportpaket i form av en dashboard för allmän- och specialisttandvård. |
| Översyn fördelning av specialistram | Ett arbete har påbörjats för att titta på möjliga fördelningsprinciper av specialisttandvårdens budgetram samt budgetram avseende forskning och utbildning. Just nu pågår en inventering av möjliga fördelningsprinciper. En viktig parameter som har identifierats är statistik över debiterade åtgärder per klinik och patientkategori. Statistiken bygger på referenspriser från Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) och anger en bedömd |

| Aktiviteter | Analys |
|---|--|
| | <p>självkostnad för respektive behandling. Med denna statistik som underlag borde en del av ramen kunna fördelas. Utmaningen kvarstår dock i att inte samtliga kliniker inte använder sig av debiteringskoder i linje med TLV:s föreskrifter, vilket innebär att ett större arbete behöver genomföras för att kunna utgå från statistiken. Samtidigt pågår också en inventering av fördelningsprinciper i andra regioner.</p> |
| <p>Översyn och fördelning av budgetram avseende forskning och utveckling (övrig hälso- och sjukvård).</p> | <p>Ett arbete har påbörjats för att titta på möjliga fördelningsprinciper av budgetramen avseende forskning och utbildning. Just nu pågår en inventering av möjliga fördelningsprinciper. Hittills har bland annat antalet pågående doktorandutbildningar samt även antalet publicerade vetenskapliga artiklar identifierats som möjliga underlag för fördelning. Ett fortsatt arbete pågår med att genomföra en omvärldsspaning bland övriga folktandvårdsorganisationer i Sverige.</p> <p>Den förväntade effekten av genomförandet av denna aktivitet är att ett mer målinriktat och produktivt forsknings- och utvecklingsarbete bedrivs inom Folktandvården.</p> |

Verksamhetsberättelse 2023

Kirurgisk vård

Dnr RJL 2023/27
Martin Takac, Sjukvårdsdirektör
Kirurgisk vård
Region Jönköpings län, Box 1024, 551 11 Jönköping
© Region Jönköpings län, www.rjl.se

Innehållsförteckning

| | |
|--|-----------|
| Inledning | 4 |
| Medborgare och kund | 6 |
| Strategiska mål: Bästa plats att växa upp, leva, verka och åldras på..... | 6 |
| Process och produktion | 11 |
| Strategiska mål: Enklare vardag för invånare och medarbetare..... | 11 |
| Strategiska mål: Bästa möjliga kvalitet | 14 |
| Lärande och förnyelse | 23 |
| Strategiska mål: Bäst på att förbättra och förnya..... | 23 |
| Medarbetare | 25 |
| Strategiska mål: Sveriges bästa offentliga arbetsgivare med Sveriges bästa arbetsplatser | 25 |
| Ekonomi | 30 |
| Strategiska mål: God och hållbar hushållning | 30 |

Bilagor

Bilaga 1: E2308 investeringsredovisning verksamhetsberättelse 2023 RO 31

Inledning

Kirurgisk vårds verksamhetsidé - god vård i ständig förbättring.

Kirurgisk vård består av 17 kliniker inom specialiteterna kirurgi, kvinnohälsa och kvinnosjukvård, onkologi, operations- och intensivvård, ortopedi, smärtbehandling, urologi, ögonsjukvård samt öron-, näs- och halssjukvård. Verksamhet bedrivs på sjukhusen i Eksjö, Jönköping och Värnamo samt på länets familjecentraler och ungdomsmottagningar.

Kirurgisk vård har en budget på 3 118 miljoner kronor och cirka 2 500 medarbetare.

Vården utvecklas utifrån Region Jönköpings läns målsättningar i strategin Tillsammans möter vi framtidens behov av hälso- och sjukvård. Samarbeten inom och mellan specialiteterna syftar till att åstadkomma bästa möjliga hälsa hos hela befolkningen och en bättre och jämlik vård. Parallellt med primärvårdens arbete för invånarnas hälsosamma levnadsvanor arbetas uppströms med screeningprogram för tidig upptäckt av allvarlig sjukdom. Arbete uppströms sker också i akutvårdkedjan i samarbete med primärvård och kommuner. Klinikerna prioriterar konsultstöd till primärvård för sömlösa vårdövergångar, sammanhållen vård och kortare ledtider.

För att möta behovet av vård arbetas med kapacitets- och produktionsstyrning, KPS. Några kliniker har inlett satsning på kloka kliniska val, att avstå vård med liten nytta så att resurser används mer värdeskapande.

Framsteg görs i medicinska programgrupper, MPG, via benchmark och konstruktiv samverkan för att nå bästa möjliga resultat.

Väntande till operation i utgången av 2023 var 4 097 personer vilket är 155 färre än 2022. 902 fler operationer har genomförts jämfört med 2022, en ökning med 5 procent.

Region Jönköpings län har en tillgänglighet bland de bästa i landet och har under året också opererat patienter från Sydöstra sjukvårdsregionen. Det rör patienter inom kvinnosjukvård, kirurgi och ögonsjukvård.

Totalt har 600 patienter fått vård genom extra insatser genomförda på kvällar och helger.

På totalen nås inklusionsmålet för standardiserade vårdförlopp, SVF. Resultatet för andel patienter som startar behandling inom angiven tid är fortsatt lågt. Uppdrag är format för att respektive SVF under kommande år ska halvera gapet för att nå ledtidsmålet. 22 processledare är tillsatta för 30 cancerprocesser.

En åttonde vårdplats har etablerats på intensivvårdsavdelningen i Jönköping, enligt beslut av nämnden för folkhälsa och sjukvård. Beslutet inkluderar utökning av personal på intensivvårdsavdelningarna i Eksjö och Värnamo.

Ett arbete för att möta framtidens kompetensutmaning är konceptet BasOrtO inom MPG ortopedi. Syftet är att personalen ska få en bred kunskapsbas om ”det vanliga och det farliga” för att skapa en god vård med hjälp av kunniga och trygga medarbetare parallellt med arbete med dokumentation för att frigöra tid för patientarbete. En tredje del är att se över rondarbetet.

Medicinska resultat följs kontinuerligt upp av verksamheterna och lyfts i verksamhetsdialoger. Under året presenterades en studie av arbetssättet inom urologi, där patienter utreds för prostatacancer. Studien publicerades i den allmänmedicinska tidskriften JAMA Network Open och har därefter rönt intresse från flera internationella aktörer, både fackpress och olika sociala medier.

Pilottest av organiserad prostatacancer-testning, OPT, digitalt koncept, är utvärderat. Av de som fick erbjudandet tackade hälften ja till att testa sig. Det beslutades av regionsjukvårdsledningen, SÖSR, och samverkansnämnden att en kanslifunktion, för digital OPT-process i hela sydöstra sjukvårdsregionen, ska etableras i Jönköping.

Screeningverksamhet stödjer utveckling mot nära vård. Provtagning för tidig upptäckt av tjock- och ändtarmscancer har utökats med ytterligare fyra årskullar.

Parallellt med screening för livmoderhalscancer pågår vaccination för HPV, ett nationellt utrotningsprojekt av livmoderhalscancer. Täckningsgraden för deltagande i screening för livmoderhalscancer var 89 procent vilket är toppnotering för Region Jönköpings län.

Inom kunskapsstyrning har Kirurgisk vård startat fyra av de läns gemensamma programgrupperna, LPO, som verksamhetsområdet har värdskap för; Rörelseorganens sjukdomar, Ögonsjukdomar, Kirurgi och plastkirurgi samt Öron-, näs- och halssjukdomar. LPO Cancersjukdomar är startat sedan 2022.

Arbetet med klinikernas verksamhetsutvecklare, eller motsvarande, har formerats i ett nätverk. Planen är att även omfatta verksamhetsutvecklare från Medicinsk vård och Psykiatri, rehabilitering och diagnostik.

Fokus inom HR-området har lagts på schemaförändringar kopplade till de skärpta direktiven kring dygnsvila (AB § 13) samt Vårdförbundets och SKR:s överenskommelse om att inte ha längre arbetspass än tio timmar (HÖK 22).

Sommaren fungerade väl med tillräckligt antal vårdplatser, låg sjukfrånvaro, bra samarbete med kommunerna och med stöd av hyrbemanning för att möjliggöra semester och återhämtning för medarbetare.

Dialoger kring den framtida kompetensutmaningen har påbörjats i verksamheterna.

En medarbetare på kirurgkliniken har doktorerat. Två medarbetare, en på onkologkliniken och en på ortopedkliniken i Jönköping, har utnämnts till docenter. En medarbetare på urologkliniken har anställts som biträdande professor vid Linköpings universitet.

Kirurgisk vård arbetar strategiskt med införande och utveckling av digitala stöd och tjänster genom att följa riktlinje för förvaltning av system och program. Med ordnat införande som strategi och genom hantering på IT-styrgrupp säkerställs att digitala stöd och tjänster implementeras och utvecklas utifrån verksamheternas behov samt utifrån kostnad och effekthemtagning.

Kirurgisk vård har ett budgetunderskott på 79 miljoner kronor, 2,5 procent av budget. Av åtgärder har arbetet att sänka kostnader för bemanningsföretag fått störst genomslag. Arbetet för ekonomi i balans fortsätter och intensifieras 2024.

Kirurgisk vård har via sjukvårdsdirektören ett stort engagemang i sjukvårdsregionala och nationella forum. Inom cancervård som ordförande i styrgrupp Regionalt cancercentrum Sydöst och som ledamot i Regionala cancercentrum i samverkan. Kirurgisk vårds sjukvårdsdirektör representerar, tillsammans med hälso- och sjukvårdsdirektören och representanter från Regionledningskontoret, Region Jönköpings län i regionsjukvårdsledningen sydöstra sjukvårdsregionen.

Måluppfyllelse ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet

| | 2023-12-31 | Andel | 2022-12-31 | Andel |
|---------------------------------------|-------------------|--------------|-------------------|--------------|
| Antal mätetal som är uppfyllda | 8 | 31 % | 3 | 14 % |
| Antal mätetal som är delvis uppfyllda | 8 | 31 % | 5 | 23 % |
| Antal mätetal som inte är uppfyllda | 10 | 38 % | 14 | 64 % |
| Antal mätetal som mäts | 26 | 100 % | 22 | 100 % |



För 62 procent av mätetalen uppnås måluppfyllelse helt eller delvis.

Mätetal där mål inte uppnås finns inom ekonomi och bemanning, sjukfrånvaro, utlokaliserade, SVF ledtider, matsvinn och tillgänglighet för återbesök och tid på akutmottagning.


Medborgare och kund

Strategiska mål: Bästa plats att växa upp, leva, verka och åldras på

Framgångsfaktorer: Nöjda kunder och intressenter

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|--|----------|---|---|
|  Patienttillfredsställelse - andel nöjda patienter | 80 % | 87  | <p>Det sammanslagna medelresultatet av sju dimensioner av slutenvård i Nationella patientenkäten 2023 gällande Kirurgisk vård är 87 %, vilket är något högre än det regionövergripande resultatet, och ligger över målvärdet. Den enskilda dimensionen med bäst resultat är dimensionen helhetsintryck med resultatet 91,5 %.</p> <p>De tre dimensionerna med lägst resultat inom Kirurgisk vård är Delaktighet och involvering, Kontinuitet och koordinering samt Information och kunskap. Även inom dessa dimensioner nås målvärdet. Det pågår flera olika aktiviteter inom verksamhetsområdet, och tillsammans med andra intressenter, för att förbättra patienttillfredsställelsen inom dessa dimensioner.</p> <p>Med en svarsfrekvens på 57,5 % gällande slutenvård och 54,5 % gällande öppenvård är det av vikt att enskilda verksamheter kompletterar med andra arbetssätt och mätningar för att fånga patienttillfredsställelse, vilket några av verksamheterna inom Kirurgisk vård beskriver, och flera arbetar med.</p> |

Uppdrag: Fortsätta implementeringen av Patientkontraktet som innebär en gemensam överenskommelse mellan patient och vårdgivare.








| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|--|----------|---|---|
| VO Antal upprättade överenskommelser - uppföljning | | 15 781 st.  | Arbetsättet med att göra överenskommelser går framåt på klinikerna, en uppåtgående trend i antalet överenskommelser har observerats under hösten 2023. Problemet med att överenskommelser i min vårdplan för cancerpatienter och i obstetrix gällande gravida/födande kvinnor inte fångas i mätetalet kvarstår. Arbetet med patientkontrakt och överenskommelser kommer ånyo att lyftas på ledningsgrupp under våren 2024, med fokus på värdeskapande aktiviteter i personcentrerad vård där överenskommelser utgör en del. |

| Aktiviteter | Analys |
|--|---|
| Fortsätta införandet av patientkontrakt och fast vårdkontakt | <p>På verksamhetsdialoger, patientsäkerhetsronder och MPG-forum förs dialog. Goda exempel på användande av patientkontrakt lyfts i dessa sammanhang. Arbetsätt med tydliga överenskommelser mellan patient och vårdgivare är en etablerad del av vården inom cancersjukvården (Min vårdplan) och inom mödrahälsovården/obstetrikerna med överenskommelser i obstetrix/1177 vid vårdens övergångar.</p> <p>Plan framåt:</p> <ul style="list-style-type: none"> Fortsätta följa antalet patientkontrakt som sökord |

| Aktiviteter | Analys |
|-------------|---|
| | <p>”överenskommelse” i cosmic.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sannolikt utveckla andra mätetal med avsikt att få en bild av kvaliteten i överenskommelser • Fortsätta att verka för att andra typer av etablerade överenskommelser än ovan nämnda kan mätas och följas (min vårdplan och överenskommelser i obstetrix). • Fortsätta dialoger med verksamhetsföreträdare, till exempel via verksamhetsutvecklarnätverket. • Som del i akutprocessarbetet verka för ännu tydligare överenskommelser mellan patienter och vårdgivare vid utskrivning/vårdövergångar för att i möjligaste mån förebygga besök på akutmottagning. <p>Fast vårdkontakt Inom cancersjukvården är kontaktsjuksköterskor ett etablerat arbetssätt. Inom mödrahälsovården erbjuds gravida kvinnor fast barmorskekontakt.</p> |

Framgångsfaktorer: God tillgänglighet


Uppdrag: Förbättra tillgängligheten till vården utifrån systemmätetal och mål för verksamheterna.

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|---|----------|---|--|
| Nämnd Fått hjälp och lämnat akutmottagningen inom 4 timmar | 90 % | 75 %  | På totalen i princip oförändrat sedan 2021. Arbetet med akutprocessen i hela regionen pågår.. |
|  Faktisk väntetid till första besök inom 60 dagar i specialiserad vård nationell rapportering. | 80 % | 68 %  | Väntande till första besök har en positiv trend trots att operation har prioriterats under de senaste månaderna. Extrainsatser inom utmanande besökskategorier genomförs regelbundet. |
|  Genomförda återbesök inom medicinskt måldatum | 90 % | 71 %  | När inte målnivån. Stor spridning mellan klinikerna mellan 47 och 95 procent. Resultatet totalt för Kirurgisk vård har varit rätt stabilt på cirka 70 procent sedan 2021. |
|  Faktisk väntetid till operation/åtgärd inom 60 dagar, specialiserad vård | 80 % | 69 %  | Antalet knivtidstimmar har ökat jämfört med snittet 2018-2019 men antalet operationer har minskat. Detta beror på aktivt arbete med att flytta ut mindre ingrepp från operationsenheterna till mottagning. Alla verksamheter har handlingsplaner för att ytterligare öka tillgängligheten. |

| Aktiviteter | Analys |
|---|---|
| (KPS) Utveckling av Kapacitets- och produktionsstyrning | <p>I september 2023 börjande den nya tillgänglighetsansvarig. Under hösten har arbetet påbörjats med inventering av verksamheternas nuläge.</p> <p>Under hösten har tillgänglighetsrådet påbörjat sitt arbete. Dialog med dem tre operationsråden har påbörjats för att</p> |

| Aktiviteter | Analys |
|-------------|---|
| | <p>kunna styra produktionen efter invånarnas behov.</p> <p>Ett omtag med KPS arbetet har initierats under kvartal 3 2023 med bland annat fokus på tidsåtgång snarare än som tidigare antal åtgärder. Arbetet kommer att intensifieras under våren 2024.</p> <p>Tillgänglighetsansvarig tillsammans med Qulturum kommer finnas som stöd i fortsatt arbete med planeringsverktyget Astrada.</p> |

Uppdrag: Arbeta aktivt med att ta hand om den uppskjutna vården och säkra tillgängligheten till operation genom att förstärka de egna resurserna.

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|-----------------------------------|----------|---|--|
| VO Starttid operation (mål 08:30) | 80 % | 16,2 %  | Oförändrade resultat gällande andel startade operationer innan 08:30. Det behövs mer arbete och fortsatt fokus på detta arbete på alla tre orter för att förbättra resultatet och nå måloppfyllelse. |

| Aktiviteter | Analys |
|--|---|
| Extra insatser | <p>Flera av verksamheterna inom kirurgisk vård har under våren och höst regelbundet gjort extrainsatser för kökortning. Primärt handlar det om extramottagning för nybesök och mindre mottagningsoperationer på helger. 600 patienter har fått vård genom extra insatser 2023 som genomförts på kvällar och helger.</p> <p>Planeringen av extra insatser startar med frågan till medarbetarna om vilka som kan tänka sig att arbeta extra vissa helger eller kvällar. När tillräckligt många frivilliga anmält sig görs schemat och patienterna kallas via brev eller rings upp för att alla tider ska bli bokade och programmet klart.</p> <p>Under våren 2024 fortsätter arbetet med extrainsatser.</p> |
| Brygga gapet mellan behov och vad som utförs | <p>Kirurgisk vård har ett gap mellan vad behovet av vård och behandling och vad vi idag utför. Hela arbetet med kapacitet- och produktionsstyrning (KPS) och produktionssystem syftar till att minska detta gap. Alla kliniker är nu inne i KPS arbetet dock på olika nivåer. Ny tillgänglighetsansvarig fokuserar inledningsvis på att på operativ nivå stödja verksamheterna i detta arbete.</p> <p>Produktionsplanen i Astrada ska vara till hjälp för verksamheterna att styra kapaciteten efter invånarnas behov. Tillgänglighetsråd har till ansvar att utifrån produktionsplanerna fördela operationsutrymme i regionen.</p> |

Uppdrag: Samverka kring den uppskjutna vården inom sydöstra sjukvårdsregionen i syfte att förbättra tillgängligheten till behandlingar och operationer

| Aktiviteter | Analys |
|---|---|
| Delta i arbetet kring förbättrad tillgänglighet inom Sydöstra sjukvårdsregionen | Under hösten har arbete skett i en grupp med representanter från Östergötland och Kalmar för att varje månad ta fram ett underlag för väntande till operationer, som ett stöd för direktörerna att arbeta med jämlik vård och hjälpa varandra |

| Aktiviteter | Analys |
|-------------|--|
| | <p>med kapacitet. Antalet operationer som flyttats från en region till en annan är i dagsläget begränsat men görs efter bedömning av medicinsk prioritet. Det finns skillnader på kapacitet, där Jönköping har klart bäst tillgänglighet. Fortsatta insatser krävs och även tydliga beslut för att öka antal operationer som flyttas och därigenom säkra tillgången till högspecialiserade operationer, då Östergötland har kapacitetsbrist på flera områden. Det krävs även ytterligare arbete för att etablera samma indikationer i de tre regionerna för när man ska opereras. Det skiljer sig åt inom flera områden.</p> |

Uppdrag: Under mandatperioden ska Region Jönköpings län säkra akutvårdkedjan för att patienter ska få ett snabbare och säkrare omhändertagande i hela länet.

| Aktiviteter | Analys |
|---|---|
| Delta i förbättringsarbete inom akutprocessen | <p>Kirurgisk vård, tillsammans med övriga verksamhetsområden, deltar i genomlysning och förbättring av akutprocessens olika delar. Fysiska vandringar i akutprocessen har genomförts för att skapa djupare förståelse och samsyn för aktörer i hela processen. Promenaderna ska sedan leda till gemensamt förbättringsarbete.</p> |

Uppdrag: (KPS) Uppföljning av klinikens produktion

| Aktiviteter | Analys |
|--|---|
| Alla kliniker har en stående punkt gällande produktion och tillgänglighet på agenda till ledningsmöte. | <p>Alla kliniker har ett pågående arbete kring tillgänglighet och de flesta har en punkt med tillgänglighet på klinikledningens agenda. Fortsatt arbete med att tydliggöra vikten av att göra tillgänglighet till en levande del av verksamheternas ledningsgruppsarbete kommer ske. Planen är att också följa upp produktion och tillgänglighet på strategisk nivå på ledningsgruppsmöte för Kirurgisk vård.</p> |

Uppdrag: (KPS) Alla kliniker arbetar aktivt med styrning av resurser

| Aktiviteter | Analys |
|---|--|
| Resultat av styrning följs löpande i mätetal för tillgänglighet | <p>I samband med att ny tillgänglighetsansvarig tillträtt har uppföljning av verksamheternas tillgänglighet återupptagits. Tillgänglighet är att en stående punkt på ledningsgrupp. Både den övergripande tillgängligheten för verksamhetsområdet men också exempel från enskilda verksamheter ska åskådliggöras. Arbete med att förankra och skapa kunskap om hur systemstödet i Astrada kan användas för ledning och styrning är också planerat.</p> |

Framgångsfaktorer: God och jämlik hälsa

Uppdrag: Säkerställa att verksamheter som är centraliserad inom regionen, når länets invånare jämlikt.

| Aktiviteter | Analys |
|-------------|--------|
|-------------|--------|

| Aktiviteter | Analys |
|--|----------------------------------|
| Kartlägga centraliserade länsprocesser inom verksamhetsområdet | Kartläggningen är inte påbörjad. |

Uppdrag: Ungdomsmottagningen ska arbeta tillsammans med elevhälsan och elevhälsocentraler för att arbeta mer förebyggande.

| Aktiviteter | Analys |
|-----------------------|---|
| Utåtriktad verksamhet | <p>Under 2023 har ungdomsmottagningarna träffat elever i årskurs 8, inklusive den anpassade grundskolan. I de flesta fall har eleverna varit på ett fysiskt besök på mottagningen. Eleverna träffar både medicinsk och psykosocial personal. Några skolor har inte haft möjlighet att komma och de har då fått digitala klassbesök.</p> <p>Ungdomsmottagningarna har även medverkat i "Kärleken är fri" på Per Brahe gymnasiet tillsammans med personal från Rädda Barnen, elevhälsan och annan kommunal verksamhet.</p> <p>Flera skolor har träffat personal från mottagningen för information inför klassbesöken.</p> <p>På höglandet har under hösten en länsdelsmottagning öppnats upp som stöttar upp med det utåtriktade arbetet mot gymnasieskolor, dreamhack och andra grupper.</p> |

Process och produktion

Under 2023 har andelen väntande till första besök legat på en relativt konstant nivå, dock med en liten minskning jämfört med 2022.

Andelen väntande till operation/åtgärd har också legat på en relativt konstant nivå. Dock har det 2023 genomförts fler operationer både inom öppen och slutenvård. Operationer har prioriterats under året vilket kan ha påverkat antal utförda ny- och återbesök.

Under året har operationer på mottagning utökats och det finns en ständig rörelse för att möta ett ökande behov av dagkirurgi. Detta är en positiv utveckling då dagkirurgi främst underlättar för patient men också är mer kostnadseffektiv.

Extra insatser har gjorts både gällande operation/åtgärd, första besök och återbesök. Detta har genererat en volym av drygt 600 patienter som fått hjälp under kvällar eller helger.

Under året har även samarbetet med Sydöstra sjukvårdsregionen stärkts. Kirurgisk vård har i sammanhanget en god tillgänglighet.

Verksamhetsmått

| | Utfall 2019 | Utfall 2022 | Utfall 2023 | Förändring % 2023-2019 | Förändring % 2023-2022 |
|---|-------------|-------------|-------------|------------------------|------------------------|
| Vårdtid dagar | 68 829 | 70 412 | 68 748 | -0,01% | -2,4% |
| Vårdtillfällen | 21 688 | 20 345 | 20 487 | -5,5% | 0,7% |
| Disponibla vårdplatser | 89 406 | 83 974 | 86 973 | -2,7% | 3,5% |
| Antal läkarbesök | 214 377 | 207 661 | 207 508 | -3,2% | 0,007% |
| Antal besök annan personalkategori | 243 129 | 224 799 | 228 663 | -5,9% | 1,7% |
| Andel digitala besök läkare och annan personal kategori | 0,10 | 0,02 | 0,02 | - | - |
| Antal operationer öppenvård | 10 899 | 10 892 | 11 597 | 6% | 6% |
| Antal operationer slutenvård | 9 467 | 9 292 | 9 655 | 2% | 3,8% |


Strategiska mål: Enklare vardag för invånare och medarbetare

Framgångsfaktorer: Utveckling av arbetssätt och digitala tjänster

Uppdrag: Bäst i Sverige på digitala vårdtjänster och stödsystem.

| Aktiviteter | Analys |
|--|---|
| Stödja enheter och kollegor i arbetet med digitalisering | Dialog mellan sektionen för e-hälsa, program för en enklare vardag och verksamheterna pågår i olika utsträckning. En person är utsedd för att ur ett regionalt perspektiv stödja verksamheten i nyttjandet och implementering av digitala tjänster. |

Uppdrag: Fortsätta utökningen och användningen av digitala tjänster för vård, hälsa och prevention inklusive digitala besök



| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|--|----------|--|--|
| VO Andel genomförda digitala vårdmöten | 3 % | 0 %  | Fortfarande är andelen så låg att den syns i promille och inte i procent. Planering pågår på några kliniker för att kunna öka antalet digitala besök. Flera verksamheter har svårt att se värdet av digitala vårdmöten då klinisk bedömning krävs och i annat fall är telefonkontakt etablerat. Annan typ av digitalisering är på gång, så som digital hälsodeklaration inför operation, omvänd kallelse och införande av webbtidbok. |




| Aktiviteter | Analys |
|---|---|
| Säkerställa ordnat införande av IT-system inom Kirurgisk vård | Hanteras inom ramen för förvaltningsprocessen genom ordnat införande i form av beredningsunderlag till IT-styrgrupp. Information och förtydligande av rutinen har spridits via Kirurgisk vårds ledningsgrupp. |
| Säkerställa att de system som Kirurgisk vård är systemägare för har aktuella systemförvaltningsplaner | Fortsatt löpande arbete med systemförvaltare som ansvarar i verksamheterna med de största användargrupperna. |
| Implementera Region Jönköpings läns utbud av e-tjänster utifrån verksamhetens behov | E-hälsodialoger har genomförts i ett antal verksamheter och medicinska programgrupper. Stöd från Program för enklare vardag sker löpande utifrån uppkomna behov. |

Uppdrag: Förbättra konsultstödet från sjukhusens specialistvård till primärvården genom sömlösa övergångar

| Aktiviteter | Analys |
|--|---|
| Förbättra konsultstöd från specialistvården till primärvården. | Projekt drivs centralt i regionen med utsedd projektledare. Kirurgisk vård är en del av detta projekt. Inom Kirurgisk vård fanns sedan tidigare flera utbyggda konsultstöd. Den övergripande regionala förändringen för att förbättra konsultstöd från specialistvården till primärvården innebar ingen större förändring för flera kliniker, då detta redan finns på plats. Samarbetet har utvecklats gällande till exempel smärtpatienter. Smärtkliniken har som målsättning att genom föreläsningar/utbildning bidra till ökad kunskap inom primärvården. |

Uppdrag: Tillsä att det finns vårdplatser efter behov på de tre akutsjukhusen.

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|------------------------------|----------|---|---|
| Nämnd Disponibla vårdplatser | 250 | 239  | Antal disponibla platser för 2023 är för januari till och med maj och september till och med december, det vill säga exklusive sommarmånaderna, i genomsnitt 248 platser. För juni till och med augusti är genomsnittet 211 platser. Disponibla vårdplatser 2023 är 8 fler än 2022. |
| Nämnd Beläggning | <85 % | 80 %  | Den genomsnittliga beläggningen är på en god nivå för verksamhetsområdet. Dock är det en stor skillnad mellan klinikerna. Kvinnokliniken i Värnamo har den lägsta beläggningen men arbetar där med poängmodellen och kan |

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----------|---|---|--------|--------|--------|------|------|------|------------------|----------------|-------|-------|-------|-------|-----------|--------|------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|------------------------|-------|-------|------|------|------|------|
| | | | enkelt styra bemanning efter behov. Kirurgkliniken har den högsta beläggningen på 92 procent. Arbete med att utreda vårdplatsbehovet är aktuellt. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nämnd Utlokaliserade | 0% | 1,8%  | Andelen utlokaliserade är på en låg nivå även om målvärdet inte uppnås. 2023 har 1 542 vårddyggn (1,8 procent) utlokaliserats jämfört med 2 190 (2,6 procent) 2022. Arbete med att minimera utlokaliseringar pågår ständigt. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | <table border="1"> <thead> <tr> <th>År</th> <th>2018</th> <th>2019</th> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Utlokaliserade</td> <td>681</td> <td>1 089</td> <td>2 471</td> <td>1 790</td> <td>2 190</td> <td>1 542</td> </tr> <tr> <td>Disponibla vårdplatser</td> <td>96 081</td> <td>89 409</td> <td>83 516</td> <td>83 776</td> <td>84 163</td> <td>87 051</td> </tr> <tr> <td>Andelen utlokaliserade</td> <td>0,7%</td> <td>1,2%</td> <td>3,0%</td> <td>2,1%</td> <td>2,6%</td> <td>1,8%</td> </tr> </tbody> </table> | År | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | Utlokaliserade | 681 | 1 089 | 2 471 | 1 790 | 2 190 | 1 542 | Disponibla vårdplatser | 96 081 | 89 409 | 83 516 | 83 776 | 84 163 | 87 051 | Andelen utlokaliserade | 0,7% | 1,2% | 3,0% | 2,1% | 2,6% | 1,8% |
| År | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Utlokaliserade | 681 | 1 089 | 2 471 | 1 790 | 2 190 | 1 542 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Disponibla vårdplatser | 96 081 | 89 409 | 83 516 | 83 776 | 84 163 | 87 051 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Andelen utlokaliserade | 0,7% | 1,2% | 3,0% | 2,1% | 2,6% | 1,8% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nämnd Överbeläggningar | 0% | 1,4%  | 2023 har Kirurgisk vård haft 1 121 överbeläggningar jämfört med 2 068 överbeläggningar 2022. Andelen överbeläggningar av disponibla vårdplatser är 1,35 procent vilket är den lägsta andelen sedan 2018. 2022 var andelen 2,58 procent. Arbete med att minimera överbeläggningar pågår ständigt. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nämnd Återinläggningar inom 30 dagar vårddyggn | 15 % | 13 %  | Målet uppnås för 2023. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | <table border="1"> <thead> <tr> <th>År</th> <th>2019</th> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Återinläggningar</td> <td>3 377</td> <td>3 143</td> <td>3 420</td> <td>3 224</td> <td>3 175</td> </tr> <tr> <td>Utskrivna</td> <td>26 945</td> <td>24 342</td> <td>25 462</td> <td>25 036</td> <td>24 979</td> </tr> <tr> <td>Andel</td> <td>12,5%</td> <td>12,9%</td> <td>13,4%</td> <td>12,9%</td> <td>12,7%</td> </tr> </tbody> </table> <p>Som tabellen visar är resultatet stabilt något bättre än målvärdet.</p> | År | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | Återinläggningar | 3 377 | 3 143 | 3 420 | 3 224 | 3 175 | Utskrivna | 26 945 | 24 342 | 25 462 | 25 036 | 24 979 | Andel | 12,5% | 12,9% | 13,4% | 12,9% | 12,7% | | | | |
| År | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Återinläggningar | 3 377 | 3 143 | 3 420 | 3 224 | 3 175 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Utskrivna | 26 945 | 24 342 | 25 462 | 25 036 | 24 979 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Andel | 12,5% | 12,9% | 13,4% | 12,9% | 12,7% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Aktiviteter | Analys |
|---|--|
| (KPS) Utveckla planeringsverktyget Astrada för slutenvård | Ständigt pågående arbete i denna fråga. Styrgrupp och förvaltningsgrupp för Astrada arbetar jämsides med strategigrupp för KPS arbetet. Återkoppling från ansvariga i verksamheterna hanteras i förvaltning och ger input till |

| Aktiviteter | Analys |
|-------------|-----------------------------|
| | utveckling av systemstödet. |

Strategiska mål: Bästa möjliga kvalitet

Framgångsfaktorer: Hälsöfrämjande och sjukdomsförebyggande



Uppdrag: Identifiera, sprida och följa upp förebyggande och hälsofrämjande arbete

Införa arbetssätt för att i varje patientmöte beakta förebyggande och hälsofrämjande arbete

| Aktiviteter | Analys |
|---|--|
| Införa arbetssätt för att i varje patientmöte beakta förebyggande och hälsofrämjande arbete | Arbete har genomförts för att identifiera hur kliniker inom Kirurgisk vård arbetar med patientkontrakt och vilka förbättringar som kan genomföras. Antirök, antisnus, FAR och alkohol ska uppmärksammas inför varje operation. Aktiviteten har omformulerats inför 2024, och i samband med detta planeras för mer verksamhetsnära beskrivning och uppföljning. |
| Preventivt arbete inför bland annat operation | Se annan aktivitet kring hälsofrämjande arbete. |

Framgångsfaktorer: Säker verksamhet

Uppdrag: Under planperioden anpassas Region Jönköpings läns patientsäkerhetsarbete till Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet, Agera för säker vård.



| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|--|----------|---|---|
|  Vårdprevention | 90 % | — | Enhetlig metod för datainsamling saknas, därför redovisas inget resultat. Alternativa sätt att ta fram data via Cosmic och Diver finns som delar av verksamheterna använder sig av. Målet är att kunna föra över data med automatik till Senior alert under 2024. Arbete med vårdprevention och att patienter ska få åtgärder insatta pågår under tiden och analys av resultat görs på enhetsnivå. Det vårdpreventiva arbetet fortgår, omvårdnadsdialog ska genomföras under hösten på några kliniker med fokus trycksår. |
| VO Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHK) | 100 % | 83 %  | Det ackumulerade antalet mätningar har minskat från 3810 till 3660 inom verksamhetsområdet. Andel uppfyllda BHK ligger stabilt, där målvärdet 100 % ej uppnås. Flera kliniker har genomfört, eller kommer att genomföra, olika "omstartsaktiviteter" för att levandegöra frågorna, bland annat inom ramen för arbetet med "antibiotikasmart klinik" |

| Aktiviteter | Analys |
|--|---|
| Övervaka följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler | Hygienmätningar genomförs regelbundet sedan lång tid. På flera kliniker har hygienarbetet fått en extra skjuts under 2023 genom koppling till arbete med "antibiotika smarta kliniker". |
| Särskilt följa förbättringsförslag om | Under 2023 har patientsäkerhetsarbetet prioriterats på |

| Aktiviteter | Analys |
|-----------------|---|
| patientsäkerhet | ledningsgrupp inom Kirurgisk vård. Arbeta pågår med att vitalisera arbetet med patientsäkerhetsberättelse och övrigt patientsäkerhetsarbete. Flera kliniker har tagit steg framåt i patientsäkerhetsarbetet under året. |





Framgångsfaktorer: Ändamålsenliga, resurseffektiva och hållbara processer

Uppdrag: Utveckla cirkulära materialflöden och minska mängden avfall.

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|---|----------|---|---|
|  Matsvinn per patientportion | -20 % | -6 %  | Matsvinnet per portion har minskat från 155 till 144 gram sedan 2020 vilket motsvarar en minskning med 6 procent. Målet om en minskning sen 2020 med 20 procent uppnås inte. Flera kliniker arbetar med att minska matsvinnet genom att tillsammans med vårdnära service beställa rätt antal portioner och rätt mat anpassat till de patienter de har. |

| Aktiviteter | Analys |
|--|---|
| Kartlägga användning av engångsprodukter | Vid enheternas miljöronder aktualiseras frågan kring arbetet med klokare materialval. Dialoger och lärande pågår på flera kliniker kring förrådsvaror och val av flergångs- eller engångsartiklar. En workshop genomförs på våren 2024 för att öka medvetenheten, skapa dialog och utforska konkreta åtgärder för hållbara materialval. |

Uppdrag: Minska klimatpåverkan från våra tjänsteresor

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|---|---------------------------------|--|--|
|  Koldioxidutsläpp från tjänsteresor, inklusive egna godstransporter per årsarbetare | 0,063 ton koldioxid/årsarbetare | 0,072 ton koldioxid/årsarbetare  | Totala utsläppen från flyg har ökat med 327 % jämfört med 2022 och utsläppen från privat bil i tjänsten har minskat med 13 %. Utsläppen från egna fordon har minskat med 18 % och från externa hyrbilar är ökningen 858 %. |
|  Andel förnybar energi i Region Jönköpings läns pool-, verksamhets- och transportbilar | 50 % | 55 %  | Andelen förnybar energi har ökat med 11 procentenheter under 2023. Andelen har ökat från 22 procent 2019 till 55 procent 2023. Ökningen beror fortsatt på rätt drivmedel i tanken samt att antal fordon ökat där förnybar energi är möjlig. |

| Aktiviteter | Analys |
|---|---|
| Klimatpåverkan av tjänsteresor minskas genom att stimulera resfria möten, högre frekvens av samåkning och genom att ha rätt bränsle i fordonet. | Arbete pågår enligt plan på flera nivåer inom verksamhetsområdet med att minska klimatpåverkan av tjänsteresor. |

Uppdrag: Fortsätta det påbörjade arbetet inom kunskapsstyrningen nationellt, regionalt och lokalt med ambitionen att vara ledande i implementeringen, i syfte att erbjuda jämlik vård.

| Aktiviteter | Analys |
|---|--|
| Följa medicinska resultat samt föra en dialog med varje klinik kring dessa. Stötta klinikerna i arbetet med kunskapsstyrning. | <p>Medicinska resultat: Arbete pågår för att skapa struktur och plan för att följa medicinska resultat på verksamhets-/MPG-nivå i Stratsys.</p> <p>Kunskapsstyrningsarbetet: Flera läns-gemensamma programområden (LPO) där Kirurgisk vård innehar värds-kap har startats under 2023, och fler uppstar-ter planeras under 2024. i tätt samarbete med Folkhälsa och sjukvård.</p> |
| Implementering av riktlinjer för kunskapsstyrning | <p>Flera verksamhetsföreträdare från Kirurgisk vård representerar Region Jönköpings län i nationella och regionala programområden och arbetsgrupper, vilket innebär påverkans-möjlighet och informations-spridning.</p> <p>På verksamhetsområdesnivå har Cancerrådet omorganiserats till LPO Cancer med tydligare representation från bland annat rehabiliteringsverksamhet än vad som tidigare funnits i Cancerrådet.</p> <p>Det finns en plan för etablering av ytterligare LPO där Kirurgisk vård kommer inneha delat värds-kap.</p> <p>För några LPO där Kirurgisk vård kommer ha värds-kap saknas i nuläget nationella kunskapsstöd i form av vårdförlopp, vårdprogram och/eller vårdriktlinjer.</p> <p>Flera läns-gemensamma programområde där verksamhetsområde Kirurgisk vård har värds-kap har startats under 2023, och fler uppstar-ter planeras under 2024.</p> |

Uppdrag: Prioritera och utveckla omhändertagandet av patienter med kroniska sjukdomar

| Aktiviteter | Analys |
|--|--|
| Patienter med kronisk sjukdom. | En stor andel av patienterna inom Kirurgisk vård utgörs av individer med en eller flera kroniska sjukdomar. För dessa individer är det av största vikt att samarbete och vårdens övergångar mellan olika vårdgivare fungerar, och att de själva erbjuds att efter förmåga vara delaktiga i sin egen vård. Arbete för att underlätta för kroniskt sjuka pågår på många olika nivåer, till exempel genom delaktighet i FAKTA-grupper, läns-gemensamma programområden och arbetsgrupper, fokus på säker in- och utsättning av läkemedel i samband med operationer, fokus på vårdens övergångar och akutprocessen. |
| Identifiera vilka patientgrupper som är kroniker | Klinikerna har arbetat med frågan och flera har definierat de patienter som kan rymmas under begreppet kroniker. |

Uppdrag: En ökning sker med en intensivvårdsplats på Ryhov samt personalförstärkning på Högländssjukhuset och Värnamo sjukhus genomförs under en treårsperiod.




| Aktiviteter | Analys |
|-------------|--------|
|-------------|--------|


| Aktiviteter | Analys |
|--|---|
| Utöka med en intensivvårdsplats på Länssjukhus Ryhov samt genomföra personalförstärkning i intensivvården på Höglandssjukhuset och Värnamo sjukhus | Under hösten har antal intensivvården på Länssjukhuset Ryhov utökats till 8 platser. Förstärkning har även skett av bemanning av undersköterskor på intensivvården på Höglandssjukhuset och Värnamo sjukhus. Förstärkning av bemanning av sjuksköterskor kommer att ske under 2024 och 2025 primärt via utbildningsanställningar. |

Uppdrag: Behovet av intermediärvårdplatser utreds under 2023.

| Aktiviteter | Analys |
|--|---|
| Utreda behov av intermediärvårdplatser | Ett uppdrag är framtaget för att starta utredningen om behov av intermediärvårdplatser. |

Uppdrag: Cancervård - Arbeta aktivt med att nå målen för standardiserade vårdförlopp.

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|---|----------|---|---|
|  Standardiserade vårdförlopp - andel inom max ledtid | 80 % | 31 %  | <p>Resultatet för andel patienter som startar behandling inom angiven SVF-tid är fortsatt lågt (31%, mot målet 80 %).</p> <p>Aktiviteter på kort och lång sikt:</p> <p>Kort/lång: Inventering av lokala processledare för varje process pågår. Alla processer utom en har nu en namngiven processledare Ett förtydligande av processledarens uppdrag är under utarbetande och stäms av på facklig samverkan 16/1 2024.</p> <p>Lång: Via Cancerrådet/LPO Cancersjukdomar har lyfts behov av möjlighet till visualisering av processerna, för att stärka samsyn och mäta ledtider i hela patientens process. Verktuget 2c8 har undersökts. Besked om verktuget kan kopplas till andra system, vilket är en förutsättning för användbarheten, behövs men då tidsplan okänd arbetar vi därför vidare med att undersöka andra möjligheter. Vi önskar att Diver/Vårdförloppen kan undersökas som ett stöd för processerna i att arbeta med flaskhalsar.</p> <p>Lång: Regionala processledare arbetar med insatser dels riktade till specifika områden (användning av data, patologi, övergångar till andra regioner) och dels stöd till de lokala processledarna.</p> <p>Lång: Ett uppdrag till verksamhetschefer om att halvera gap i ledtidsmåttet för varje process under 2024 är utarbetat och avstämt. Uppdraget är förankrat i sjukvårdens ledningsgrupp och beräknas skickas ut formellt i mitten av januari. Arbetet pågår dock redan inom till exempel kirurgkliniken.</p> <p>I verksamheterna pågår olika arbeten för att utveckla processerna i syfte att nå uppsatta mål i ledtider. Ett uppstartat RAG gynekologi har påbörjat dialoger inom Sydöstra sjukvårdsregionen gällande väntetider till operation i Region Östergötland. Processerna inom kvinnoklinikerna är starkt beroende av att Östergötland och våra ledtider påverkas av deras utmaningar. Ledtider inom patologi lyfts också som en trång sektor av flera processer.</p> |
|  Standardiserade | 70 % | 94 % | På totalen når vi inklusionsmålet, mätt mot det antal som |

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|---|----------|---|---|
| vårdförlopp - andel utredda patienter i SVF | |  | förväntas enligt det nationella beräkningsunderlaget. |

| Aktiviteter | Analys |
|---|---|
| Fortsatt utveckling och kvalitetssäkring av följsamhet till standardiserade vårdförlopp | <p>Fortsatt arbete pågår med strategier på kort och lång sikt:</p> <p>Kort/Lång: Två regionala (länsövergripande) processledare arbetar för att stödja cancerprocesserna övergripande.</p> <p>Kort: En inventering av lokala processledare för cancerprocesserna har gjorts och nya har tillsatts där det saknas. I nuläget saknar endast en cancerprocess en namngiven processledare. Ett möte för processledare inom cancervård genomförs i januari med syftet är att påbörja nätverksbyggande och förstärkning av processledarrollen, vilken vi ser som en framgångsfaktor för det vidare arbetet inom cancerprocesserna.</p> <p>Lång: verksamheterna och processledare har ombetts identifiera behov av stöd. Kända utmaningar är svarstider patologi och molekylärpatologi, tillgång till operation och skopi, att registrera rätt samt övergångar till Region Östergötland. Regionala processledare har påbörjat specifika aktiviteter inom tre av dessa områden.</p> <p>Lång: Ett gemensamt sätt att visualisera och identifiera flaskhalsar i processen efterfrågas. Verktuget 2c8 har undersökts men det finns utmaningar i att få de kopplingar som behövs till andra system. Vidare arbete med att undersöka möjligheter i Diver/Vårdförloppet önskar vi är nästa steg.</p> <p>Lång: Regionens Cancerråd verkar som LPO Cancersjukdomar, och arbete pågår för att jacka in arbete i kunskapsstyrningens strukturer. Exakt hur detta påverkar arbetet med SVF återstår att se då cancerområdet länge arbetat nationellt via RCC, men att vara en del av kunskapsstyrningen kommer förhoppningsvis bidra till fortsatt utveckling även för cancerprocesserna.</p> <p>Lång: Region Östergötland arbetar med att bli ackrediterade för cancervård enligt OEI och Region Jönköpings län har en representant i styrgruppen för att kunna bära kunskap till och från detta forum. Arbete för att sätta strukturer för ett Linköping Cancer Center (LCC) pågår, och kan på sikt bidra till fortsatt utveckling som omfattar hela Sydöstra sjukvårdsregionen.</p> <p>Stort fokus just nu är på det fortsatta arbete lokalt i Region Jönköpings län. Det pågår lokala aktiviteter på både klinik- och processnivå kopplat till de standardiserade vårdförloppen tex inom öron- näs och halskliniken.</p> |

Uppdrag: Cancervård - Öka deltagandet i screeningprogram och genomföra riktade insatser.

| Aktiviteter | Analys |
|---|---|
| Kommunikationsinsatser för att öka deltagandet i screeningprogram | Efter införande av nytt kallelsesystem till screening för livmoderhalscancer och med kommunikationsinsatser på 1177.se och på väntrumsskärmar är täckningsgraden 89 procent, vilket är högre än tidigare 85 procent. De kvinnor |

| Aktiviteter | Analys |
|--|--|
| | <p>som uteblivit under lång tid får också ett särskilt brev som påminner om betydelsen av att upptäcka eventuell sjukdom tidigt. Parallellt med screening för livmoderhalscancer pågår vaccination för HPV, ett nationellt utrotningsprojekt av livmoderhalscancer, där kvinnohälsovården erbjuder kostnadsfri vaccination till kvinnor födda 1994 -1998.</p> <p>Efter de två år som screening för tjock- och ändtarmscancer erbjudits väljer 64 procent, av dem som får erbjudandet, att skicka in ett prov för att delta. Det är helt i nivå med sydöstra sjukvårdsregionen och två procentenheter lägre än riket. Erfarenheten är att ju längre screeningen pågått ju fler väljer att delta. Kommunikation utöver det riktade erbjudandet har gjorts via redaktionell rapportering om hur screeningen tas emot av invånarna samt via ett podavsnitt.</p> <p>Till screening av aorta väljer 90 procent av dem som får erbjudandet att delta. Utveckling pågår för att övergå till digital kallelse vilket förväntas öka deltagandet ytterligare.</p> |
| Arbete med att utrota livmoderhalscancer | Arbetet pågår enligt utsatt plan. |

Uppdrag: Cancervård - Fortsätta det påbörjade arbetet med screening för tjock- och ändtarmscancer.

| Aktiviteter | Analys |
|--|---------------------------------|
| Fortsatt utbyggnad av screening för tjock- och ändtarmscancer samt av kapaciteten för endoskopiverksamhet. | Arbetet fortsätter enligt plan. |

Uppdrag: Cancervård - Fortsätta införandet av organiserad prostatacancer testning.

| Aktiviteter | Analys |
|---|---|
| Aktivt delta i arbetet för införande av organiserad prostatacancer testning | <p>Region Jönköpings Län har åtagit sig att vara ett pilotprojekt i det nationella programmet för organiserad prostatacancer testning.</p> <p>Målet är att arbetssättet ska kunna tillämpas i hela sydöstra sjukvårdsregionen och att processen ska digitaliseras i så hög grad som möjligt.</p> <p>Från mars 2022 har förberedelse inför pilot genomförts.</p> <p>I april 2023 startades piloten av ett digitaliserat flöde för organiserad prostatacancer testning. Alla män födda 1973 kommer erbjudas testning genom erbjudande i 1177 inkorg. Om mannen väljer att tacka ja till erbjudandet beställs provtagningsunderlag för PSA-prov och mannen ges möjlighet att digitalt boka tid för provtagning på samtliga region Jönköpings läns vårdcentraler och provtagningscentraler. Systemstöd för prov och svarshantering är etablerat med viss manuell hantering. För mannen innebär det att flödet från erbjudande till svar på PSA-prov är digitaliserat.</p> <p>Piloten genomfördes fram till och med kvartal 3 och därefter ska flödet utvärderas för beslut om breddinförande.</p> |

Uppdrag: Cancervård - Erbjudna avancerad läkemedelsbehandling på våra tre akutsjukhus.

| Aktiviteter | Analys |
|---------------------------------------|---|
| Införa avancerad läkemedelsbehandling | Aktiviteten har omformulerats inför 2024, och i samband med detta planeras mer verksamhetsnära beskrivning och uppföljning. |

Uppdrag: Palliativ vård - Vårdplatser för specialiserad palliativ vård skapas på länets tre akutsjukhus.

| Aktiviteter | Analys |
|---|---|
| Vårdplatser för specialiserad palliativ vård. | Patienter i behov av palliativa åtgärdsplatser på Höglandssjukhuset tas omhand på kirurgavdelningen där planen är att de palliativa åtgärdsplatserna ska etableras under 2024. I Värnamo och Jönköping finns palliativa åtgärdsplatser sedan 2022. Den palliativa vården bedrivs tillsammans med enheten för specialiserad sjukvård i hemmet, SSIH. |

Uppdrag: Kvinnors hälsa och förlossning - Fortsätta utveckla en sammanhållen, jämlik och personcentrerad vårdkedja baserat på kvinnors olika behov från graviditet till förlossning och eftervård.

| Aktiviteter | Analys |
|--|---|
| Uppföljning av medicinska resultat nationellt, inom Sydöstra sjukvårdsregionen och inom MPG kvinnosjukvård | Inom MPG kvinnosjukvård och via regionala arbetsgrupper (RAG) i Sydöstra sjukvårdsområdet följs, jämförs och förbättras resultat inom kvinnosjukvården. |

Uppdrag: Kvinnors hälsa och förlossning - Att personer som utsatts för sexuellt våld och könsstympning ska få tillgång till en god vård baserad på bästa möjliga kunskap

| Aktiviteter | Analys |
|--|--|
| Forskningsprojekt "Samskapa omhändertagande vid sexuellt våld" | Verksamheten har deltagit i projektet med läkare och barnmorska från slutenvården, samt personal på ungdomsmottagningen. Projektet fortsätter i delprojektet "våga fråga". |

Uppdrag: Läkemedelsanvändning - Minska olämplig läkemedelsanvändning

| Aktiviteter | Analys |
|---|--|
| Regelbundet genomföra läkemedelsdialoger samt arbeta med identifierade förbättringsområden. | Tillsammans med läkemedelskommittén sker planering för att genomföra läkemedelsdialoger för samtliga kliniker inom Kirurgisk vård som omfattar flera aspekter av läkemedelsanvändning. Kvinnoklinikerna, urologkliniken, ögonklinikerna och onkologkliniken har sedan flera år en god process kring läkemedelsdialoger och med arbete för att följa upp användandet av läkemedel. Under 2023 har dialoger genomförts inom OpIVA-klinikerna. |


Uppdrag: Läkemedelsanvändning - Minska miljöpåverkan från läkemedel med bibehållen patientnytta

| Aktiviteter | Analys |
|--|---|
| Följa upp arbete med Region Jönköpings läns förteckning över prioriterade miljöbelastande läkemedel med åtgärdsförslag | <p>Alla kliniker inom Kirurgisk vård ska ha mätetal eller aktivitet kopplat till program för hållbar utveckling.</p> <p>Retrospektiva data gällande förskrivning av miljöbelastande läkemedel har tagits fram på klinik- respektive enhetsnivå från 2018 och framåt.</p> <p>Vi följer utvecklingen halvårsvis gällande förskrivning av miljöbelastande läkemedel och jämför med retrospektiva baslinjemätningen. Om försämring uppmärksammas sker fördjupad analys vars resultat kommer ligga till grund för vidare åtgärder.</p> |


Uppdrag: Vårdnära service - Arbetsuppgifter som idag till stor del sköts av sjukvårdsutbildad personal ska där det är möjligt, på ett kostnadseffektivt sätt, flyttas över till servicepersonal.

| Aktiviteter | Analys |
|--------------------------|--|
| Koncept vårdnära service | Konceptet för vårdnära service har testats på onkologkliniken i samband med flytt till D1. Utvärderingar och förbättringar har skett och utvecklingen av konceptet kommer att fortsätta. |

Uppdrag: (KPS) Alla kliniker inom Kirurgisk vård ska säkerställa och utveckla processororienterat arbetssätt

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|---|----------|---|--|
| VO Måluppfyllelse checklista för processororienterat arbetssätt | 8 st. |  | <p>11 kliniker rapporterat måluppfyllelse till checklisten. Av dessa uppfyller tio kliniker checklistans samtliga 8 punkter och den elfte uppfyller 7 punkter.</p> <p>Arbete fortsätter med att säkra att rapportering sker samt med dialog och stöd till kliniker som inte uppfyller checklisten.</p> |

Uppdrag: Varje klinik ska ha "eget" mätetal eller aktivitet för Hållbar utveckling

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|---|----------|---|---|
| VO Finns "eget" mätetal eller aktivitet | 18 |  | <p>Samtliga av verksamhetsområdets 17 kliniker samt ledningsstaben har eget mätetal eller aktivitet för hållbar utveckling.</p> <p>Exempel på aktiviteter:</p> <ul style="list-style-type: none"> Miljö och hållbarhet ingår vid introduktion av samtliga medarbetare. Öka användandet av resfria möten. Minimerar kassering av läkemedel genom utökad arbete med farmaceut. Minska användningen av engångsprodukter i plast. En väl utbyggt infrastruktur för videomöten. Bland annat veckovisa medarbetarmöten över video. |

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|---------|----------|----------|---|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> • Arbete med att minska matsvinn på avdelning. • Se till att alla datorer stängs av efter dagens slut för att spara energi. • Utbildning om Chemgroup för all personal. • Endast åka till möten som är halvdag eller längre. |

Lärande och förnyelse

Strategiska mål: Bäst på att förbättra och förnya

Framgångsfaktorer: Förbättringskunskap

Uppdrag: Identifiera arbetssätt eller arbetsuppgifter som inte längre bedöms som värdeskapande

| Aktiviteter | Analys |
|--|---|
| Löpande efterfråga vilka utfasningar som genomförs | Medvetenheten om resursbegränsningar, intresset för utfasning och att göra kloka kliniska val har ökat i verksamheterna och efterfrågas i processgrupper, verksamhetsdialoger med mera, men mer behöver göras. |
| Effekthemtagning - tillvaratagande av möjligheter vid verksamhetsutveckling med stöd av IT-lösningar | E-hälsodialoger har skett med vissa verksamheter inom verksamhetsområdet under året. På verksamhetsdialoger, MPG-forum och i olika nätverk fortsätter dialog att föras och goda exempel på verksamhetsutveckling där IT-lösningar kan vara stödjande utbyts. Dialog och samarbete sker med sektionen för e-hälsa, samt andra grupper och konstellationer, för att främja utveckling med stöd av IT-lösningar. |

Uppdrag: Fortsätta arbetet med rätt använd kompetens (RAK).



| Aktiviteter | Analys |
|--|--|
| Sprida goda exempel av rätt använd kompetens | Arbete med kliniska farmaceuter på vårdenheter fortsätter. Farmaceuten prioriterar arbetsuppgifter som avlastar sjuksköterskorna, såsom översyn av läkemedelslistan/utdelningsvyn, anskaffning/beställning av läkemedel som inte ingår i enhetens bassortiment samt vid behov iordningställande av läkemedel i dosett i samband med hemgång. Utvärdering av konceptet med vårdnära service i hus D1 och D2 presenterades i maj. |

Uppdrag: Fortsätta arbetet med kapacitet och produktionsstyrning (KPS).

| Aktiviteter | Analys |
|---|---|
| Uppföljning och stöd till kliniker i utvecklingen av kapacitets- och produktionsstyrning. | Stöd till och uppföljning av klinikerna pågår kontinuerligt men har haft en nedgång i samband med att ansvarig inom verksamhetsområdet slutat. Ett omtag med ny tillgänglighetsansvarig har skett under hösten. Uppföljning kommer att bli en stående punkt på ledningsgruppen Kirurgisk vård. Call in-träffar hålls med alla kliniker varannan vecka. Dialog genomförs varannan vecka med alla kliniker utifrån ständiga förbättringar och tillgänglighet. |
| Stödja klinikerna inom Kirurgisk vård i arbetet med KPS som produktionssystem | Ett omtag gällande stöd till klinikerna kommer ske under våren 2024. Ny tillgänglighetsansvarig kommer träffa samtliga verksamheter för att identifiera nuläge och behov av stöd. Uppföljning sker Call-in möten och ledningsgruppsmöten för Kirurgisk vård. |





| Aktiviteter | Analys |
|--|--|
| Alla kliniker arbetar internt och tillsammans för att skapa standardiserade arbetssätt | Arbetet med Kirurgisk vårds produktionssystem innefattar att arbeta utifrån standard i så stor utsträckning det är möjligt. Detta arbete är ständigt pågående. Möjligheten till ytterligare fokus på standardisering kommer sannolikt ske i samband med införandet av lokala programområden (LPO) inom verksamhetsområdet. Det finns också ett aktivt arbete med verksamhetsutvecklarnätverk inom verksamhetsområdet som syftar till att ytterligare vara ett stöd för samsyn och standardisering för arbete med Kirurgisk vårds produktionssystem och aktiviteter med ständiga förbättringar. |

Uppdrag: (KPS) Alla kliniker inom Kirurgisk vård har ett väl utvecklat arbetssätt kring ständiga förbättringar

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|---|----------|--|--|
| VO Checklista för ständiga förbättringar | 100 % | 82,5 %  | Mätetalet kommer att tas bort inför 2024 med avsikt att istället främja och efterfråga andra aktiviteter till gagn för ständiga förbättringar. |
| VO Alla medarbetare ska genomgå utbildningen "Förbättringsmodell en - Bas" via LOK minst vart annat år. | 100 % | — | Aktiviteten omformuleras inför 2024 för att bättre anpassa till, och fånga bredden i utbildningsutbudet som föreligger. Mätningar saknas därför. |
| VO Antal inkomna och avslutade förbättringsförslag | 2 000 | 0,3 förslag per årsarbetare  | Beslut om att avsluta detta mätetal då fokus på förbättring stötts och följs upp bättre på andra sätt än genom mätetal. |

Framgångsfaktorer: Professionell kunskap

Framgångsfaktorer: Forskning

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|--|----------|---|---|
|  Antal forskarutbildade medarbetare | >10 | 36  | Inom verksamhetsområdet finns 36 disputerade och 17 doktorander. Mätetalet har inte följts på VO-nivå tidigare varför analys utifrån eventuell progress i relation till målvärde inte kan göras i år. |
|  Antal publikationer | >50 st. | 40  | Inom verksamhetsområdet finns 36 disputerade och 17 doktorander. Antalet publikationer under 2023 är 40. Mätetalet har inte följts på VO-nivå tidigare varför analys utifrån eventuell progress i relation till målvärde inte kan göras i år. |

Uppdrag: (MPG KK) Deltagande i aktuella studier

| Aktiviteter | Analys |
|--------------------------------------|--------|
| (MPG KK) Deltagande i Option studien | |


Medarbetare

Kirurgisk vård vill genom Regions Jönköpings läns grundläggande värderingar skapa måluppfyllelse via engagerade medarbetare på hälsosamma arbetsplatser. Idag arbetar 2 500 medarbetare inom verksamhetsområdet. Under året har fokus varit på arbete med:



- förändringarna i kollektivavtalet Allmänna bestämmelser § 13 med de skärpta direktiven kring dygnsvila
- implementering av friskfaktorer på arbetsplatser
- fortsatt utveckling av karriärsmodeller
- chefers förutsättningar
- den framtida kompetensutmaningen



Strategiska mål: Sveriges bästa offentliga arbetsgivare med Sveriges bästa arbetsplatser

Framgångsfaktorer: Rätt kompetens och bemanning

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|-------------------|----------|--|--|
| Nämnd Årsarbetare | 2 030 | 2 132  | <p>Kirurgisk vård har under 2023 ökat med 60 faktiska årsarbetare (FÅA) jämfört med 2022. Det är en ökning med 2,9 procent.</p> <p>Verksamhetsområdet har 45 fler årsarbetare och frånvaron har minskat med 15 årsarbetare.</p> <p>Den största ökningen har skett inom OP/IVA verksamheterna med 31 fler årsarbetare än förra året. Av ökningen på IVA är cirka 10 årsarbetare finansierade av budgetförstärkning på 5 miljoner kronor.</p> <p>Arbete med analys och åtgärder pågår tillsammans med dessa kliniker.</p> <p>Ökningen med 11 faktiska årsarbetare inom onkologkliniken är finansierad med utökad budget.</p> <p>Faktiska årsarbetare har ökat inom personalgrupperna sjuksköterskor med 30 FÅA och undersköterskor med 19 FÅA.</p> |

Uppdrag: Strategisk kompetensplanering

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|--|----------|--|--|
|  Kostnad för bemanningsföretag (hyrkostnad som andel av egna personalkostnader) | 2 % | 3,4 %  | <p>Kostnader för bemanningsföretag är 3,2 miljoner kronor lägre 2023 än 2022.</p> <p>Kostnad 2023 är 62,6 miljoner kronor jämfört med 65,8 miljoner kronor 2022.</p> <p>Kostnader för köp av bemanningsläkare är 32,5 miljoner kronor och 4,3 miljoner kronor mindre än 2022.</p> <p>Läkare köps främst inom kirurgkliniken, kvinnoklinikerna, ögonklinikerna och OP/IVA-klinikerna och främst för Höglandssjukhuset.</p> <p>Kostnader för köp av sjuksköterska är 30,1 miljoner kronor vilket är 1,1 miljoner kronor högre än 2022.</p> <p>Sjuksköterskor/barnmorskor köps främst inom kirurgkliniken och OP/IVA-klinikerna för att klara</p> |


| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|---|----------|--|--|
| | | | <p>bemanning, men även inom kvinnokliniken och ortopedkliniken på Höglandssjukhuset samt för urologavdelningen på Länssjukhuset Ryhov.</p> <p>Under tertial 3 har kostnaderna för hyrpersonal jämfört med 2022 minskat med 39 procent varav för läkare med 31 procent och för sjuksköterskor med 49 procent. Kostnaderna kommer att fortsätta sjunka under 2024.</p> |
|  <p>Personalomsättning (andel externa avgångar exkl pension) under de senaste 12 månaderna</p> | 5 % | 5,6 %  | <p>Personalomsättningen har jämfört med 2022 minskat med 1,1 procentenhet. Verksamhetsområdet når inte målet med en personalomsättning på som högst 5 % men ligger lägre än övriga verksamhetsområden inom folkhälsa och sjukvård.</p> <p>På vissa kliniker där det förekommer ökad personalomsättning har HR-partner stöttat upp med avgångssamtal för att få en bredare bild av orsaker till att medarbetare slutar.</p> |

| Aktiviteter | Analys |
|---|--|
| Upprätta handlingsplaner för oberoende av bemanningsföretag | <p>Tydliga kriterier är uppsatta för när bemanningsföretag kan användas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Upprätthålla bakjournskompetens - Upprätthålla viktig funktion (oavsett yrkesroll) som är vakant på grund av långsiktig sjukfrånvaro eller hastig vakans där andra kompetenser inte kan ersätta direkt. <p>Innan användande av bemanningsföretag ska behovet prövas och godkännas av sjukvårdsdirektör och regiondirektör.</p> |
| Upprätta kompetensförsörjningsplaner | Kompetensförsörjningsplan på verksamhetsområdesnivå är genomförd och det pågår ett arbete att justera mallen så att varje klinik kan göra en egen under 2024. |

Uppdrag: Kompetensutveckling hela arbetslivet

Verksamhetsområdet arbetar aktivt genom olika projekt och arbetssätt för att behålla och attrahera medarbetare.

I det långsiktiga arbetet erbjuder flera verksamheter trainee- och utbildningsanställningar för att bygga på kompetens underifrån och möta kommande pensionsavgångar.

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|--|--|---|--|
| VO Antal tillsatta utbildningsanställningar kopplat till tilldelning | 50 platser (revideras mot kompetensförsörjningsplan) | 42  | <p>Åtta av de tilldelade utbildningsanställningarna har inte blivit tillsatta. Det finns ett lågt intresse för att söka till operationssjuksköterska vilket vi också har sett när vi erbjudit trainee-tjänster. Detta i kombination med att några som sökt inte har kommit in på utbildningen bidrar till att inte alla utbildningsanställningar är tillsatta.</p> <p>Fördelning tillsatta utbildningsanställningar:</p> <ul style="list-style-type: none"> IVA-ssk 11 stycken (6 JKP, 4 EKS, 1 VMO) Anestesi-ssk 10 stycken (4 JKP, 5 EKS, 1 VMO) Operation-ssk 4 stycken (2 JKP, 2 EKS) Barnmorskor 10 stycken (5 JKP, 2 EKS, 3 VMO) Ögon JKP 2 stycken Onkologi 2 stycken |

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|---------|----------|----------|--|
| | | | Kir-ssk JKP 2 stycken Urologi 1 styck |



| Aktiviteter | Analys |
|---|---|
| Upprätta rutin för tillsättning av utbildningsanställningar | Varje klinik som erbjuder utbildningsanställningar ska inför annonsering och beslut ha skickat in en prövning till kirurgisk vårds ledningsstab för godkännande av antalet platser. |
| Karriärmodeller | Karriärmodeller för allmänsjuksköterskor, specialistsjuksköterskor och barnmorskor har tagits fram och stöd för att arbeta med karriärmodeller finns publicerade på intranätet. Under hösten har cheferna påbörjat arbetet med att implementera dialogen kring karriärstegen i medarbetarsamtalet. Drygt 70 % av medarbetarna inom vårdförbundets avtalsområde har hittills fått ett karriärsteg registrerat. |

Uppdrag: Varje arbetsplats ska arbeta med "hur vi blir Sveriges bästa offentliga arbetsgivare" och "hur vi skapar bästa arbetsplatsen".

Fortlöpande aktiviteter fortgår inom verksamhetsområdet för att skapa de bästa arbetsplatserna. Karriärmodeller tagits fram för allmänsjuksköterskor, specialistsjuksköterskor samt barnmorskor. Ett breddinförande av arbetet med friskfaktorer pågår under året. Ett intensivt arbete att stötta chefer i hälsosamma scheman utifrån de skärpta direktiven kring dygnsvila har varit fokus under 2023. Där det finns hög andel medarbetare per chef ses förutsättningarna över att öka det delade ledarskapet.

| Aktiviteter | Analys |
|------------------------------------|--|
| Delta i projektet "sunt arbetsliv" | Arbetet med att implementera friskfaktorer på arbetsplatser har genomförts på flertalet kliniker i Eksjö. Då det varit högt tryck för att få ihop de nya schemana kopplat till direktiven kring dygnsvila så är implementering i Värnamo och Jönköping fördröjt, men planeras genomföras under 2024. |

Uppdrag: Hållbara arbetsvillkor och ökad andel heltidsarbetande

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|--|----------|---|--|
|  Andel heltidsanställda | 87 % | 86 %  | Samtliga tjänster annonseras med sysselsättningsgrad på 100 procent. Verksamheterna har kännedom om Region Jönköpings läns riktlinjer för heltid som norm och medarbetare som arbetar deltid har möjlighet att anmäla önskemål om utökad sysselsättningsgrad. Verksamhetsområdet ligger en procentenhet ifrån målet av andel heltidsanställda. |

| Aktiviteter | Analys |
|--------------------|--|
| Översyn av scheman | Fokus har under året lagts på schemaförändringar kopplat till de skärpta direktiven kring dygnsvila (AB13§) samt vårdförbundet och SKR:s överenskommelse om att inte ha längre arbetspass än 10 timmar (HÖK22). Stöd för chefer finns i form av mallar på intranätet, informationsträffar, utvecklat systemstöd och dialog med HR-partner. Nya |

| Aktiviteter | Analys |
|-------------|---|
| | scheman har tagits i bruk för samtliga medarbetare förutom läkare. Läkarnas schema ska tas i bruk senast den 1 februari 2024. |


Uppdrag: Lönebildning

| Aktiviteter | Analys |
|--|--|
| Fortlöpande utbilda och informera chefer om lönebildning | HR-partner ansvarar för att introducera och utbilda nya chefer i lönesättning. |

Uppdrag: Erbjudna praktikplatser och feriepraktikplatser i större omfattning

| Aktiviteter | Analys |
|---|---|
| Informera verksamheter om vikten att ta emot framtidens medarbetare | Verksamheterna tar i den mån de kan emot VFU-studenter och försöker fånga upp deras intresse för framtida arbete. Höglandssjukhuset och Värnamo sjukhus ser utmaningar i att locka studenter till anställning då de oftast bor på annan ort och reser till sjukhusen för praktik. Ortopedkliniken har under 2023 deltagit, tillsammans med kompetensförsörjningsenheten, på branschmässan för högstadieungdomar och visar upp vårdraket. I Värnamo finns ett samarbete på sjukhuset där det anordnas en upplevelseverkstad för att locka ungdomar till vårdrakerna. I Eksjö träffar HR-strateg studievägledare i kommunen för att locka till PRAO på sjukhuset. |



Framgångsfaktorer: En god arbetsmiljö och hälsa

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|--|----------|--|---|
| VO Andel övertidstimmar i förhållande till totalt utförd arbetstid % | 1,7 % | 2 %  | Verksamhetsområdets kliniker har aktivt arbetat med att minska övertid under året. Resultatet är en minskning på 0,6 procentenheter vilket gör att vi närmar oss målet på 1,7 % av totalt utförd arbetstid. Chefer har även uppmuntrats att fördela övertiden på fler medarbetare för att undvika att någon arbetar för mycket. |

Uppdrag: Arbeta med friskfaktorer

| Aktiviteter | Analys |
|--|--|
| Implementera arbetet med friskfaktorer | Arbetet med att implementera friskfaktorer på arbetsplatser har genomförts på flertalet kliniker i Eksjö. Då det varit högt tryck för att få ihop de nya schemana kopplat till direktiven kring dygnsvila så är implementering i Värnamo och Jönköping fördröjt, men planeras genomföras under 2024. |

Uppdrag: Ett välfungerande systematiskt arbetsmiljöarbete (SAM) i vardagen.

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|--|----------|--|---|
|  Personalhälsa - Sjukfrånvaro % | 5,5 % | 6,6 %  | Sjukfrånvaron har minskat sedan föregående år med 0,9 procentenheter. Framst är det den korta sjukfrånvaron som har minskat. Arbeta pågår för att minska sjukfrånvaron, delvis genom att tidigt fånga upp och arbeta aktivt med den arbetslivsinriktade rehabiliteringen för att ge förutsättningar |



| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|---------|----------|----------|---|
| | | | för återgång i arbete. Implementering av det förebyggande arbetet med friskfaktorer pågår med syfte att skapa bättre arbetsmiljö vilket i sin tur kan minska ohälsan och nå målet med en sjukfrånvaro på högst 5,5 %. |

| Aktiviteter | Analys |
|---|---|
| Genomföra arbetsmiljöromd och årlig uppföljning | Samtliga kliniker har genomfört arbetsmiljöromder och årlig uppföljning på minst en nivå under året. Det finns ett fortlöpande arbete att informera om det systematiska arbetsmiljöarbetet. |

Uppdrag: Tidiga insatser och arbetsanpassning.

| Aktiviteter | Analys |
|------------------------------|---|
| Aktivt rehabiliteringsarbete | Kirurgisk vårds kliniker arbetar aktivt med arbetslivsinriktad rehabilitering. Vid behov tas stöd av HR-partner samt Arbetsmiljöenheten. Vid mer komplexa ärenden finns också en rehabiliteringsspecialist på HR-enheten att tillgå för extra stöd i arbetet. |

Uppdrag: Ett närvarande, tillitsfullt och engagerat ledarskap.

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|--|----------|---|---|
|  Arbetstillfredsställelse (HME) | 78 % | 80 %  | Årets medarbetarundersökning visar på positiva resultat kopplat till hållbart medarbetarengagemang. Ett arbete att implementera friskfaktorer som ska leda till hållbar arbetsmiljö har påbörjats inom verksamhetsområdet och kommer fortlöpa under 2024. |


| Aktiviteter | Analys |
|--|---|
| Arbeta med chefens förutsättningar för ett Hållbart chefskap | I de verksamheter där det finns många medarbetare per chef har de i möjligaste mån delat ledarskap. Klinikerna har möjlighet att vid behov och inom budgetramen utöka med ytterligare chef för att få ett mer hållbart ledarskap. |

Ekonomi

Strategiska mål: God och hållbar hushållning

Framgångsfaktorer: Kostnadseffektiv verksamhet

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|--|----------|---|---|
|  Ekonomi i balans | 0 tkr | -78 838 tkr  | <p>Kirurgisk vård har en negativ budgetavvikelse med 79 miljoner kronor (mnkr). Budgetavvikelsen motsvarar 2,5 procent av verksamhetsområdets nettobudget på 3 197 miljoner kronor.</p> <p>Budgetunderskott förklaras av budgetavvikelser för främst:</p> <ul style="list-style-type: none"> • personalkostnader 26 mnkr varav resor, kurser och traktamenten står för 14 mnkr. • bemanningsföretag 63 mnkr • lab och röntgen 34 mnkr • implantat och medicinskt material 16 mnkr • förrådsvaror 6 mnkr • övriga personalkostnader (resor, logi, utbildning) 14 mnkr. <p>För tillgänglighet "kömiljard" och för färre utlokaliserade/överbeläggningar har området fått ersättning med 32 mnkr och i december fick området del av "bonuspotten" med 37 mnkr.</p> <p>Ögonklinikernas resultat inom vårdval specialiserad ögonsjukvård är ett överskott med 8,9 miljoner kronor.</p> <p>Verksamhetsområdets arbete med kapacitet och produktionsstyrning (KPS) har förbättrat tillgängligheten, ökat antal operationer jämfört med 2018/2019 och har därmed genererat högre intäkter och bättre ekonomi 2022.</p> <p>Handlingsplaner för ekonomi i balans finns för såväl Kirurgisk vård totalt som för kliniker med ekonomisk obalans. Planen syftar till att minska kostnader för personalkostnader och övertid och för köp av bemanningsföretag. Främst kostnader för bemanningsföretag har minskat och kommer att minska kraftigt under 2024.</p> <p>Verksamhetsområdets arbete med kapacitet och produktionsstyrning (KPS) har förbättrat tillgängligheten, ökat antal operationer jämfört med 2018/2019 och har därmed genererat högre intäkter och bättre ekonomi 2022 och 2023. Arbetet med KPS fortsätter som en viktig del i arbete för ekonomi i balans.</p> <p>Under 2024 kommer arbete ske med att minska på ej värdeskapande insatser via kloka kliniska val och även via arbete med diagnostisering på ett liknade sätt som sker med läkemedelskommittén.</p> |
| Nämnd Kostnad per DRG Öppenvård | 66 000kr | 70 527kr  | <p>Kostnaden per DRG (diagnos relaterade grupper) inom öppenvården visar på en förbättrad produktivitet med 4 procent jämfört med föregående år. Det bygger på antagandet att kostnaderna 2024 till 4 procent beror på lön- och prisökningar.</p> |

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|----------------------------------|----------|---|--|
| | | | Den nominella kostnadsminskningen per DRG är 0,1 procent. Kostnaden per DRG är 2,5 procent lägre än medelvärdet i riket och 7 procent högre än nedre kvartilen i riket. |
| Nämnd Kostnad per DRG slutenvård | 66 000kr | 75 457kr  | Kostnaden per DRG (diagnos relaterade grupper) inom slutenvården visar på en förbättrad produktivitet med 5 procent jämfört med föregående år. Det bygger på antagandet att kostnaderna 2024 till 4 procent beror på lön- och prisökningar. Den nominella kostnadsminskningen per DRG är 1 procent. Kostnaden per DRG är 6 procent högre än medelvärdet i riket och 14 procent högre än nedre kvartilen i riket. |

| Aktiviteter | Analys |
|--|---|
| Handlingsplan för ekonomi i balans | Arbete med produktionsstyrning inklusive systematiskt förbättringsarbete med ständiga förbättringar förväntas öka effekten av verksamhetsområdets insatser och sänka dess kostnader. Kliniker med ekonomisk obalans har tagit fram handlingsplan med åtgärder för ekonomi i balans. Utöver det arbetar verksamhetsområdet generellt med ytterligare åtgärder för ekonomi i balans för att sänka kostnader för övertid, personal och köp av bemanningsföretag. Åtgärder pågår också för att analysera och minska kostnader för engångsmaterial. Handlingsplaner följs upp månadsvis med status i arbete och med påvisad och förväntad effekt på ekonomin dels för att uppnå effekt men även för att pröva om fler åtgärder behövs. Ekonomi i balans har inte uppnåtts under 2023 och för att nå balans 2024 kommer fler åtgärder behövas. |
| Ledningsgrupp, kliniker och MPG följer löpande KPP och DRG | Controllers följer och analyserar löpande KPP tillsammans med klinikledningsgrupper på de flesta av verksamhetsområdets kliniker. Inom Kirurgisk vårds ledningsgrupp fokuseras arbetet för tillfället på KPS. Ett kommande steg i KPS-arbetet är att med KPP värdera resursåtgången i processerna samt att följa upp inom vilka patientprocesser som kostnader för lab och röntgen har ökat mest. Arbete har även gjorts tillsammans med regionledningskontoret ekonomi att värdera produktivitet per klinik i förhållande till tillgänglighet i en så kallad fyrfältare. Detta arbete fortsätter under 2024. |

Uppdrag: Ordnat införande

| Aktiviteter | Analys |
|--|---|
| Samtliga kliniker använder modellen för ordnat införande vid ny eller förändrad verksamhet | Rutinen med ordnat införande är etablerad inom Kirurgisk vård. Arbete kommer att ske för att anpassa rutinen i samband med arbete med läns gemensamma |

| Aktiviteter | Analys |
|-------------|-----------------|
| | programområden. |

Uppdrag: Minska kostnader för bemanningsföretag, övertid och personalkostnader

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|----------------------------------|----------|--------------|---|
| VO Kostnader för övertid, mertid | 75 % | 82 % ◆ | <p>Kostnader och aktiviteter följs upp månadsvis för att följa resultat och status i arbetet med att nå måluppfyllelse. Verksamhetschef ansvarar för att kliniken genomför, analyserar och kommenterar aktiviteter för måluppfyllelsen. HR och controller är stöd i arbetet och kommer tillsammans med stab och kirurgisk vårds ledningsgrupp följa detta månadsvis.</p> <p>Verksamhetsområdet har minskat kostnaderna för övertid, mertid med 18 procent.</p> <p>Andelen övertid/mertid av personalkostnader har minskat från 3,5 procent i bokslut 2022 till 2,7 procent 2023.</p> <p>Under året har en del övertid använts för extramottagningar för att förbättra tillgängligheten där det finns många väntande på besök eller operation.</p> |
| VO Personalkostnader | 103 % | 104,7 % ◆ | <p>Inom verksamhetsområdet personalkostnaderna ökat med 4,7 procent vilket är högre än målet att max öka med avtal minus en procent vilket uppskattas till drygt 3 procent (avtal 4 procent - förbättring 1 procent).</p> <p>Kostnader och åtgärder följs upp månadsvis för att följa resultat och status i arbetet med att nå måluppfyllelse. Verksamhetschef ansvarar för att kliniken genomför, analyserar och kommenterar aktiviteter för måluppfyllelsen. HR och controller är stöd i arbetet.</p> <p>Kirurgisk vårds ledningsgrupp och ledningsstab följer detta månadsvis.</p> |

| Aktiviteter | Analys |
|--|---|
| Arbeta med att minska kostnader för bemanningsföretag, övertid och personalkostnader | <p>Kostnader och åtgärder följs upp månadsvis för att följa resultat och status i arbetet med att nå måluppfyllelse. Verksamhetschef ansvarar för att kliniken genomför, analyserar och kommenterar aktiviteter för måluppfyllelsen. HR och controller är stöd i arbetet.</p> <p>Kirurgisk vårds ledningsgrupp och ledningsstab följer detta månadsvis.</p> <p>Arbete med dessa åtgärder kommer att fortsätta under 2024 tillsammans med åtgärder för att minska kostnader för lab och röntgen.</p> |

Verksamhetsberättelse 2023

Medicinsk vård

Dnr R JL 2023/27
Agneta Ståhl, Sjukvårdsdirektör
Medicinsk vård
Region Jönköpings län, Box 1024, 551 11 Jönköping
© Region Jönköpings län, www.rjl.se

Innehållsförteckning

| | |
|--|-----------|
| Inledning | 4 |
| Medborgare och kund | 7 |
| Strategiska mål: Bästa plats att växa upp, leva, verka och åldras på..... | 7 |
| Process och produktion | 12 |
| Strategiska mål: Enklare vardag för invånare och medarbetare..... | 12 |
| Strategiska mål: Bästa möjliga kvalitet | 14 |
| Lärande och förnyelse | 21 |
| Strategiska mål: Bäst på att förbättra och förnya..... | 21 |
| Medarbetare | 24 |
| Strategiska mål: Sveriges bästa offentliga arbetsgivare med Sveriges bästa arbetsplatser | 24 |
| Ekonomi | 28 |
| Strategiska mål: God och hållbar hushållning | 28 |

Bilagor

Bilaga 1: E2308 investeringsredovisning verksamhetsberättelse 2023 (3)

Inledning

Medicinsk vård har verksamhet inom akutsjukvård, ambulanssjukvård, barnhälsovård, barnsjukvård, barn- och ungdomshälsa, geriatrik, hud, infektion och medicin. Verksamhet bedrivs på sjukhusen i Eksjö, Jönköping och Värnamo, ambulanser runt om i länet, barn- och ungdomsenheter i Eksjö, Jönköping och Värnamo samt på länets familjecentraler. Hudkliniken har även en mottagning i Nässjö och barn- och ungdomshälsan har mottagning i Huskvarna, Nässjö och Värnamo. Infektionskliniken har också mottagning för sprututbytesverksamhet i Jönköping, Nässjö och Värnamo, mottagning i Nässjö och Värnamo öppnade hösten 2023.

Antalet faktiska årsarbetare uppgick i genomsnitt under 2023 till 1 867 stycken. En ökning med 37 stycken jämfört med 2022 och jämfört med 2019 har faktiska årsarbetare ökat med 61 stycken exkluderat hyrpersonal, bemanningsenhet och vårdnära service. Under 2023 har 133 828 läkarbesök genomförts (488 färre jämfört 2022) och 159 381 besök annan yrkeskategori (7 022 färre jämfört med 2022). Antalet disponibla vårdplatser var i genomsnitt 297 stycken (två färre än 2022). Antalet vårdtillfällen var 23 808 stycken (459 fler jämfört 2022). Länet 24 ambulanser utförde sammanlagt 48 916 uppdrag (1 663 färre jämfört 2022).

Årsbudgeten för 2023 uppgick till 3 020 mnkr (miljoner kronor). Det ekonomiska resultatet för 2023 blev ett budgetunderskott om 98,9 mnkr. Den huvudsakliga orsaken till budgetunderskottet är ökade lönekostnader och kostnader avseende bemanningsföretag. Budgetunderskottet avseende läkemedel uppgick till 11,7 mnkr.

Arbetet *Tillsammans för bästa möjliga hälsa och jämlik vård* har under 2023 fortsatt. Flera team har arbetat kopplat till strategigrupp barn och unga och strategigrupp äldre. Arbete har också påbörjats med en pilot gällande Elevhälsocentral inom ett område i Jönköpings kommun och under 2024 planeras spridning i länet.

Tillgänglighet har varit ett prioriterat område och vårt KPS-arbete, kapacitets- och produktionsstyrning har fortsatt med inkludering av fler kliniker. Redan syns effekter på tillgänglighet och arbetsmiljö inom de verksamheter som kommit längst i arbetet.

Inom område cancer blev under året 105 procent av förväntade utredda i ett standardiserat vårdförlopp och 46 procent fick sin behandling startad inom förväntad ledtid. Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp (PSVF) stroke/TIA och reumatoid artrit har implementerats. PSVF Sepsis och PSVF palliativ vård är på gång att startas. När det gäller kunskapsstyrningens lokala programområden (LPO) så har hjärt-kärlsjukdomar och nervsystemets sjukdomar startat. Övriga områden planeras komma igång under 2024.

SSIH (specialiserad sjukvård i hemmet) har tillsammans med kirurgisk vård två palliativa åtgärdsplatser på kirurgkliniken i Värnamo och fem platser på onkologen i Jönköping. Datum för uppstart i Eksjö är inte bestämt. SSIH har under året intensifierat samverkansmöten och utbildningar.

Arbetet med akutflödesprocessen tillsammans med övriga verksamhetsområden har påbörjats. Akutflödesvandringar har genomförts där man följt patientens resa. Målet är att förbättra tillgänglighet, medicinsk kvalitet och att använda rätt kompetens inom akutflödet.

Utvecklingen av e-hälsa har fortsatt. Under 2023 uppgick andelen digitala videobesök inklusive avancerade telefonbesök till 17 procent av andelen fysiska besök. Under hösten har det varit ökat fokus på alla tillgängliga e-tjänster och samarbetet med sektionen för e-hälsa har intensifierats. Digitalt utbud är nu också inkluderat i KPS-arbetet.

Den stora utmaningen under året har dock varit att bemanna 24/7 verksamheten. En hög sjukfrånvaro har genererat höga kostnader i form av övertid samt behovet av hyrpersonal har ökat jämfört med tidigare år. Under hösten påbörjades ett mer aktivt arbete för att avveckla hyrpersonal.

Att vända årets budgetunderskott till en ekonomi i balans kommer kräva konkreta insatser framöver och alla kliniker har fått i uppdrag att ta fram handlingsplaner för att nå ekonomi i balans 2024.

Måluppfyllelse ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet

| | 2023-12-31 | Andel | 2022-12-31 | Andel |
|---------------------------------------|------------|-------|------------|-------|
| Antal mätetal som är uppfyllda | 8 | 29 % | 1 | 4 % |
| Antal mätetal som är delvis uppfyllda | 10 | 37 % | 9 | 38 % |
| Antal mätetal som inte är uppfyllda | 9 | 34 % | 14 | 58 % |
| Antal mätetal som mäts | 27 | 100 % | 24 | 100 % |

Verksamhetsområdet når målet avseende måtten:

Faktisk väntetid till operation/åtgärd inom 60 dagar

Överbeläggningar

Koldioxidutsläpp

Andel förnybar energi

Standardiserade vårdförlopp (SVF) - andel utredda patienter i SVF

Antal forskarutbildade medarbetare

Antal publikationer

Kostnad per DRG öppenvård

Målet nås inte avseende måtten:

Fått hjälp och lämnat akutmottagningen inom 4 timmar

Genomförda återbesök inom måldatum

Disponibla vårdplatser

Antal utlokaliserade per 100 disponibla vårdplatser

Matsvinn per patientportion

Standardiserade vårdförlopp (SVF) - andel inom max ledtid

Årsarbetare

Personalomsättning (andel externa)

Ekonomi i balans

Målet nås delvis :

Faktisk väntetid till första besök

Tid till ambulans - andel prioritet 1 larm inom 20 minuter

Beläggning

Återinläggningar inom 30 dagar, vård dygn

Andel förstagångsföräldrar som genomgått hälsosamtal

Kostnad för bemanningsföretag

Andel heltidsanställda

Personalhälsa - sjukfrånvaro

Arbetsstillfredsställelse

Kostnad per DRG slutenvård

Medborgare och kund



Inom Medicinsk vård är personcentrerad vård ett viktigt område. Samtliga kliniker har pågående förbättringsarbeten för att utveckla vården där patientens erfarenheter och kunskap tas tillvara. Att utveckla arbetssätt för patientkontrakt har varit och är fortsättningsvis en prioriterad fråga.

Tillgänglighet är också ett viktigt område och under året har arbetet med KPS, kapacitets- och produktionsstyrning, intensifierats då flera kliniker har gått in i arbetet.

På länets tre akutsjukhus är akutprocessen föremål för utvecklingsarbete. Då över 80 procent av verksamheten inom Medicinsk vård är av akut karaktär är detta ett strategiskt viktigt område.


Strategiska mål: Bästa plats att växa upp, leva, verka och åldras på

Framgångsfaktorer: Nöjda kunder och intressenter

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|---|----------|--|---|
|  Patienttillfredsställelse - andel nöjda patienter | 80 % | 91  | Nationella patientenkäten för akutmottagningarna är genomförd under hösten 2022. Det var en förbättrad svarsfrekvens jämfört med tidigare år. 38 procent svarsfrekvens, vilket är i nivå med riksgenomsnittet. I de sju domänerna ligger Region Jönköpings län bättre än riksgenomsnittet. Helhetsintrycket är 81 på en 100 gradig skala. Det lägsta resultatet finns i domänen "Kunskap och information". Nationella patientenkäten för specialiserad sjukvård är genomförd våren 2023 och resultatet presenterades i början av oktober 2023. |

| Aktiviteter | Analys |
|---|--|
| Handlingsplan efter Nationella patientenkäten | Enkätsvaren i nationella patientenkäten har varit underlag för klinikernas utvecklingsarbete. Akutklinikerna har arbetat med sina resultat från enkäten som kom i januari 2023. Det är en högre svarsfrekvens och åtta av tio patienter som har besökt någon av länets akutmottagningar är nöjda eller mycket nöjda med sitt besök. Region Jönköpings län placerar sig på en delad tredje plats i riket när patienterna bedömer sitt helhetsintryck av mötet med akutsjukvården. Information och kunskap samt emotionellt stöd är de två parametrar där patienterna anser att akutmottagningarna kan förbättra sig mest. Arbete med nationella patientenkäten fortsätter även för specialiserad sjukvård. Resultatet presenterades i oktober 2023. Helhetsintrycket är 91 (av 100). Området information och kunskap är där det finns störst kvalitetsgap. |

Uppdrag: Fortsätta implementeringen av Patientkontraktet som innebär en gemensam överenskommelse mellan patient och vårdgivare.



| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|--|----------|--|---|
| VO Antal upprättade överenskommelser - | | 30 490 st.  | Antalet överenskommelser följer ungefär antalet vårdtillfällen per månad. Arbetssättet med att göra överenskommelser utvecklas på klinikerna. Det genomförs |







| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|-------------|----------|----------|--|
| uppföljning | | | kontinuerligt kvalitativa uppföljningar av innehållet. Det är framförallt i journalmallen information om din vårdtid som sökordet används. Ett gemensamt arbete tillsammans med övriga verksamhetsområden initierades under hösten. Fokus på hur överenskommelser är en del i personcentrerad vård. |

| Aktiviteter | Analys |
|--|--|
| Införa och utveckla överenskommelse patient. | Antalet patientkontrakt ökar inom verksamhetsområdet. Fler kliniker har kommit igång med sitt arbete. Det görs journalgranskningar av innehållet och resultatet diskuteras på respektive klinik. Ett gemensamt arbete över verksamhetsområdena initierades under 2023. Analysen visade på variation i arbetssätt. Det finns behov av att öka delaktigheten med patienter i exempelvis de samordnade Individuella planerna (SIP). Stödet till klinikerna behöver utvecklas och under 2024 kommer detta ske gemensamt för verksamhetsområdena. |

Framgångsfaktorer: God tillgänglighet

Uppdrag: Förbättra tillgängligheten till vården utifrån systemmätetal och mål för verksamheterna.



| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|---|----------|---|--|
| Nämnd Fått hjälp och lämnat akutmottagningen inom 4 timmar | 90 % | 73 %  | Tillgängligheten i länet uppgick under 2023 till 73 procent. Föregående år 68 procent. Tillgängligheten under 2023 per akutmottagning : Akutmottagningen på Länssjukhuset Ryhov (exklusive barnakuten): 69 procent Akutmottagning (barnakuten) på Länssjukhuset Ryhov: 91 procent Akutmottagningen på Höglandssjukhuset Eksjö: 66 procent Akutmottagningen på Värnamo sjukhus: 88 procent Tillgängligheten har ökat något i länet. Beror sannolikt inte på att antalet besök har minskat. Minskat med i genomsnitt en patient per dag. En möjlig förklaring är införandet av bakjurskoordinator på akutmottagningen på Länssjukhuset Ryhov. Antalet läkarbesök på akutmottagningarna i länet (exklusive barnakuten på Länssjukhuset Ryhov) har under 2023 minskat med 606 stycken (1 procent) jämfört med föregående år. Jämfört med 2019 (ej påverkat av coronapandemin) har antalet läkarbesök minskat med 1 130 stycken (1,4 procent). Totalt har antalet besök (läkar- och sjuksköterskebesök) minskat med 427 stycken (0,4 procent) jämfört med föregående år. |
| VO Andel 80 år och äldre som har blivit bedömda och lämnat akutmottagningen | 90 % | 64 %  | Under 2023 väntade 36 procent av patienterna över 80 år mer än 4 timmar på akutmottagning. Föregående år väntade 39 procent mer än 4 timmar. Orsaken beskrivs vara att patienterna inväntar inläggning på sjukhus eller utskrivning för hemgång. En bidragande orsak är att äldre inte alltid |

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|---|----------|---|--|
| inom 4 timmar | | | uppvisar allvarliga symtom och därför blir symtomen bedömda som mindre allvarliga. Arbete pågår med att förbättra handläggningstiden. |
|  Faktisk väntetid till första besök inom 60 dagar i specialiserad vård nationell rapportering. | 80 % | 64 %  | Tillgängligheten till första besök uppgick under 2023 till 64 procent. Föregående år 66 procent. 307 patienter har under december väntat mer än 60 dagar. Motsvarande månad föregående år 400 patienter. Flest väntande har verksamhetsområdet inom hudkliniken. Hudkliniken köper från och med november 2023 vårdtjänster av vårdgivare utanför Region Jönköpings län för att förbättra tillgängligheten. Tillgängligheten förväntas öka i och med att verksamhetsrådets arbete med kapacitet och produktionsstyrning (KPS) fortskrider. |
|  Genomförda återbesök inom medicinskt måldatum | 90 % | 78 %  | Tillgängligheten avseende genomförda återbesök (läkare och annan personalkategori) inom medicinskt måldatum uppgick under 2023 till 78 procent. Föregående år 76 procent. Under december genomfördes drygt 50 procent av läkarbesöken inom medicinskt måldatum. |
|  Faktisk väntetid till operation/åtgärd inom 60 dagar, specialiserad vård | 80 % | 86 %  | Tillgängligheten till åtgärd/undersökning avseende gastro- och koloskopier uppgick under 2023 till 86 procent. 19 personer har väntat mer än 60 dagar. Föregående år 80 procent. |

Uppdrag: Under mandatperioden ska Region Jönköpings län säkra akutvårdkedjan för att patienter ska få ett snabbare och säkrare omhändertagande i hela länet.

| Aktiviteter | Analys |
|--|--|
| Initiera och delta i förbättringsarbete inom akutprocessen | Ett förbättringsarbete avseende akutprocessen har påbörjats. Ett första steg har varit att göra en flödesvandring "patientens resa" genom systemets akutflöde. Samtliga verksamhetsområden ska vara delaktiga. Ett viktigt fokus är att minska antalet besök för personer äldre än 80 år på akutmottagningen. En analys är genomförd avseende besöken på akutmottagningarna i länet. En större andel av dessa patienter åker ambulans till akutmottagningarna och det är ofta en infektion som är anledningen till försämringen. |

Uppdrag: Arbeta aktivt inom ambulansverksamheten att uppnå uppsatta mål för prio 1 larm.

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|---|----------|---|--|
|  Tid till ambulans - andel prio 1 larm inom 20 minuter | 80 % | 71 %  | Tillgängligheten uppgick under 2023 till 71 procent. Föregående år 68 procent. Tillgängligheten har varit stabil runt drygt 70 procent de senaste 9 månaderna. Antalet prioritet 1 uppdrag har minskat med 3 procent (765 uppdrag) jämfört med föregående år. Inom- och utomlänstransporter mellan vårdinrättning tar en stor del av ambulanssjukvårdens resurser, cirka 9 procent av totalt antal uppdrag. Totalt har antalet uppdrag minskat med 3 procent (1 663 uppdrag). Ambulanssjuksköterska har till och med maj jobbat på SOS Alarm och har då stöttat SOS-alarms personal i arbetet med |

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|---------|----------|----------|--|
| | | | dirigering/logistik avseende utomlänstransporter, vilket har haft en positiv effekt på tillgänglighet. Beslut om en fortsättning är fattat och från och med den 13 november 2023 bemannas SOS med ambulanssjuksköterska. Verksamhetsområdet kommer under 2024 att tillföras budget för fortsatt arbete med ambulanssjuksköterska på SOS Alarm. |

Uppdrag: Arbeta aktivt med att förbättra tillgängligheten till utredning och behandling inom barn- och ungdomspsykiatri, barn- och ungdomshabiliteringen samt tillgängligheten till barn- och ungdomshälsan.

| Aktiviteter | Analys |
|---|--|
| En primär nivå för barn och unga, 6-17 år, med lindriga och medelsvåra psykiska besvär och psykiatriska tillstånd ska byggas upp inom barn- och ungdomshälsan | <p>Under april-december har 1 046 barn och unga med lindrig till medelsvår psykisk ohälsa eller psykiatriska tillstånd haft kontakt med barn- och ungdomshälsan (BUH) utifrån primär nivå. Av dessa var 566 överflyttningspatienter från BUP (barn och ungdomspsykiatri), resterande har bedömts behöva fler kontakter än fem, läkarbedömning eller triagerats via En väg in, barn och unga, psykisk hälsa (EVI) utifrån förändrat gränssnitt. Primära nivån omfattar i medel cirka 40 procent av totalt genomförda kontakter inom BUH, resterande är första linjen. Förekommande perioder där primära nivån motsvarar 50-55 procent. Barn i behov av dubbla vårdåtaganden har flyttats över från BUP, där exempelvis läkemedelsuppföljning för ADHD sköts via BUP och psykosociala insatserna ges via BUH, individuellt eller grupp.</p> <p>I medeltal har 55 procent av inkommande vårdbegäran till EVI (exklusive remisser mellan BUP och BUH) triagerats till BUH, resterande 45 procent till BUP. Under hösten var fördelning 60 procent till BUH. Under juni, juli och december ses en omvänd fördelning, i samband med inflöde av utredningsfrågeställningar från elevhälsan till BUP.</p> <p>I dagsläget ses en relativt god tillgänglighet inom BUH:s samtliga mottagningar med medelväntetid över länet på cirka 14 dagar. Perioder med längre väntetid, främst i norr, då störst behov av avlastning finns inom BUP norr, vilket utmanat BUH norr på grund av lokalbrist. Familjer erbjuds kontakt inom annan BUH mottagningen i länet. Under kommande år kommer digitala nybesök erbjudas.</p> <p>Uppbyggnaden av primär vårdnivå inleddes med en risk- och konsekvensanalys. Därefter organiserades projektgrupp med underliggande arbetsgrupper utifrån identifierade områden, vilka jobbade intensivt under första tertialet 2023 att konkretisera rutiner och riktlinjer för de målgrupper som nu skulle vara aktuella för den primära nivån.</p> <p>Under resterande del av året fortsatte samarbete och dialog mellan BUH och BUP kring successiv överflyttning av patienter som inte bedöms vara i behov av specialiserad vård utan kan få stöd via den primära nivån.</p> <p>Samtliga tjänster utifrån primär nivå har tillsatts och nya medarbetare har introducerats i första linjens och primär nivåns målgrupper. Nytt inom BUH är möjligheten till läkarbedömning och läkemedelsinsättning utifrån vissa målgrupper. Arbetssätt utifrån den primära nivån har</p> |

| Aktiviteter | Analys |
|-------------|--|
| | implementerats och samarbete mellan medicinska och psykosociala kompetenser utvecklats. Utbildningsdagar i bedömningsmetodik, neuropsykiatri och föräldrarstödsprogram har genomförts. |

Framgångsfaktorer: God och jämlik hälsa

Uppdrag: Säkerställa att verksamheter som är centraliserad inom regionen, når länets invånare jämlikt.

| Aktiviteter | Analys |
|--|---|
| Kartlägga centraliserade länsprocesser inom verksamhetsområdet | De två verksamheter inom Medicinsk vård som har centraliserad länsprocess är barn- och infektionskliniken. Kartläggningen är inte klar. |

Uppdrag: Fortsatt utveckling av en jämlik geriatrisk vård i länet

| Aktiviteter | Analys |
|---|--|
| Utveckla forsknings- och kompetensutvecklingsaktiviteter för geriatrisk | Forum Geriatrikum genomförs varje månad med undantag för sommaren. Det är fortsatt uppskattat och bra närvaro av medarbetare som arbetar med äldre inom vård och omsorg. 31 föreläsningar är genomförda sedan 2019 med i snitt ett 60-tal deltagare. En nystart efter coronapandemin avseende forskningsaktiviteter genomfördes i december 2023, tillsammans med Futurum och institutet för gerontologi på Hälsö högskolan i Jönköping. Det var ett 30-tal forskare och kliniker som gemensamt presenterade pågående forskning och diskuterade behov av ny forskning. Dessa möten kommer fortsätta under 2024. |

Uppdrag: Testa arbetssättet med att införa geriatrisk vård i hemmet och utvärdera efter ett år.

| Aktiviteter | Analys |
|---|--|
| Initiera utvecklingsprojekt för specialiserad geriatrisk vård i hemmet. | Workshop om specialiserad vård i hemmet har genomförts. Fokus har flyttas från geriatrisk vård till akutsjukvård i hemmet och antibiotikabehandling. Koordineras med akutflödesprocessen. Arbetet behöver ske i nära samarbete med primärvård och kommuner. Arbetet fortsätter 2024. |

Process och produktion

Hälsa skapas bland annat i mötet mellan vårdgivare och personer med hälsoproblem. Produktionen av vårdtillfällen och mottagningsbesök är ett indirekt mått på vilka resultat som egentligen uppnås i form av förbättrad hälsa och minskat lidande. Därför behöver innehållet i processerna också följas med kliniska kvalitetsmått. En god tillgänglighet är också en viktig patientsäkerhetsfråga. Inom verksamhetsområdet pågår utveckling hur kapacitet och produktion kan samordnas och styras (KPS-arbete).

Verksamhetsmått

| | Utfall 2019 | Utfall 2022 | Utfall 2023 | Förändring % 2023-2019 | Förändring % 2023-2022 |
|---|-------------|-------------|-------------|------------------------|------------------------|
| Vårdtid dagar | 100 764 | 98 001 | 94 852 | - 5,9% | - 3,2% |
| Vårdtillfällen | 24 578 | 23 344 | 23 808 | - 3,1% | 2% |
| Disponibla vårdplatser | 316 | 299 | 297 | - 5,9% | - 0,7% |
| Antal läkarbesök | 141 093 | 134 316 | 133 828 | - 5,1% | - 0,4 |
| Antal besök annan personalkategori | 159 908 | 152 359 | 159 381 | - 0,3% | 4,6% |
| Andel digitala besök läkare, annan personalkategori | 0,2% | 1,3% | 1% | 0,8% | - 0,3% |
| Antal ambulanstransporter | 50 731 | 50 579 | 48 916 | - 3,6% | - 3,3% |

Tabellen ovan innehåller både besök inom somatisk vård och inom barnhälsovård (primärvård) samt inom barn- och ungdomshälsan (primärvård).

Vårdtillfällena har främst ökat (jämfört med 2022) inom medicin- och geriatrikklíniken på Värnamo sjukhus (170 vårdtillfällen, 3 procent) och medicin- och geriatrikklíniken på Högländssjukhuset i Eksjö (131 vårdtillfällen, 2 procent).

Antalet disponibla vårdplatser uppgick i genomsnitt till 297 stycken. Verksamhetsrådets mål för disponibla vårdplatser uppgår till 345 stycken (lägre under sommaren). Det är främst tre kliniker som inte kommer upp i planerat antal disponibla vårdplatser.

Antalet läkarbesök har minskat något (jämfört med 2022), inom hudkliniken (- 1 825 läkarbesök, -13 procent) samt inom barnhälsovård (-1 796, -10 procent). Övriga verksamheter har ökat antalet läkarbesök. Medicin- och geriatrikklíniken på Högländssjukhuset i Eksjö (979 läkarbesök, 5 procent), medicinkliniken på Länssjukhuset Ryhov (419 läkarbesök, 1 procent), medicin- och geriatrikklíniken på Värnamo sjukhus (791 läkarbesök, 5 procent), barnkliniken på Länssjukhuset Ryhov (525 läkarbesök, 4 procent) samt infektionskliniken på Länssjukhuset Ryhov (330 läkarbesök, 19 procent).

Antal uppdrag inom ambulansverksamheten har minskat (jämfört med 2022) med 1 663 uppdrag. Främst avser det prioritet 1 larm sam transporter mellan sjukvårdsinrättningar.

Strategiska mål: Enklare vardag för invånare och medarbetare

Framgångsfaktorer: Utveckling av arbetssätt och digitala tjänster





Uppdrag: Bäst i Sverige på digitala vårdtjänster och stödsystem.

| Aktiviteter | Analys |
|--|---|
| Stödjande enheter och kollegor i arbetet med Medicinsk vård, Verksamhetsberättelse | Medicinsk vård för en dialog med sektionen för E-hälsa, |

12(29)

| Aktiviteter | Analys |
|----------------|---|
| digitalisering | program för en enklare vardag för patienter och personal. Arbetet pågår i verksamheterna i olika utsträckning. Medicinsk vårds ledning har under hösten 2023 haft fokus på E-hälsa under verksamhetsträffarna. Program för en enklare vardag för patienter och personal genomför uppsökande verksamhet på medicinska vårdenheter med stöd av ledningen. |

Uppdrag: Fortsätta utökningen och användningen av digitala tjänster för vård, hälsa och prevention inklusive digitala besök

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|---|-------------------|--|---|
| VO Avslutade ärenden i 1177 vårdguidens e-tjänster | Öka jfm fg år 5 % | 38 %  | Användningen av 1177 vårdguidens e-tjänster fortsätter öka. |
| VO Genomförda digitala vårdmöten och kvalificerade telefonbesök | 20 % | 17 %  | 17 procent av samtliga vårdbesök inklusive kvalificerade telefonbesök har skett icke fysiskt under 2023. Resultatet är 1,8 procent högre än motsvarande period föregående år. Verksamhetsområdet arbetar aktivt i olika forum för att öka antalet digitala vårdmöten. Målet har höjts från 15 procent till 20 procent inför 2023. |
| VO Ny- och ombokningar i webbtidboken | Öka jfm fg år 5 % | -73 %  | Resultatet är osäkert då den automatiska överföringen av data inte fungerat. Arbetet pågår med att rätta till detta problem. Barnhälsovården är piloter i arbetet med en ny webbtidbok. |
| VO Andel genomförda digitala vårdmöten | 5 % | 1 %  | Verksamhetsområdet når inte målet men jobbar på att öka andelen genom att påminna verksamheterna om att öka andelen digitala vårdmöten samt genom en dialog med E-hälsa för att utveckla arbetssättet. |






Uppdrag: Förbättra konsultstödet från sjukhusens specialistvård till primärvården genom sömlösa övergångar

| Aktiviteter | Analys |
|--|--|
| Kvalitativ uppföljning av hur arbetssätt utvecklas inom verksamhetsområdet | Arbetet med sömlös vård pågår enligt plan. Hur uppföljningen skall ske är en komplex fråga som kommer diskuteras i början av 2024. |

Uppdrag: Utveckla akutflödet och förkorta vårdtiden på akutmottagningen speciellt för de äldre

| Aktiviteter | Analys |
|---|---|
| Utveckla akutflödet och förkorta vårdtiden på akutmottagningen speciellt för de äldre | Utveckla akutflödet och förkorta vårdtiden på akutmottagning speciellt för de äldre är en aktivitet i arbetet med akutprocessen. Under hösten har det startats lokala akutflödesråd på de tre sjukhusen. Arbetet med att identifiera förbättringsområden har genomförts som olika workshops. Uppstart av förbättringsarbete sker i inledningen av 2024. |


Uppdrag: Tillse att det finns vårdplatser efter behov på de tre akutsjukhusen.

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|--|----------|---|---|
| Nämnd Disponibla vårdplatser | 345 | 297  | Antalet disponibla vårdplatser uppgick under 2023 till 297 stycken. Föregående år 299 stycken. Under 2019 (ej påverkat av covid-19) uppgick antalet till 316 stycken. Jämfört med 2022 så är det framförallt 3 stycken kliniker som har minskat antalet disponibla vårdplatser. |
| Nämnd Beläggning | <85 % | 90 %  | Beläggningen uppgick under 2023 till 90 procent. Föregående år 92 procent. Andelen vårdtillfällen har under 2023 ökat med 2 procent jämfört med föregående år. Jämfört med 2019 (ej påverkat av covid-19) har antalet vårdtillfällen minskat med 3 procent. |
| Nämnd Utlokaliserade | 0% | 1,2%  | Antalet utlokaliserade patienter uppgick under 2023 till 106 stycken per månad. Föregående år 281 stycken. Under december som enskild månad uppgick antalet utlokaliserade till 124 stycken. Jämfört med föregående år har antalet utlokaliserade patienter minskat med 62 procent. |
| Nämnd Överbeläggningar | 0% | 1,4 %  | Andelen överbeläggningar i förhållande till antalet disponibla vårdplatser uppgick under 2023 till 1,4 procent. I genomsnitt under 2023 uppgick antalet överbeläggningar till 133 stycken. Föregående år 220 stycken. Antalet överbeläggningar har minskat med 40 procent jämfört med föregående år. Antalet överbeläggningar uppgick i december till 207 stycken. Föregående år motsvarande månad 247 stycken. |
| Nämnd Återinläggningar inom 30 dagar vård dygn | 15 % | 17 %  | Under 2023 har 17 procent av patienterna återinlagts på sjukhus inom 30 dagar. Föregående år motsvarande period 17 procent. Av de patienter som är 65 år eller äldre återinlades 18 procent under 2023. Under 2024 ska verksamhetsområdet arbeta mer aktivt med att minska återinläggningar via prediktiva modeller (data från patientjournaler) som identifierar personer med hög risk för återinläggning på sjukhus |

| Aktiviteter | Analys |
|---|--|
| Utveckla planeringsverktyget Astrada för slutenvård | Ett förslag finns för hur Astrada även ska utvecklas till ett planeringsverktyg för slutenvården. Idag ett planeringsverktyg för öppenvården. En diskussion förs på regionövergripande nivå om det är Astrada eller Diver som ska vara planeringsverktyget för slutenvården. |

Strategiska mål: Bästa möjliga kvalitet

Framgångsfaktorer: Hälsöfrämjande och sjukdomsförebyggande

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|--|----------|---|---|
| Nämnd Andel förstagångsföräldrar som genomgått | 50 % | 39 %  | Att öka andelen genomförda hälsosamtal med förstagångsföräldrar är ett prioriterat område för |






| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|-------------|----------|----------|---|
| hälsosamtal | | | barnhälsovården. Resultatet för 2023 ligger under målvärdet. Resultatet är manuellt framtaget och därmed osäkert, detta på grund av att barnhälsovården genomförde ett byte av journalsystem i början av året. Arbete pågår med att ta fram nya rapporter så att säkra siffror ska kunna redovisas 2024. |

Uppdrag: Smittskydd, vårdhygien och strama - Utökning av sprututbytesprogrammet till Värnamo och Nässjö.

| Aktiviteter | Analys |
|--|---|
| Bygga upp nya enheter för sprututbyte i Värnamo och Nässjö | Lokaler för sprututbyte i Värnamo och Nässjö är nu iordningsställda och i full drift på båda orterna. |

Framgångsfaktorer: Säker verksamhet

Uppdrag: Under planperioden anpassas Region Jönköpings läns patientsäkerhetsarbete till Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet, Agera för säker vård.



| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|---|----------|---|---|
|  Vårdprevention | 90 % | — | Då flera verksamheter inte rapporterar i Senior alert så saknas data sedan 2022. |
| VO Antal avvikelser i Synergi per månad | >300 | 253  | Målet om fler än 300 avvikelser uppnås inte. Men positivt är att en stor del av avvikelserna är inom avvikelserisk. Detta innebär att personal har uppmärksammat en oönskad händelse som kan leda till en negativ händelse i förlängningen. Det har genomförts utbildningar och nätverket för ärendesamordning inom Medicinsk vård har arbetat med att hitta tillbaka till normal nivå av avvikelser. Arbetet kommer att fortsätta. |
| VO Antal händelseanalyser genomförda | >5 | 14  | Fjorton händelseanalyser är påbörjade under tredje tertiet 2023. Det är ökning jämfört med tredje tertiet 2022 och andra tertiet 2023. |
| VO Andel dokumenterade läkemedelsberättelser | 70 % | 7%  | En nedgång i antal dokumenterade läkemedelsberättelser kan konstateras i och med att en ny journalmall infördes under januari 2023. Anledningen till förändringen i antalet dokumenterade läkemedelsberättelser ska analyseras. En handlingsplan finns för att utveckla patientsäkerhet avseende läkemedel. |
| VO Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHK) | 100 % | 83 %  | Målet om 100 procent uppnås inte. Resultatet för andra tertiet uppgår till 82,4 procent. En förbättring med 0,4 procent jämfört med första tertiet. |

| Aktiviteter | Analys |
|--|---|
| Utveckla arbetssätt för omvårdnad och vårdprevention | Vårdpreventivt arbetssätt är en viktig arbetsprocess inom verksamhetsområdet. Verksamhetsutvecklare har under våren beskrivit och analyserat hur detta arbete utförs på |

| Aktiviteter | Analys |
|---|---|
| | <p>klinikerna. Resultatet visar att det finns ett bra och hållbart arbetssätt kring att förebygga fall, trycksår och undernäring. Det finns också utdata som kan ge feedback på prestationer och följsamhet till riktlinjen. En analys visar att genomförda riskbedömningar är fler i Cosmic journalsystem än i kvalitetsregistret Senior alert.</p> <p>En rapport är inlämnad till hälso- och sjukvårdsdirektören och det är beslutat att fortsätta arbetet men att registrering i nationella kvalitetsregistret är frivilligt. Arbeta kommer ske under 2024 för att utvärdera om det finns förutsättningar för att skicka data automatiskt från Cosmic till Senior alert.</p> |
| Genomföra handlingsplan Läkemedel och patientsäkerhet | <p>Handlingsplan finns för att utveckla patientsäkerheten avseende läkemedel inom verksamhetsområdet.</p> <p>För varje verksamhetsområde (Medicinsk vård, Kirurgisk vård, Psykiatri, rehabilitering och diagnostik och Vårdcentralerna Bra Liv) har det skapats en arbetsgrupp med utvecklingschef eller annan utsedd av sjukvårdsdirektör, verksamhetsområdets läkarrepresentant i Läkemedelskommittén, chefläkare samt klinisk apotekare. Klinisk apotekare sammankallar gruppen två gånger per år för möte och har däremellan avstämningar på mejl eller telefon. Gruppen ska återkoppla två gånger per år till Läkemedelskommittén med fokus på åtgärder i handlingsplanen, mål och resultat.</p> |
| Utbilda verksamheter i Agera för säker vård | <p>Lokala samverkansgruppen för patientsäkerhet har kommit igång. Flera arbetsgrupper har bildats. Det är läkemedel, omvårdnad, infektioner samt Nära vård som bildats. Grupperna arbetar med analysera gap och föreslå insatser.</p> |

Framgångsfaktorer: Ändamålsenliga, resurseffektiva och hållbara processer





Uppdrag: Utveckla cirkulära materialflöden och minska mängden avfall.

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|---|----------|---|---|
|  Matsvinn per patientportion | -20 % | -8 %  | <p>Målet om en minskning med 20 procent av matsvinnet är inte uppnått. Resultatet är 1 procent lägre jämfört med första tertialet. Arbetet med att minska matsvinnet kommer att fortsätta inom Medicinsk vård. Dialog förs med verksamhetsnära service (VNS) kring antal beställningar av färdiglagad mat detta för att minska matsvinnet. Verksamheten använder sig också av så kallade ”kylda portioner” från produktionsköket för att minska matsvinnet. Ett övergripande arbete inom Medicinsk vård kommer att genomföras under 2024 för att minska matsvinnet.</p> |

| Aktiviteter | Analys |
|---|---|
| Ta fram en plan för att minska matsvinnet | <p>Denna aktivitet är kopplad till "Kartlägga beställningsmönster och minska matsvinn inom Medicinsk vårds aktuella enheter enligt uppsatt mål". Ett möte kring de frågor som blivit aktuella efter kartläggningen är planerat till januari 2024 i samverkan med område måltid.</p> |
| Kartlägga beställningsmönster och minska | En övergripande arbetsgrupp inom Region Jönköpings län |

| Aktiviteter | Analys |
|---|---|
| matsvinn inom medicinsk vårds aktuella enheter enligt uppsatt mål. | arbetar med denna fråga. Nästa steg är att sammanställa erfarenheter och föra dialog med område måltid kring matsvinnet. En kartläggning kring matsvinnet är genomförd. Ett första möte med de enheter som har ett stort matsvinn har genomförts. Nästa steg är ett gemensamt möte med område måltid kring matsvinn. |
| Kartlägga användning av engångsprodukter, se över alternativ till engångsprodukter på enhetsnivå. | Vid enheternas miljöronder aktualiseras frågan kring arbetet med klokare materialval. Exempelvis används porslinsmuggar och dricksglas vid servering av dryck. Även frågor avseende avfallssortering och materialåtervinning diskuteras. Ett par enheter använder bägare i papp för torra läkemedel. Arbeta med att se över användning av handskar och förkläden i dagliga arbetet på enheterna initieras inför 2024. |

Uppdrag: Minska klimatpåverkan från våra tjänsteresor

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|---|---------------------------------|--|---|
|  Koldioxidutsläpp från tjänsteresor, inklusive egna godstransporter per årsarbetare | 0,048 ton koldioxid/årsarbetare | 0,044 ton koldioxid/årsarbetare  | Klimatpåverkan från transporter har fortsatt att minska under 2023. Det beror huvudsakligen på ändrade mötesformer med färre transporter. Detta bidrar till att målet om att minska klimatpåverkan från tjänsteresor, inklusive egna godstransporter uppnås. Den största delen av klimatpåverkan från våra tjänsteresor är utsläpp från de fordon som ägs av Region Jönköpings län. Viktigt att rätt bränsle tankas i fordonen. Totala utsläppen från flyg har ökat med 64 procent jämfört med 2022 och utsläppen från privat bil i tjänsten har minskat med 14 procent. Utsläppen från egna fordon har minskat med 34 procent och från externa hyrbilar är ökningen 720 procent. |
|  Andel förnybar energi i Region Jönköpings läns pool-, verksamhets- och transportbilar | 50 % | 69 %  | Andelen förnybar energi har ökat från 55 procent under 2022 till 69 procent under 2023. Förändringen beror på en ökning av antalet fordon där förnybar energi är möjlig. |

| Aktiviteter | Analys |
|---|--|
| Klimatpåverkan av tjänsteresor minskas genom att stimulera resfria möten, högre frekvens av samåkning och genom att ha rätt bränsle i fordonen. | Utbyggnad av digitala konferensutrustningar har gjorts. Region Jönköpings läns positiva syn att jobba mer digitalt kommer på sikt att minska resorna till och från olika möten. Arbetet fortsätter under 2024. |
| Planera årshjul för möten på klimatsmart sätt. | Arbetet slutfört med att ta fram ett årshjul i ledningsstaben för Medicinsk vård. Presenterat för verksamhetschefer på ledningsmötet i december 2023. |

Uppdrag: Fortsätta det påbörjade arbetet inom kunskapsstyrningen nationellt, regionalt och lokalt med ambitionen att vara ledande i implementeringen, i syfte att erbjuda jämlik vård.





| Aktiviteter | Analys |
|-------------------------------------|---|
| Utveckla lokala programområden inom | Medarbetare inom verksamhetsområdet är engagerade i |

| Aktiviteter | Analys |
|--------------------|--|
| verksamhetsområdet | regionala och nationella grupper inom kunskapsstyrningen. Nervsystemets sjukdomar och hjärta-kärl har startat upp som lokala programområden (LPO). Införande av personcentrerade sammanhållna vårdförlopp är först ut i arbetet. Kommande LPO-er att starta upp är mag-tarm, äldres och barns hälsa samt reumatologiska sjukdomar. Stöd ges till processordförande och processledare i gemensamma möten. |

Uppdrag: Prioritera och utveckla omhändertagandet av patienter med kroniska sjukdomar

| Aktiviteter | Analys |
|------------------------------|---|
| Utveckla stödet för egenvård | Arbetet med att införa antibiotikabehandling i hemmet har påbörjats på enstaka patienter och infektionskliniken är ansvarig klinik för detta. Stöd och behandling är viktig metod för egenvård. |

Uppdrag: Cancervård - Arbeta aktivt med att nå målen för standardiserade vårdförlopp.

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|---|----------|--|---|
|  Standardiserade vårdförlopp - andel inom max ledtid | 80 % | 46 %  | Andel standardiserade vårdförlopp (SVF) inom maximal ledtid har under det senaste tolv månaderna uppgått till 46 procent. Föregående år motsvarande period 39 procent. Variation kan ses mellan olika utredningsförlopp i komplexitet och vilket mål vårdförloppen sätter i antal dagar. Det finns en variation i måluppfyllnad från 30 procent till 80 procent beroende på SVF-förlopp. Arbeta med den egna processen för att optimera effektiviteten i utredningen pågår i alla SVF-förlopp. En nyckel är att varje person i processen vet sin roll med stöd av tydlig rutinbeskrivning, en koordinator som håller ihop förloppet samt att god kommunikation med aktiva överlämningar sker mellan olika verksamheter. Till vissa diagnosgivande undersökningar har tiden förlängts och det finns fortfarande en lång väntetid för patologsvar som inte svarar mot vårdprogrammets rekommenderade tid. Verksamheten har 30 procent för få bronkoskopitider med anledning av minskad resurs på kirurgisk konsultations- och behandlingscentral (KBC). Låg läkarbemanning inom lungverksamheten har också påverkat ledtiden negativt. Inom SVF lungcancer har ledtiden från beslut till behandling kortats betydligt i jämförelse med tidigare år samt att det generellt är en minskad variation för utredningstiden och det skiljer sig från övriga i sydöstra regionen. Kvaliteten på utredningen bedöms vara hög. |
|  Standardiserade vårdförlopp - andel utredda patienter i SVF | 70 % | 105 %  | Andel utredda patienter i SVF i förhållande till antal förväntade uppgår till 105 procent, målet är satt till 70 procent. |


Uppdrag: Cancervård - Erbjuda avancerad läkemedelsbehandling på våra tre akutsjukhus.

| Aktiviteter | Analys |
|---|---|
| Utveckla erbjudande av avancerade läkemedelsbehandlingar personcentrerat i hemmet eller på länets tre sjukhus | En arbetsgrupp är sammansatt för att arbeta med designen av att erbjuda avancerad läkemedelsbehandling personcentrerat i hemmet eller på länets tre sjukhus. Som en del i detta pågår ett samarbete mellan medicin- och geriatrikliniken på Värnamo sjukhus och onkologkliniken. Vissa patientgrupper som är bosatta i södra länsdelen får nu sin cancerbehandling på behandlingsenheten i Värnamo. |

Uppdrag: Palliativ vård - Utforma den palliativa vården så att alla länsinvånare har jämlik tillgång till palliativ vård dygnet runt

| Aktiviteter | Analys |
|---|--|
| Specialiserad sjukvård samverkar med länets kommuner och primärvård | Samverkan sker i den lokala arbetsgruppen i samverkan. Det planeras för att införa ett nytt personcentrerat vårdförlopp inom palliativ vård. |

Uppdrag: Palliativ vård - Verksamheten specialiserad sjukvård i hemmet (SSIH) fortsätter att utvecklas.

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|---|----------|---|---|
| VO Andel personer inskrivna i palliativ vård med annan svår somatisk sjukdom än cancer. | 20% | 11 %  | SSIH har under hösten haft samverkansmöten med medarbetare inom den kommunala hemsjukvården där vi informerar och stödjer dem i att identifiera personer med icke cancer diagnoser som kan vara aktuella för inkludering inom SSIH. SSIH har även träffat medarbetare inom slutenvård och primärvård, arbetet fortsätter under 2024. |

| Aktiviteter | Analys |
|--|---|
| Andelen personer inskrivna i palliativ vård med annan svår somatisk sjukdom än cancer. | Specialiserad sjukvård i hemmet (SSiH) har efter coronapandemin återupptagit samverkansmöten och utbildningar inom den palliativa vården. Konsultverksamheten inom slutenvård och primärvård är viktigt för att inkludera och öka antalet patienter med icke cancer diagnoser. |

Uppdrag: Läkemedelsanvändning - Minska olämplig läkemedelsanvändning

| Aktiviteter | Analys |
|-------------------------------------|---|
| Utveckla antibiotikasmarta kliniker | Arbetsätt antibiotikasmarta kliniker fortsätter införas inom verksamhetsområdet. Syftet är att minska spridningen av resistenta bakterier, använda antibiotika rationellt och att Strama-arbetet ska genomsyra hela kliniken (Strama innebär både nationell och lokal samverkan mot antibiotikaresistens). Detta innebär utbildning för läkare och sjuksköterskor, genomförande av hygien- och antibiotikaronder regelbundet samt uppdatering av lokala PM. |

| Aktiviteter | Analys |
|-------------|--|
| | <p>Personalen har möjlighet att delta i en webbaserad utbildning. Ett par kliniker rapporterar god täckningsgrad avseende genomförd utbildning i antibiotikasmarta sjuksköterskor. Vårdhygienisk egen kontroll har genomförts på en del kliniker. Denna egenkontroll har använts i den praktiska delen av högskolekursen intraprofessionellt lärande (IPL).</p> <p>Nästan samtliga kliniker inom verksamhetsområdet har fått diplom för att vara antibiotika smarta.</p> |

Uppdrag: Läkemedelsanvändning - Minska miljöpåverkan från läkemedel med bibehållen patientnytta

| Aktiviteter | Analys |
|---|--|
| Följa upp förskrivning av miljöbelastande läkemedel | <p>Medicinsk vård har följt upp miljöfarliga läkemedel (daglig dygns doser DDD) inom områdena förskrivning på recept (öppenvård) och rekvisition från sjukhusapoteken (slutenvård). Inom rekvisitionsläkemedel minskar beställningarna avseende 2 stycken miljöfarliga läkemedel. Totalt är 12 stycken miljöfarliga läkemedel flaggade. När det avser förskrivning av receptläkemedel minskar 3 av 15 stycken flaggade läkemedel.</p> <p>Resultatet kommer att följas upp varje månad på ledningsmöten inom verksamhetsområde.</p> |

Uppdrag: Vårdnära service - Arbetsuppgifter som idag till stor del sköts av sjukvårdsutbildad personal ska där det är möjligt, på ett kostnadseffektivt sätt, flyttas över till servicepersonal.

| Aktiviteter | Analys |
|---|---|
| Utveckla nya arbetssätt i dialog med vårdnära service | <p>Kunddialog med vårdnära service och Medicinsk vårds stab är genomförd hösten 2023.</p> <p>Arbetet med att utveckla nya arbetssätt i dialog med vårdnära service pågår i en regiongemensam utredning. Fokus på denna utredning är konceptet RAK (rätt använd kompetens). Utredningen beräknas vara klar under våren 2024.</p> |

Lärande och förnyelse

Region Jönköpings län har under många år haft kvalitet som strategi. Tanken bakom detta är att om kvaliteten är hög på det som utförs så minskar kostnaderna och patientnyttan ökar. Därför är det viktigt att fortsätta utbilda i moderna kvalitetsmetoder. Flera medarbetare på strategisk nivå har genomgått avancerade utbildningar i detta.

Hälso- och sjukvård är en kunskapsintensiv bransch och därför är forskning en viktig del i verksamheten. Flera medarbetare har disputerat och varje år så publiceras ett antal vetenskapliga artiklar av medarbetare inom Medicinsk vård.

Strategiska mål: Bäst på att förbättra och förnya

Framgångsfaktorer: Förbättringskunskap

| Aktiviteter | Analys |
|--|--|
| Genomföra kompetensutveckling inom förbättringskunskap | <p>Inom verksamhetsområdet finns det flera personer som har en master i kvalitetsutveckling eller motsvarande. Advanced training program (ATP) är en kompetens som finns inom flera kliniker. Ambitionen är att verksamhetschefer och andra lämpliga kandidater ska genomgå utbildningen. Även för processledare och ordförande inom kunskapsstyrningen är det en fördel att genomgå utbildningen.</p> <p>Verksamhetsutvecklare finns inom de flesta klinikerna och detta nätverk är betydelsefullt för utvecklingsarbetet inom verksamhetsområdet. Medarbetare erbjuds e-utbildning inom förbättringsarbete. Vilken genomförs i lärande och kompetensportalen (LoK).</p> <p>Processutbildning via Qulturum pågår och ett tiotal deltagare från verksamhetsområdet har deltagit.</p> |

Uppdrag: Identifiera arbetssätt eller arbetsuppgifter som inte längre bedöms som värdeskapande


| Aktiviteter | Analys |
|--|--|
| Påbörja förbättringsarbeten kring arbetssätt som kan fhasas ut | <p>Under 2021 inleddes arbetet med ett första möte med verksamheterna inom Medicinsk vård. Därefter sker ett arbete inom respektive verksamhet som sedan har följts upp under första tertialet 2023 och har diskuterats på verksamhetsdialogerna under hösten 2023. Resultatet av uppföljningen är blandat. En del verksamheter jobbar systematiskt medan en del verksamheter ännu inte har något systematiskt arbete.</p> <p>Exempel på arbetssätt sprids och fokus ligger på icke-värdeskapande aktiviteter. En utmaning är att det är enklare att arbeta med att införa nya arbetssätt och metoder än att fasa ut gamla.</p> <p>Under 2023 har detta diskuterats i ledningsgruppen och flera klinikledningar har haft speciellt fokus på detta i samarbete med utvecklingschefen. Kunskap om "kloka kliniska val" har spridits. Medvetenheten har ökat om dessa frågor.</p> |
| Effekthemtagning - tillvaratagande av möjligheter vid verksamhetsutveckling med stöd av IT-lösningar | <p>Dialog och samarbete sker med sektion E-hälsa för att utöka möjligheterna med arbetet kring E-tjänster "enklare vardag för patienter och medarbetare". Det har under hösten 2023</p> |

| Aktiviteter | Analys |
|--|--|
| | <p>varit särskilt fokus på E-hälsa på verksamhetsträffarna, där verksamheterna har redovisat nuläge och tänkt arbete under 2024. Sektion E-Hälsa har medverkat på dessa verksamhetsträffar.</p> |
| Fasa ut remissförfarandet för AK-mottagningar och NOAK-läkemedel | <p>Arbetet med att fasa ut remisser för utsättning inför operation till antikoagulationsmottagningar (AK-mottagningar) har påbörjats.</p> <p>Det sker tester med tre olika verksamheter och det finns en förståelse för att fasa ut detta arbetssätt.</p> <p>Arbetet har också en utvecklingsdel då AK-sjuksköterskor på sikt kan uppmärksamma och stödja operatör kring patienter med mer komplexa behov.</p> <p>Detta kommer leda till en ökad riskmedvetenhet och förbättra den kliniska kvaliteten.</p> <p>Arbetet samordnas av apotekare.</p> |

Uppdrag: Fortsätta arbetet med rätt använd kompetens (RAK).

| Aktiviteter | Analys |
|---|--|
| Kartlägga vad som är värdeskapande och kostnadseffektivt arbete vad gäller rätt använd kompetens. | Inväntar utvärdering från verksamhetsstöd och service för det fortsatta arbetet. |

Uppdrag: Fortsätta arbetet med kapacitet och produktionsstyrning (KPS).





| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|--|----------|---|---|
| VO Antal verksamheter som har skapat en produktionsplan. | 8 st. | 10 st.  | <p>2023 har produktionsplaner upprättats på barnhälsovården, barn- och ungdomshälsan, barn- och ungdomsmedicinsk mottagning, hudkliniken, medicinkliniken på Länssjukhuset Ryhov, geriatrikklíniken på Länssjukhuset Ryhov, medicin- och geriatrikklíniken på Högländssjukhuset Eksjö samt medicin- och geriatrikklíniken på Värnamo sjukhus.</p> <p>Under tertial 2 uppdaterade barn- och ungdomshälsan produktionsplanen till följd av att de fått förändrat patientunderlag efter fördelning av patientgrupp från barn- och ungdomspsykiatrin.</p> <p>Under tertial 3 uppdaterade barnhälsovården produktionsplanen som en följd av övergången från PMO till Cosmic.</p> <p>Produktionsplaner är uppdaterade och godkända inför 2024 för de verksamheter som har infört KPS.</p> |

| Aktiviteter | Analys |
|---|--|
| Samtliga verksamheter inom Medicinsk vård ska ha en tidsplan för införande av KPS | <p>Under tredje tertialet har medicin- och geriatrikklíniken på Högländssjukhuset Eksjö, medicinkliniken på Länssjukhuset Ryhov, geriatrikklíniken på Länssjukhuset Ryhov och medicin- och geriatrikklíniken på Värnamo sjukhus genomfört metodmöte 4, vilket innebär att metodmöte 5 och möte 6 (avslut av införande) sker under 2024.</p> <p>Under 2024 planeras för att återstående 5 verksamheter skapar en tidsplan för införande av KPS. För 3 av dessa 5 verksamheter har överenskommelse (som inkluderar</p> |

| Aktiviteter | Analys |
|-------------|--|
| | <p>tidsplan) påbörjats; akutmottagningen på Höglandssjukhuset Eksjö, akutkliniken på Länssjukhuset Ryhov och akutmottagningen på Värnamo sjukhus.</p> <p>Två verksamheter återstår; barnkliniken och infektionskliniken.</p> |

Framgångsfaktorer: Professionell kunskap

Framgångsfaktorer: Forskning


| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|--|----------|---|---|
|  Antal forskarutbildade medarbetare | >30 | 33  | Verksamhetsområdet har en stor andel av de forskarutbildade medarbetarna inom Region Jönköpings län. Majoriteten av dessa är läkare. Två är sjuksköterskor, varav den ena även är docent. |
|  Antal publikationer | >40 st. | 40  | Medarbetare inom verksamhetsområdet har varit medförfattare till 40 artiklar. Med tyngdpunkt inom områdena infektions-, barn- och hudsjukdomar. |

Medarbetare

Arbetet med att nå Region Jönköpings läns mål att vara Sveriges bästa offentliga arbetsgivare med Sveriges bästa arbetsplatser fortsätter. En del i detta arbete är att fånga och analysera varför medarbetare ibland väljer att lämna Region Jönköping.





Strategiska mål: Sveriges bästa offentliga arbetsgivare med Sveriges bästa arbetsplatser

Framgångsfaktorer: Rätt kompetens och bemanning

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|-------------------|----------|--|---|
| Nämnd Årsarbetare | 1 760 | 1 867  | <p>Antalet faktiska årsarbetare uppgick under 2023 till 1 867 stycken. Föregående år 1 830 stycken. Faktiska årsarbetare har ökat med 37 stycken jämfört föregående år. En anledning till förändringen är lägre sjukfrånvaro.</p> <p>Jämfört med motsvarande period 2019 har faktiska årsarbetare ökat med 61 stycken. Ökad hyrbemanning sjuksköterskor, ökad bemanning från resurspoolen och ökad bemanning med anledning av RAK (rätt använd kompetens avseende verksamhets nära stöd) är inte inräknat i ökningen.</p> <p>Verksamhetsområdet kommer totalt sett behöva minska antalet faktiska årsarbetare till samma nivå som under första halvåret 2019 för att säkerställa en ekonomi i balans.</p> |

| Aktiviteter | Analys |
|---|---|
| Regelbundna möten genomförs med varje klinik inom verksamhetsområdet. | Regelbundna träffar med klinikerna är nu återigen igång. Fokus under året har varit att diskutera åtgärder för ekonomi i balans, detta fokus kommer att fortsätta under 2024. |

Uppdrag: Strategisk kompetensplanering

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|--|----------|--|--|
|  Kostnad för bemanningsföretag (hyrkostnad som andel av egna personalkostnader) | 2 % | 2,7 %  | Kostnaden för bemanningsföretag uppgick under 2023 till 44 mnkr. Föregående år 38 mnkr. Det innebär en ökning av kostnaden med 6 mnkr. Kostnaden för läkare har minskat med 3,6 mnkr och kostnaden för sjuksköterska har ökat med 8,4 mnkr. Det är i huvudsak fyra kliniker som har ökat kostnaderna jämfört med föregående år. Under de senaste månaderna har kostnaden minskat kraftigt. Vilket beror på att verksamheterna i princip har slutat att anlita hyrbemanningsföretag. Vilket är ett av uppdragen för en ekonomi i balans 2024. |
|  Personalomsättning (andel externa avgångar exkl pension) under de senaste 12 månaderna | 5 % | 7,6 %  | Verksamhetsområdet når inte målet för personalomsättningen, målet uppgår till 5 procent. Personalomsättningen uppgick till 7,6 procent. Personalomsättningen är något högre än för Region Jönköpings län som helhet. |

| Aktiviteter | Analys |
|--|---|
| Genomföra avgångsenkäter. | <p>Avgångsenkäter är genomförda under 2023, för verksamhetsområdet har 47 personer besvarat enkäten under 2023.</p> <p>Personalkategorier som svarat är sjuksköterskor (49 procent), undersköterskor (28 procent), vårdadministratörer (8 procent) samt ett fåtal läkare, chefer och administratörer. 17 personer som svarat slutar i Region Jönköpings län på grund av pension, övriga går vidare till privat eller kommunal verksamhet eller annan region. Enstaka ska studera eller arbeta inom hyrbemanning.</p> <p>De framgår av resultatet att flera som valt att sluta har angett att arbetstiderna är en betydande anledning till att man slutar.</p> <p>Även utvecklingsmöjligheter/karriär har haft betydelse i beslutet samt i vissa fall att man vill prova något nytt.</p> |
| Varje klinik upprättar kompetensplaner | <p>Uppdraget är att verksamhetsområdet ska upprätta en övergripande kompetensplan till sista oktober 2023. Verksamhetsområdet har upprättat en övergripande kompetensplan, mallar är framtagna för kompetensplanering och arbetet är igång på verksamhetsområdesnivå. 2024 kommer varje klinik göra kliniks specifika kompetensplaner.</p> |

Uppdrag: Kompetensutveckling hela arbetslivet



| Aktiviteter | Analys |
|--|---|
| Inventera behov av specialistutbildad personal | <p>När inventeringen gjordes inför 2023 uppskattade verksamheterna inom Medicinsk vård ett behov av 34 platser för specialistsjuksköterskor och 10 platser för specialistundersköterskor. Utav dessa tillsattes 27 utbildningsanställningar för sjuksköterskor och 7 för undersköterskor. Till den regionsgemensamma annonsen var det totalt 62 ansökningar till Medicinsk vård. Anledningar till att kandidater fått avslag är exempelvis att enheter rekryterat internt, ändrat behov i verksamheten eller att kandidater inte kommit in på utbildningen eller på annat sätt inte uppfyller kraven.</p> |

Uppdrag: Varje arbetsplats ska arbeta med "hur vi blir Sveriges bästa offentliga arbetsgivare" och "hur vi skapar bästa arbetsplatsen".

| Aktiviteter | Analys |
|-----------------------------|--|
| Skapar bästa arbetsplatsen. | <p>Under året som gått har flera aktiviteter genomförts för att skapa bästa arbetsplatsen.</p> <p>Implementeringen av nya regler för dygnsvila har genomförts. Detta för att säkerställa tillräcklig återhämtning och hälsosamma scheman för medarbetarna. Arbetet med implementeringen för läkarna pågår och de flesta verksamheter har lyckats lägga fungerande scheman. Start för läkarna avseende regler för dygnsvila är den 1 februari 2024.</p> <p>Under året har arbetet med friskfaktorer pågått. Verksamheterna i Eksjö har kommit igång med arbetet och vissa verksamheter på de andra orterna har också kommit</p> |

| Aktiviteter | Analys |
|-------------|--|
| | <p>igång. Fortsatt implementering under våren med stöd av HR-partner.</p> <p>Det nya samverkansavtalet har följts och samverkansgrupperna gör årlig utvärdering för att fortsätta förbättra arbetet.</p> |

Uppdrag: Hållbara arbetsvillkor och ökad andel heltidsarbetande

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|--|----------|---|--|
|  Andel heltidsanställda | 87 % | 83 %  | <p>Målsättningen är att 87 procent av samtliga anställningar ska utgå från heltid. 2023 avslutas med att verksamhetsområdet inte når målet fullt ut.</p> <p>Resultatet går åt rätt håll och stannar på 83 procent att jämföra med tidigare 82 procent. Arbete med att stödja chefer vid anställning och planering för heltid fortsätter.</p> |

Uppdrag: Lönebildning

| Aktiviteter | Analys |
|--|--|
| Information och fortlöpande utbildning till chefer | HR-partner ansvarar för att introducera och utbilda nya chefer i lönesättning samt information och utbildning inför varje löneöversyn. Särskilt fokus har ägnats utbildning och information om hur ett lönesamtal bör genomföras. Nu genomförda förhandlingar och avstämningar med samtliga berörda fackförbund visar att process och lönesamtal har fungerat väl. |



Uppdrag: Erbjudna praktikplatser och feriepraktikplatser i större omfattning

| Aktiviteter | Analys |
|---|---|
| Informera verksamheter om vikten att ta emot framtidens medarbetare | Uppdraget innebär att informera verksamheterna om att ta emot framtidens medarbetare. |

Framgångsfaktorer: En god arbetsmiljö och hälsa

Uppdrag: Arbeta med friskfaktorer



Uppdrag: Ett välfungerande systematiskt arbetsmiljöarbete (SAM) i vardagen.

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|--|----------|--|---|
|  Personhälsa - Sjukfrånvaro % | 5,5 % | 6,1 %  | <p>Arbete pågår för att minska sjukfrånvaron, bland annat som ett led i ekonomi i balans. Arbete med att kontinuerligt följa upp sjukfrånvaron och möjliggöra för tidiga insatser för att ge förutsättningar för återgång i arbetet. HR-partner stödjer i arbetet. Verksamhetsområdet når inte målet om 5,5 procent. Sjukfrånvaron för 2023 uppgår till 6,1 procent. Föregående år 7,6 procent.</p> |

Uppdrag: Tidiga insatser och arbetsanpassning.

| Aktiviteter | Analys |
|---|---|
| Implementera nya rehabiliteringsprocessen | Under året har chefer fått information om den nya rehabiliteringsprocessen. HR-partner har informerat om möjlighet till omtankessamtal redan vid tredje sjuktilfället. Blankett för samtal vid upprepad korttidsfrånvaro har används i de fall det varit aktuellt. Några verksamheter har haft en högre korttidsfrånvaro och där har riktade insatser mynnat ut i nya rutiner, som bland annat tätare kontakt med medarbetarna. |

Uppdrag: Ett närvarande, tillitsfullt och engagerat ledarskap.

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|--|----------|---|--|
|  Arbetstillfredsställelse (HME) | 78 % | 77 %  | Verksamhetsområdet når inte målet om 78 procent för arbetstillfredsställelse (HME). Arbetstillfredsställelsen uppgår till 77 procent. Målsättningen är att verksamheterna fortsätter sitt arbete med resultatet från medarbetarundersökningen 2023, för att under 2024 nå målet på 78 procent eller högre. |

| Aktiviteter | Analys |
|--|--|
| Arbeta med chefs förutsättningar för ett Hållbart chefskap | Arbetet med att ge bättre förutsättningar för chefer fortsätter. Vissa av de verksamheter där chefer har många medarbetare har verksamhetschefen haft möjlighet att inom budgetramen utöka med fler chefer. Dialoger med enheter som har utökat antal chefer visar på positiva effekter för chefs arbetsmiljö. Verksamhetsområdet kommer att fortsätta detta arbete där möjligheter finns och där behoven är som störst. |

Ekonomi



Verksamhetsområdet har inte lyckats vända den negativa ekonomiska trenden som uppkom under coronapandemin. Ett arbete har under 2023 startats för en ekonomi i balans 2024.

Verksamhetsområdet redovisar ett budgetunderskott om 98,9 miljoner kronor.

Strategiska mål: God och hållbar hushållning

Framgångsfaktorer: Kostnadseffektiv verksamhet

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|--|----------|---|---|
|  Ekonomi i balans | 0 tkr | -98 904 tkr  | <p>Verksamhetsområdet redovisar ett budgetunderskott om 98,9 mnkr för 2023. För perioden december redovisas ett budgetöverskott om 1,1 mnkr. Under december erhöles tillgänglighetsersättning om 5 mnkr.</p> <p>Orsaken till den ekonomiska obalansen beror främst på:</p> <ul style="list-style-type: none">• En för hög nivå av antal faktiska årsarbetare (cirka 70 stycken för många)• Ökade lönekostnader jämfört med 2019 i fast pris (133 mnkr, 9 procent)• Varav ökade kostnader för övertidsarbete jämfört med 2019 (31 mnkr, 92 procent)• Ökade kostnader avseende bemanningsföretag jämfört med 2019 (34 mnkr, 351 procent)• Budgetunderskott läkemedel (11,7 mnkr) <p>Lönekostnaderna och hyrbemanning jämförs med 2019 då detta är ett år som inte är påverkat av coronapandemin samt att det är denna nivå som verksamhetsområdet bör sträva mot för att nå en ekonomi i balans.</p> <p>Tillgänglighetsersättning har erhållits med 8,4 mnkr samt ersättning med 10,2 mnkr för ett minskat antal överbeläggningar och utlokaliserade patienter till andra avdelningar. Återhämtningsbonus 2,4 mnkr och övriga statsbidrag 3,5 mnkr. Tilläggsbudget avseende läkemedel har erhållits med 25 mnkr. Även tilläggsbudget har erhållits i september med 10 mnkr avseende barn och ungdomshälsans (BUH) utökat uppdrag. BUH har under 2023 tagit över patienter från barn och ungdomspsykiatri (BUP).</p> <p>Kostnader på grund av coronapandemin har minskat kraftigt och i princip upphört. Förändrat beteende inom diagnostiken avseende utförda undersökningar kan konstateras med anledning av coronapandemin. Kostnaden för röntgenundersökningar har ökat med 2 procent och kostnaden för laboratorieprover har ökat med 4 procent utöver index jämfört med föregående år. Övertidskostnaden har under 2023 minskat med 7 mnkr (9 procent) jämfört med föregående år. Jämfört med 2019 har övertidskostnaden ökat med 31 mnkr (92 procent).</p> <p>Kostnaderna avseende hyrbemanning har under hösten minskat i enlighet med verksamhetsområdets handlingsplan för en ekonomi i balans 2024.</p> <p>Att vända budgetunderskottet till en ekonomi i balans kommer att kräva konkreta insatser för de verksamheter</p> |

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|----------------------------------|----------|---|--|
| | | | som inte är i balans. Verksamhetsområdet har påbörjat arbetet med berörda verksamheter för en ekonomi i balans. Verksamhetsområdet planerar för en balans i ekonomin under 2024. |
| Nämnd Kostnad per DRG Öppenvård | 67 000kr | 65 454kr  | Kostnaden per DRG (diagnos relaterade grupper) inom öppenvården har ökat med 1,4 procent jämfört med föregående år. En anledning till att verksamhetsområdet når målet är ett ökat antal besök. |
| Nämnd Kostnad per DRG slutenvård | 76 000kr | 83 165kr  | Kostnaden per DRG (diagnos relaterade grupper) inom slutenvården har ökat med 3 procent jämfört med föregående år. Verksamhetsområdet når inte målvärdet. Vilket till stor del beror på ökade lönekostnader som inte motsvaras av motsvarande ökning i produktionen. |

| Aktiviteter | Analys |
|---|--|
| Handlingsplan för ekonomi i balans | En handlingsplan för en ekonomi i balans 2024 är färdigställd under första halvåret 2023 och effekten av dessa åtgärder kommer att synas under 2024. Under maj 2023 jobbade ledningsgruppen inom Medicinsk vård med aktiviteter i handlingsplanen. De huvudsakliga aktiviteterna avser hyrbemanning, övertidskostnader, antal anställda samt även diagnostik och kvalitetsbristkostnader. |
| Kostnadseffektiv läkemedelsbehandling | Målsättningen är att berörda verksamheter ska genomfört en läkemedelsdialog med representanter från läkemedelskommittén under 2023. Uppföljning sker tertialvis. Fyra klinik har under 2023 genomfört läkemedelsdialog. Antalet genomförda dialoger med klinikerna är tillfredsställande. Några kliniker hade dialoger 2022 och ansåg inte att det behövdes under 2023. Men dessa kliniker kommer att planera in dialoger 2024. Dialogerna är mycket värdefulla för klinikerna bland annat när det avser att bedriva en kostnadseffektiv läkemedelsanvändning. |
| Utveckla modell för ekonomistyrning | Arbetet med att utveckla och beskriva/synliggöra verksamhetsområdets ekonomistyrmodell är påbörjad och ska under 2024 kommuniceras inom verksamhetsområdet. Målet är att få en systematisk styrning av ekonomin. |
| VO Ekonomiuppföljningar med verksamheterna. | Ekonomiuppföljningar genomfördes under 2023 med respektive verksamhet. Två träffar med respektive verksamhet var inplanerade under 2023. Ledningsstaben för verksamhetsområdet bjuder in ledningsgruppen för respektive verksamhet. Målet med träffarna är att följa upp verksamheternas ekonomi och diskutera vad som behöver göras för att styra ekonomin i rätt riktning. |

Verksamhetsberättelse 2023

Psykiatri, rehabilitering och diagnostik

Dnr RJL 2023/27
Micael Edblom, Sjukvårdsdirektör
Psykiatri, rehabilitering och diagnostik
Region Jönköpings län, Box 1024, 551 11 Jönköping
© Region Jönköpings län, www.rjl.se

Innehållsförteckning

| | |
|--|-----------|
| Inledning | 4 |
| Medborgare och kund | 6 |
| Strategiska mål: Bästa plats att växa upp, leva, verka och åldras på..... | 6 |
| Process och produktion | 13 |
| Strategiska mål: Enklare vardag för invånare och medarbetare..... | 14 |
| Strategiska mål: Bästa möjliga kvalitet | 17 |
| Lärande och förnyelse | 25 |
| Strategiska mål: Bäst på att förbättra och förnya..... | 25 |
| Medarbetare | 29 |
| Strategiska mål: Sveriges bästa offentliga arbetsgivare med Sveriges bästa arbetsplatser | 29 |
| Ekonomi | 33 |
| Strategiska mål: God och hållbar hushållning | 33 |

Inledning

Psykiatri, rehabilitering och diagnostik består av länsklinikerna barn och ungdomspsykiatri (BUP), habiliteringscentrum, klinisk fysiologi, laboratoriemedicin, rehabiliteringscentrum, rehabiliteringsmedicin och röntgen. De tre vuxenpsykiatriska klinikerna utgår från respektive länsdel. Inom habiliteringscentrum finns förutom barn- och vuxenhabilitering även tolkcentral, syncentral och hörselhabilitering. Laboratoriemedicin är samlingsbegrepp för klinisk kemi, mikrobiologi, immunologi, patologi och transfusionsmedicin.

Verksamhetsområdet omsluter ca 2,4 miljarder kronor varav 1,4 miljard är budgetram och resterande del finansieras genom köp från andra enheter.

Faktiska årsarbetare är 1 953, en ökning med 75 jämfört med förra året. Ökning beror på nya anställningar och minskad sjukfrånvaro. BUP, vuxenpsykiatri samt rehabiliteringscentrum har budgetförstärkning för ökade uppdrag. Röntgen har ökat på basen av större maskinpark och ett ökat remissinflöde. Ökning inom rättspsykiatri och det neuropsykiatriska området kompenseras med budgetförstärkning 2024. Det har gjorts en stor satsning på ST-läkare inom röntgen och de psykiatriska verksamheterna för att långsiktigt klara egen bemanning.

Remisser för allt mer komplex diagnostik ökar vilket skapar utmaningar i bemanning och svarstider. Tillgänglighet och resurseffektivitet bedöms som hög i nationell jämförelse. Röntgens kostnader för bemanningsföretag har fortsatt att öka och utmaningen med en attraktiv marknad för distansarbete är tydlig. Digitalisering innebär samtidigt stora möjligheter för nationell och internationell distansgranskning. Tack vare upphandling av extern granskning patologi har svarstider förbättrats under året.

Neuropsykiatriska frågeställningar fortsätter öka hos både barn och vuxna. Inom vuxenpsykiatri är volymen numera större än psykiatriska tillstånd. Remisser avseende psykisk ohälsa hos barn fortsätter öka. Den successiva etableringen av primär nivå för barn och unga psykisk hälsa möjliggör en triagering direkt till den primära nivån vilket möjliggör för specialistvården att använda sina resurser rätt. Tempo i förändringsprocessen är långsam på basen av utmaningar i kompetensförsörjning, lokaler och budgetöverenskommelser.

Digitaliseringsarbetet har resulterat i nya arbetssätt inom flera områden. Webbtidbok, digitala kallelser, stöd- och behandlingsplattform, e-hälsosamtal och skärmar för teckenspråkstolk vid videosamtal och träningsprogram via 1177 är några exempel. Verksamhetsområdet driver arbetet med digitala testblanketter och egenregistrering via nätet. En utveckling som förväntas öka säkerhet, kvalitet och spara administrativ tid för medarbetare, inte minst psykologer. Närhet och tillgänglighet i det dagliga arbetet över länet har förbättrats tack vare videomöten. Taligenkänning har inom rehabiliteringscentrum resulterat i att vårdadministratörers kompetens kan användas bredare i verksamheten och stöd till chefer. Verksamhetsnära data för analys och informationsdriven verksamhetsutveckling har utvecklats inom flera verksamheter och skapar ett engagemang bland chefer och medarbetare.

Anställning av personer med egen erfarenhet av sjukdom och skada finns numera i flera verksamheter. Individuella vårdplaner är centrala i samarbetet med patienterna, men patientjournalens struktur gör det fortfarande svårt att få vårdplanen som välfungerande bas i patientarbetet.

Antalet disponibla vårdplatser har varit lägre än planerat på grund av svårigheter att rekrytera sjuksköterskor och skötare till heldygnsvården. Beläggingsgraden har ökat något men ligger inte högre än 82 procent och överbeläggningar är sällan förekommande. Psykiatrisk vårdjour fortsätter skapa trygghet i närmiljö och bedöms minska behovet av heldygnsvård, liksom självvald inläggning. Söktrycket på psykiatrisk akutmottagning är väsentligen oförändrat. Rättspsykiatrisk vård har ökat varför ytterligare 10 vårdplatser har etablerats under året. Arbetet mot våld i nära relationer inkluderar numera både utövare, de drabbade, involverade barn, samt hedersrelaterat våld.

Förändrade lokalbehov ställer stora krav på flexibilitet och nytänkande. Flera verksamheter har flyttat administrativa resurser utanför egna lokaler för att frigöra yta för patientverksamhet på

sjukhusområdet. I Värnamo har BUP under hösten flyttat till lokaler i centrum. Nybyggnation för vuxenpsykiatri samt för habiliteringscentrum har påbörjats på sjukhusområdet i Värnamo. Rättspsykiatrisk vård har tillfälligt tagit över befintliga vårdlokaler i väntan på annan lokal i Jönköping. Etablering av paviljonger för vuxenpsykiatriens öppenvård i Jönköping har påbörjats och förväntas stå klara första kvartalet 2024.

Laboratoriemedicin är en etablerad universitetssjukvårdsenhet och har verksamhetsnära forskning och utveckling som central del i ett kontinuerligt utvecklings- och förbättringsarbete. Ett systematiskt kvalitetsarbete genom ackreditering och certifiering upprätthålls av klinisk fysiologi, laboratoriemedicin, röntgen, och rehabiliteringsmedicinska kliniken.

Tillgänglighet är en stor utmaning där det samtidigt ses en stadig positiv utveckling som inte alltid syns i aktuella mätetal, men visas genom allt kortare medelväntetider och färre väntande till både nybesök, utredning och behandling. Tillgängliga realtidsdata synliggörs i verksamheterna via så kallade dashboards och skapar engagemang bland medarbetare och chefer.

Måluppfyllelse ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet

| | 2023-12-31 | Andel | 2022-12-31 | Andel |
|---------------------------------------|------------|-------|------------|-------|
| Antal mätetal som är uppfyllda | 10 | 37% | 6 | 27% |
| Antal mätetal som är delvis uppfyllda | 8 | 30% | 4 | 18% |
| Antal mätetal som inte är uppfyllda | 9 | 33% | 12 | 55% |
| Antal mätetal som mäts | 27 | 100% | 22 | 100% |

Totalt antal mätetal avseende nämnd och systemmätetal under 2023 är 27 stycken. Andelsmässigt har mätetal som värderas som uppfyllda ökat från 27 procent till 37 procent. Andel mätetal där målsättningar delvis nås har även de ökat från 18 procent till 30 procent. Andel mätetal där området inte når sina mål har minskat från 55 procent till 33 procent.



Områden där målsättningarna inte nås återfinns inom BUP där samtliga tre mätetal är röda. Väntetiderna till besök, utredning och behandling har dock förbättrats betydligt liksom antal väntande. Remissinflödet via En Väg in har fortsatt att öka och det är fortsatt svårt att rekrytera psykologer för utredningsarbete. Andra mätetal som värderas röda är ekonomiskt resultat, kostnad för bemanningsföretag, sjukfrånvaro och vårdplaner. Den stora satsningen på ST-läkare gör att det finns ett omfattande behov av hyrläkare för att säkerställa specialistkompetens och handledning. Även tillgängligheten till undersökningar inom klinisk fysiologi är värderade som röd.

Medborgare och kund

Vi arbetar med att stärka invånarens egna resurser och erbjuda en jämlik, säker och personcentrerad vård där individuell vårdplan och patientkontrakt är centrala. Vi arbetar personcentrerat utifrån en helhetssyn där vi beaktar både fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov och är till för alla. Samskapande är centralt för att vi över verksamhetsgränser, ska stödja invånare till bättre hälsa och förebyggande åtgärder för undvikbar sjukvård. Särskilt viktig är det förebyggande arbetet för barn och ungas hälsa. Anställning av personer med egen erfarenhet från sjukdom eller skada skapar trygghet för patienterna samt förbättrar medvetenheten hos medarbetare avseende patienternas behov. Aktuella resultat i verksamheten synliggörs genom digitala resultattavlor för att skapa engagemang hos medarbetare för en förbättrad tillgänglighet och förbättrade resultat.

Strategiska mål: Bästa plats att växa upp, leva, verka och åldras på


Framgångsfaktorer: Nöjda kunder och intressenter

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|---|----------|--|---|
|  Patienttillfredsställelse - andel nöjda patienter | 80 % | 88,6  | <p>Under slutet av 2022 genomfördes Nationell patientenkät Rehabilitering och hjälpmedel inom rehabiliteringscentrum avseende barn, unga och vuxna. Resultatet blev tillgängligt i början av 2023. Det här var första gången verksamheten deltog och därför finns inga jämförande resultat från tidigare mätningar.</p> <p>Dimensionen Helhetsintryck ger en poäng* på 88,6 på en 100-gradig skala. Resultatet ligger något över rikssnittet på 87,3 och ger en tredje plats i landet. Jämfört med rikssnittet har rehabiliteringscentrum högre poäng i fem av sju dimensioner, med marginell skillnad i övriga två.</p> <p>Samtliga sju dimensioner i undersökningen har en poäng på över 80, vilket får anses vara ett bra resultat. Dimensionerna Helhetsintryck (88,6), Respekt och bemötande (92,9) och Tillgänglighet (87,4) har högst poäng. Dimensionerna Emotionellt stöd (80,6) och Delaktighet och involvering (80,5) har lägst poäng.</p> <p>Resultaten från undersökningen har analyserats i verksamheten och förbättringsområden har identifierats på enhetsnivå.</p> <p>* Dimensionspoängen representerar medelvärdet av alla frågor inom dimensionen.</p> |

| Aktiviteter | Analys |
|---|---|
| Utvecklingsarbete kring prioriterade förbättringsområden efter nationella patientenkäten. | Under 2022 genomfördes Nationell patientenkät psykiatri inom psykiatrisk öppenvård och slutenvård för vuxna samt barn- och ungdomspsykiatrisk vård (BUP). Resultaten från undersökningarna har analyserats inom respektive klinik och förbättringsområden har identifierats på enhetsnivå. Arbetet med åtgärder har påbörjats under året, bl a för att förbättra bemötande och närståendeinvolvering. |

Uppdrag: Fortsätta implementeringen av Patientkontraktet som innebär en gemensam överenskommelse mellan patient och vårdgivare.

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|---------|----------|----------|--------|
|---------|----------|----------|--------|





| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|--|-----------|--|---|
| VO Antal upprättade överenskommelser - uppföljning | 40 200 st | 42 624 st.  | <p>Mätetal som följer utvecklingen av användandet av överenskommelser i patientens journal som en del i arbetet med patientkontrakt. Högt mål satt för verksamhetsområdet där vår ambition var att samtliga verksamheter skulle dubbla antalet överenskommelser jämfört med föregående år. Målet för året uppnått.</p> <p>Flera verksamheter inom området har idag även andra sätt att fånga patientkontraktets olika delar i patientens journal. Arbete pågår för att inkludera överenskommelsen även i deras arbetssätt för att kunna följas upp på samma sätt. Exempel på andra kända arbetssätt är rehabiliteringsplan, rehabiliteringsplan och psykiatri vårdplan.</p> |

| Aktiviteter | Analys |
|---|---|
| Fortsätta arbetet med att införa patientkontraktets olika målsättningar. | <p>Samtliga verksamheter inom området som bedriver vård arbetar aktivt med patientkontraktets olika delar.</p> <p>Inom de psykiatriska verksamheterna är psykiatri vårdplan det huvudsakliga verktyget för att fånga överenskommelse med patienten, fast vårdkontakt, plan för vården och annan viktig samlad information. Patienten har planen tillgänglig via journalen i 1177. Ofta förekommer även tid i handen under pågående vårdprocess inom öppenvården där patient och behandlare bokar nästa tid direkt i anslutning till besöket.</p> <p>Inom rehabiliteringsmedicin används rehabiliteringsplanen som deras viktigaste arbetsredskap tillsammans med patienten där man likt psykiatrin fångar överenskommelser med patienten, kontaktperson/patientstödare, plan för vården och patientens målsättningar med rehabiliteringen. Samtliga patienter som är aktiva inom heldygns- eller dagvårdsrehabilitering har en rehabiliteringsplan som revideras med täta intervall och där patientens inflytande och deltagande är stort.</p> <p>Inom rehabiliteringscentrum och habiliteringscentrum används rehabiliteringsplan och habiliteringsplan när det finns behov. Båda verksamheter har samtidigt ett aktivt arbete med att öka användning av överenskommelsen som regionen utformat i Cosmic som stödjer arbetet med patientkontraktets olika målsättningar.</p> |
| Fortsatt utvecklingsarbete för att förbättra patient- och närståendeinflytande. | <p>Inom verksamhetsområdet erbjuds patienter och närstående att medverka på flera olika sätt. Tillvägagångssätten skiljer sig åt beroende på verksamheternas olika uppdrag.</p> <p>Målsättningen är att patienter och/eller närstående alltid ska vara representerande i arbets- och/eller referensgrupper inom olika utvecklingsinitiativ och här är Levande bibliotek och Peer-nätverket viktiga kompetensnätverk.</p> <p>Inom de vuxenpsykiatriska klinikerna samt inom rehabiliteringsmedicin finns flera anställda med egen erfarenhet av sjukdom eller skada. Region Jönköpings läns och länets kommuners samverkansprojekt "peer support" har resulterat i att det nu finns fem personer anställda som peer support vid de psykiatriska klinikerna.</p> <p>I arbetet med avvikelse- och synpunktshantering samt vid risk- och händelseanalyser är det allt vanligare att patient och/eller anhöriga kontaktas för att medverka i analysarbetet.</p> |

| Aktiviteter | Analys |
|-------------|---|
| | <p>Inom länets psykiatriska kliniker, habiliteringscentrum, rehabiliteringscentrum och rehabiliteringsmedicin finns olika former av inflytanderåd och samverkan med patient- och brukarorganisationer.</p> <p>Patient- och närståendebildningar genomförs kontinuerligt, främst inom länets psykiatriska kliniker, habiliterings- och rehabiliteringsverksamheter.</p> <p>Arbetet med att säkerställa tillgång till en aktuell och individuell vårdplan och rehabiliteringsplan är fortsatt i fokus. Inom några verksamheter är det redan en självklarhet att patienten är delaktig i framtagandet av sin vård-/rehabiliteringsplan. Inom andra verksamheter pågår utveckling av arbetssätten för att i högre grad samskapa underlagen. Inom ramen för arbetet kopplat till patientkontrakt pågår ett utvecklingsinitiativ med målet att det ska vara "lätt att dokumentera rätt" samt att vårdplanen och överenskommelsen ska vara lättillgänglig i patientens journal.</p> <p>Inom diagnostikverksamheterna är det särskilt angeläget med nära samverkan med remittenterna kring service- och analyskvalitet i bland annat utformande av remiss och svar. Diagnostikverksamheterna ingår inte i de nationella patientenkäterna, varför de har upprättat egna rutiner för att fånga patient- och kundnöjdhet via väntrumsenkäter och kunddialoger.</p> |

Framgångsfaktorer: God tillgänglighet

Uppdrag: Förbättra tillgängligheten till vården utifrån systemmätetal och mål för verksamheterna.

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|--|----------|---|--|
| Nämnd Väntetid till undersökning inom 30 dagar, radiologi | 90 % | 75 %  | Tillgängligheten till undersökningar ligger något under målvärdet, trots insatser av hyrpersonal och externa resurser. Medianväntetiden ligger på 17 dagar. Väntetiden är längst inom MR, där medianväntetiden är 25 dagar. |
| Nämnd Väntetid till undersökning inom 30 dagar, klinisk fysiologi | 90 % | 56 %  | <p>Under slutet av året har tillgängligheten försämrats då antalet remisser ökat och det har inte varit möjligt att öka antalet utförda undersökningar i motsvarande omfattning. Det är framförallt UKG, spirometri och neurografier som försämrats vad gäller tillgänglighet.</p> <ul style="list-style-type: none"> • UKG: 48% • Långtids-EKG: 75% • Arbetsprov: 90% • Spirometri: 64% • Neurografier: 51% • Bentäthet : 80% |
| Nämnd Fått hjälp och lämnat akutmottagningen inom 4 timmar | 90 % | 88 %  | Resultatet för året är i nivå med målvärdet och håller sig stabilt över längre tid. Mätningen avser de psykiatriska akutmottagningarna i Eksjö och Jönköping då Värnamo har bokade tider på akuten. Den största skillnaden består av att det endast är akuten i Jönköping som har öppet dygnet runt. |
|  Faktisk väntetid | 80 % | 69 % | Resultatet för året är en bit ifrån målet men bättre jämfört |

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|--|----------|---------------|---|
| till första besök inom 60 dagar i specialiserad vård nationell rapportering. | | ◆ | med föregående år. Lägre produktion under sommarmånaderna påverkar resultatet för året negativt, vilket är en variation som återkommer årligen. God återhämtning under hösten där målet överträffas de sista tre månaderna. Ett par verksamheter har utmaningar på enstaka enheter där handlingsplaner finns och förbättringsarbete pågår. |
| 🔴 Genomförda återbesök inom medicinskt måldatum | 90 % | 84 % ◆ | Tillgängligheten är god, stabil och i nivå med samma period föregående år. Viss utmaning finns inom flera av områdets verksamheter där vi ser en stor andel ombokade besök samt i vissa fall även behov av prioriteringar av akut verksamhet som gör det utmanande att nå tid för återbesök inom måldatum. Det finns också en omfattande volym av sena återbud och uteblivna besök som påverkar resurseffektiviteten. |
| VO Medelsvarstid oprioriterad histopatologi ("rutinprover") | 28 dagar | 30 dagar ◆ | Satsningen på att öka antalet rutinanalyser som skickas till extern leverantör har medfört radikalt förbättrade medelsvarstider, från 111 dagar i januari 2023 till 30 dagar i december 2023. Detta är ett nytt mätetal för året. |
| VO Medelsvarstid SVF histopatologi | 10 dagar | 14 dagar ◆ | Medelsvarstiden 14 dagar når inte målet. Laboratoriet arbetar med flera åtgärder för att förbättra flödet, bl a genom att skicka fler oprioriterade prover till extern utförare. Målvärdet är satt till ett medelvärde av olika SVF-ledtidsmål. Detta är ett nytt mätetal från och med januari 2023. |
| VO Medelsvarstid snabbsvar histopatologi | 3 dagar | 7 dagar ■ | Medelsvarstiden för snabbsvar histopatologi ligger på 7 dagar. Patologilaboratoriet arbetar med flera åtgärder för att förbättra flödet, bland annat genom att skicka fler oprioriterade prover till extern utförare. Detta är ett nytt mätetal från och med januari 2023. |



Uppdrag: Arbeta aktivt med att ta hand om den uppskjutna vården och säkra tillgängligheten till operation genom att förstärka de egna resurserna.


| Aktiviteter | Analys |
|--|---|
| Förbättringsarbete för att öka tillgängligheten till MR i narkos för barn. | För att frigöra mer utrymme för MR i narkos för barn, har ett arbete genomförts för att erbjuda MR i narkos för vuxna vid samtliga tre sjukhus. Eksjö tar även emot patienter från Ryhovs upptagningsområde. Resultatet är en ökad tillgänglighet till MR i narkos för barn, men dialog med barnkliniken pågår för att undersöka om det går att frigöra ytterligare tider. Hittills har det varit svårt att lösa p g a resursbrist. |

Uppdrag: Under mandatperioden ska Region Jönköpings län säkra akutvårdkedjan för att patienter ska få ett snabbare och säkrare omhändertagande i hela länet.

| Aktiviteter | Analys |
|---|---|
| Utvecklingsarbete för att förbättra prioriterade områden inom akutvårdsprocesserna. | Delaktighet i utformande av uppdrag och bemanning av program, delprogram för att utveckla akutprocessen från första kontakt till sjukhusresurs. |

Uppdrag: Arbeta aktivt med att förbättra tillgängligheten till utredning och behandling inom barn- och ungdomspsykiatri, barn- och ungdomshabiliteringen samt tillgängligheten till barn- och ungdomshälsan.

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|---|----------|---|---|
| Nämnd Faktisk väntetid till utredning till barn- och ungdomspsykiatrisk vård inom 30 dagar | 90 % | 2 %  | <p>Mätetalet visar tillgänglighet till utredning för barn och unga som väntar på utredning på BUP och habiliteringscentrum.</p> <p>Resultatet för året är långt ifrån målvärdet och i nivå med föregående år. Medelväntetiden för utredning sjunker däremot stadigt, vilket ännu inte syns i detta mätetal. Aktuell medelväntetid till utredning är 78 dagar. Under 2023 fick 66 % av barnen en utredning inom 90 dagar jämfört med 24% föregående år. Antal genomförda utredningar under 2023 är 1115 st vilket är 150 fler än föregående år. BUP står för hela den ökningen. Antal väntande är 382 barn, vilket är 60 barn färre än föregående år.</p> <p>Upphandling av fler externa utredningsleverantörer påbörjades under hösten för att hantera fortsatt högt inflöde. Planeringen för BUP är att med hjälp av externa utförare kunna producera fler utredningar än prognosticerat remissinflöde. Tillsammans med en utvecklad triagering där fler barn får stöd på en primär nivå har målet varit att nå målet innan slutet av 2023. Målet är ej uppnått men medelväntetid minskar och arbete fortsätter mot måluppfyllelse 2024.</p> <p>BUP har fortsatt stora utmaningar med rekrytering av specialistpsykologer, vilket under en lång tid haft påverkan på den egna kapaciteten att genomföra utredningar. Handlingsplan finns och arbete pågår. Strategiska delar i handlingsplanen är förutom rekrytering av viktiga funktioner, förändrade arbetssätt internt samt omtag i arbetet med en alternativ process för att korta ner utredningstiden.</p> <p>Även habiliteringscentrum har långa väntetider till neuropsykiatriska utredningar och där finns också utmaningar i att rekrytera nyckelresurser för att öka den egna kapaciteten. Det är dessutom svårt att hitta extern kompetens att upphandla för de allra yngsta barnen som behöver utredning vid habiliteringscentrum. Habiliteringscentrum är delaktiga i ny upphandling som påbörjats under hösten.</p> |
| Nämnd Faktisk väntetid till behandling till barn- och ungdomspsykiatrisk vård inom 30 dagar | 90 % | 26 %  | <p>Totalt har 417 behandlingsinsatser startats upp under året (fler har startat upp men ingår inte i mätningen enligt ovan). Tillgängligheten för dessa ser ut enligt följande: 21% fick tid inom 30 dagar (10% 2022) 36% fick tid inom 60 dagar (20% 2022) 52% fick tid inom inom 90 dagar (32% 2022)</p> <p>Antal väntande vid slutet av året har minskat från 431 st till 332 st jämfört med förra året trots ökat remissinflöde. Uppstarten av primär nivå är en av anledningarna till att antalet väntande har minskat.</p> <p>Siffror redovisar inte totalbilden utan endast den utdata som inkluderas i SKR:s riktlinjer för tillgänglighetsmätning, dvs de som väntar på en första behandling.</p> |

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|---|----------|---|--|
| Nämnd Faktisk väntetid till besök inom 30 dagar till barn och ungdomspsykiatrisk vård | 90 % | 72 %  | <p>Mätetalet visar väntetid till både BUP och habiliteringscentrum. Tillgänglighet till första besök är ännu en bit ifrån målvärdet men en förbättring med 20% jämfört med föregående år. Utmaningar med tillgängligheten vid årets början men därefter ses en positiv trend och målet uppnås i oktober och november samt är nära målvärdet i december.</p> <p>Totalt har 1532 besök genomförts under året varav drygt 1300 på BUP. Totalt har det gjorts något färre besök jämfört med föregående år och minskningen har skett inom båda verksamheterna. Habiliteringscentrum har ett mindre patientflöde varför också ett fåtal patienter påverkar utfallet till stor del.</p> <p>Aktuell medelväntetid till första besök på BUP är 22 dagar. Aktuell medelväntetid till första besök på habiliteringscentrum är 33 dagar. Antal väntande till första besök vid slutet av året är 154, vilket är drygt 50 färre jämfört med föregående år.</p> |

| Aktiviteter | Analys |
|---|--|
| Fortsatt utveckling av arbetssätt och remissfördelning från En väg in barn och unga psykisk hälsa | <p>Under året har arbete pågått för att ta fram nya riktlinjer för triagering mellan BUH och BUP i och med att Primär nivå för barn- och unga med psykisk ohälsa har börjat byggas upp. Nytt triageringsdokument har tagits fram för En Väg In och arbete enligt den nya modellen har pågått sedan mitten av april. Den nya modellen innebär att patienter med högre funktionsnivå och lätt till måttliga besvär kan triageras till den primära nivån och ger samtidigt möjlighet till stegvis vård för patienter som tidigare triagerades till specialistvården. Möjligheten till parallella insatser på olika vårdnivåer har förstärkts. Under hösten går det att följa en ökad volym av patienter direkt till BUH vilket tros vara effekter av den nya triageringsmodellen. Patienter med NP-frågeställning kan nu triageras direkt till utredning utan föregående nybesök. Remissinflödet har fortsatt att öka jämfört med året innan.</p> |

Uppdrag: Fortsätta bygga ut utredning och behandling för neuropsykiatri hos barn och unga.

| Aktiviteter | Analys |
|---|---|
| Öka egen kapacitet för utredning och behandling för neuropsykiatri. | <p>Utvecklingsarbete pågår inom flera områden. Arbetet med att förbättra tillgängligheten till utredning sker både med egna resurser och köpta utredningar. I dagsläget behöver egen kapacitet prioriteras för att ta hand om behandling efter utredning. Utmaningar finns avseende rekrytering för att förstärka egen utredningskapacitet, framförallt psykologer. Samverkan med kompetensförsörjningsenheten pågår avseende psykologrekrytering, men även för att förstärka kapacitet för uppföljning och behandling efter utredning. Att starta primär nivå för barn och unga med psykisk ohälsa blir strategiskt viktigt för att frigöra resurser på BUP att öka den egna kapaciteten att genomföra fler utredningar och korta köer till behandling. Angeläget för BUH att hitta större lokaler både i Jönköping, Värnamo och Nässjö för att göra</p> |

| Aktiviteter | Analys |
|-------------|--|
| | det möjligt för verksamheten att växa i enlighet med uppdraget |

Framgångsfaktorer: God och jämlik hälsa

Uppdrag: Säkerställa att verksamheter som är centraliserad inom regionen, når länets invånare jämlikt.

| Aktiviteter | Analys |
|--|--|
| Kartlägga centraliserade länsprocesser inom berörda verksamheter, för att vidta förbättringsåtgärder inom områden där resurser inte erbjuds jämlikt till invånare. | Arbetet är påbörjat inom rehabiliteringsmedicinska kliniken, vars analys av geografisk tillgänglighet visar ojämlik tillgång till rehabiliteringsmedicinska insatser i form av heldygnshabilitering och dagrehabilitering. Främst återfinns skillnader inom gruppen hjärnskador. Läkarmöten med neurologer Jönköping och Värnamo har genomförts under hösten. Möte kommer även att erbjudas till neurologerna på Höglandssjukhuset. Införande av PSVF stroke del 2 samt traumatiska hjärnskador förväntas kunna ha en positiv påverkan på geografisk tillgänglighet när flödena blir genomlysta. |

Process och produktion

Vi arbetar för en enklare vardag där digitaliseringens möjligheter bidrar till förändrade arbetssätt. I samarbete med primärvård och kommun skapar vi förutsättningar för att stödja invånare till god hälsa och ett bra liv. Samtidigt jobbar vi för trygga och säkra vårdövergångar och rehabiliteringsprocesser. Arbetet inom sjukvårdsregionen prioriteras för att svara upp mot patientlöften och resurseffektivt implementera vårdflöden för bästa möjliga kunskap vid möte med patient. Klinikerna arbetar för en jämlik vård där verksamhet och kompetens säkerställs på de tre akutsjukhusen.

Patientsäkerhetsarbete, liksom forskning och utbildning, är centralt i arbetet med ständiga förbättringar av processer och system för att stödja säkra arbetssätt med hög kvalitet.

Patient- och närståendeinflytande prioriteras genom anställning av personer med egen erfarenhet av sjukdom och skada.

Samverkan med berörda aktörer är central för att stärka kompetens inom det suicidpreventiva arbetet.

Verksamhetsmått

| | Utfall 2019 | Utfall 2022 | Utfall 2023 | Förändring % 2023-2019 | Förändring % 2023-2022 |
|---|---------------|---------------|---------------|------------------------|------------------------|
| Vårdtid dagar | 41 021 | 37 127 | 34 298 | -16,4% | -7,6% |
| Vårdtillfällen | 4 351 | 3 913 | 3 916 | -10,0% | 0,1% |
| Disponibla vårdplatser | 131 | 115 | 109 | -16,8% | -5,2% |
| Antal läkarbesök | 37 661 | 39 538 | 42 343 | 12,4% | 7,1% |
| <i>Varav psyk vuxna</i> | <i>24 545</i> | <i>23 987</i> | <i>26 285</i> | <i>7,1%</i> | <i>9,6%</i> |
| <i>Varav psyk barn</i> | <i>5 443</i> | <i>8 543</i> | <i>8 654</i> | <i>59,0%</i> | <i>1,3%</i> |
| Antal besök annan personalkategori | 210 675 | 194 762 | 212 664 | 0,9% | 9,2% |
| <i>Varav psyk vuxen</i> | <i>97 746</i> | <i>87 398</i> | <i>91 856</i> | <i>-6,0%</i> | <i>5,1%</i> |
| <i>Varav psyk barn</i> | <i>14 880</i> | <i>21 577</i> | <i>21 250</i> | <i>42,8%</i> | <i>-1,5%</i> |
| Andel digitala besök läkare och annan personal kategori | 0,1% | 6,9% | 5,2% | 5,1% | -1,7% |

En återhämtning eller ökad produktion från 2019 till 2023 syns i produktionssiffrorna gällande öppenvård där utfallet för samtliga produktionsmätetal, förutom för BUP, sjönk mellan 2019 och 2022 för att därefter öka under 2023. En tydlig nedgång syns vad gäller heldygnsvården avseende vårdtid och disponibla vårdplatser. Vårdtillfällen ligger nära nivån för 2022.

För BUP har produktionen ökat för läkarbesök och besök annan personalkategori. Totalt är ökningen 59 procent för läkarbesök och 43 procent för besök annan personalkategori mellan 2019 och 2023.

OBS! Antal läkarbesök och besök annan personalkategori avser även somatisk och övrig hälso och sjukvård vilket förklarar att summan är högre än vad som anges för psykiatrisk vård.

Varierande antal disponibla vårdplatser under åren har sin förklaring i perioder av vårdplatsneddragningar som i sin tur förklaras av svårigheter att bemanna med rätt kompetens. Överbeläggningar är sällsynta och beläggningsgraden oftast något låg. En aktiv öppenvård, självvald inläggning och psykiatrisk vårdjour i hela länet bidrar till minskat behov av heldygnsvård. Bedömningen är att antal vårdplatser är i nivå med behovet, men skulle kunna ökas för att i större omfattning erbjuda självvald inläggning.


Strategiska mål: Enklare vardag för invånare och medarbetare

Framgångsfaktorer: Utveckling av arbetssätt och digitala tjänster

Uppdrag: Bäst i Sverige på digitala vårdtjänster och stödsystem.

| Aktiviteter | Analys |
|--|---|
| Stödja enheter och kollegor i arbetet med digitalisering | Stöd till enhet och kollegor finns på olika nivåer inom verksamhetsområdet. Sjukvårdsdirektör är aktiv i att driva frågorna framåt i verksamhetschefgruppen och stab. Inom staben finns också aktivt stöd ifrån flera funktioner gentemot verksamheten utifrån kompetensområde, såväl verksamhetsstrateg, systemförvaltare, IT-planeringschef och utvecklingschef finns med i att stödja verksamheten på olika sätt. I verksamheten finns olika modeller och konstellationer för att stödja kollegor och medarbetare utifrån de olika utmaningar och utveckling som finns. Gemensamt för samtliga är att man tar ansvar för att organisera för att arbeta med förändrade arbetssätt med stöd av digitalisering och utser personer som leder och stödjer det arbetet. Samtliga verksamheter som bedriver vård har en uppbyggd kontakt med Enklare vardag för patienter och medarbetare. Under året har verksamhetsområdet tagit ett gemensamt grepp tillsammans med Enklare vardag för att stödja verksamheterna i att förändra arbetssätt med stöd av digitalisering. Sex verksamheter kommer gemensamt att arbeta med webtidbok och omvänd kallelse. |

Uppdrag: Fortsätta utökningen och användningen av digitala tjänster för vård, hälsa och prevention inklusive digitala besök

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|--|----------|--|---|
| VO Andel genomförda digitala vårdmöten | 20 % | 4 %  | Verksamhetsområdet har sedan 2020 haft ett högt mål för digitala vårdmöten. Resultat för året är långt ifrån målet och ligger stabilt med en relativt liten spridning över verksamheterna. Mätetalet syftar till att stimulera fortsatt utveckling av digitalt vårdutbud och digitala kontakter med patienter. Digitala vårdmöten erbjuds inom samtliga verksamheter i olika form och omfattning, men utvecklingspotentialen för att integrera dem fullt ut i processerna är fortfarande stor och utvecklingsarbete pågår i flera verksamheter. Under hösten har dialogen intensifierats med samtliga verksamheter för att kunna närma sig målet på 20% genom att arbeta med integrering i befintliga processer och utbud. Löpande utvärdering har skett i ledningsgrupp. |

| Aktiviteter | Analys |
|--|--|
| Fortsätta utöka och utveckla användningen av digitala tjänster som stöd i verksamhetsutveckling och service till invånare. | Samtliga verksamheter är engagerade och aktiva i att utveckla användningen av digitala tjänster, de flesta har även ett pågående samarbete med enklare vardag för patienter och medarbetare. Några exempel följer nedan: Inom klinifys och röntgen provas just nu digitala kallelser samt om- och avbokning via 1177. Flera verksamheter har kommit igång med utökad |




| Aktiviteter | Analys |
|-------------|---|
| | <p>användning av meddelandefunktionen i 1177 och några även med formulärtjänsten. Flertalet verksamheter antingen är, eller är på väg att ansluta sig till våra digitala plattformar som hanterar formulär och tester, implementering pågår och vi ser stora möjligheter till förändrade arbetssätt i takt med att användningen ökar.</p> <p>Samtliga verksamheter där det är aktuellt erbjuder digitala vårdmöten i en eller flera plattformar och för olika typer av besök eller möten.</p> <p>Rehabiliteringsmedicin, habiliteringscentrum och rehabiliteringscentrum har under året startat nya program inom stöd och behandling som del sitt vårdutbud och service till patienter.</p> <p>Verksamhetsområdet har gjort en gemensam satsning för att införa omvänd kallelse/webtidbok. Arbetet görs i samverkan med enklare vardag för patienter och medarbetare.</p> |


Uppdrag: Förbättra konsultstödet från sjukhusens specialistvård till primärvården genom sömlösa övergångar

| Aktiviteter | Analys |
|--|--|
| <p>Förbättra konsultstöd från specialistvården till den primära vårdnivån.</p> | <p>Uppföljning och fortsatt utveckling av de nya arbetssätten fortsätter. Inom BUP har ett konsultstöd on-demand startats upp bemannad med någon av klinikens specialistläkare. Akuta ärenden går som tidigare via En väg in.</p> <p>Inom röntgen, klinisk fysiologi och laboratoriemedicin finns det sedan tidigare upprättade kontaktvägar för läkarkonsult som är tillgänglig för frågor från bland annat primärvården.</p> <p>Inom rehabiliteringscentrum finns t ex dietiststöd till primärvården och regelbundna utbildningar till vårdgrannar samt att medarbetare inom Alternativ till våld är konsulter till socialtjänst, primärvård och specialistpsykiatri. Det har även bildats en ny länsgemensam arbetsgrupp "LAG kommunikation och kompetensöverföring" med specialistvårds-, primärvårds- och kommunrepresentanter med fokus på att etablera ett nytt spår för rehabiliteringskonsultation som ytterligare ett komplement till "Sömlösa vårdövergångar".</p> <p>Inom rehabiliteringsmedicin genomförs multidisciplinära konferenser inom postcovid tillsammans med deltagare från primärvård och specialistvård så länge behov finns. Rehabiliteringsmedicin samarbetar även med specialistpsykiatrisk vård och primärvård kring patienter med långvarig smärta med eller utan psykisk ohälsa. Planering pågår även för att på sikt kunna förbättra konsultstödet till primärvården genom rehab-on-demand, i första hand vi funktionsbrevlåda i messenger Cosmic.</p> |

Uppdrag: Tillsäker att det finns vårdplatser efter behov på de tre akutsjukhusen.

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|------------------------------|----------|----------|---|
| Nämnd Disponibla vårdplatser | 120 | 109 — | Antalet disponibla vårdplatser utgår ifrån patientbehov. Resultatet ligger något lägre än målet och något lägre än föregående år. |

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|------------------------|----------|--|--|
| | | | <p>Bidragande orsaker är att avdelning A på psykiatriska kliniken på höglandet stängdes i mars 2022 som förberedelse inför byggnation hiss och innergård, men även på grund av svårigheter med rekrytering sjuksköterskor till heldygnsvård. Byggnation har fördröjts men påbörjats under slutet av året. Stängningen har förlängts i väntan på byggnation som fördröjts, men även på grund av bemanningssvårigheter. Beläggningsgraden är stundtals hög men överbeläggningar är fortfarande sällsynt.</p> <p>Psykiatriska kliniken i Jönköping har sedan november 2022 dragit ner åtta vårdplatser på avdelning F på grund av svårigheter att rekrytera sjuksköterskor till heldygnsvård. Den planerade sommarstängningen av avdelning F tidigarelades till maj på grund av utmaningar i bemanningen. Beläggningsgraden på kliniken har fortsatt vara stabil och överbeläggningar är sällsynta.</p> <p>Lokalerna motsvarande avdelning F har åter öppnats upp under hösten, men då med 10 vårdplatser för patienter inom den utökade rättspsykiatriska vården. Den allmänpsykiatriska vården motsvarande avdelning F planeras att öppna upp på nytt så snart lokaler för heldygnsvård har kunnat frigöras. Som ett led i detta etableras paviljonger för öppenvårdspsykiatri på Ryhovsområdet med beräknad inflyttning första tertiet 2024.</p> <p>Psykiatriska kliniken i Värnamo har dragit ner två vårdplatser för att möjliggöra patient- och personalsäker avskiljning på vårdavdelningen. 16 vårdplatser är förväntat behov i linje med nybyggnation.</p> |
| Nämnd Beläggning | <85 % | 82 %  | <p>Beläggningsgraden klarar målvärdet och är i samma nivå som föregående år.</p> <p>De vuxenpsykiatriska klinikerna skiljer sig åt med högst beläggning i Eksjö vilket har ett samband med minskat antal vårdplatser. Samtidigt är vårdavdelningen bemannad för att kunna vara flexibel med två extra vårdplatser vid behov. Psykiatriska kliniken i Jönköping har en lägre beläggning på grund av utökningen av rättspsykiatriska platser som inte varit fullt belagda förrän mot slutet av året. BUP har en låg beläggning på sina fem vårdplatser, vilket ses som positivt och tecken på väl utvecklad öppenvård i länet, men också med nödvändighet för att det alltid bör finnas en vårdplats ledig för akuta behov. En väl utvecklad psykiatrisk vårdjour i hela länet och en välfungerande öppenvård är viktig för att kunna optimera antalet vårdplatser.</p> |
| Nämnd Utlokaliserade | 0% | 0,2%  | <p>Möjlighet att erbjuda vårdplats inom den egna verksamheten är generellt god och utlokalisering av patienter är i liten omfattning förekommande.</p> |
| Nämnd Överbeläggningar | 0% | 1,7 %  | <p>Resultat för året är nära målet men påverkas av en period i början av året med något högre andel överbeläggningar än det vi vanligen ser. Sedan juni åter stabiliserat sig på en lägre nivå som stämmer överens med det vi vanligen ser över tid.</p> <p>Avvikande utfall i början på året kopplas till flera verksamheter. Minskat antal disponibla vårdplatser i samband med nedstängning av psykiatrisk vårdavdelning A</p> |

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|--|----------|---|--|
| | | | i Eksjö gör att vi ser fler överbeläggningar där. Psykiatriska kliniken i Värnamo har också haft något fler överbeläggningar än vi vanligen ser under de senaste månaderna men vi ser inte en lika tydlig koppling till färre vårdplatser. Även psykiatriska kliniken i Jönköping har haft överbeläggningar i samband med neddragna platser i början av året. |
| Nämnd Återinläggningar inom 30 dagar vårddygn | 15 % | 23 %  | <p>Resultat för året är i nivå med föregående år. Vi ser över tid en liten ökning av återinläggningar i verksamheten som de senaste två åren stabiliserat sig på en ny nivå.</p> <p>Ökningen är fördelad över flera delar av verksamhetsområdet. Störst andel återinskrivningar ser vi inom BUP samt psykiatriska kliniken i Jönköping. Psykiatriska kliniken i Jönköping är områdets största verksamhet som även rymmer länsövergripande akutverksamhet vilket påverkar resultatet till stor del. Samtidigt ser vi en tydlig minskning på psykiatriska kliniken i Eksjö trots färre vårdplatser.</p> <p>I förhållande till somatisk vård har de psykiatriska klinikerna en högre andel återinskrivna patienter. Resultatet är i nivå med riket i stort och bedöms vara förväntat på grund av stor andel oplanerad och akut vård. Det ses ingen ökad andel återinskrivningar i efterförloppet till den minskning av vårdplatser som tidigare genomförts inom vuxenpsykiatri. Den psykiatriska vårdjouren tillsammans med en utvecklad och förbättrad öppenvård bedöms minska behovet av heldygsvård.</p> |

| Aktiviteter | Analys |
|--|---|
| Fortsatt utveckling av självvald inläggning inom psykiatrisk specialistvård. | Självvald inläggning (SI) ska erbjudas patienter som bedöms vara i behov av det. På grund av vårdplatsneddragningar har det varit svårt att erbjuda SI i önskad omfattning. Patienter har som alternativ kunnat erbjudas insatser i form av heldygsvård, hembesök av psykiatrisk vårdjour eller jourbesök. 2024 planeras det för att åter möjliggöra fler vårdplatser för självvald inläggning. |

Strategiska mål: Bästa möjliga kvalitet

Framgångsfaktorer: Hälsöfrämjande och sjukdomsförebyggande



Uppdrag: Utökning av rehabiliteringsresurser i form av exempelvis fysioterapeuter, arbetsterapeuter, logopedier, psykologer och dietister.

| Aktiviteter | Analys |
|---|---|
| Fortsätta utveckla en jämlik rehabiliteringsresurs för Region Jönköpings län i enhetlighet med personcentrerade vårdförlopp | <p>Åtgärder inom ett flertal områden pågår alternativt planeras. Utmaningar finns kring målet att införa bemanning av rehabiliteringspersonal på helgerna i samtliga länsdelar, i synnerhet på de mindre sjukhusen som har en lägre bemanning. Exempel på utvecklingsområden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Öka kapaciteten för fler logopediska språkutredningar av barn • I samarbete med KK erbjuda kvinnor med |

| Aktiviteter | Analys |
|-------------|--|
| | <p>bäckenbottenrelaterade problem tillgång till multiprofessionellt team i samtliga länsdelar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Öka möjligheten för barn med neuropsykiatriska funktionsvariationer att få stöd och behandling efter genomgången utredning. • Medverka i implementering av PSVF Stroke/TIA i samtliga länsdelar. <p>Utvecklingsarbetet inom rehabiliteringskedjan är ett av de områden som särskilt omnämns i det politiska beslutet i juni 2022 om en utökad budgetram.</p> |

Framgångsfaktorer: Säker verksamhet



Uppdrag: Under planperioden anpassas Region Jönköpings läns patientsäkerhetsarbete till Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet, Agera för säker vård.

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|--|----------|---|---|
|  Vårdprevention | 90 % | — | Data för aktuell period saknas. Under 2024 kommer riskbedömningar att journalföras i Cosmic vilket gör att data kommer att finnas i Diver. Detta kommer i sin tur möjliggöra och förbättra uppföljning och analys. |
| VO Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHK) | 100 % | 91 %  | Verksamhetsområdet som helhet når målsättningen, men det finns variation mellan verksamheterna. Inom den psykiatriska akutvården och intensivvården finns återkommande tillfällen där omhändertagande av den akuta situationen går före ambitionen att strikt följa basala hygienrutiner. |

| Aktiviteter | Analys |
|---|---|
| Utveckla patientsäkerhetsronder i realtid (PiR) | Under 2023 har det inte genomförts några patientsäkerhetsronder i realtid (PiR), men flera är planerade och bokade för att genomföras under jan-mars 2024, inom såväl öppenvård som heldygnsvård. PiR kommer att vara ett alternativ till patientsäkerhetsronderna inom de verksamheter där det är praktiskt genomförbart och lämpligt. |

Framgångsfaktorer: Ändamålsenliga, resurseffektiva och hållbara processer





Uppdrag: Utveckla cirkulära materialflöden och minska mängden avfall.

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|---|----------|---|--|
|  Matsvinn per patientportion | -20 % | 10 %  | För psykiatriska kliniken i Eksjö är målet väl uppfyllt för hela året. 15-rättersmeny är införd och uppskattad av patienterna. Kostombuden rapporterar en upplevelse av minskat matsvinn och har en stående punkt vid APT. Pastöriserade matlådor med lång hållbarhet finns på avdelningarna för att minska behovet av extrabrickor. Psykiatriska kliniken i Värnamo har fört en dialog med kostenheten kring rutiner för beställningar vilket förväntas ge förbättrad effekt. |

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|---------|----------|----------|---|
| | | | För rehabiliteringsmedicin ses ett ökat matsvinn i förhållande till målvärdet. Idag stora svårigheter vid beställning av mat när maten levereras i forar. Beställning av 10 port respektive 15 port kan resultera i att lika stor mängd mat levereras ut. Under 2024 kommer 15-rätters att införas vilket förväntas påverka matsvinnet. Även psykiatriska kliniken i Jönköping planerar för införande av 15-rättersmeny. |

| Aktiviteter | Analys |
|--|--|
| Kartlägga vilka större volymer av engångsprodukter som finns inom verksamheten och som kan ersättas med annat klokare materialval. | Samtliga kliniker inom verksamhetsområdet har haft miljödialog under året. Tillsammans med miljösamordnare har uppföljning av klinikers engångsprodukter gjorts. Överlag jobbar verksamheterna bra utefter Handbok för klokare materialval. Metod för att mäta klimatpåverkan från förbrukningsartiklar är klar och till 2024 formuleras aktiviteten om och kommer enbart gälla de kliniker som har högst klimatpåverkan. Mätetalet förs in i Stratsys på verksamhetsområdesnivå och utvalda kliniker. Uppföljning sker årsvis. |

Uppdrag: Minska klimatpåverkan från våra tjänsteresor

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|---|---------------------------------|--|--|
|  Koldioxidutsläpp från tjänsteresor, inklusive egna godstransporter per årsarbetare | 0,101 ton koldioxid/årsarbetare | 0,078 ton koldioxid/årsarbetare  | Totala utsläppen från flyg har ökat med 26 % jämfört med 2022 och utsläppen från privat bil i tjänsten har ökat med 53 %. Utsläppen från egna fordon har minskat med 26 % och från externa hyrbilar är ökningen 992 %. Resultat kan ses som en följd av ökat resande efter nedgångar under pandemin. |
|  Andel förnybar energi i Region Jönköpings läns pool-, verksamhets- och transportbilar | 50 % | 72 %  | Andelen förnybar energi har ökat under året. Förklaringen är att åtgärder för att tanka förnybara drivmedel har varit framgångsrika samt att det nu finns en ökad andel fordon i bilpoolerna där tankning av förnybara drivmedel är möjlig. |

Uppdrag: Fortsätta det påbörjade arbetet inom kunskapsstyrningen nationellt, regionalt och lokalt med ambitionen att vara ledande i implementeringen, i syfte att erbjuda jämlik vård.

| Aktiviteter | Analys |
|--|--|
| Fortsätta arbetet med införandet av nationella vårdprogram, såsom personcentrerade sammanhållna vårdförlopp och vård- och insatsprogram. | Arbete pågår inom samtliga verksamheter, ofta i nära samverkan med etablerade arbetsgrupper såväl i länet och inom den sydöstra sjukvårdsregionen, som i nationella arbetsgrupper. De specialistpsykiatriska verksamheterna har tagit fram en utbildning i nationell kunskapsstyrning och implementering av vård- och insatsprogrammen. Utbildningen är tillgänglig via lärande- och kompetensportalen och riktar sig till alla medarbetare. Vidare har en obligatorisk utbildning i processororienterad verksamhetsutveckling genomförts för alla kliniska programområdesledare/processledare samt verksamhetsutvecklare inom specialistpsykiatrisk vård. |

| Aktiviteter | Analys |
|-------------|---|
| | Verksamhetsområdet har även värdskap för tre länsgemensamma programområden (LPO), som startats upp. |

Uppdrag: Prioritera och utveckla omhändertagandet av patienter med kroniska sjukdomar

| Aktiviteter | Analys |
|--|---|
| Fortsatt arbete för att förbättra de personcentrerade insatserna för individer med omfattande sjukvårdskonsumtion. | Arbetet har fortsatt för att utveckla det individuella stödet för personer med komplex psykiatrisk sjukdom och omfattande sjukvårdskonsumtion. Arbetssätten har fokus på att stärka invånarens egna resurser, skapande av ömsesidiga överenskommelser i den individuella vårdplanen och säkerställa fast vårdkontakt. Arbetet har skett i nära samverkan mellan specialiserad psykiatrisk vård, primärvård och kommun, för att samverka och skapa samsyn. |

Uppdrag: Cancervård - Arbeta aktivt med att nå målen för standardiserade vårdförlopp.

| Aktiviteter | Analys |
|---|--|
| Utveckling av diagnostikprocesserna i de standardiserade vårdförloppen för att effektivisera utredning samt möjliggöra snabbare behandling och uppföljning. | <p>Berörda verksamheter jobbar kontinuerligt med flödes- och processutveckling. Några exempel på utmaningar samt genomförda, pågående och planerade åtgärder:</p> <p>Röntgen utlovar SVF-undersökningar inom en arbetsvecka med svar inom två arbetsdagar. Veckovis uppföljning sker och vid behov sker en fördelning av SVF-remisser inom länet för att hålla så korta ledtider som möjligt. Tillgängligheten inom SVF-mammografi är fortsatt god tack vare rekrytering av nya specialistläkare.</p> <p>Patologilaboratoriet har utmaningar att nå uppsatta SVF-tider och har fortsatt arbetet med flera åtgärder, såväl internt som tillsammans med flera remittenter. I samråd med remittenterna har bland annat s k garantisvarstid införts, vilket bidragit till förbättrade planerings- och uppföljningsprocesser. Störst utmaningar med alltför långa svarstider finns inom undersökningar som inte tillhör någon SVF-kategori, men dessa har förbättrats avsevärt sedan årsskiftet; från en medelsvarstid på ca 110 dagar till ca 30 dagar. Under året har en viss volym oprioriterade prover skickats till extern aktör för granskning, vilket bidragit till förbättrade svarstiderna. Majoriteten av rutinproverna, alla akuta prover och SVF-proverna analyseras av patologer på Länsjukhuset Ryhov. Verksamheten har arbetat för ytterligare anställningar av läkare, såväl specialister som ST-läkare. För att möta upp ett ökat remissinflöde och förbättra flödeseffektivitet har ytterligare utskärningsplatser på patologilaboratoriet etablerats. Parallellt sker utbildningssatsning för arbetsförskjutning inom utskärningsprocessen enligt en kompetensutvecklingsmodell för biomedicinska analytiker. Utveckling inom digitalisering och diagnostik med stöd av AI har fortsatt.</p> |

Uppdrag: Cancervård - Stärka rehabiliteringskedjan efter cancersjukdom

| Aktiviteter | Analys |
|---|---|
| <p>Fortsatt arbete för att utveckla en trygg personcentrerad, behovsriktad och resurseffektiv rehabilitering av hög kvalitet.</p> | <p>Det pågår ett kontinuerligt utvecklingsarbete inom flera områden, t ex för personer i behov av dyslexiutredningar och personer med vulvodyni. Inom båda processerna har utvecklingsarbeten genomförts inom ramen för sydöstra sjukvårdsregionens utvecklingsprogram "Framtidens rehab är nära".</p> <p>I enlighet med det nationella vårdprogrammet för cancerrehabilitering pågår dessutom olika förbättringsinitiativ inom följande områden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Kontaktsjuksköterska</i> – erbjudande om kontaktsjuksköterska mäts och redovisas centralt. - <i>Min vårdplan cancer</i> – erbjudande om Min vårdplan cancer mäts och redovisas centralt. - <i>Behovsbedömning – Hälsoenkätning</i> för cancerrehabilitering implementeras successivt i samband med nationellt införande av digital Min vårdplan. Ett sökord har under året införts, vilket kommer att möjliggöra uppföljning. - <i>En rehabguide</i> för cancersjukdomar har utarbetats. - <i>Bäckenbottenrehabilitering</i> - implementering av nytt vårdprogram pågår. - <i>Rehabiliteringsplan</i> – Implementering av länsgemensam mall och arbetssätt pågår. |

Uppdrag: Psykisk hälsa - Utökning av peer support, person med egen erfarenhet

| Aktiviteter | Analys |
|--|--|
| <p>Utökning av peer support som en resurs inom psykiatrisk vård.</p> | <p>Ytterligare en utbildningsomgång för blivande peer supporters har genomförts tillsammans med kommunal utveckling. Inom vuxenpsykiatrien har ytterligare två peer supporters anställts inom heldygnsvård respektive öppenvård.</p> |

Uppdrag: Psykisk hälsa - Utveckla det individuella stödet för bättre somatisk hälsa hos personer med psykisk sjukdom

| Aktiviteter | Analys |
|---|---|
| <p>Utveckla arbetssätten vid somatisk hälsa vid psykisk sjukdom</p> | <p>Arbetet har fortsatt inom vuxenpsykiatrien med årliga hälsosamtal, uppföljning av somatisk hälsa och levnadsvanor. Samarbete sker med folkhälsa, primärvård och rehabiliteringscentrum. Ytterligare förbättringsinitiativ planeras i samverkan med kommunerna.</p> |

Uppdrag: Psykisk hälsa - Att utveckla stödet att möta och behandla personer med trauma som kan utveckla posttraumatiskt stressyndrom (PTSD).

| Aktiviteter | Analys |
|--|---|
| <p>Verksamheten identifierar prioriterade aktiviteter för att utveckla omhändertagandet av personer med eller som kan utveckla PTSD.</p> | <p>Arbete har genomförts och fortsätter med stöd av specialistpsykiatriens kliniska programområde (KPO) "KPO trauma" genom utbildningar inom kartläggning och prioriterade insatser. En ny modell för grupperapi har tagits fram inom vuxenpsykiatrien.</p> |

| Aktiviteter | Analys |
|-------------|---|
| | <p>Patienter som kommer för smärtutredning till rehabiliteringsmedicinska kliniken screenas för PTSD. Psykolog finns tillgänglig inom både heldygns- och dagrehabilitering.</p> |

Uppdrag: Psykisk hälsa - Säkra att patienter med psykiatrisk problematik i gränslandet mellan specialistvård och primärvård erbjuds god vård och behandling.

| Aktiviteter | Analys |
|---|---|
| <p>Fortsatt uppföljning och förbättring av rutiner för trygghet och säker in- och utskrivning från sjukhuset.</p> | <p>Väl integrerat arbete inom specialistpsykiatri. Samtliga kliniker har goda rutiner för samverkan med kommun och andra vårdgivare. Kontinuerligt arbete med ständiga förbättringar i processen pågår.</p> |

Uppdrag: Våld i nära relationer - Arbete med att bemöta och omhänderta våldsutsatta personer fortsätter och utvecklas i länet.

| Aktiviteter | Analys |
|---|---|
| <p>Fortsatt utveckling och utvärdering av modellen inom hela länet för att erbjuda behandling av personer som utsätts för våld i nära relationer, utövare av våld samt barn i familjer där våld förekommer.</p> | <p>Alternativ till våld (ATV) behandlar våldsutövare, våldsutsatta och barn i dessa relationer från hela länet. Verksamheten har utökats med ansvar även för hedersrelaterat våld. Det finns möjlighet att få behandling på ATV-mottagning men också via nätet. En systematisk utvärdering av insatserna har påbörjats under året, och en kontinuerlig uppföljning sker för att säkerställa jämlika förutsättningar och behandling över länet. I nuläget finns utmaningar med tillgängligheten, då väntetiden till behandling är 3-4 månader. Våldsutövare och barn prioriteras. Verksamheten har startat gruppbehandlingar för vuxna våldsutsatta. Ett aktivt arbete har pågått för samverkan och samarbete med olika verksamheter som socialtjänsten, Länsstyrelsen, Kriminalvården, vuxenpsykiatri, BUP och primärvården.</p> <p>Utveckling pågår med att effektivisera behandling genom att införa psykoedukation på gruppnivå. Pågående arbete med att införa egenregistrering via nätet inom ATV som ersätter det tidigare utvärderingssystemet SUV. ATV medverkar även i forskningsstudien "Samtal om våld", som leds Västra götlandsregionen.</p> |

Uppdrag: Våld i nära relationer - Fortsätta det påbörjade arbetet med implementering av utbildningsprogram med inriktning på hedersrelaterat våld och förtryck.

| Aktiviteter | Analys |
|--|---|
| <p>Fortsätta det påbörjade arbetet med implementering av utbildningsprogram med inriktning på hedersrelaterat våld och förtryck.</p> | <p>Under året har utbildningarna "Att ställa frågan om våld och hantera svaret" samt "Rebecca" införts och implementerats i verksamheten.</p> |

Uppdrag: Våld i nära relationer - Strukturera arbetssätt för att identifiera och bemöta hedersrelaterad problematik kopplat till barn och unga.

| Aktiviteter | Analys |
|-------------|--------|
|-------------|--------|

| Aktiviteter | Analys |
|--|---|
| <p>Strukturerar arbetssätt för att identifiera och bemöta hedersrelaterad problematik kopplat till barn- och unga.</p> | <p>Antalet barn och unga som remitteras till verksamheten med problematik kopplat hedersrelaterat våld är i nuläget få. En utbildningsfilm har tagits fram som finns tillgänglig i lärande- och kompetensportalen för alla medarbetare inom region Jönköpings län. Verksamhetens samordnare, som även har uppdraget att utbilda personal inom Region Jönköpings län, informerar om denna utbildningsfilm i samband med personalutbildningar. Samordnaren samt en kurator från kvinnokliniken deltar även i "Team Heder", som är ett samarbete med Länsstyrelsen, Region Jönköpings län och kommun.</p> <p>Ett större projekt pågår inom länet för att utreda om Jönköpings län ska ha ett hederscentra.</p> |

Uppdrag: Läkemedelsanvändning - Minska olämplig läkemedelsanvändning

| Aktiviteter | Analys |
|---|--|
| <p>Kontinuerlig uppföljning av läkemedelsförskrivning samt genomförande av läkemedelsdialoger.</p> | <p>Uppföljning av läkemedelsförskrivning sker kontinuerligt inom respektive verksamhet tillsammans med medicinskt ansvariga, kliniska farmaceuter och läkemedelskommitté. Verksamheterna har arbetat med åtgärderna i handlingsplanen för patientsäkerhet och läkemedel.</p> <p>Läkemedelsdialoger genomförs inom barn- och ungdomspsykiatri vart tredje år och inom de vuxenpsykiatriska verksamheterna planeras för samma intervall. Rehabiliteringsmedicin fortsätter önska stöd från läkemedelskommittén att genomföra läkemedelsdialog, då det nu är flera år sedan detta gjordes.</p> |
| <p>Fortsatt utveckling och uppföljning av arbetet med kliniska farmaceuter inom psykiatrisk vård.</p> | <p>Arbetet fortskrider och tillgänglig resurs fördelas mellan kliniker med vårdavdelning. Farmaceut medverkar bland annat regelbundet vid läkarmöten kring prioriterade teman, i läkemedelsgenomgångar, granskning av förskrivningsmönster samt vid ronder. Klinisk farmaceuts rådgivningstelefon och e-post används regelbundet av verksamheterna och uppskattas.</p> |
| <p>Uppföljning av följsamhet till rutinen för nyinsättning av neuroleptika och centralstimulatia.</p> | <p>Via de regelbundna markörbaserad journalgranskningarna som genomförs inom vuxenpsykiatri samt barn- och ungdomspsykiatri, värderas bland annat följsamheten till rutiner för patienter med läkemedel i behov av regelbunden uppföljning och provtagning, vilket inkluderar patienter under behandling med neuroleptika och centralstimulantia. Dessutom granskas särskilt följsamhet till rutiner för alla patienter med två eller fler neuroleptika och alla patienter med tre eller fler psykofarmaka. I granskningen värderas även om skador/vårdskador uppkommit. Inom vuxenpsykiatri har under hösten en kontroll av följsamhet till gällande rutin för insättning av neuroleptika genomförts.</p> |
| <p>Uppföljning av följsamhet till rutin att journalföra uppkomna biverkningar samt hanteringen av desamma. (MÅL: Förbättra hantering och rapportering av läkemedelsrelaterade biverkningar)</p> | <p>Informations- och utbildningsinsatser har genomförts inom flertalet av verksamheterna, bland annat via läkemedelsronder och regelbunden samverkan med kliniska farmaceuter.</p> |
| <p>Uppföljning av följsamheten till att ansvar för uppföljning av insatt läkemedel finns</p> | <p>Flertalet av de berörda verksamheterna har tagit fram rutiner samt utbildat läkargrupporna.</p> |

| Aktiviteter | Analys |
|--|--|
| dokumenterad i patientens journal. | |
| Uppföljning av följsamhet till den regionövergripande rutinen för rapportering av biverkningar till Läke medelsverket. (MÅL: Förbättra hantering och rapportering av läke medelsrelaterade biverkningar) | Verksamheterna informerar om rutinen och statistik för året kommer att tas fram för uppföljning och lärande. |

Uppdrag: Vårdnära service - Arbetsuppgifter som idag till stor del sköts av sjukvårdsutbildad personal ska där det är möjligt, på ett kostnadseffektivt sätt, flyttas över till servicepersonal.

| Aktiviteter | Analys |
|---|---|
| Se över möjligheter att anlita vårdnära service på vårdavdelningar för en resurseffektiv och patientsäker vård. | <p>Kontinuerligt arbete och utvärdering av behov pågår i flera verksamheter.</p> <p>Psykiatriska kliniken i Värnamo har med syfte att underlätta bemanningsplanering samt arbete med RAK rekryterat kökstjänst till avdelningen från verksamhetsstöd och service. Arbete fortsätter med att identifiera fler arbetsuppgifter som servicepersonalen kan utföra istället för omvårdnadspersonal.</p> <p>Psykiatriska kliniken på höglandet har under året haft ett arbete med verksamhetsstöd och service för att se över köp av vårdnära service. Slutsatsen blev att kostnaden var högre än att anställa egen personal för samma uppgifter.</p> |

Uppdrag: Utveckling och uppföljning av den nuklearmedicinska verksamheten med fokus på samverkan, tillgänglighet och produktivitet.

| Aktiviteter | Analys |
|---|--|
| Fortsatt arbete med framtagna handlingsplan för en välfungerande nuklearmedicinsk verksamhet i framkant | Nuklearmedicinsk verksamhet har under året organiserats helt inom röntgen. |

Lärande och förnyelse

Vi tror på ett systematiskt och uthålligt förbättringsarbete för nöjda kunder och medarbetare, vilket skapar förutsättningar för ökad effektivitet, bättre kvalitet och resultat. Vi rekommenderar att registrera avvikelser i Synergi som ett underlag för kontinuerligt lärande.

Vi uppmuntrar och stödjer chefer och medarbetare till kompetensutveckling inom förbättringskunskap, som en del i ökad systemförståelse och fokus på processförbättringar och resultat som skapar mervärde för patienten.

Genom återkommande jämförelser med andra verksamheter inhämtas inspiration och kunskap för förändrade arbetssätt och bättre resultat.

Ur ett invånarperspektiv är det viktigt att vi på ett generöst sätt delar med oss av kompetens och säkerställer bästa möjliga samverkan över organisatoriska gränser.

Vi arbetar kontinuerligt med rätt använd kompetens och utveckling av arbetet med kapacitet och produktionsstyrning.

Prioritering sker av verksamhetsnära forskning i nära dialog och samarbete med andra.

Strategiska mål: Bäst på att förbättra och förnya

Framgångsfaktorer: Förbättringskunskap

| Aktiviteter | Analys |
|--|---|
| Fortsatt satsning på kompetens- och rollutveckling inom förbättringskunskap och processororienterad verksamhetsutveckling. | Verksamhetschefer, första linjechefer och personer i ledningsstab deltar i Nätverk för Engagerat Ledarskap (NEL) och regionens olika chefsutvecklingsutbildningar. Sedan 2021 har verksamhetsområdet gjort en särskild satsning på Advanced Training Program, där ca 15 chefer och ledare har deltagit med gott resultat. Vidare genomfördes under 2022 en satsning på utbildning inom förbättringskunskap och processororienterat arbetssätt för målgruppen processledare och verksamhetsutvecklare inom specialistpsykiatriska verksamheter. En motsvarande utbildning "Stöd för verksamhetsutveckling" har genomförts under 2023 i Qulturums regi, i vilken flera verksamhetsutvecklare, controllers och HR-partners från verksamhetsområdet har deltagit. |

Uppdrag: Identifiera arbetssätt eller arbetsuppgifter som inte längre bedöms som värdeskapande

| Aktiviteter | Analys |
|--|---|
| Effekthemtagning - tillvaratagande av möjligheter vid verksamhetsutveckling med stöd av IT-lösningar | Samtliga verksamheter är aktiva i arbetet med att utöka användningen av digitala tjänster i syfte att utveckla verksamheten och hitta nya arbetssätt för att anpassa verksamheten till nutidens utmaningar. De tre vuxenpsykiatriska klinikerna, habiliteringscentrum och BUP har under de senaste två åren arbetat med införande av digitala tjänster som stödjer både verksamhet och patienter i bedömning, utredning och behandling. Det största fokuset har hittills legat på digitala formulär som ligger till grund för behandling och diagnos. På BUP används tjänsten i stor omfattning i triageringsprocessen via en väg in där en tidig bedömning kan göras utan ett fysiskt besök för att sedan triagera patienten antingen till BUP eller BUH. Inom vuxenpsykiatri används tjänsten på samtliga |

| Aktiviteter | Analys |
|---|--|
| | <p>kliniker. Från psykiatriska kliniken i Jönköping ser man redan nu ett användandet av tjänsten frigör tid inom varje utredning. Den fulla potentialen är inte nådd då det väntas utökad funktionalitet som ska spara till för läkare och psykologer. Både BUP och de vuxenpsykiatriska klinikerna planerar att använda tjänsten för att effektivisera läkemedelsuppföljning inom NP-området.</p> <p>Klinisk fysiologi och Röntgen har arbetat med webbtidbok för av- och ombokning samt inför digitala kallelser. Man ser att båda dessa tjänster kommer frigöra tid för vårdadministratörer. På röntgen går man vidare med ankomstterminaler som kommer att frigöra personal till andra arbetsuppgifter. Inom Röntgen pågår även arbete med att hitta AI-lösningar som stöd för diagnostik.</p> <p>Laboratoriemedicin har på ett mycket förtjänstfullt sätt arbetat med webbtidbok för att minska belastning per telefon för tidsbokning.</p> <p>Rehabiliteringscentrum har genomfört ett breddinförande av taligenkänning i Cosmic vilket på mycket kort tid eliminerat stor del av diktatkön och frigjort tid för vårdadministratörer att ta del i det digitala utvecklingsarbetet samt stödja övrig personal i administrativa uppgifter för att möjliggöra fler besök. Rehabiliteringscentrum har under hösten även infört samma tjänst som vuxenpsykiatrin avseende digitala formulär med fokus på alternativ till våld (ATV).</p> <p>Även rehabiliteringsmedicin planerar att ansluta sig till samma tjänst som vuxenpsykiatrin enligt ovan där de erhåller digitalt stöd för insamling av kvalitetsregisterdata samt utökar kommunikation av digital information till patient vilket minskar telefontider. Verksamheten använder formulärtjänst via 1177 för inhämtning av kvalitetsregisterdata digitalt. För att utnyttja verksamhetens resurser på bästa sätt över länet har man använt sig av digitala vårdmöten där patienten är på plats i en del av länet i verksamheten och personal kopplar upp sig från annan ort i länet och på så sätt sparar restid och kan se fler patienter samma dag.</p> |
| <p>Respektive verksamhet identifierar arbetssätt eller arbetsuppgifter som inte längre bedöms som värdeskapande och beskriver hur man arbetar med att förändra eller fasa ut dessa.</p> | <p>Arbetet med att identifiera arbetssätt och arbetsuppgifter som inte längre bedöms som värdeskapande är en ständigt pågående process.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Flera verksamheter ser kontinuerligt över vilka fysiska besök som kan ersättas med digitalt möte eller med egenvårdsråd. • Arbetet fortsätter för att minska dubbeldokumentation samt införande av taligenkänning. • Förkortade mötestider, t ex för arbetsplatsträffar och teamkonferenser, som frigör mer tid för patientbesök. • Kontinuerlig översyn av arbetssätt och avsatt tid för olika typer av undersökningar och besök inom samtliga verksamheter. • Uppföljning av det systematiska arbetsmiljöarbetet via Stratsys, vilket dels förväntas minska administrativa moment med att hantera handlingsplaner, dels förbättra uppföljningen. |

| Aktiviteter | Analys |
|-------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Arbetet med implementeringen av vård- och insatsprogrammen inom de specialistpsykiatriska verksamheterna har bidragit till att synliggöra vilka vårdinsatser som ska utföras på en lägre vårdnivå. • Breddinförandet av dokumenthanteringssystemet Evolution medför ett mer resurseffektivt arbetssätt för att hålla rutiner och arbetssätt uppdaterade. • Röntgen har påbörjat ett initiativ tillsammans med bl a lungmedicin för att undersöka om det går att glesa ut intervallen för kontrollundersökningar. Uppföljande undersökningar med jämna intervall skulle kunna genomföras var 4:e månad istället för var 3:e. |

Uppdrag: Fortsätta arbetet med rätt använd kompetens (RAK).

| Aktiviteter | Analys |
|--|--|
| Fortsatt arbete och erfarenhetsutbyte inom RAK | <p>Verksamheterna arbetar kontinuerligt med rätt använd kompetens och ser över vilka arbetsuppgifter som kan förflyttas mellan olika kategorier, som kan automatiseras, minskas i omfattning eller helt tas bort. Ett urval av exempel från verksamheterna:</p> <ul style="list-style-type: none"> - biomedicinska analytiker på klin fys skriver svarsförslag på undersökningar de genomför, vilket frigör läkarresurs. - överföring av sjuksköterskearbetsuppgifter till skötare inom psykiatri. - vårdadministratörer har tagit över bokningsförfarandet för utredningar och behandlingar inom BUP. - införande av ankomstterminaler frigör tid hos vårdadministratörer - införande av taligenkänning frigör tid för inblandade professioner. - undersköterskor ersätter biomedicinska analytiker vid primärvårdslaboratorier - vårdnära service för att bemanna patientkök frigör tid för patientnära arbete. |





Uppdrag: Fortsätta arbetet med kapacitet och produktionsstyrning (KPS).

| Aktiviteter | Analys |
|---|--|
| Fortsatt arbete med informationsdriven verksamhetsutveckling. | <p>Pågående satsning inom verksamhetsområdet för kompetensutveckling inom respektive verksamhet avseende data och informationsinhämtning som driver verksamhetens utveckling. Samarbete mellan stab, verksamhet, sektion E-hälsa samt IT-centrum för att hitta modeller för respektive verksamhet.</p> <p>De tre vuxenpsykiatriska klinikerna samt BUP har sedan ett år tillbaka en fungerande dashboard i Diver som stödjer en balanserad uppföljning. Dashboard möjliggör en verksamhetsnära och engagerad uppföljning i realtid för chefer och medarbetare som stöd för utveckling och förbättring. BUP har kommit långt i att hitta goda mötesplatser och strukturer för arbetet och ser effekt i engagemang och förståelse för verksamhetens planering ända ut hos medarbetare.</p> |

| Aktiviteter | Analys |
|-------------|---|
| | <p>Liknande arbete är pågående för rehabiliteringsmedicin, habiliteringscentrum samt rehabiliteringscentrum. Arbete med att etablera arbetssätt och mötesplatser pågår.</p> <p>Inom diagnostiken finns en lång tradition av att använda sig av data för att driva verksamhetens utveckling framåt. Röntgen och klinfys har ett väl implementerat och integrerat arbete med KPS sedan många år och arbetar kontinuerligt med att utveckla sina arbetssätt och hur de styr sin produktion och verksamhet. Både klinfys och röntgen har etablerade dashboards och rapporter i diver som används ner på första linje-nivå och i dialog med medarbetare. Dessutom används rapporterna på strategisk nivå inom regionalt programområde (RPO) medicinsk diagnostik inom den sydöstra sjukvårdsregionen.</p> <p>Laboratoriemedicin planerar att gå i ett särskilt KPS-arbete med patologen under 2024. Dialog och förarbete pågår tillsammans med Qulturum.</p> |

Framgångsfaktorer: Forskning

Uppdrag: Forskning och utveckling i kliniskt patientnära områden

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|---|----------|---|--|
|  Antal forskarutbildade medarbetare | >30 | 35  | Inom verksamhetsområdet finns det 35 medarbetare som har disputerat, varav en professor och 12 docenter. |
|  Antal publikationer | >25 st. | 34  | Antalet vetenskapliga publikationer under året har varit 34 att jämföra med 29 under året innan. |

Medarbetare

Vår framgång är engagerade och motiverade chefer och medarbetare som tillsammans tar ansvar för att utveckla en god arbetsmiljö och verksamhet med goda resultat. Det gemensamma arbetet med att upprätthålla en god arbetsmiljö är en förutsättning för att attrahera nya medarbetare, minska personalomsättning och behovet av extern bemanning. En strategisk kompetensutveckling är central för verksamhetens kvalitet och attraktivitet.

Medarbetarsamtal med individuell kompetensutvecklingsplan är ett etablerat arbetssätt för att synliggöra och konkretisera utvecklingsbehov. För det systematiska arbetsmiljöarbetet används ett digitalt stöd.

Ett kontinuerligt arbete med rätt använd kompetens förutsätts då vården ständigt utvecklas liksom stöd för utredning och behandling.


Förhållningssättet att stödja samskapande och kompetensöverföring över organisatoriska gränser ska genomsyra verksamheterna.



Strategiska mål: Sveriges bästa offentliga arbetsgivare med Sveriges bästa arbetsplatser

Framgångsfaktorer: Rätt kompetens och bemanning

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|-------------------|----------|------------|---|
| Nämnd Årsarbetare | 1 900 | 1 953 — | Faktiska årsarbetare är under året är 75 fler jämfört med året före. Förklaringen är en kombination av lägre sjukfrånvaro och framgångsrik rekrytering. Anställda årsarbetare har ökat med 61 och den minskade frånvaron ger en effekt på 22 fler faktiska årsarbetare. Trots ökat antal medarbetare så kvarstår utmaningar i kompetensförsörjning inom vissa verksamheter. Det rör sig framförallt om psykologer inom BUP, läkare inom vuxenpsykiatri och röntgen samt sjuksköterskor inom heldygnsvård. |

Uppdrag: Strategisk kompetensplanering

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|--|----------|----------|--|
|  Kostnad för bemanningsföretag (hyrkostnad som andel av egna personalkostnader) | 2 % | 8 % ■ | Den totala kostnaden för bemanningsföretag under året är 122,6 miljoner kronor, vilket är en betydligt högre kostnad än målsättningen. Utmaningen med bemanningsföretag finns framförallt inom röntgen, psykiatriska kliniken i Jönköping samt inom BUP. Visst behov finns också inom psykiatriska kliniken i Värnamo och Eksjö. För BUP finns en plan för successiv avveckling av hyrläkare i takt med att ST-läkare når specialistkompetens. Psykiatriska kliniken i Jönköping har ett fortsatt stort behov av hyrläkare för att säkra specialistkompetens för bakjournarbete samt handledning av en omfattande volym av ST-läkare. Bedömningen är att bemanningen totalt sett på läkarsidan är god med en bra tillgång på ST-läkare och att beroendet av bemanningsföretag successivt kommer att minska. För klinikerna på Högländet och i Värnamo ser läget något bättre ut och bedömningen är att man inom något år ska klara sig utan bemanningsföretag när ST-läkare når specialistkompetens Röntgen har haft en ökad kostnad för bemanningsföretag |

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|--|----------|--|--|
| | | | jämfört med föregående år. Mammografiverksamheten har lyckats väl med bemanning av specialister och även ST-läkare. I övrigt har samtliga tre länsdelar ett fortsatt behov av bemanningsföretag. En fortsatt satsning på ST-läkare kräver hyrläkare för att säkerställa specialistkompetens och god handledning. Inhyrda röntgensjuksköterskor anses var en kostnadseffektiv lösning och ett bra komplement till anställd personal för att optimera nyttjandet av CT och MR-utrustning. Aktiviteter som pågår för att minska hyrläkarbehovet är att jobba med arbetsmiljöfrågor samt att planera verksamheten via KPS. Arbeta pågår också med att se över möjlighet till utglesade kontroller som sker med jämna intervall. En regionövergripande satsning inom område diagnostikanvändning och kloka kliniska val är påbörjad under hösten med syfte att använda diagnostikens resurser på rätt sätt. |
|  Personalomsättning (andel externa avgångar exkl pension) under de senaste 12 månaderna | 5 % | 6,3 %  | Verksamhetsområdet når inte målet för personalomsättningen på 5 procent. Resultatet 6,3 procent är något lägre jämfört med Region Jönköpings län som helhet. |

| Aktiviteter | Analys |
|---|---|
| Genomföra kompetensplanering och de aktiviteter som behövs för att säkra den kompetens som krävs för att utföra verksamhetens uppdrag | En övergripande kompetensplanering är genomförd för verksamhetsområdet och innefattar samtliga personalkategorier. Arbetet fortsätter nu på samtliga enheter. |


Uppdrag: Kompetensutveckling hela arbetslivet


| Aktiviteter | Analys |
|---|--|
| Arbeta vidare med att implementera karriärmodeller. | Implementering av karriärmodeller har genomförts på sjuksköterskor, biomedicinska analytiker, röntgensjuksköterskor. |

Uppdrag: Varje arbetsplats ska arbeta med "hur vi blir Sveriges bästa offentliga arbetsgivare" och "hur vi skapar bästa arbetsplatsen".

| Aktiviteter | Analys |
|---|---|
| Implementering av arbetet med friskfaktorer | 7 av 10 kliniker har haft workshops om friskfaktorer på kliniknivå i ledningsgrupp, merparten har getts tillsammans med skyddsombud. I de fall skyddsombud inte haft möjlighet att delta har friskfaktorarbetet informerats vidare till klinikens skyddsombud. Resterande kliniker planerar för workshops under 2024. |

Uppdrag: Hållbara arbetsvillkor och ökad andel heltidsarbetande

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|---|----------|----------|---|
|  Andel | 87 % | 92 % | Resultatet når målvärdet för verksamhetsområdet. Alla |

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|------------------|----------|---|---|
| heltidsanställda | |  | medarbetare erbjuds heltidsanställning. |


Uppdrag: Lönebildning

| Aktiviteter | Analys |
|--|--|
| Medverka i utarbetande av informations- och utbildningsmaterial om lönebildningen, samt därefter medverka i förankring och utbildning. | Informations och utbildningsmaterial är framtaget. Utbildning i nylönesättning och regionens riktlinjer, policy kring lönesättning är genomförda i ledningsgrupperna. Utbildning har även kontinuerligt getts till nya chefer. |

Uppdrag: Erbjudna praktikplatser och feriepraktikplatser i större omfattning

| Aktiviteter | Analys |
|--|---|
| Erbjuda och genomföra attraktiva verksamhetsförlagda utbildningar. | Samtliga verksamheter har tagit emot studenter inom ramen för VFU-avtal inom flera olika professioner. Utöver detta tar flera verksamheter även emot randning och sidoplaceringar av läkare från andra verksamheter. Några verksamheter tar även emot internationella studenter. Deltagande i handledarutbildningen sker kontinuerligt efter behov, för att säkerställa att handledning med god kvalitet. |



Framgångsfaktorer: En god arbetsmiljö och hälsa

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|--|----------|--|--|
| VO Andel övertidstimmar i förhållande till totalt utförd arbetstid % | 1,7 % | 1,5 %  | Några exempel finns där övertidstimmar överstigit målsättningarna. Uppföljande analys och arbete har genomförts för att förbättra arbetssätt och rutiner i syfte att säkra en god arbetsmiljö. |

Uppdrag: Arbeta med friskfaktorer

| Aktiviteter | Analys |
|--|--|
| Sprida arbetssätt från projektet med Sunt arbetsliv. | Psykiatrin Höglandet deltog 2022 i pilotprojekt med ledning av Suntarbetsliv. Tre HR-partners deltog i pilotprojektet och har fått en större kunskap inom friskfaktorer och arbetssättet med dem. Dessa tre har stöttat hela verksamhetsområdet, i införandet av arbete med friskfaktorer som nu har gjorts i samtliga av våra verksamheter. |

Uppdrag: Ett välfungerande systematiskt arbetsmiljöarbete (SAM) i vardagen.

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|--|----------|--|--|
|  Personhälsa - Sjukfrånvaro % | 5,5 % | 6,9 %  | Sjukfrånvaro ligger fortfarande på en högre nivå än målsättning. Arbete har pågått på flera områden för att minska sjukfrånvaron. Genom att tidigt fånga upp varningssignaler och arbeta med arbetslivsinriktad rehabilitering kan vi ge förutsättningar för återgång i arbete snabbare. Genom att månatligen följa ej startade rehabiliteringsärenden i systemet Hälsosam, ger vi möjlighet att agera snabbt för att förhindra sjukskrivningen, eller en snabbare återgång i arbetet där det är möjligt. Implementering av det förebyggande arbetet med |



| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|---------|----------|----------|--|
| | | | friskfaktorer har pågått med syfte att skapa bättre arbetsmiljö vilket i sin tur kan minska ohälsan. |

| Aktiviteter | Analys |
|--|---|
| Alla verksamheter ska under 2023 ta del av och arbeta i det digitala stödsystemet för systematiskt arbetsmiljöarbete (SAM) | HR-partner har informerat och stöttat i arbetet med att hantera det systematiska arbetsmiljöarbetet i Stratsys i våra verksamheter. Under 2022 togs ett årshjul för aktiviteter i SAM fram inom verksamhetsområdet och implementerades 2023. Årshjulet inklusive stödmaterial har fördelats ut i Stratsys och stöttat alla verksamhetsområdets chefer i det systematiska arbetsmiljöarbetet i den egna verksamheten. Flera verksamhetschefer beskriver stödet deras chefer får via årshjulet och stödmaterialet som värdefullt och avlastande. En utvärdering som besvarades av 76 chefer i verksamhetsområdet visade att man upplevde materialet och årsplaneringen som ett gott stöd och har underlättat i det systematiska arbetsmiljöarbetet. |

Uppdrag: Tidiga insatser och arbetsanpassning.

| Aktiviteter | Analys |
|---|--|
| Rehabiliteringsärenden startas alltid vid behov | Kontinuerlig uppföljning har gjorts i Hälsosam för att följa antalet ostartade rehabiliteringsärenden. Återkoppling av antalet ostartade ärendet har gjorts till verksamhetschefer. Det har gett resultat och man har tydligt kunnat se att antalet ärenden har startats snabbare av chef och man har gått in tidigare i rehabiliteringsärenden och arbetat med medarbetares sjukfrånvaro. |

Uppdrag: Ett närvarande, tillitsfullt och engagerat ledarskap.

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|--|----------|---|---|
|  Arbetstillfredsställelse (HME) | 78 % | 78 %  | Arbetstillfredsställelsen bedöms som generellt god och verksamhetsområdet når målet. Under hösten har det genomförts en medarbetarenkätundersökning där resultaten ligger till grund för verksamheternas fortsatta strategiska arbete för en god arbetsmiljö och attraktiv arbetsplats. |



| Aktiviteter | Analys |
|--|--|
| Arbeta med chefers förutsättningar för ett Hållbart chefskap | Arbetet med att förbättra chefers förutsättningar för hållbart ledarskap har gjorts bland annat genom att förenkla SAM i Stratsys och förmedlat information och bildspel till APT. HR försöker att underlätta genom att vara ett bra och påläst stöd vid frågor samt snabb återkoppling när hjälp efterfrågas. Introduktion ges till nya chefer när det gäller bland annat, arbetsrätt, samverkansavtal och nylönesättning. Arbetet med chefers förutsättning kommer att fortsätta under 2024. |

Ekonomi

Det pågår ett kontinuerligt arbete med en tillgänglig, resurseffektiv verksamhet med hög kvalitet. Dialog förs kring hur verksamheter inom befintliga ramar ska kunna frigöra ekonomiskt utrymme för de nya satsningar som behöver göras. För de verksamheter som inte når budget i balans upprättas handlingsplan som följs upp regelbundet. Förutom investeringar i ny kostsam utrustning inom diagnostiken är kompetensutmaningen den främsta anledningen till verksamheternas ekonomiska utmaningar. För att upprätthålla efterfrågad verksamhet och säkerställa handledning av ST-läkare behöver flera verksamheter anlita hyrpersonal. Det finns strategisk planering och handlingsplaner för att successivt avveckla hyrpersonal i takt med att utbildningsläkare blir specialister.

Strategiska mål: God och hållbar hushållning

Framgångsfaktorer: Kostnadseffektiv verksamhet

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|--|----------|--|---|
|  Ekonomi i balans | 0 tkr | -105 585 tkr  | <p>Efter en inledning av året med överskott i januari och februari har budgetavvikelsen stadigt försämrats och ligger nu på -105,6 mnkr. Förklaringen är att de utmaningar som orsakade underskottet under föregående år till stora delar kvarstår och i vissa fall har förvärrats. Arbetet pågår med handlingsplaner för ekonomi i balans inom psykiatriska kliniken i Jönköping, röntgen samt inom laboratoriemedicin.</p> <p>Största delen av underskott mot budget, 95 miljoner kronor, finns inom diagnostikverksamheterna laboratoriemedicin och röntgen. Delar av budgetavvikelsen ska över tid debiteras mot beställarna medicinsk och kirurgisk vård samt primärvård. Av röntgens underskott på 74 miljoner kronor är det en försiktig bedömning att 50 miljoner kronor borde belasta beställare av undersökningarna. Även vad gäller laboratoriemedicin behöver debiteringar ses över, men närmare belopp är inte beräknat i nuläget. Frågan behöver beläggas närmare i budgetprocessen samt i dialog med beställare inom regionen. Ett viktigt angreppssätt är att genom dialog och riktlinjer hitta en rimlig nivå för diagnostiska undersökningar och laboratorieanalyser.</p> <p>Budgetavvikelsen har minskat tack vare budgetförstärkningar på 18 miljoner kronor till psykiatrisk vård och rehabiliteringsverksamheten, samt ett tillskott i läkemedelsbudgeten. Tack vare att verksamheter helt eller delvis nått målen kring tillgänglighet, utlokaliserade patienter och överbeläggningar har nationella stimulansmedel hämtats hem och utfallet för helåret ligger på ca 19 miljoner kronor. I december fick sjukvårdsområdet ta del av en utförd pott på 19 miljoner kronor som avser frigjorda medel på nationell nivå eftersom flera regioner inte når målsättningarna.</p> <p>Röntgen har för året fått göra en indexuppräknings av sina priser som kompenserat något för de omfattande kostnadsökningarna, men uppräknings täcker endast en mindre del. För röntgens del kvarstår utmaningen med bemanningsföretag för att täcka behovet av specialistläkare. Även kostnader för hyrsköterskor och röntgenmaterial har ökat. Totalt har intäkterna ökat med ca 9 % under året samtidigt som kostnader har ökat med 12 %.</p> |

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|--|-----------------------------|-----------------------|---|
| | | | <p>Även för psykiatrisk vård finns det utmaningar som påverkat kostnader negativt under året. Särskilt för psykiatriska kliniken i Jönköping är utmaningen betydande och budgetavvikelsen är 29 miljoner kronor för 2023. De främsta orsakerna till budgetunderskottet är att kostnaden för anställd personal är 19 miljoner kronor utöver budget samtidigt som kostnader för hyrpersonal ligger 22 miljoner kronor över budget. Förklaringar ses i ett ökat behov av bemanning för den rättspsykiatriska vården, samt hyrläkare i väntan på att ST-läkare uppnår specialistkompetens. Kliniken får budgettillskott under 2024 med ca 24 miljoner kronor.</p> <p>Laboratoriemedicin har en budgetavvikelse på -23 miljoner kronor för 2023. Bland annat är laboratoriemedicin påverkade av inflationen samtidigt som antalet faktiska årsarbetare har ökat. Arbete pågår med åtgärdsplan och kliniken kommer att jobba vidare med den under vintern för att hitta möjliga åtgärder.</p> <p>Sjukfrånvaron har förbättrats något mot föregående år men ligger fortfarande på 6,1 procent, vilket påverkar resultatet negativt. Ett flertal insatser pågår för att minska sjuktalet och öka frisknärvaron.</p> |
| VO Minskade totala kostnader för personal och köpta tjänster | Samma som fg år1 637 156 | 1 712 193 tkr ◆ | <p>Kostnaden för egen personal och köpta tjänster är 75 miljoner kronor (4,6%) högre än förra året.</p> <p>Kostnaden för bemanningsföretag är fortsatt hög inom röntgen, BUP och Psykiatriska kliniken i Jönköping. För röntgen är det en stor utmaning att minska beroendet av bemanningsföretag då den alternativa marknaden är stor och efterfrågan på diagnostik fortsätter öka. Arbete pågår på flera olika plan för att utveckla en attraktiv arbetsmiljö, samt framgångsrik rekrytering. BUP förväntas successivt avveckla behovet av hyrläkare i takt med att ST-läkare når specialistkompetens. Även för psykiatriska kliniken i Jönköping förväntas beroendet av bemanningsföretag stadigt minska i takt med att nya specialister utbildas.</p> |

| Aktiviteter | Analys |
|------------------------------------|---|
| Handlingsplan för ekonomi i balans | <p>Arbete med handlingsplaner för ekonomi i balans pågår kontinuerligt och gäller i nuläget framförallt röntgen, psykiatriska kliniken i Jönköping samt laboratoriemedicin.</p> <p>Inom psykiatriska kliniken i Jönköping ser man en förnyad problematik kring hyrläkare specifikt men också en problematik kring hela läkarbemanningen. Sjukfrånvaron är också ett fokusområde man jobbar med på kliniken och exempel på aktiviteter är att man vill förbättra rutiner kring sjukskrivningar. Den långsiktiga inriktningen är dock att fortsatt satsa på bemanning med egen personal samt att balansera behoven inom kliniken mellan öppen och slutenvård samt att hantera det ökade inflödet av NP diagnoser. Bedömningen är att hyrläkarberoendet kommer att kvarstå i stora delar under hela året. Planerad satsning för 2024 som gäller rättspsykiatrin har redan påbörjats och kostnader för detta finns redan på kliniken. Ett tillskott av resurser inför 2024 kommer alltså att medföra ett förbättrat ekonomiskt läge för psykiatriska kliniken under 2024.</p> |

| Aktiviteter | Analys |
|--|--|
| | <p>En tydlig utmaning finns hos röntgen där man ser ett ökande behov av hyrbemanning. Röntgen har totalt sett även ökade kostnader för personal och en ökning av faktiska årsarbetare. Även efterfrågan på undersökningar är fortsatt hög. Problematiken är långvarig hos röntgen som har brottats med läkarbrist under flera år. Åtgärder vidtas löpande för att minska beroendet av bemanningsföretag men prognosen på kort sikt är alltså fortsatt beroende. Dock förväntas en viss förbättring avseende bemanning inom mammografiverksamheten under året.</p> <p>Inom röntgen arbetar man bland annat med följande aktiviteter för att minska den ekonomiska obalansen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Minska andelen uteblivna besök • Oberoende av hyrsjuksköterskor • Arbeta med rätt använd kompetens • Minska materialkostnad PET-CT genom inköp av galliumgenerator • Debitera rätt kostnad för angiomaterial till kunderna • Införa röststyrd diktering inom mammografin • MR sekvensoptimering • MR digital twin • AI: Minska granskningstid för CT lungor • AI: Minska granskningstid för mammografiscreening <p>Vad gäller laboratoriemedicin är utmaningen att hitta rätt nivå på bemanning efter pandemin som innebar stora volymer av analyser samt mycket extra personal. Samtidigt står kliniken inför att betydande arbete med att byta ut ålderstigen utrustning mot ny. Arbetet med åtgärdsplan pågår dock med dessa utmaningar som grund.</p> |
| Fortsatt utveckling och användning av självkostnadskalkyler. | I nuläget finns det färdiga kalkyler för verksamheterna inom diagnostiken och utgör en grund för prissättning av diagnostikens utbud. Arbeta pågår med att använda kalkylen i den löpande uppföljningen samt analys av produktiviteten. Ambitionen är att kalkylerna ska utgöra ett komplett underlag vid prissättning samt ett analys- och förbättringsverktyg för verksamheten. Till 2025 är ambitionen att kalkylen även ska inkludera området klinisk kemi och därmed utgöra ett ännu bättre beslutsunderlag. |
| Utveckla den ekonomiska modellen. | <p>Utveckling av den ekonomiska modellen sker kontinuerligt i budgetprocessen.</p> <p>Mycket av utvecklingen för diagnostiken har varit kopplade till prissättning baserat på självkostnadskalkyler men arbetet har delvis pausats under året. Under kommande år är inriktningen att till 2025 ha en kalkyl klar även för klinisk kemi.</p> <p>Fortsatt utveckling av och kommunikation kring rehabiliteringscentrums ekonomiska modell finns det ett behov av. Eftersom verksamheten nu är ramfinansierad behövs sätt för att fördela resurser till rehabiliteringscentrum vid nya och ökade uppdrag. Utveckling av dessa arbetssätt sker i samverkan med centrala ekonomiavdelningen.</p> |

Verksamhetsberättelse 2023

Vårdcentralerna Bra Liv

Dnr R JL 2023/27
Charlotta Larsdotter, Direktör Bra Liv
Vårdcentralerna Bra Liv
Region Jönköpings län, Box 1024, 551 11 Jönköping
© Region Jönköpings län, www.rjl.se

Innehållsförteckning

| | |
|--|-----------|
| Inledning | 4 |
| Medborgare och kund | 6 |
| Strategiska mål: Bästa plats att växa upp, leva, verka och åldras på..... | 6 |
| Process och produktion | 11 |
| Strategiska mål: Enklare vardag för invånare och medarbetare..... | 12 |
| Strategiska mål: Bästa möjliga kvalitet | 14 |
| Lärande och förnyelse | 20 |
| Strategiska mål: Bäst på att förbättra och förnya..... | 20 |
| Medarbetare | 23 |
| Strategiska mål: Sveriges bästa offentliga arbetsgivare med Sveriges bästa arbetsplatser | 23 |
| Ekonomi | 29 |
| Strategiska mål: God och hållbar hushållning | 29 |

Inledning

Vårdcentralerna Bra Liv är den starka länken i länets primärvård och bidrar till att förverkliga Region Jönköpings läns vision för ett bra liv i en attraktiv region. Vårt mål är en bättre hälsa för alla. Vi erbjuder hälso- och sjukvård samt rehabilitering, med bästa bemötande och hög medicinsk kvalitet, utan vinstsyften. Vi vill uppfattas som tillgängliga och erbjuda kontakt i telefon samma dag och tid för medicinsk bedömning inom tre dagar. Verksamheten är väl förankrad i vår värdegrund med ledorden omtanke, helhet och kvalitet.

Bra Liv finns med 28 vårdcentraler och flera filialer spridda i länet. Vid dessa enheter är 275 000 invånare listade, vilket är 74 procent av länets befolkning. Vår ambition är att fortsätta öka listningen och vår marknadsandel. Verksamheten omsätter 1,7 miljarder kronor och sysselsätter knappt 1 000 årsarbetare. Förutom egen personal använder vi 28 hyrläkarlinjer.

Årets resultat är -46 miljoner kronor. Det negativa resultatet beror främst på brist på egen läkarbemanning. Merkostnader för hyrläkarbemanningen motsvarar 32 miljoner kronor. Volymökningar och därmed negativ budgetavvikelse finns även för läkemedel, laboratorie- och röntgenundersökningar.

Besök till samtliga yrkeskategorier har ökat jämfört med föregående år, men är inte i 2019 års nivåer. Telefonkontakter dokumenterade i journal ökar och är långt fler än 2019. En förändring i arbetssätt gör att fler patientärenden kan lösas med telefonkontakter eller distansbesök istället för med fysiska besök. Vårdcentralerna har genomfört 684 000 besök och 334 000 journalförda telefonkontakter.

Vaccinationsarbetet mot Covid-19 fortlöper om än i mindre omfattning eftersom Covid-19 inte längre är klassad som allmänfarlig sjukdom. Vid två tillfällen vår samt höst har påfyllnadsdos erbjudits till invånare 65 år och äldre samt risk-patienter. En hög andel invånare har valt att vaccinera sig både mot covid-19, pneumokocker och influensa.

Bra Liv deltar i ett projekt med syfte att utrota livmoderhalscancer genom att erbjuda vaccination mot HPV-virus (humant papillomvirus) till unga kvinnor.

Den nära vården utvecklas inom Bra Livs tre stora vårdprocesser- akuta, kroniker och svårt sjuka. För kroniker och svårt sjuka är möjlighet till fast vårdkontakt och patientkontrakt/min överenskommelse med vården viktiga delar. Andel patienter med en dokumenterad överenskommelse ökar, för fem av sex kronikergrupper är andel patienter med en dokumenterad överenskommelse mellan 70 och 80 procent.

Bra Liv och Primärvården är en viktig del i akutkedjan. Vårdcentralerna bidrar med hög tillgänglighet och kompetens dagtid. På kvällar och helger tar de gemensamma NäraKuterna över. Det finns ett nära samarbete mellan vårdcentral, specialistsjukvård och kommuner vilket är en förutsättning för god och nära vård. För att möta alltmer komplexa vårdbehov har nya arbetssätt för samverkan mellan primärvården och den specialiserade vården införts så kallat ”läkare on demand”.

Nya arbetssätt med individanpassad vård utvecklas för patienter med kronisk sjukdom. Exempelvis genom att använda egenmonitoreringsverktyg som AsthmaTuner med vilken patienten gör egna spirometri och ePatch, långtids EKG.

Digitaliseringsarbetet fortsätter, med utveckling av befintliga och nya funktioner. I Bra Liv näras gemensamma utbud finns tillgänglighet till digitala besök alla veckodagar mellan 8 och 21. Ett bra sätt för små vårdcentraler att kunna erbjuda sina invånare alla kompetenser. Flera vårdcentraler erbjuder därutöver tider till olika professioner direkt riktade till sina egna patienter i appen. Under hösten har tjänsten 1177-direkt symptombedömning, hänvisning och chatt införts vid samtliga vårdcentraler.

Bra Liv bedriver ett fortlöpande aktivt patientsäkerhetsarbete med bland annat patientsäkerhetsronder och återkoppling av svåra ärenden från chefsläkaren vid ledningsgruppsmöten.

För att undvika över- diagnosticering och behandling har Bra Liv börjat arbeta enligt konceptet ”Kloka kliniska val”. Syftet är att identifiera åtgärder utan patientnytta och utesluta dessa. Arbetet bidrar till bättre hållbarhet både avseende ekonomi och miljö.

Bra Liv arbetar för hälsofrämjande arbetsplatser med hög trivsel, låg sjukfrånvaro, låg personalomsättning och goda möjligheter till kompetensutveckling. Vi har en välkänd värdegrund som förtydligar vårt varumärke, medarbetarskap, chefsuppdrag och vårt löfte till patienterna.

För att stärka chefskapet erbjuds kontinuerligt stöd i form av kompetensutveckling, Chefsarena, reflektionsgrupper, mentorskap och för nya chefer ett välstrukturerat introduktionsprogram. För att underlätta framtida chefsförsörjning finns ett traineeprogram. Bra Livs chefer deltar även i regionens nätverk för engagerat ledarskap samt andra chefsutbildningar.

Kompetensutveckling i egen regi fortlöper med utbildningar i linje med de kompetensplaner som finns för samtliga yrkesgrupper. Exempelvis praktisk sjuksköterske- och undersköterskeutbildning, skriva remiss till ortoped och röntgen för icke läkare, Bra Liv lära – digitala utbildningar riktade till sjuksköterskor. För läkare har vi haft injektionsteknik och bakjoursskola. En introduktionsdag för nya medarbetare genomförs två gånger per termin.

Vår största utmaning är kompetensförsörjning till länets mindre kommuner avseende samtliga yrkesgrupper. Det långsiktiga målet med att utöka läkarbemanningen till en distriktsläkare per 1500 invånare, är en utmaning även ur ett ekonomiskt perspektiv.

Måluppfyllelse ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet

| | 2023-12-31 | Andel | 2022-12-31 | Andel |
|---------------------------------------|------------|-------|------------|-------|
| Antal mätetal som är uppfyllda | 7 | 47 % | 6 | 43 % |
| Antal mätetal som är delvis uppfyllda | 2 | 13 % | 2 | 14 % |
| Antal mätetal som inte är uppfyllda | 6 | 40 % | 6 | 43 % |
| Antal mätetal som mäts | 15 | 100 % | 14 | 100 % |

Helt uppfyllda mål: Hembesök av läkare, Vårdplaneringar, Patienttillfredsställelse, Koldioxidutsläpp, Andel förnybar energi, HME samt Sjukfrånvaro

Delvis uppfyllda mål: Vårdgarantibesök inom 3 dagar, Andel heltidsanställda



Ej uppfyllda mål: Kontinuitet, Hälsosamtal till 40- 50- 60- och 70-åringar, Kostnad för bemanningsföretag, Telefontillgänglighet, Personalomsättning och Ekonomi i balans

Försämring jämfört med föregående år avser ekonomi i balans.

Medborgare och kund



Strategiska mål: Bästa plats att växa upp, leva, verka och åldras på

Framgångsfaktorer: Nöjda kunder och intressenter

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|--|----------|---|--|
|  Patienttillfredsställelse - andel nöjda patienter | 80 % | 81  | Regionens primärvård visar mycket gott resultat i den nationella patientenkäten som genomfördes under hösten. Enkäten genomförs bland patienter efter nyligen genomförda läkarbesök. En annan mätning som har genomförts är Hälso- och sjukvårdsbarometern. Den görs bland invånare i länet oavsett om de har sökt vård eller ej. Undersökningen visar att den samlade primärvården i Jönköpings län har högst resultat i landet gällande förtroende för Regionens vårdcentraler. Vårdcentralerna Bra Liv kommer att fortsätta arbeta i enlighet med vårt patientlöfte för att behålla befolkningens förtroende. |

| Aktiviteter | Analys |
|--|--|
| Information/kommunikation med invånare | Bra Livs vårdcentraler kommunicerar med invånarna på flera olika sätt. Exempelvis genom tryckt informationsmaterial, via väntrum-TV, informationsambassadörer, patientråd, lär-caféer, öppna föreläsningar på vårdcentralen eller i samverkan med föreningar. Bra Liv finns med övergripande information på webbsidor på RJL och 1177 samt på Facebook och Instagram. Flera vårdcentraler har egna Facebook- och Instagramkonton. Exempel på informationsmaterial är ”Antibiotika bara när det behövs”, ”Sju frågor om dina läkemedel” och ”Våga fråga”, material om suicidprevention. |





Uppdrag: Fortsätta implementeringen av Patientkontraktet som innebär en gemensam överenskommelse mellan patient och vårdgivare.

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|--|------------|--|--|
| VO Överenskommelse, utvalda kroniska sjukdomsgrupper | 60 % | 64 %  | Andel patienter med en kronisk sjukdom som har en dokumenterad överenskommelse ökar för varje månad. I patientgrupperna hjärtsvikt, höftledsartros, kronisk obstruktiv lungsjukdom, hypertoni och diabetes typ 2 har mellan 70 % och 80 % av patienterna en dokumenterad överenskommelse. En stadig förbättring jämfört med föregående tertial. För patientgruppen med diabetes typ 1 är andelen 62 %, även det en förbättring. |
| VO Antal upprättade överenskommelser - uppföljning | 300 000 st | 313 542 st.  | Arbetsätt med att dokumentera under sökordet överenskommelse används i allt större omfattning. Sedan slutet av 2022 har antal registreringar med sökord överenskommelse ökat varje månad. Under år 2023 har en överenskommelse dokumenterats vid hälften av alla besök. |

| Aktiviteter | Analys |
|-------------------------------|---|
| Bra Livs löfte till patienten | <p>Bra Livs patientlöfte: ”Efter ett besök hos oss ska patienten lämna oss med känslan av att ha blivit sedd, lyssnad på och professionellt behandlad med en tydlig medvetenhet om vad nästa steg är”.</p> <p>Löftet stämmer väl överens med regionens gemensamma arbete med patientkontrakt/överenskommelse. Bra Liv har en tydlig målsättning om att alla patienter med kronisk sjukdom och/eller komplexa sjukvårdsbehov ska ha en dokumenterad överenskommelse i journalen.</p> |

Framgångsfaktorer: God tillgänglighet

Uppdrag: Förbättra tillgängligheten till vården utifrån systemmätetal och mål för verksamheterna.

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|---|---------------|--|---|
| Nämnd Telefonkontakt med vårdcentralen samma dag | 100 % | 92 %  | <p>Telefonsamtalen till vårdcentralerna ökar för varje år, vilket leder till att flera vårdcentraler har svårt att klara målet för telefonkontakt. Åtgärder har genomförts för att minska inflödet av samtal som kan hanteras på annat sätt. Exempelvis informativa telefonsvar, hänvisning till Bra Liv nära-appen med videobesök och meddelandefunktion eller hänvisning till 1177-Direkt.</p> |
|  Medicinsk bedömning i primärvården inom tre dagar. | 90 % | 86 %  | <p>I Bra Liv når nio vårdcentraler tillgänglighetsmål på 90 %. Fjorton vårdcentraler når godkänd nivå med tillgänglighet mellan 82-89% medan resterande fem vårdcentraler ligger strax under 80 %.</p> <p>För att Regionen ska få del av tillgänglighetsmiljarden måste genomsnittet för Regionens vårdcentraler nå mål om 90 % alternativt förbättrat resultatet jmf med föregående år. De vårdcentraler som når mål alternativt har förbättrat sina resultat får del av den ersättning som tillfaller Region Jönköpings län. Sammantaget har Bra Livs vårdcentraler fått 18 mnkr i tillgänglighetsersättning. Alla Bra Livs vårdcentraler har fått del av ersättningen antingen genom att nå mål eller genom förbättring jämfört med föregående år.</p> <p>Stora krav ställs på tidboksregistreringen för att redovisa korrekta tillgänglighetstal.</p> |
| Nämnd Kontinuitetsmått – primärvård | 0,75 index | 0,23 index  | <p>Ingen av Bra Livs vårdcentraler klarar målet för läkarkontinuitet. Bra Liv Tenhult och Landsbro ligger strax under godkänd nivå. Dessa vårdcentraler är små med god egen läkarbemanning som regel två till tre personer. De har goda förutsättningar att klara sitt uppdrag med fast läkarkontakt.</p> <p>Stora vårdcentraler har svårare att nå hög kontinuitet trots god bemanning. Med många läkare ställs stora krav på planering och organisation för att lyckas. Arbete i team och uppmärksamma telefonrådgivningssjuksköterskor som bokar till rätt person är exempel på effektiva arbetssätt. I vissa fall önskar patienten en snabb tid framför att träffa patientansvarig läkare. Då arbetar vårdcentralerna med episodkontinuitet, det vill säga att samma läkare handlägger alla kontakter runt det aktuella sjukdomstillståndet.</p> <p>Av de större vårdcentralerna lyckas Rosenhälsan och</p> |

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|---------|----------|----------|--|
| | | | Vetlanda bäst. De når ett kontinuitetsindex på 37 %. |

| Aktiviteter | Analys |
|----------------------------------|---|
| Arbeta med förstärkt vårdgaranti | <p>God bemanning och bra organisation är en grundförutsättning för hög tillgänglighet. Vårdcentralerna arbetar med varierade arbetssätt, beroende på lokala förutsättningar, för att kunna erbjuda tillgänglighet inom tre dagar. Exempelvis digitala besök eller meddelandekontakter, teambedömningar i tvärprofessionella team, öppen mottagning, triagering till rätt yrkeskategori, kortare behandlingsserier, kortare besökstider och mer individualiserad vård. Patienternas egen kraft och ansvar för sin sjukdom tas på ett systematiskt sätt tillvara.</p> <p>Det gemensamma utbudet i Bra Liv nära appen bidrar till att utjämna resurserna mellan vårdcentraler och ökar tillgängligheten för patienterna.</p> |
| Vårdmottagning Bra Liv nära | <p>Bra Liv har sedan flera år tillbaka en mikromottagning belägen på A6 i Jönköping, som tillhandahåller enklare hälso- och sjukvård samt vaccinationer. Mottagningen bemannas med sjuksköterska och erbjuder både tidsbokning och drop-in tider vardagar mellan 13.00-18.00. Verksamheten är flexibel och kan snabbt ändra öppettiderna för att möta befolkningens förändrade behov. I slutet av december 2022 öppnades ytterligare en mikromottagning i Värnamo. Planering för att öppna ytterligare en mottagning i Eksjö pågår.</p> <p>Mottagningarna är välbesökta och mycket uppskattade av våra invånare på grund av sin lättillgänglighet.</p> |

Uppdrag: Arbeta aktivt med att uppnå bemanningsmålet inom primärvården med ett genomsnitt med 1500 listade patienter per distriktsläkare.

| Aktiviteter | Analys |
|--|--|
| Läkarförsörjningsstrategi | <p>I fokusgrupp läkarresurs planeras strategier för att nå en bra och jämn läkarbemanning över länet, som stöd finns i staben en läkarförsörjningsstrategi och en rekryteringspecialist. De viktigaste strategierna är gott omhändertagande av AT/BT-läkare och underläkare för rekrytering till ST-läkartjänster, samt rekrytering av EU-specialister som introduceras via Nässjö utbildningscentrum och sedan vidareutbildas.</p> <p>Bra Liv erbjuder god kompetensutveckling och genomför många aktiviteter för att främja en god arbetsmiljö där det är attraktivt att arbeta.</p> <p>Vårdcentralerna stöttar varandra klustervis med jourpass, bemanning på BVC och äldreboenden. Ett arbetssätt med vänvårdcentraler håller på att utvecklas.</p> <p>Verksamhetscheferna har i uppdrag att besöka ett par chefskollegor för att öka förståelsen för vilka olika förutsättningar som råder avseende möjlighet till rekrytering.</p> |
| ST-läkare både på liten och stor vårdcentral | <p>Bra Livs ST-läkare uppmuntras att förlägga sin utbildningstid till både stor och liten vårdcentral. Syftet är att bredda individens kompetens och att skapa intresse för</p> |

| Aktiviteter | Analys |
|-------------|---|
| | små och mer geografiskt perifert belägna vårdcentraler. Hitintills är det ett fåtal ST-läkare som har provat konceptet. |

Uppdrag: Under mandatperioden ska Region Jönköpings län säkra akutvårdkedjan för att patienter ska få ett snabbare och säkrare omhändertagande i hela länet.

| Aktiviteter | Analys |
|--------------------------------|--|
| Primärvårdens del i akutkedjan | Bra Liv och Primärvården är en viktig del i akutkedjan. Vårdcentralerna bidrar med hög tillgänglighet och kompetens dagtid. Nyckeln till en välfungerande akutkedja är välutbildade sjuksköterskor som kan bedöma och hänvisa patienter till rätt vårdnivå. Varje vårdcentral har ett separat närakutsflöde där både läkare och övriga professioner har akuta tider varje dag. På kvällar och helger tar de gemensamma Närakuterna över. Ett väletablerat samarbete med kommunerna finns. Varje särskilt boende (SÄBO) har en ansvarig läkare som finns på plats regelbundet minst en dag i veckan. Akuta hembesök och telefonavstämningar görs däremellan. Hemsjukvården och SÄBO har särskilda telefonnummer för att lätt nå vårdcentralens läkare. Efter inläggning på sjukhus tar vårdsamordnaren över och planerar fortsatta sjukvårds- och omvårdnadsinsatser tillsammans med patient, anhörig och kommun. |

Framgångsfaktorer: God och jämlik hälsa

| Aktiviteter | Analys |
|---------------------------|--|
| Utrota livmoderhalscancer | Bra Liv deltar i ett projekt med syfte att utrota livmoderhalscancer genom att erbjuda vaccination mot HPV-virus (humant papillomvirus) till unga kvinnor i åldersgruppen 24-28 år. Fram till sommaren 2023 hade vi en projektledare för det praktiska genomförandet och tre team med sjuksköterskor, ett i varje länsdel som åkte runt till vårdcentraler, företag, skolor mm och erbjöd vaccination till målgruppen. Projektet som är riksomfattande har som mål att nå 90 % i åldersgruppen. Det har visat sig vara svårt att nå även nationellt, varför projekttiden har förlängts. Under hösten har Bra Liv deltagit med punktinsatser vid högskolan och löpande vid mikromottagningarna i Jönköping och Värnamo. |

Uppdrag: Säkerställa att verksamheter som är centraliserad inom regionen, når länets invånare jämlikt.

| Aktiviteter | Analys |
|---------------------------|---|
| Utveckla utbud i glesbygd | För att kunna erbjuda vård i framtiden där möjligheten att rekrytera och bemanna är begränsad måste vi organisera oss på nya sätt och samutnyttja resurser i högre omfattning. Vi ser att alla vårdcentraler ska vara bemannade med generell kompetens medan vissa specialkompetenser kan samlas på ett fåtal platser och serva flera vårdcentraler, exempelvis genom digifysiska vårdmottagningar. Bra Liv näras gemensamma utbud bidrar till att invånare oavsett var i länet |

| Aktiviteter | Analys |
|--|--------|
| de bor kan få tillgång till samma utbud av tjänster. | |

Uppdrag: Arbeta riktat mot äldre för att identifiera och erbjuda behandling för att motverka psykisk ohälsa, suicid, ofrivillig ensamhet samt främja äldres psykiska hälsa.

| Aktiviteter | Analys |
|---|--|
| Hälsöfrämjande arbete i socioekonomiskt utsatta områden | Bra Liv Gislaved, Nässjö, Råslätt och Öxnehaga har haft ett särskilt uppdrag i sina upptagningsområden för att främja jämlik hälsa. Vårdcentralerna arbetar i samverkan med andra aktörer i samhället för att sprida kunskap som leder till förbättrad hälsa. Olika stöd erbjuds beroende på befolkningens behov med fokus på fysisk, psykisk och social hälsa. Exempelvis har Öxnehaga vårdcentral arbetat med insatser riktade till familjer med överviktiga barn. Uppdraget och dess finansiering avslutades sommaren 2023. |

Uppdrag: Fortsatt utveckling av läkarstöd till de särskilda boendena och den kommunala hemsjukvården.

| Aktiviteter | Analys |
|---------------------------------------|---|
| Trygg, säker vård och omsorg i hemmet | För att nå trygg och säker vård och omsorg är god samverkan mellan vårdcentral, sjukhus och kommun avgörande. Lokala avtal tecknas avseende läkaruppdrag och medicinsk samverkan mellan vårdcentraler och kommunal hälso- och sjukvård. Avstämningsmöten, initierade av REKO hålls regelbundet på chefsnivå i varje kommun. |

Process och produktion

Verksamhetsmått

| Bra Liv, besök | Utfall 2019 | Utfall 2022 | Utfall 2023 | Förändring % 2023-2019 | Förändring % 2023-2022 |
|-----------------------------|----------------|----------------|----------------|------------------------|------------------------|
| Sjuksköterska | 194 858 | 152 513 | 161 933 | -17% | 6% |
| Vaccinationer covid -19 | | 201 539 | 65 952 | | -67% |
| Undersköterska | 32 323 | 28 927 | 29 746 | -8% | 3% |
| Kurator | 19 858 | 19 260 | 18 458 | -7% | -4% |
| Psykolog | 10 736 | 8 287 | 9 443 | -12% | 14% |
| Sjukgymnast | 113 354 | 96 952 | 103 639 | -9% | 7% |
| Arbetsterapeut | 20 150 | 17 517 | 19 568 | -3% | 12% |
| Läkare | 287 907 | 270 924 | 275 051 | -4% | 2% |
| Summa besök | 679 186 | 795 919 | 683 790 | 1% | -14% |
| Summa exkl covidvacc | 679 186 | 594 380 | 617 838 | -9% | 4% |
| Telefonkontakter | 248 943 | 328 952 | 334 353 | 34% | 2% |

Besök till flertalet yrkeskategorier har ökat jämfört med föregående år, men är inte uppe i 2019 års nivåer. Telefonkontakter dokumenterade i journal ökar och är långt fler än 2019. En förändring i arbetssätt gör att fler patientärenden kan lösas med telefonkontakter eller distansbesök istället för med fysiska besök.

Totalt ökar patientkontakterna med en förskjutning från besök till telefon.

Meddelande/chattfunktionen registreras som brevkontakt och ingår inte i ovanstående statistik.

Omfattningen är än så länge liten.

Administrativa kontakter ökar, de är 130 000 fler jämfört med 2019 och 25 000 fler jämfört med 2022. Ökningen av administrativa kontakter beror på fler komplexa system samt högre krav på dokumentation i syfte att stärka patientsäkerheten.

Andel digitala besök

| Bra Liv, andel digitala besök | Andel 2019 | Andel 2022 | Andel 2023 |
|-------------------------------|------------|------------|------------|
| Sjuksköterska | 0% | 1% | 1% |
| Undersköterska | 0% | 0% | 0% |
| Kurator | 1% | 17% | 12% |
| Psykolog | 0% | 16% | 16% |
| Sjukgymnast | 0% | 1% | 0% |
| Arbetsterapeut | 0% | 6% | 3% |
| Läkare | 1% | 6% | 6% |
| Summa | 1% | 4% | 4% |

Digitala besök är oförändrade jämfört med föregående år med viss variation mellan yrkesgrupper. För att upprätthålla och öka andelen digitala kontakter måste personalen i mycket högre omfattning vara aktivt pådrivande. Våra medarbetare måste tycka om och se vinster med digitala arbetssätt. Hur Bra

Liv ska komma vidare i digitaliseringsarbetet berörs vid varje ledningsgruppsmöte.


Strategiska mål: Enklare vardag för invånare och medarbetare

Framgångsfaktorer: Utveckling av arbetssätt och digitala tjänster

Uppdrag: Bäst i Sverige på digitala vårdtjänster och stödsystem.

| Aktiviteter | Analys |
|--|---|
| Stödja enheter och kollegor i arbetet med digitalisering | I Bra Liv har vi sedan 2015 arbetat aktivt för att främja den digitala utvecklingen. Verksamhetschefen för Bra Liv nära är vår spjutspets inom det digitala området. Han informerar och inspirerar vid varje ledningsmöte. Därutöver utbildar han och stödjer enskilda medarbetare i arbetet med digitala tjänster. |

Uppdrag: Fortsätta utökningen och användningen av digitala tjänster för vård, hälsa och prevention inklusive digitala besök

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|--|----------|--|---|
| VO Andel genomförda digitala vårdmöten | 8 % | 4 %  | Andel digitala besök ligger på en oförändrad nivå jämfört med föregående år och betydligt lägre än under pandemiåren. Minskningen beror både på att patienterna inte längre efterfrågar digitala kontakter och att personalen fortfarande är mer bekväm med att träffa patienterna fysiskt. För att öka andelen digitala kontakter måste personalen vara aktivt pådrivande. |

| Aktiviteter | Analys |
|---|---|
| Digitalisering på varje vårdcentral | <p>Bra Liv identifierar tre stora vårdprocesser – akuta, kroniska och svårt sjuka. Inom samtliga områden arbetar vi med digitalisering för att öka effektivitet, kontinuitet, medicinsk kvalitet, tillgänglighet och patientsäkerhet.</p> <p>Inom närukutsprocessen finns digital bedömning och triagering av infektionspatienter, "flygledartorn", appen Bra Liv nära med digitala videokontakter och meddelandefunktion samt 1177 direkt.</p> <p>För kroniskt sjuka patienter finns digitala årskontroller, digital förlängning av sjukskrivning och recept, digitala patientskolor samt egenmonitorering.</p> <p>För gruppen svårast sjuka finns digitala vårdplaneringsmöten, digitala ronder på kommunens särskilda boenden och digitala hembesök både akuta och planerade.</p> <p>Digitaliseringsarbetet pågår vid samtliga Bra Livs vårdcentraler. Alla vårdcentraler erbjuder digitala kontakter i olika omfattning, medan exempelvis digital coaching och egenmonitorering är under utveckling på några vårdcentraler.</p> |
| Bra Liv nära, digitala vårdmöten - koncernsamarbete | Vårdcentralerna Bra Liv erbjuder sedan 2015 digitala vårdmöten via appen Bra Liv nära. Patienten kan komma i kontakt med Bra Liv nära gemensamt eller välja sin egen vårdcentral. Den gemensamma mottagningen är öppen alla |

| Aktiviteter | Analys |
|------------------|---|
| | <p> dagar i veckan 8.00-21.00 och erbjuder digitala besök till läkare, sjuksköterska, fysioterapeut, kurator, psykolog, kost- och tobaksrådgivare. Det gemensamma utbudet i Bra Liv nära är vårt viktigaste koncernsamarbete. Vi drar nytta av stordriftsfördelar genom att ha gemensam och hög kompetens inom områden som är svårrekryterade eller kräver specialistkompetens som är svår att upprätthålla vid små enheter.</p> <p> Appen utvecklas kontinuerligt och erbjuder videobesök, meddelandefunktion, triagering, receptförnyelse, bokning av vaccinationer samt kommunikationsmöjlighet med patienter som använder egenmonitoreringsverktyg.</p> <p> I Bra Liv nära är vi snabba och flexibla med att utveckla tjänster som efterfrågas av våra invånare. Vårdcentralerna kan själva ändra innehåll och tjänster då behoven förändras.</p> |
| Egenmonitorering | <p> Bra Liv testar digitala verktyg som innebär att patienten själv kan följa och ta hand om sin kroniska sjukdom. Vi följer utvecklingen och provar när nya intressanta produkter blir tillgängliga.</p> <p> För närvarande provas ett monitoreringsverktyg för astma samt ett för långtids-EKG med övervakning i hemmet förmedlat via vårdcentralerna. Båda verktygen ger goda kliniska resultat och hög patientnöjdhet. Bra Liv hoppas att båda verktygen upphandlas så snart som möjligt och implementeras i hela primärvården.</p> |

Uppdrag: 1177 direkt – symtombedömning, hänvisning och chatt införs på alla vårdcentraler i länet och som en del av 1177

| Aktiviteter | Analys |
|--|---|
| Införa 1177 direkt – symtombedömning, hänvisning och chatt på alla vårdcentraler i länet | 1177 direkt har införts vid samtliga vårdcentraler under hösten. Volymerna är fortfarande ganska små. Personalen upplever att det är belastande med ytterligare en "ingång" för patienterna som ska bemannas. |


Uppdrag: Förbättra konsultstödet från sjukhusens specialistvård till primärvården genom sömlösa övergångar

| Aktiviteter | Analys |
|------------------|---|
| Läkare on demand | <p> För att möta allt mer komplexa vårdbehov har nya arbetssätt för en snabbare och effektivare samverkan mellan primärvården och den specialiserade vården arbetats fram bestående av:</p> <ul style="list-style-type: none"> • akut bakjournskoordinator • subakut "on-demand" konsult i den specialiserade vården • elektiv multidisciplinär konferens • tillgänglig primärvård <p> Primärvårdsläkare kan snabbt få kontakt med en slutenvårdskollega för råd avseende handläggning av patient. Omvänt kan sjukhusläkare snabbt få tag i primärvårdskollega för råd avseende patients tidigare utredning och behandling i primärvården. Vi önskar att slutenvården i större utsträckning tar kontakt med</p> |

| Aktiviteter | Analys |
|-------------|--|
| | <p>primärvården.</p> <p>Arbetsätten har implementerats med generellt gott resultat. Det finns alltid svårigheter med nya arbetssätt som att tillgängligheten ibland uteblir, att samma frågeställning får olika svar från olika länsdelar, och att råden ofta omfattar diagnostiska undersökningar som driver kostnader. Bra Livs beställningar av både lab- och röntgenundersökningar har ökat kraftigt under 2023.</p> |

Strategiska mål: Bästa möjliga kvalitet

Framgångsfaktorer: Hälsöfrämjande och sjukdomsförebyggande




| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|---|----------|---|--|
| Nämnd Andel 40-, 50-, 60- och 70-åringar som genomgått hälsosamtal. | 50 % | 24 %  | <p>Antal genomförda hälsosamtal minskade kraftigt under pandemin och har fortfarande inte kommit igång fullt ut. Två vårdcentraler når mål med 60 % måluppfyllelse, elva vårdcentraler ligger strax under mål med 30-40 % genomförda samtal medan resterande femton vårdcentraler ligger en bra bit under mål.</p> |

| Aktiviteter | Analys |
|---|---|
| Lärcafé, Självhjälpsgrupper och Hälsocenter | <p>Bra Liv gör var fjortonde dag säsongsanpassade inlägg om hälsa och friskvård i sociala medier.</p> <p>I flera kommuner finns samarbete mellan Bra Liv och kommunen i Hälsocenter. Syftet med Hälsocenter är att genom ett hälsöfrämjande och förebyggande arbetssätt ge stöd till att förbättra invånarens fysiska, psykiska, sociala och existentiella hälsa. Vårdcentralen identifierar patienter med behov av förebyggande eller rehabiliterande insatser. På hälsocenter coachas patienten och slussas till olika aktiviteter.</p> <p>Lärcafé och självhjälpsgrupper är mötesplatser för personer med liknande sjukvårdserfarenheter som ges möjlighet att få mer kunskap om sin sjukdom och att ge varandra stöd och hjälp.</p> |
| Läkarinsatser i BHV | <p>Läkarinsatser i barnhälsovården ingår inte i vårdvalsuppdraget men är en högt prioriterad verksamhet i Bra Liv. Flera vårdcentraler har under året haft svårt att prioritera BHV på grund av låg egen bemanning. För att lösa behovet har flera specialöverenskommelser gjorts med barnhälsovården där Bra Liv har bemannat med egen distriktsläkare och tagit in extra hyrläkare för att täcka vakansen på vårdcentralen.</p> |

Framgångsfaktorer: Säker verksamhet



Uppdrag: Under planperioden anpassas Region Jönköpings läns patientsäkerhetsarbete till Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet, Agera för säker vård.

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|---------|----------|----------|--------|
|---------|----------|----------|--------|

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|--|----------|---|--|
| VO Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHK) | 100 % | 94 %  | God följsamhet till basala hygien- och klädregler. |
| Journalutskrift inom 72 timmar | 75 % | 71 %  | Drygt hälften av vårdcentralerna når mål för journalutskrift inom 72 timmar. Systemet med skrivhjälp inom Bra Liv har blivit en permanentad verksamhet som fungerar väl. Några vårdcentraler har börjat använda ett program för taligenkänning (TIK), d.v.s. diktatet transkriberas direkt in i journalen då vårdpersonalen dikterar. Ett intressant arbetssätt som successivt sprids i organisationen. Fortfarande krävs handpåläggning av vårdadministratörer innan diktaten kan signeras. |
| Patientjournal - signering | 90 % | 90 %  | I genomsnitt under året har 90 % av Bra Livs journaler signeras inom 7 dagar. Alla vårdcentraler har bra rutiner för att säkra att journalerna blir signerade, målpuffyllelse ligger inom spannet 82-100 %. |

| Aktiviteter | Analys |
|--------------------------|--|
| Säker vård - alla gånger | <p>Vårdcentralerna Bra Liv arbetar med patientsäkerhet utifrån regionens övergripande strategiska målsättning där 9 av 16 delområden är relevanta. Tidigt upptäcka svårt sjuka och agera, läkemedelsfel i vårdens övergångar, Vårdrelaterade infektioner VRI och spridning av multiresistenta bakterier samt samverkan mot antibiotika resistens STRAMA, vård vid hjärtsvikt, aktivt ledarskap, vårdrelaterade urinvägsinfektioner, suicidprevention, läkemedelsrelaterade problem och kommunikation.</p> <p>Chefsläkare och verksamhetschefer från fokusgrupp patientsäkerhet har genomfört nio patientsäkerhetsronder under året. Vid ronderna intervjuas både ledning och medarbetare och man samtalar även med patienter i väntrummen. På en treårsperiod har alla vårdcentraler haft en patientsäkerhetsrond. Vid ledningsgruppsmöten har chefsläkare en stående punkt med återföring av registrerade avvikelser och lex Maria ärenden i syfte att lära och förbättra på organisationsnivå.</p> |

Framgångsfaktorer: Ändamålsenliga, resurseffektiva och hållbara processer

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|--|----------|--|---|
| Nämnd Antal hembesök läkare | 3 620 | 4 465  | Arbetsätt med god tillgänglighet till läkarbesök i hemmet finns vid samtliga vårdcentraler. Ofta sker hembesöken i samverkan med kommunernas hemsjukvård. Antal hembesök har ökat med ca 1 000 jämfört med föregående år. |
| Nämnd Antal vårdplaneringar enligt SiP | 2 385 | 2 668  | Vårdplaneringsbesöken ökar, 300 fler är genomförda och dokumenterade jämfört med föregående år. |





| Aktiviteter | Analys |
|-------------|--------|
|-------------|--------|

| Aktiviteter | Analys |
|-----------------|---|
| Covid-19 arbete | Covid-19 viruset finns kvar men har allt mindre påverkan på samhälle och sjukvård. Under året har riskpatienter och invånare över 65 år rekommenderats påfyllnadsdoser våren och hösten. Under hösten erbjöds vaccinationer mot covid-19 och säsongsinfluensa samt pneumokocker vid samma tillfälle. Intresset för dessa vaccinationer har varit stort. Sammantaget har vi vaccinerat 50 000 invånare motsvarande 74 % av målgruppen. |

Uppdrag: Utveckla cirkulära materialflöden och minska mängden avfall.

| Aktiviteter | Analys |
|--------------------------------|---|
| Ansvarsfull materialanvändning | Bra Liv strävar efter att minska användning av engångsmaterial samt att använda rätt typ av material. Under det senaste året har utbyten gjorts till flergångsmaterial eller till mer hållbara engångsmaterial i enlighet med handbok för klokare materialval. Utrustning återanvänds och repareras så långt som möjligt. Britspapper används numera enbart till vissa besök som exempelvis gynekologiska undersökningar, operationer och vissa omläggningar. |

Uppdrag: Minska klimatpåverkan från våra tjänsteresor

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|---|---------------------------------|--|---|
|  Koldioxidutsläpp från tjänsteresor, inklusive egna godstransporter per årsarbetare | 0,073 ton koldioxid/årsarbetare | 0,057 ton koldioxid/årsarbetare  | Många administrativa möten har ändrats från fysiska till digitala och en allt större andel av vårdcentralernas bilar drivs med el eller biogas. |
|  Andel förnybar energi i Region Jönköpings läns pool-, verksamhets- och transportbilar | 50 % | 66 %  | Vårdcentralerna använder i hög omfattning bilar inhyrda från Region Jönköpings läns bilpool. De ersätts successivt och en allt större andel bilar drivs med förnybar energi. Allt fler laddstolpar sätts upp vilket gör att andelen elbilar ökar. |

| Aktiviteter | Analys |
|--|---|
| Genomföra digitala möten när det är lämpligt | Bra Liv arbetar för att undvika onödiga resor. Möten administrativa såväl som vårdrelaterade utförs digitalt när så är lämpligt. Vi efterfrågar möjligheten att delta digitalt även om sådan inbjudan saknas. |

Uppdrag: Fortsätta det påbörjade arbetet inom kunskapsstyrningen nationellt, regionalt och lokalt med ambitionen att vara ledande i implementeringen, i syfte att erbjuda jämlik vård.

| Aktiviteter | Analys |
|---|---|
| Delta i Fakta-arbete och Läns gemensamma programgrupper | Region Jönköpings läns Faktadokument är ett levande kunskapsstöd som används dagligen och styr vårdcentralernas arbete. Faktadokumentet arbetas fram i arbetsgrupper med sakkunniga från både sjukhus och |

| Aktiviteter | Analys |
|-----------------------------|--|
| | <p>primärvård där Bra Liv deltar med flera medarbetare. Våra lokala Faktadokument integreras fortlöpande i det Nationella kunskapsstödet. I takt med att arbete påbörjas i Läns gemensamma programområden (LPO) kommer Bra Liv att inneha ordförandepost i ett flertal LPO. Faktagrupperna finns kvar men kommer på sikt att sammanfalla med LPO.</p> |
| Förbättra kliniska resultat | <p>Sedan slutet av 2021 har primärvården haft tillgång till verktyget Medrave, med automatisk datauthämtning från Cosmic, som ger tillgång till Primärvård Kvalitets nationella indikatorer avseende medicinsk kvalitet. Verktyget används allt mer på vårdcentralerna. Bra Livs controller har behörighet till systemet och stödjer vid behov vårdcentralernas förbättringsarbeten. Vårdcentralerna registrerar sedan många år i nationella diabetesregistret (NDR).</p> <p>För att motverka onödiga volymer och kostnadsökningar samt göra det bästa för patienten har Bra Liv börjat arbeta med konceptet "Kloka kliniska val". Ett arbete som handlar om att undvika överdiagnostisering och behandling. Syftet är att identifiera åtgärder utan patientnytta och utesluta dem. Vid varje patientmöte bedöms varför och hur medicinsk diagnostik och läkemedelsbehandling ska användas. Detta görs i samråd med patienten och eventuellt anhöriga.</p> |

Uppdrag: Prioritera och utveckla omhändertagandet av patienter med kroniska sjukdomar

| Aktiviteter | Analys |
|--|---|
| Personcentrerad vård / patientkontrakt | <p>Patienter lever med sin kroniska sjukdom varje dag. Bra Liv arbetar för att varje patient med kronisk sjukdom ska ha ett patientkontrakt/överenskommelse med vården. I ett patientkontrakt framgår vårdens ansvar, och vad som är patientens ansvar, vem patienten kontaktar vid problem och vad nästa steg i behandlingen/vården är.</p> <p>Med detta arbetssätt kan individanpassad vård och behandling tillgodoses. Årskontroller med besök hos läkare byts ut mot individuellt anpassad vård. Kontroller kan genomföras fysiskt eller digitalt, med läkare eller sjuksköterska beroende på behov. En del patienter behöver glesare besök och stöd till egenvård däremellan, en del tätare uppföljning än årsvis.</p> <p>Vi strävar efter att använda de egenmonitoreringsverktyg som finns. Under året har Asthma Tuner och ePatch långtids EKG använts.</p> |

Uppdrag: Cancervård - Arbeta aktivt med att nå målen för standardiserade vårdförlopp.

| Aktiviteter | Analys |
|--|---|
| Primärvårdens del i standardiserade vårdförlopp cancer | <p>Vårdcentralen är ofta den enhet som först möter patienten och som kan initiera ett SVF-förlopp genom att skicka remiss med en välgrundad misstanke om cancer. SVF Malignt melanom kan som enda SVF-förlopp startas och avslutas i primärvården. Primärvården har ett väl</p> |

| Aktiviteter | Analys |
|-------------|--|
| | utvecklat samarbete med hudkliniken avseende teledermatoskopi. Bra Liv har processledarskap för SVF-hudmelanom, vilket innebär att följa resultat och samordna det gemensamma arbetet. |

Uppdrag: Psykisk hälsa - Utveckla det individuella stödet för bättre somatisk hälsa hos personer med psykisk sjukdom

| Aktiviteter | Analys |
|----------------|---|
| Hela människan | Bra Liv stödjer människor i särskilt utsatta situationer som missbruk, hemlöshet, psykisk ohälsa och sjukdom genom ett samarbete med organisationen Hela människan i Jönköping. Var fjortonde dag kommer läkare och sjuksköterska till organisationens lokal och har mottagningsverksamhet på plats utan krav på förbokning. Vi når människor som annars inte söker sjukvården. |

Uppdrag: Psykisk hälsa - Säkra att patienter med psykiatrisk problematik i gränslandet mellan specialistvård och primärvård erbjuds god vård och behandling.

| Aktiviteter | Analys |
|---|---|
| Förbättrad somatisk hälsa vid psykisk sjukdom | Ett arbetssätt är framtaget i samverkan mellan den specialiserade psykiatriska vården, primärvården och kommunerna i Höglandsområdet i syfte att förbättra resultaten för somatisk samsjuklighet, genom upprättade hälsoplaner, hälsofrämjande insatser, samordnade vårdplaneringar och hög patientnöjdhet. Arbetssättet sprids nu och blir ett stöd i införande och implementering av arbetssätt för förstärkt lokal samverkan och gemensam uppföljning – som en del i Gemensam plan för primärvård. |

Uppdrag: Läkemedelsanvändning - Minska olämplig läkemedelsanvändning

| Aktiviteter | Analys |
|--|--|
| Trygg, säker och kostnadseffektiv läkemedelsförskrivning | Bra Livs fokusgrupp "läkemedel, lab och röntgen" arbetar strukturerat med läkemedelsförskrivning. Under 2023 ligger fokus inom fem viktiga områden. Patienter med många läkemedel, receptfria läkemedel, beroendeframkallande läkemedel, diabetesläkemedel och protonpumpshämmare. Ett uppföljningsmaterial med vårdcentralens resultat tillsammans med jämförande siffror för övriga vårdcentraler inom Bra Liv skickas ut för reflektion och dialog kvartalsvis till verksamhetschefer och medicinska rådgivare. Jämförelser görs även med rikets genomsnitt. Nära samarbete sker med centrala läkemedelskommittén. I arbetet ingår även att inkludera patienten som uppmuntras att vara aktiv och fråga läkaren om sina läkemedel, bl.a. i foldern Läkemedel - 7 frågor. Foldrar och informationsmaterial kring beroendeframkallande läkemedel har tagits fram för våra väntrum. En av Bra Livs apotekare besöker tillsammans med controller olika vårdcentralers läkargrupper och resonerar om hur deras individuella förskrivning ser ut och eventuellt kan förbättras. |

| Aktiviteter | Analys |
|----------------------------------|--|
| | Läkemedel är tillsammans med radiologi och provtagning viktiga områdena att belysa i patientöverenskommelser. Arbetet har stor betydelse både vad gäller behandlingskvalitet, patientsäkerhet, miljö och ekonomi. |
| Rätt förskrivning av antibiotika | Bra Liv har fyra övergripande mål för antibiotikarbetet 2023. Max 250 antibiotikarecept ska förskrivas per 1000 invånare. Minst 70 % av uthämtad antibiotika ska utgöras av förstahandspreparat. Stramas uppföljningsbesök ska vara genomfört och självdeklaration ska vara inlämnad. Vårdcentralernas resultat följs upp och redovisas månadsvis. 22 av 28 vårdcentraler klarar samtliga mål och uppfyller kriterierna för att vara Antibiotika-smart vårdcentral. Den framgångsrika antibiotikakampanjen ”Antibiotika bara när det behövs” löper på. |

Uppdrag: Läkemedelsanvändning - Minska miljöpåverkan från läkemedel med bibehållen patientnytta

| Aktiviteter | Analys |
|------------------------------------|--|
| Ansvarsfull läkemedelsförskrivning | Läkemedel är Bra Livs största miljöpåverkande faktor. En ansvarsfull förskrivning innebär att rätt läkemedel på rätt indikation och i rätt mängd förskrivs till patienten. I val av läkemedelspreparat väljs det som är minst belastande ur miljösynpunkt under förutsättning att det ger samma patientnytta. Innan läkemedelsbehandling inleds övervägs alltid andra behandlingsalternativ exempelvis fysisk aktivitet på recept (FAR) eller kognitiv beteendeterapi. Se även aktiviteter under läkemedelsanvändning. |

Lärande och förnyelse

Strategiska mål: Bäst på att förbättra och förnya

Framgångsfaktorer: Förbättringskunskap

Uppdrag: Identifiera arbetssätt eller arbetsuppgifter som inte längre bedöms som värdeskapande

| Aktiviteter | Analys |
|--|--|
| Utfasning av årskontroller | Uppföljning av kroniska sjukdomar differentieras och genomförs med ett personcentrerat coachande förhållningssätt där patienten uppmuntras till att ta stort eget ansvar för sin sjukdom. Uppföljning sker med olika tidsintervall och med olika professioner, digitalt eller fysiskt beroende på den enskildes behov. I överenskommelsen dokumenteras både patientens och vårdens ansvar. |
| Effekthemtagning - tillvaratagande av möjligheter vid verksamhetsutveckling med stöd av IT-lösningar | Egenmonitoreringsverktyg bidrar till att patientens egenförmåga stärks och sjukvården blir effektivare. I Bra Liv provas verktyget Asthma Tuner med vilket patienter gör egna spirometrimätningar och lär sig följa sina resultat i samråd med astmasjuksköterska. Patienten mår bättre och sjuksköterskan hinner med fler patienter. Bra Liv rekommenderar att verktyget upphandlas och införs i hela vårdvalssystemet. Bra Liv har även provat Långtids-EKG ePatch som sätts på patienten direkt på vårdcentralen i samband med besök för hjärklappningsbesvär. Patienten slipper remiss och kö till laboratorium. Oregelbundet hjärtflimmer har bättre förutsättningar att fångas då patienten direkt efter besöket är uppkopplad för EKG i regel sju dygn. Snabb upptäckt ger vinster både för patient och sjukvård. Under 2024 kommer en annan variant av patientnära långtids-EKG testas. I journaldatasystemet Cosmic finns en så kallad Stroke-app. Den scannar av och hittar alla patienter med förmaksflimmer som saknar proppförebyggande läkemedel. |
| ST-läkare randar sig i Bra Liv nära | Alla ST-läkare i Bra Liv uppmanas till randning i Bra Liv Nära digital patientmottagning. Läkaren lär sig att hantera teknik i digitala patientmöten och se vilka patienter som lämpar sig för denna typ av kontakter. Under 2023 har tre ST-läkare randat sig i Bra Liv nära. |

Uppdrag: Fortsätta arbetet med rätt använd kompetens (RAK).

| Aktiviteter | Analys |
|--|---|
| Kompetensutveckling i egen regi och eget utbildningsmaterial | Bra Liv utvecklar och genomför utbildningar i egen regi inom strategiska områden. Ett kostnadseffektivt sätt att erbjuda många medarbetare utbildning. Exempel på utbildningar som är genomförda 2023 är praktisk sjuksköterske- och undersköterskeutbildning, telefonrådgivningsutbildning - "det goda bemötandet", skriva röntgen- och ortopedremiss riktad till sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter. Bra Liv lära är ett |

| Aktiviteter | Analys |
|---|--|
| | <p>koncept med digitala utbildningar riktade till sjuksköterskor, där en ny föreläsning ges varje månad. Föreläsningarna går även att ta del av digitalt i efterhand. För läkare har vi haft injektionsteknik samt bakjoursskola. Vi ansvarar för hjärtsviktsutbildning som även är öppen för privata vårdcentraler. Vid behov upphandlas längre utbildningar av strategisk betydelse exempelvis kognitivbeteende terapi (KBT) och ortopedisk medicin.</p> <p>Utbildningarna leder till nya arbetssätt i enlighet med RAK.</p> |
| Uppdragsbeskrivningar och strategiska kompetensplaner för alla yrkesgrupper | <p>Uppdragsbeskrivningar med strategiska kompetensplaner finns för varje yrkesgrupp. Dessa bidrar till att attrahera till yrket, utvecklar medarbetaren och tydliggör vilka kompetensområden som samtliga medarbetare inom yrkesgruppen behöver och vilka spetskompetenser som ska finnas. Uppdragsbeskrivningarna revideras årligen via Bra Livs fokusgrupp för kompetensutveckling och samverkas sedan i Bra Livs samverkansgrupp. De strategiska kompetensplanerna ligger till grund för de utbildningsaktiviteter som Bra Liv utvecklar.</p> |

Uppdrag: Fortsätta arbetet med kapacitet och produktionsstyrning (KPS).

| Aktiviteter | Analys |
|------------------|--|
| KPS i primärvård | Bra Liv Eksjö vårdcentral har påbörjat ett KPS arbete. |

Framgångsfaktorer: Professionell kunskap

| Aktiviteter | Analys |
|---------------------------------------|---|
| Arbete i fokusgrupper | <p>Bra Liv arbetar i 8 fokusgrupper inom strategiskt viktiga områden för att utveckla och styra verksamheten. Ekonomi, Läkarresurs, Kompetens, Kommunikation, Läkemedel, lab & röntgen, Fundament & värdegrund, Patientsäkerhet samt Framtid & strategi.</p> |
| Klinisk undervisningsmottagning (KUM) | <p>Höstterminen 2020 startade landets första kliniska undervisningsmottagningar (KUM) förlagda till primärvård. Vid en KUM får studenter från olika utbildningsprogram träna och lära sig att samarbeta i interprofessionella team. År 2023 består grupperna av blivande läkare, arbetsterapeuter och sjuksköterskor. De första två terminerna genomfördes på Bra Liv Rosenhälsan/Tenhult- och sedan hösten 2021 finns KUM på Bra Liv Råslätt vårdcentral.</p> <p>Undervisningsmottagningarna har fått mycket gott betyg av studenterna och personalen upplever utbildningsuppdraget som stimulerande och utvecklande.</p> <p>Det finns intresse från vårdcentraler både i södra och östra länsdelarna för att starta KUM-verksamhet.</p> |

Framgångsfaktorer: Forskning

| Aktiviteter | Analys |
|-----------------------|---|
| Akademisk vårdcentral | <p>Bra Liv Rosenhälsan och Bra Liv Råslätt är sedan 2020 och 2021 diplomerade som Akademiska vårdcentraler. För utmärkelsen krävs disputerad personal, inskrivna doktorander och att vårdcentralen bedriver forskning och</p> |

Vårdcentralerna Bra Liv, Verksamhetsberättelse

21(31)

| Aktiviteter | Analys |
|-------------|---|
| | <p>prövningar, undervisar och handleder vetenskapliga arbeten. En akademisk vårdcentral har särskilda uppdrag att bedriva forskning och utveckling samt utbilda framtidens medarbetare.</p> <p>Region Jönköpings primärvård har fått utmärkelsen Akademisk primärvård. Bra Livs direktör samt Rosenhälsans och Råslätts verksamhetschefer ingår i styrgruppen för Akademisk primärvård.</p> |



Medarbetare

Strategiska mål: Sveriges bästa offentliga arbetsgivare med Sveriges bästa arbetsplatser

Framgångsfaktorer: Rätt kompetens och bemanning

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|-------------------|----------|----------|--|
| Nämnd Årsarbetare | 1 000 | 990 — | <p>Antal årsarbetare har minskat med 22 jämfört med föregående år. Minskningen avser främst tim- och visstidsanställda sjuksköterskor och förklaras av färre covidvaccinationer.</p> <p>Antal tillsvidareanställda är ungefär lika mellan åren, med en liten minskning av ST-läkare.</p> |


Uppdrag: Strategisk kompetensplanering

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|--|----------|------------|---|
|  Kostnad för bemanningsföretag (hyrkostnad som andel av egna personalkostnader) | 2 % | 9 % ■ | <p>Behovet av hyrläkarbemanning ligger på en fortsatt hög nivå. Under året har Bra Liv använt i genomsnitt 28 hyrläkarlinjer. Hyrläkarkostnaderna för hela perioden motsvarar 20 % av den totala kostnaden för läkare.</p> <p>Behovet av hyrläkare är koncentrerat till södra och östra länsdelarna. Det ökade hyrläkarbehovet beror på att välbemannade vårdcentraler fortsätter att vara välbemannade medan lågt bemannade vårdcentraler fortsätter vara lågt bemannade och löper större risk att ytterligare tappa bemanning. Det är svårt att göra omfördelningar inom länet, att få enskilda individer att förflytta sig till lågt bemannade vårdcentraler, men det går i långsam takt.</p> <p>En noggrann analys av vårdcentralernas behov görs innan hyrläkare beställs.</p> |
|  Personalomsättning (andel externa avgångar exkl pension) under de senaste 12 månaderna | 5 % | 7,5 % ■ | <p>Under pandemiåren 2020-2021 var personalomsättningen låg mellan 4-6%. Det var svårt och osäkert att byta arbete. Nu är personalomsättningen i samma nivåer som åren innan pandemin. Bra Livs personal har en god arbetsmarknad med privata vårdcentraler, kommuner och sjukhus som konkurrerar om samma personal.</p> <p>Det som utmärker 2023 är att vårdcentralerna i södra och östra länsdelarna är särskilt hårt drabbade av hög personalomsättning, i snitt 9 % (11 %) medan norra området har en personalomsättning på 6 % (7 %). Det som ytterligare försvårar för östra och södra länsdelarna är att de har äldre personal. Siffrorna inom parentes avser personalomsättning inklusive pensionsavgångar.</p> |

| Aktiviteter | Analys |
|---|--|
| Kompetensförsörjningsstrategi 2023-2025 | Bra Livs strategi är att utveckla, behålla samt att attrahera nya medarbetare. |

| Aktiviteter | Analys |
|-------------|--|
| | <p>Det gör vi exempelvis genom egen kompetensutveckling, möjlighet till utveckling och forskning inom ramen för anställning, utbildningsanställning till distriktssköterska, individuell lönesättning, prestations- och målbaserad utvärdering vid löneöversyner, bra omhändertagande av studenter, ett nära och tillgängligt ledarskap.</p> <p>Vi arbetar för en god fysisk, organisatorisk och social arbetsmiljö samt goda förutsättningar för chefs och ledarskap. För att främja framtida bemanning och hållbarhet i rekryteringar ger vi god introduktion vid nyanställning samt erbjuder fadder. Alla nyanställda bjuds in till en introduktionsdag, då det får möta ledningen och ta del av Bra Livs vision och värdegrund.</p> <p>Verksamheten märker av en allt hårdare konkurrens om arbetskraften. I södra och delvis östra länsdelarna används rekryteringstillägg för yrkesgrupperna fysioterapeuter och sjuksköterskor. För läkare tillämpas zon-tillägg vid vårdcentraler som över tid haft bemanningssvårigheter.</p> <p>Vårdcentralerna stöttar varandra klustervis. Vi samverkar med bemanning mellan vårdcentraler via vänvårdcentraler, ambulerande bemanning samt pool-tjänst vid längre vakanser.</p> <p>En kompetensplan på övergripande nivå är utarbetad för de närmaste åren.</p> |

Uppdrag: Kompetensutveckling hela arbetslivet

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|---------------------------|----------|---|---|
| VO Andel medarbetarsamtal | 90 % | 63 %  | Sedan årsskiftet registreras medarbetarsamtal i nytt system Lärande & kompetens (LoK). Två tredjedelar av vårdcentralerna har kommit igång väl med nya systemet medan resterande tredjedel fortfarande inte har kommit in i nya arbetssätt. |



| Aktiviteter | Analys |
|------------------------|---|
| Chefstraineer | <p>Program för Bra Livs medarbetare med intresse för ledarskap. Programmet löper under ett år och innehåller både teoretiska avsnitt samt praktik genom att auskultera hos erfaren Bra Liv verksamhetschef. Verksamhetschefen fungerar som mentor åt traineen under hela utbildningsåret. Under hösten startade Bra Livs fjärde omgång av chefstraineeprogram. En hög andel av tidigare traineer har gått vidare till cheftjänster i Bra Liv.</p> |
| Mötesarena | <p>Mötesarenadagarna är riktade till all Bra Livs personal i syfte att ge kompetensutveckling inom prioriterade områden samt främja och stärka gemenskap och samverkan mellan vårdcentralerna. Under 2023 genomfördes inga mötesarenadagar men de planeras till hösten 2024 igen.</p> |
| Utbildningsanställning | <p>Bra Liv erbjuder tolv utbildningsplatser till distriktssköterska på betald arbetstid till de vårdcentraler som har störst behov av denna kompetensförsörjning. Vi erbjuder även utbildningsplatser för PTP-psykologer. Under</p> |

| Aktiviteter | Analys |
|-------------|---|
| | 2023 har tolv sköterskor påbörjat distriktssköterskeutbildning och vi har haft fem PTP-psykologer i verksamheten. |

Uppdrag: Varje arbetsplats ska arbeta med "hur vi blir Sveriges bästa offentliga arbetsgivare" och "hur vi skapar bästa arbetsplatsen".

| Aktiviteter | Analys |
|---------------------------------------|--|
| Minska beroendet av bemanningsföretag | <p>Beroendet av bemanningsföretag ska minskas genom kontinuerligt arbete med rätt använd kompetens och med ett framgångsrikt rekryteringsarbete. Vår strategi är att visa att vi är en attraktiv arbetsgivare med god arbetsmiljö, goda personalförhållanden och kompetensutvecklingsmöjligheter. I svårrekryterade områden erbjuder vi högre lön genom zon-tillägg. Bra Livs läkarförsörjningsteam med HR- och läkarkompetens stödjer vårdcentralerna i rekryteringsarbetet. De flesta rekryteringarna går via utbildning av ST-läkare, där AT-läkare och vikarierande underläkare är en viktig rekryteringsbas. Vi rekryterar även specialister och BT-läkare från andra länder.</p> <p>Låg egen läkarbemanning ger ur ett handledningsperspektiv svårigheter att ta emot AT-läkare och att rekrytera ST-läkare. Bra Liv arbetar aktivt för att motverka detta. Handledning på plats kan kompletteras med distanshandledning alternativt eller i kombination med ambulanshandledare. Bra Liv erbjuder randning för ST-läkare i Bra Liv nära, vilket ökar den digitala mognaden och bidrar till att öka tillgängligheten till läkare.</p> |

Uppdrag: Hållbara arbetsvillkor och ökad andel heltidsarbetande

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|--|----------|---|---|
|  Andel heltidsanställda | 87 % | 85 %  | <p>Alla nyanställda i Bra Liv som önskar heltidstjänst erbjuds det. I de allra flesta fall kan vi erbjuda ökad sysselsättningsgrad till deltidsanställda som så önskar. Vi verkar för en god och hållbar arbetsmiljö så att fler anställda ska välja att arbeta heltid.</p> |

Uppdrag: Lönebildning

| Aktiviteter | Analys |
|----------------------|---|
| Bra Liv Lönebildning | <p>Bra Livs chefer erbjuder regelbundet utbildningar inför lönerevisioner och i nylönesättning. Verksamheten märker av en allt hårdare konkurrens om arbetskraften. Förutom läkare är flera av våra övriga professioner svårrekryterade särskilt till mindre orter. En klok lönebildningsstrategi är ett verktyg för att tillgodose god och jämlik bemanning och vård över hela länet. Vid några vårdcentraler i södra och östra länsdelarna används rekryteringstillägg för yrkesgrupperna fysioterapeuter och sjuksköterskor. För läkare tillämpas zon-tillägg vid vårdcentraler som över tid haft bemanningssvårigheter.</p> |

Uppdrag: Erbjud språkutbildning

| Aktiviteter | Analys |
|--|---|
| Nässjö utbildningscentrum med fredags seminarier | <p>Vid Nässjö utbildningscentrum (NUC) utbildas och kompetensvärderas läkare med utländsk utbildning. I mån av plats utbildar och introducerar vi även läkare som ska arbeta vid sjukhusens kliniker. I konceptet ingår fredagsseminarier med medicinsk utbildning, kultur & integration samt språkutveckling.</p> <p>NUC utbildar främst så kallade EU-specialister, d.v.s. specialist i allmänmedicin med utbildning och erfarenhet från annat EU-land än Sverige. Från vårterminen 2022 tar vi även emot utlandsutbildade legitimerade läkare som ska göra bastjänstgöring (BT) innan de påbörjar ST-tjänst. Under året har tre EU-specialister och fem BT-läkare utbildats vid NUC.</p> |

Uppdrag: Erbjud praktikplatser och feriepraktikplatser i större omfattning

| Aktiviteter | Analys |
|--|--|
| Attraktiva praktikplatser för alla yrkeskategorier | <p>Vårdcentralerna Bra Liv ser studenter som framtida medarbetare och vill ge dem en positiv bild av vår verksamhet. Vi erbjuder verksamhetsförlagd utbildning (VFU) och sommarpraktik för olika yrkesroller. Ett VFU-råd har inrättats tillsammans med Futurum. Vi tar emot gymnasieelever på prao-vecka, Strimma-grupper dvs. läkarstudenter som i grupp övar samtalsmetodik under handledning. Bra Liv erbjuder vid ett par vårdcentraler kursmomentet ”Interprofessionellt lärande (IPL) och förbättringskunskap”.</p> |



Framgångsfaktorer: En god arbetsmiljö och hälsa

Uppdrag: Arbeta med friskfaktorer


| Aktiviteter | Analys |
|------------------------------|---|
| Hälsöfrämjande arbetsplatser | <p>Bra Liv strävar efter att bli Sveriges bästa arbetsplats och ha den bästa samverkansgruppen. Vi arbetar med ett salutogent synsätt för arbetsplatser med hög trivsel och låg sjukfrånvaro.</p> <p>Våra chefer ska ha goda förutsättningar för ett tillitsfullt och närvarande chefskap. Bra Liv har stort fokus på kompetensutveckling både för medarbetare och chefer. Vi är bra på att utveckla egna utbildningar inom prioriterade områden.</p> <p>Bra Liv arbetar kontinuerligt med värdegrund och dess praktiska tillämpning. En gång i halvåret erbjuds nya medarbetare en heldags introduktion tillsammans med stora delar av staben, där Bra Livs uppdrag, värdegrund och del i Regionen förtydligas.</p> <p>Verksamhetens resultat följs och vi gläds åt att länets primärvård är i topp när det gäller invånarnas förtroende. Medarbetare vill vara där det går bra och utveckling sker. Arbete med att implementera konceptet ”Sunt arbetsliv/friskfaktorer” har påbörjats.</p> <p>Bra Livs övergripande samverkansgrupp fungerar bra. Vi</p> |

| Aktiviteter | Analys |
|-------------|---|
| | <p>arbetar med tidig delaktighet vid organisatoriska förändringar och i allt utvecklingsarbete. Många riskbedömningar görs, vilka förmedlas vidare till lokala samverkansgrupper som stöd i de lokala verksamhetsomställningarna. Insatser görs för att öka intresset för arbete i lokala samverkansgrupper.</p> <p>Medarbetaundersökningar genomförs regelbundet och resulterar i handlingsplaner med åtgärder. Årlig uppföljning av systematiskt arbetsmiljöarbete och handlingsplaner genomförs.</p> |

Uppdrag: Ett välfungerande systematiskt arbetsmiljöarbete (SAM) i vardagen.



| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|--|----------|--|---|
|  Personhälsa - Sjukfrånvaro % | 5,5 % | 5 %  | Sjukfrånvaron minskar stadigt och är nu på lägre nivåer än innan pandemin. Ett systematiskt arbetsmiljöarbete med fokus på friskfaktorer bidrar till den goda utvecklingen. |

Uppdrag: Tidiga insatser och arbetsanpassning.

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|--------------|----------|---|---|
| Frisknärvaro | 66 % | 63 %  | Frisknärvaron det vill säga andel medarbetare som har haft max 5 sjukfrånvarodagar de senaste 12 månaderna ligger i december på 63 procent, en förbättring med 7 procentenheter sedan årsskiftet. |

| Aktiviteter | Analys |
|--|---|
| Tillgodose arbetsmiljö- och rehabiliteringskunskaper | Bra Livs chefer utbildas i arbetsmiljö- och rehabiliteringslagstiftning. HR-partner och vid behov arbetsmiljöenheten (AME) ger stöd till vårdcentralerna. |

Uppdrag: Ett närvarande, tillitsfullt och engagerat ledarskap.

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|--|----------|---|---|
|  Arbetstillfredsställelse (HME) | 78 % | 80 %  | Vårdcentralerna Bra Liv har bra resultat i medarbetarundersökningen. Vi tror att vårt systematiska arbetsmiljöarbete i hela organisationen har bidragit till detta. |




| Aktiviteter | Analys |
|---|---|
| Arbeta med cheferns förutsättningar för ett Hållbart chefskap | <p>Bra Liv strävar efter att bli Sveriges bästa arbetsplats. I samband med detta ser vi över chefernas organisatoriska förutsättningar där vår inriktning är att tillämpa ett maxantal om 32 medarbetare per chef. Genomsnitt för Bra Liv är 18 medarbetare per chef. Organisationen är platt med en direktör som samtliga verksamhetschefer närmsta chef. Verksamheten består av 28 autonoma vårdcentraler som samarbetar inom ramen för Bra Liv.</p> <p>Cheferna ges goda möjligheter till utbildning och kompetensutveckling. Check-in för verksamhetschefer och enhetschefer är ett forum för nätverksskapande och stöd</p> |

| Aktiviteter | Analys |
|-------------------|--|
| | <p>kring det egna chefs- och ledarskapet. Nära stöd från stabens olika professioner finns lättillgängligt. Direktör och HR-chef följer upp nya och gamla chefer och stöder vid behov cheferna i sammansättning av ledningsgrupp.</p> |
| Chefsintroduktion | <p>Ett strukturerat introduktionsprogram för nya chefer används och vidareutvecklas. Introduktionen löper under minst ett år med uppföljning och återkoppling. Samtliga nya verksamhetschefer erbjuds mentorer och individuell introduktionsplan. En verktygslåda för chefsutveckling med olika utbildningar finns att tillgå.</p> |
| Chefsarena | <p>Utbildningsdag för Bra Livs chefer som genomförs en gång per år. Chefsarena ger kompetensutveckling inom prioriterade områden samt främjar och stärker gemenskap och samverkan mellan vårdcentralerna.</p> |

Ekonomi

Strategiska mål: God och hållbar hushållning

Framgångsfaktorer: Kostnadseffektiv verksamhet

| Mätetal | Målvärde | Resultat | Analys |
|--|----------|---|---|
|  Ekonomi i balans | 0 tkr | -45 665 tkr  | <p>Bra Livs kostnader har ökat med 5,6 % mellan åren, medan intäkter/utbetalad ersättning har ökat med 1,2 %. Den relativt låga intäktsökningen beror på att covidarbetet och därmed den rörliga intäkten har minskat.</p> <p>Störst orsak till ekonomisk obalans är brist på fast läkarbemanning i södra och östra länsdelen medan några vårdcentraler i norr med god egen bemanning inte kan bära sina personalkostnader. Merkostnader för hyrläkare motsvarar 32 mnkr.</p> <p>Kostnader för läkemedel överstiger läkemedelsersättningen med 10,6 mnkr, trots en intäktsförstärkning med 7 mnkr. Generellt har priserna ökat på alla läkemedel samtidigt som förskrivning av nya effektiva, dyra läkemedel ökar inom områdena antikoagulantia, hjärtsvikt och diabetes.</p> <p>Volym och därmed kostnadsökning avseende radiologi- och lab-undersökningar, 15 mnkr. Vår bedömning är att ökningen beror på nya Faktadokument och andra vårdriktlinjer samt ett ökat antal läkarbesök jämfört med föregående år. Råd från frågefunktionen läkare on demand innebär ofta provtagning.</p> <p>Hyreskostnader överstiger budget med 2 mnkr då hyrorna i externt inhyrda lokaler har ökat på grund av inflationen med 10 - 20 %.</p> <p>Patientintäkterna ökar totalt p. g. a. fler vaccinationer och fler vårdrelaterade patientbesök. Trots fler vaccinationer och andra patientbesök minskar den patientintäkt som stannar kvar på vårdcentralerna med 0,5 mnkr. Det beror på att allt färre provtagningar blir avgiftsbelagda eftersom patienten betalar för kvalificerad brev- och telefonkontakter.</p> <p>Verksamheten belastas av engångskostnader på 5 mnkr avseende utrustning till ny vårdcentral på Väster samt evakuering av Skillingaryds vårdcentral.</p> |
| ACG-vikt | 1 | 0,99  | <p>ACG är den parameter som har störst betydelse för ersättningen. Bra Liv har 74 % av befolkningen, en hög andel av de äldsta invånarna och av länets diabetiker, vilket enligt vår uppfattning bör motsvara minst 1,0 i ACG-vikt. I dec är den samlade ACG-vikten 0,994. På helår motsvarar en tusendels ACG poäng 1 mnkr för Bra Liv.</p> <p>Bra Liv strävar efter att alltid göra korrekta diagnosregistreringar för att nå rätt ACG-vikt. En korrekt diagnosättning är viktig både ur ett medicinskt och ekonomiskt perspektiv.</p> |

Aktiviteter

Analys

| Aktiviteter | Analys |
|---|--|
| <p>Handlingsplan för ekonomi i balans</p> | <p>Punktlista för ekonomi i balans:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anpassa egen bemanning genom samarbete inom koncernen • Nya arbetssätt • Minska timanställd personal • Minska övertidsuttaget • Minska hyrläkarbemanningen • Minimera sjukfrånvaron • Öka andel heltidsarbetande • Minska kostnader för läkemedel, lab- och röntgenundersökningar. • Arbete med "Kloka kliniska val" • Full kvalitetsersättning • Inga kvalitetsavdrag • ACG ska öka till 1,0 • Öka marknadsandelen avseende listade invånare <p>Arbetet med att anpassa egen bemanning går åt rätt håll. Timanställda minskar, likaså övertidsuttag och sjukfrånvaro. När det gäller minskat hyrläkarberoende är det svårare. En särskild handlingsplan finns som vi arbetar efter. Nytt för 2024 är att tre vårdcentraler ska gå före mot ökad läkartäthet, och i samband med det genomföra flera andra aktiviteter exempelvis extra utbildning och handledning i syfte att skapa en riktigt god arbetsmiljö. Arbetet med Kloka kliniska val kommer på sikt att minska antal lab- och röntgenundersökningar.</p> <p>Bra Liv har ett väl utvecklat arbete med jämförande nyckeltal för att hitta områden där mer kostnadseffektiva arbetssätt är möjliga. När det gäller förskrivning av läkemedel och beställning av medicinsk diagnostik görs jämförelser ned på förskrivarnivå. Jämförelsetalen används som underlag för analys och förbättringar. Jämförelser med andra med samma verksamhet är ett effektivt sätt att hitta sina egna viktigaste utvecklingsområden. Jämförelsetalen uppdateras minst tre gånger per år.</p> |
| <p>Jämförelser</p> | <p>Bra Liv har ett väl utvecklat arbete med jämförande nyckeltal för att hitta områden där mer kostnadseffektiva arbetssätt är möjliga. När det gäller förskrivning av läkemedel och beställning av medicinsk diagnostik görs jämförelser ned på förskrivarnivå. Jämförelsetalen används som underlag för analys och förbättringar. Jämförelser med andra med samma verksamhet är ett effektivt sätt att hitta sina egna viktigaste utvecklingsområden. Jämförelsetalen uppdateras minst tre gånger per år.</p> |
| <p>Bemanningsråd</p> | <p>HR-chef och economichef värderar alla önskemål om hyrläkare innan beställning, utifrån en bemanningsmall. Det finns en bemanningskoordinator som håller i alla kontakter med hyrläkarbolagen.</p> <p>Den politiska målsättningen med en läkare per 1 500 invånare anstränger ekonomin. Några vårdcentraler ligger på</p> |

| Aktiviteter | Analys |
|------------------|---|
| | <p>eller nära målet medan andra ligger långt ifrån. Det är svårt att få nya distriktsläkare och ST-läkare till de sämst bemannade vårdcentralerna, vilket gör att behovet av bemanningsföretag ligger kvar.</p> <p>Vårdcentraler som redan har god distriktsläkarbemanning har svårt att finansiera den med nuvarande vårdpeng. Ersättningsmodellen med ersättning för att utbilda ST-läkare gör att vårdcentralerna behöver en bemanningsmix med 60 % distriktsläkare och 40 % ST-läkare för att finansiera en läkare per 1500 listade.</p> |
| Koncernsamarbete | <p>Samarbete mellan vårdcentraler går som en röd tråd genom Bra Liv. Samarbetet omfattar allt från Bra Liv näras gemensamma utbud, fysiskt personalutbyte, gemensamma utbildningar och koncept, gemensamma specialistfunktioner till lån av material och erfarenhetsutbyten.</p> <p>Controller och HR-partner har förutom sina expertkunskaper även en viktig sammanhållande funktion. De förmedlar information mellan vårdcentralerna avseende personaltillgång, rutiner och arbetssätt mm.</p> |
| Affärsplaner | <p>Vårdcentralerna beskriver i samband med budgetarbetet sin verksamhet i en affärsplan. Affärsplanen innehåller beskrivning av verksamheten, strategier för året samt vid behov en ekonomisk handlingsplan, som följs upp i möten där vårdcentralens ledningar och Bra Livs stab deltar. På grund av årets besvärliga ekonomiska läge har kvartalsvis skriftlig ekonomisk återrapportering från verksamhetschef till direktör införts. Återrapporteringen sätter extra fokus på ekonomi och ger ledningen bra verktyg för att veta var extra stöd behöver sättas in.</p> |

Verksamhetsberättelse 2023

Folkhälsa och sjukvård (regionledning)

Dnr R JL 2023/27
Mats Bojestig, Hälso- och sjukvårdsdirektör
Folkhälsa och sjukvård (regionledning)
Region Jönköpings län, Box 1024, 551 11 Jönköping
© Region Jönköpings län, www.rjl.se

Innehållsförteckning

| | |
|---|-----------|
| Inledning | 4 |
| Medborgare och kund | 5 |
| Strategiska mål: Bästa plats att växa upp, leva, verka och åldras på..... | 5 |
| Process och produktion | 12 |
| Strategiska mål: Enklare vardag för invånare och medarbetare..... | 12 |
| Strategiska mål: Bästa möjliga kvalitet | 14 |

Inledning

Avdelningen för Folkhälsa och sjukvård på Regionledningskontoret består av 6 sektioner och en stab med uppdrag att stödja arbetet inom folkhälsa och sjukvård. Staben har uppdrag bland annat inom planen för framtidens hälso- och sjukvård, kunskapsstyrningen, beredskapsområdet, läkemedel, patienträttigheter och avgifter. Övriga sektioner är Primärvård och rehabilitering, Chefläkare och patientsäkerhet, Smittskydd och vårdhygien, Folkhälsa, E-hälsa och Bedömning tandvård. Avdelningen har omkring 110 medarbetare.

Avdelningen stödjer arbetet med planen för hur vi tillsammans möter framtidens behov av hälso- och sjukvård som togs fram under 2019. Planen tar sikte på utveckling kring sjukvård och hälsa för de kommande tio åren fram till 2030. Arbetet har under året fortsatt inom området *Bästa platsen* tillsammans med kommunerna i länet, med exempelvis uppstart av elevhälsocentral, en primär vårdnivå för barn- och ungas psykiska hälsa och fortsatt arbete med införandet av patientkontrakt. Rutinen kring konsultstöd från sjukhusens specialistvård till primärvården genom sömlösa vårdövergångar är helt införd. Fokus ligger även på hälsofrämjande och förebyggande åtgärder.

Arbetet med införandet av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp är integrerat i arbetet med uppstarter av länsgemensamma programområden (LPO) och en del av deras uppdrag. Under året har flera programområden startats upp.

Digitaliseringen och arbetet med enklare vardag är viktigt område där det pågår ett aktivt arbete med att öka användningen av digitala tjänster och digitala arbetssätt. 1177 direkt har breddinförts på samtliga vårdcentraler under hösten.

Avdelningen arbetar också med patientsäkerhetsfrågor och arbetet med att anpassa Region Jönköpings läns patientsäkerhetsarbete till Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet har fortsatt.

Ett område som avdelningen arbetar med är läkemedelsanvändningen, där mycket handlar om att stödja en jämlik, säker och kostnadseffektiv läkemedelsanvändning.

Ett annat fokus har varit att stödja uppstarten av förbättringsarbetet kring det akuta flödet. En dashboard är framtagen som visar nuläget på de tre akutmottagningarna i länet. Avdelningen bidrar här med bland annat processtöd, logistiker, utdata- och Cosmickompetens.

Medborgare och kund

Strategiska mål: Bästa plats att växa upp, leva, verka och åldras på

Framgångsfaktorer: Nöjda kunder och intressenter

Uppdrag: Fortsätta implementeringen av Patientkontraktet som innebär en gemensam överenskommelse mellan patient och vårdgivare.

| Aktiviteter | Analys |
|--|---|
| Stödja och följa införandet av Patientkontrakt | <p>Under året har dokumenterade överenskommelser/ Patientkontrakt fortsatt öka, vi följer särskilt utvecklingen för ett urval med kroniska sjukdomar som kontinuerligt ökar. Arbetet är en integrerad del i verksamheterna och är också en integrerad del inom kunskapsstöd inom kunskapsstyrningen. Ett övergripande stöd finns till verksamheterna. En pilot har påbörjats i sydöstra sjukvårdsregionen som projektleds från Region Jönköping län att utveckla patientens kunskapsstöd som en del i Patientkontraktet med fokus på att stödja invånarna att utveckla sin kunskap för att i högre grad i överenskommelsen själva kunna ta ansvar för sin hälsa och vård.</p> <p>En modell har utvecklats för att koppla förekomsten av patientkontrakt i kombination med patienter med en förhöjd risk för inläggning på sjukhus (prea 60). Modellen syftar till att skapa ett proaktivt och patientcentrerat arbete för att förhindra undvikbar slutenvård.</p> |

Uppdrag: Öka patientens kunskap genom utveckling och införande av patientens kunskapsstöd. Inklusiva mötesplatser och hälsocaféer i alla tre länsdelar.

| Aktiviteter | Analys |
|--|---|
| Utveckling och införande av patientens kunskapsstöd | <p>Patientens kunskapsstöd som en del i Patientkontraktet fortgår enligt plan inom sydöstra sjukvårdsregionen. Delmålen för 2023 är uppfyllda och arbetet fortsätter 2024 utifrån handlingsplanen. Målsättningen är att en generell modell ska finnas framtagen som underlag för nationellt beslut om fortsatt spridning och utveckling som en del i sammanhållen planering på 1177 - digital vy för Patientkontrakt.</p> |
| Utveckling och spridning av fler mötesplatser och hälsocaféer likt hjärtats hus i länet. | <p>HÄLSOCAFÉ (digitala och fysiska mötesplatser) Utveckling och spridning av fler mötesplatser för personer med kroniska sjukdomar och deras närstående har under året fortsatt.</p> <p>Föreläsningar har genomförts på Hjärtats hus, som även sänts ut digitalt. En digital självhjälpgrupper pågår. Under året har arbete pågått med breddning av diagnoser från cancer till övriga långvariga sjukdomstillstånd. Fortsatt arbete med marknadsföring för att fler ska upptäcka mötesplatsen. Hjärtats hus i Eksjö pausades i december 2023 pga för lågt besöksantal. Volontärerna i Eksjö har introducerats till hälsocoach på Hälsocenter i Eksjö. Lärcaféer har under året genomförts. Efterfrågan av</p> |

| Aktiviteter | Analys |
|-------------|--|
| | <p>utbildning och genomförande av Lärcafé har ökat. Självhjälpsgrupper utökas genom att under hösten har föreningen Hjärmkoll och Region Jönköpings län ingått i ett IOP. Detta ger möjlighet att arbeta mer länsövergripande med både uppstart av grupper och kontakter. Samverkan har fördjupats med Recovery college. Ett 10-tal grupper är igång.</p> <p>Levande bibliotek/Peer arbetar med en tydligare och gemensam bokningsprocess. Även en utvärderingsprocess av uppdrag, både för person med egen erfarenhet och verksamhet har initierats. Arbetet med bemanning för länsgemensamma programområden och länsgemensamma arbetsgrupper har intensifierats vilket betyder ökad efterfrågan på personer med egen erfarenhet. Ett löpande arbete pågår med att ta in nya levande böcker/peer i verksamheten och introducera till nya uppdrag. Patientstödjare bemannar i Jönköping och Eksjö på deltid och arbetar med patientkontakter på och utanför sjukhuset.</p> |

Framgångsfaktorer: God tillgänglighet

Uppdrag: Arbeta aktivt med att uppnå bemanningsmålet inom primärvården med ett genomsnitt med 1500 listade patienter per distriktsläkare.

| Aktiviteter | Analys |
|--|--|
| <p>Ta fram modell för hur vi kan mäta antalet specialisläkare i allmänmedicin.</p> | <p>Modell är framtagen för inventering läkarbemanning två gånger per år. Modellen innebär en punktmätning 2 gånger per år (31 mars och 30 september). Syftet är att Region Jönköpings län som huvudman ska kunna följa utvecklingen av läkare i primärvården utifrån socialstyrelsens långsiktiga mål/riktmärke för fast läkarkontakt.</p> |

Uppdrag: Under mandatperioden ska Region Jönköpings län säkra akutuårdkedjan för att patienter ska få ett snabbare och säkrare omhändertagande i hela länet.

| Aktiviteter | Analys |
|--|---|
| <p>Starta upp arbetet med akutuårdkedjan</p> | <p>Arbetet har kommit igång under hösten. AkutFlödetsRåden är uppstartade på alla tre sjukhusen. Flödeshälsan är genomförda. Framtagande av förslag på förbättringsområden i resp geografi klar på Högländet, arbete pågår hos de två andra. Akutöversikten - ny Dashboard för läget på våra tre akutmottagningar, baserat på nästan realtidsinfo, är framtagen och under validering.</p> |

Uppdrag: Utveckla primär nivå för omhändertagande av barn- och ungdomars psykiska hälsa.

| Aktiviteter | Analys |
|--|---|
| <p>Fortsätta arbetet med utveckling av Barn och ungdomshälsan att bli den primära nivån – första linjen.</p> | <p>Den primära vårdnivån för barn och unga med psykisk ohälsa startades upp på Barn- och ungdomshälsan den första april. Uppföljning och mätning av tillgänglighet ske kontinuerligt.</p> |

Uppdrag: Starta en elevhälsocentral tillsammans med Jönköpings kommun.

| Aktiviteter | Analys |
|---|---|
| Fortsätta införandet av elevhälsocentraler. | <p>Arbetet med elevhälsocentral går framåt. En samordnare är anställd. Piloten ska genomföras under ett år med start i augusti 2023. Varje verksamhet (Region Jönköpings län, skola, socialtjänsten) har utsett kontaktpersoner/nyckelpersoner för arbetet i piloten. Ett arbete med "fem huskurer" (1. bli andfädd varje dag, 2. se till att du får återhämtning genom sömn och hjärnvila, 3. träffa en vän en gång i veckan, 4. följ ditt hjärta, 5. tro inte på allt du tänker!) för psykisk hälsa är påbörjats. Eleverna på de fem skolorna som tillhör piloten har fått fylla i en enkät i augusti som ska fungera som en baslinjemätning och som nu under dec - jan sker en uppföljning på. En arbetsgrupp för en gemensam kompetensutveckling kring NPF är igång. Ett verktyg/Barnets plan som ska fungera som "en tidigare SIP" är framtaget och prövas inom piloten. Information mellan BHV - psykolog och skolans psykologer delges nu som inte gjorts på samma sätt tidigare.</p> <p>Föräldrastödsprogrammet - Vägledande samspel erbjuds nu riktat till föräldrar inom pilotområdet. Kursen blev full direkt och fler står på kö till vårens utbildning.</p> <p>Med start i januari så ska "konsultationsteam" testas. Det är ett team bestående av olika professioner som samlas kring ett barn/en familj i behov av stöd. Syfte: Rådgivande part som utifrån samtal med barnet leder till att vi tillsammans kan stödja barn och familj tidigt fram till möte med vårdnadshavare med flera aktörer.</p> |

Framgångsfaktorer: God och jämlik hälsa

Uppdrag: Fortsätta att arbeta målinriktat i det strategiska arbetet med "Bästa platsen" för att förbättra folkhälsan hos länets invånare.

| Aktiviteter | Analys |
|---|---|
| Arbetet med "Bästa platsen" för att förbättra folkhälsan hos länets invånare fortsätter | <p>Arbetet med Bästa platsen genomsyrar de flest uppdrag vi har. Vi jobbar i team med kommunerna och stödjer dem i sina utvecklingsområden. Vi har gemensamma workshops med Kommunal utveckling, Regional utveckling, Länsstyrelsen och RF/SISU för att gemensamt stödja invånarna på bästa sätt för att främja hälsan.</p> <p>Inom ramen för gemensam plan för primärvård har arbetet med bästa platsen fortsatt enligt plan. Flertalet nya arbetssätt är i storskalig spridning. Ett stödsystem är framtaget för förstärkt lokal samverkan som pågår med målsättning att ytterligare förstärka samverkan mellan kommuner och region med mer dataunderlag som styrning vid gemensamma mötesplatser. Ett ramverk för uppföljning är framtaget som kommer testas inom ramen för detta arbete med syfte att mäta det vi tillsammans kommuner och region lyckas åstadkomma för Esther. Arbetet med bästa platsen har också förstärkt genom det toppledarprogram som genomförts med Region Jönköpings läns och länets kommuners högsta ledningar.</p> |
| Stödja kommuner i tidiga samordnade insatser | Region Jönköpings län är med och uppdaterar |

| Aktiviteter | Analys |
|--|--|
| för att främja psykisk hälsa, fysisk aktivitet och fullfölja studier | hälsoplattformen för skolsköterskor. Via strategigrupp barn och unga får kommunerna stöd i sina uppdrag. Region Jönköpings län är även med i uppstarten av Elevhälsocentralen i Jönköpings kommun. |

Uppdrag: Fortsätta integrationsarbetet genom bland annat hälsokommunikatörernas insatser och spridning av konceptet med hälsoguider till fler kommuner.

| Aktiviteter | Analys |
|--|--|
| Arbeta med hälsoinformation i prioriterade områden | <p>Under 2023 har regionens arbete med hälsofrämjande insatser riktade mot utrikesfödda invånare genom modersmålsbaserad hälsokommunikation pågått aktivt.</p> <p>En kartläggning har gjorts under våren och bekräftar att de nuvarande insatserna fortsatt är relevanta i målgruppen men har svårt att möta upp de stora behov som finns. Under året har det skett en omställning med ett minskat nationellt och lokalt flyktingmottagande, vilket också påverkar arbetet på kort och lång sikt. Teamet har därför under hösten fokuserat på att utveckla nya insatser som kan främja hälsa hos migranter som redan bor i länet men har mer behov av riktad hälsoinformation, och att bredda erbjudandet till kommunerna. Målsättningen är att starta upp de nya insatserna våren 2024. För att möta de stora behov som finns i målgruppen visar kartläggningen också behovet av att utbilda personal inom regionen och kommunerna kring interkulturell kommunikation, kulturmedvetenhet och bemötande. Det finns en ökad efterfrågan från olika verksamheter med förfrågningar om föreläsningar, workshops, rådgivning och utbildningar.</p> <p>Utöver de strategiska utvecklingsarbeten som genomförts under 2023 har hälsokommunikatörerna gjort följande insatser:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 14 hälsoskolor med 680 deltagare. Utvärderingarna visar att 97,8 procent av deltagarna har fått information som gett dem motivation för att göra förändringar i vardagslivet. De ämnen som flest deltagare angett under året att de vill veta mer om är levnadsvanor, frågor kring psykisk hälsa, föräldraskap och sexuell hälsa. • Föräldraskapsstöd genom 8 vägledande samspelegrupper, 1 pappagrupp, och 30 föräldraskapsstödjande föreläsningar. • 4 Diabeteskolor i Jönköping och Tranås, 27 har deltagit. • 4 utbildningar i långvarig smärta, i samverkan med AMA i Jönköping och Tranås. 19 har deltagit. • 7 personalutbildningar om kulturmedvetenhet och interkulturell kommunikation i samverkan med Qulturum • 1 matutbildning i Sävsjö Hälsocenter och en levnadsvaneutbildning på Öxnehaga. • Teamet har varit med och gjort 45 intervjuer med utrikesfödda äldre om fysisk aktivitet som ett stöd till processgrupp äldre. |

| Aktiviteter | Analys |
|-------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> Riktad vaccininformation för unga kvinnor på Råslätt om HPV, i samverkan med sydöstra sjukvårdsregionen. Riktad vaccininformation till äldre om säsongsinfluensa och covid-vaccin i samverkan med smittskydd |

Uppdrag: För att förbättra barn och ungas hälsa prioriteras tre områden för ett fördjupat arbete i nära samverkan; fullföljda studier, psykisk hälsa och fysisk aktivitet.

| Aktiviteter | Analys |
|---|--|
| Förbättringsarbetet fortsätter tillsammans med kommunerna. | Arbetet Bästa platsen att leva på! – barn och unga har fortsatt under året. Utifrån det förbättringsarbete som gjorts i samverkan där bland annat utökande gemensamma hembesök som nu har spridning i länet, standardiserad föräldrautbildning till samtliga familjecentraler, koncept för skolnärvaro inom en skola, bedöms det nu behövas en översyn för att skapa långsiktig hållbarhet i angreppssättet och spridning. |
| Antal kommuner som deltar i samverkan kring förbättringsarbetet barn och unga | Under tertial tre genomfördes inga lärandeseminarier då det är för få team som ville delta. De två team som inom ramen för Bästa platsen att leva på! - barn och unga genomför sina förbättringsarbeten har fått coaching var för sig. Teamen är från Jönköping och Vetlanda kommun. |

Uppdrag: Samverkan ska ske med elevhälsan för att förbättra tillgängligheten och arbetet med förebyggande arbete

| Aktiviteter | Analys |
|--|---|
| Stödja kommunerna och elevhälsan med hälsofrämjande och förebyggande metoder | <p>Konferens barn och ungas psykiska hälsa och ohälsa genomfördes i november med undertemat - digitala mediers effekt på barn och unga.</p> <p>MHFA- Första hjälpen till psykisk hälsa ungdom. 2 stycken 2-dagars utbildning i MHFA-första hjälpen till psykisk hälsa ungdom har genomförts till personer som arbetar med barn och unga inom kommunal verksamhet samt regionens verksamheter.</p> <p>Dansa utan krav! pågår i 2 kommuner i länet, är under uppstart i två andra kommuner.</p> <p>Din inre styrka aktiveras En Disautbildning med handledning har genomförts under året.</p> <p>Mentorer i Våldprevention (MVP) och Agera tillsammans (AT). I samverkan med Länsstyrelsen i Jönköpings län bedrivs ett projekt där skolor i länet erbjuds att utbilda gruppleddare för metoderna kostnadsfritt. Utbildning av gruppleddare sker kontinuerligt.</p> |

Uppdrag: Ungdomsmottagningen ska arbeta tillsammans med elevhälsan och elevhälsocentraler för att arbeta mer förebyggande.

| Aktiviteter | Analys |
|-------------|--------|
|-------------|--------|

| Aktiviteter | Analys |
|--|--|
| Arbeta för en samverkan mellan ungdomsmottagningar och elevhälsocentraler. | Arbetet fortgår enligt plan och med regelbunden uppföljning av styrgrupp. Inför 2024 pågår också ett arbete med fortsatt spridning av konceptet. |

Uppdrag: Arbeta riktat mot äldre för att identifiera och erbjuda behandling för att motverka psykisk ohälsa, suicid, ofrivillig ensamhet samt främja äldres psykiska hälsa.

| Aktiviteter | Analys |
|-------------------------------------|---|
| Metodstöd för äldres psykiska hälsa | <p>En två dagars utbildning i MHFA första hjälpen för psykisk hälsa äldre, genomfördes i oktober månad. 20 personer, som arbetar med äldre, deltog på utbildningen. Arbetet kommer att fortsätta för att utbilda fler personer i MHFA.</p> <p>Under 2023 har studiecirkel i <i>Möten för minnen</i> genomförts i Aneby, Eksjö, Jönköping, Nässjö, Sävsjö, Vetlanda och Värnamo.</p> <p>Existentiella samtal under hösten 2023 har sex grupper genomförts i länet med existentiella samtal för seniorer. Vi har även haft en utvecklingsdag för 12 seniora samtalsledare.</p> <p>En inspirationsdag i <i>Dans som ett verktyg att bemöta personer med demenssjukdom</i> för personal som arbetar inom demensvården och för anhöriga till personer med demenssjukdom har genomförts. 25 personer deltog i inspirationsdagen.</p> <p>Bruksgatans äldreboende har startat ett pilotprojekt kring <i>Dans för personer med demens</i>, efter att de medverkat på ovan utbildning. Syftet med projektet är att minska stillasittande och minska risken för BPSD (Beteendemässiga och psykiska symptom vid demens).</p> <p>Under 2023 har studiecirkel <i>Musik att minnas</i> genomförts i Nässjö och Tranås. Två grupper i Nässjö har velat fortsätta med utökad antal träffar, så de fortsätter under 2024 med.</p> |

Uppdrag: Fortsätta arbetet med Trygg och säker vård och omsorg.

| Aktiviteter | Analys |
|--|---|
| Arbeta för en trygg och säker vård och omsorg. | Överenskommelse av arbetssätt för Trygg hemma arbetet finns och implementeringsarbete pågår. Arbetet innefattar att förstärka teamarbete och nära samverkan mellan kommunal hälso- och sjukvård och vårdcentral kring gemensamma patienter. |

Uppdrag: Fortsatt utveckling av läkarstöd till de särskilda boendena och den kommunala hemsjukvården.

| Aktiviteter | Analys |
|---|---|
| Utveckla läkarstödet till de särskilda boendena och den kommunala hemsjukvården | Läkaruppdrag på särskilda boenden och i hemsjukvården förstärks genom samverkande team från Region Jönköpings län och kommun med fokus på gemensam planering, fasta vårdkontakter, samordnade individuella planer (SIP) och proaktiva insatser. Uppföljning av indikatorer och checklista |

| Aktiviteter | Analys |
|-------------|----------------------------|
| | som finns i tecknat avtal. |

Process och produktion

Strategiska mål: Enklare vardag för invånare och medarbetare

Framgångsfaktorer: Utveckling av arbetssätt och digitala tjänster

Uppdrag: Fortsätta utökningen och användningen av digitala tjänster för vård, hälsa och prevention inklusive digitala besök

| Aktiviteter | Analys |
|--|---|
| Införa de prioriterade aktiviteter som är beslutade i utvecklingsplanen för 2023 | <p>Samtliga beslutade projekt och förvaltningsaktiviteter kopplat till vårdinformationssystemet Cosmic samt invånartjänster via 1177.se fortskrider enligt plan. Under 2023 finns 96 aktiviteter i utvecklingsplanen där 24 är klara, 26 är pågående, 5 är kommande, 8 är under beredning, 4 är pausade och 16 är inte startade och 13 är kommande.</p> <p>Under 2023 har bland annat 3 uppgraderingar av Cosmic genomförts, hela BHV har gått över till Cosmic som journalsystem, alla verksamheter är nu inne i BoS (projektet tog 6 år) och kvalitetsregistret Rikssvikt är integrerat i Cosmic.</p> |

Uppdrag: 1177 direkt – symtombedömning, hänvisning och chatt införs på alla vårdcentraler i länet och som en del av 1177

| Aktiviteter | Analys |
|--|---|
| Införa 1177 direkt – symtombedömning, hänvisning och chatt på alla vårdcentraler i länet | <p>Införandet av 1177 direkt som är en ny digital tjänst för symtombedömning, hänvisning och chatt är ett av flera projekt som ingår i det nationella programmet Första linjens digitala vård (FLDV). Den nya tjänsten innebär att invånaren ges möjlighet att beskriva sina symtom digitalt för att sedan automatiskt få kontakt med rätt vårdnivå och rätt vårdkompetens. I första hand får patienten chatta med vårdpersonal på sin vårdcentral men det finns också möjlighet till videosamtal och röstasamtal.</p> <p>Under oktober gick samtliga 54 vårdcentraler och filialer i länet in i tjänsten. Ärenden hanteras i första hand av de sjuksköterskor som jobbar i första linjen med TeleQ och administrativ personal som svarar på administrativa frågor. Vid behov kan ärenden skickas vidare digitalt till läkare, fysioterapeut och kurator. Under vecka 50 hanterades ca 1200 digitala ärenden via 1177 direkt.</p> <p>Under vecka 48 gick även sjuksköterskor från 1177 på telefon in i tjänsten och hanterar alla ärenden där invånaren väljer att chatta med vårdpersonal efter att fått automatiserade egenvårdsråd.</p> <p>Införandeprojektet och uppföljning av införandestöd, utbildning och marknadsföring pågår till 31 mars 2024.</p> |

Uppdrag: Införa lösningar för egenmonitorering.

| Aktiviteter | Analys |
|--|--|
| <p>Slutföra upphandling och teckna avtal, samt påbörja införandet.</p> | <p>Ordinerad egenmonitorering är en del av välfärdsteknik och e-hälsa. Införande av plattform med mätutrustning och tjänster för detta område ger möjlighet till utveckling av sjukvården genom att erbjuda bättre möjligheter till tidig upptäckt, trygghet och möjliggör för patienten som aktiv medskapare i sin hälsa och vård.</p> <p>Region Jönköpings län har under 2023 fortsatt arbetet med att upphandla och införa lösningar för egenmonitorering. Under hösten har marknadsundersökning med RFI och hearing genomförts. Arbetet har fortsatt med en analys av olika driftformer och framtagande av kravdokument för upphandling har påbörjats baserat på tidigare upphandling.</p> <p>Målbilden för Region Jönköpings län är en öppen plattform för egenmonitorering som kan användas av alla regiondrivna verksamheter, privata vårdgivare med avtal samt kommunala användare i samverkan med regionen.</p> <p>Plattformen ska kunna användas generellt inom hela hälso- och sjukvården för flera olika diagnoser, hälsotillstånd, vårdplaner och behandlingar där Region Jönköpings län själv ska kunna skapa nya mätplaner och formulär, inom ramen för plattformens avsedda användning. Den generella plattformen ska från start kunna stödja vårdprocesser inom hjärtsvikt, hypertoni, astma/KOL och diabetes men också egenmonitorering inom exempelvis psykisk hälsa, onkologi och mag-tarmområdet.</p> |

Uppdrag: Underlätta användandet av och kunskap om digitala stöd och tjänster.

| Aktiviteter | Analys |
|--|---|
| <p>Program för Enklare vardag - för patienter och medarbetare</p> | <p>Programmet har under 2023 fortsatt. Programmet har stöttat flera förändringsarbeten, genomfört inspirationsföreläsningar på varje sjukhus, deltagit i flera mässor runt om i länet i syfte att nå invånare och höja deras kunskap om tjänster på 1177.se. Programmet fortsätter stötta varje verksamhetsområde i att nå sina mål. Programmet förlängs under 2024.</p> |
| <p>Ta fram plan för kommunikations- och utbildningsinsatser för invånare och medarbetare</p> | <p>Tre digitaliseringsdagar är genomförda, en på varje sjukhus i länet. Syftet var att nå medarbetare och förmedla inspiration och kunskap om de olika digitala tjänster som Region Jönköpings län har. Utöver representation från Folkhälsa och sjukvård/sektion e-hälsa medverkar också verksamheter med goda resultat efter förändringsarbete, patientrepresentanter och "Enklare vardag för invånare och medarbetare". Program Enklare vardag har också deltagit i verksamhetsdialoger med alla verksamheter inom medicinsk vård.</p> |

Uppdrag: Fortsätta utvecklingen av vårdssystemet Cosmic och andra system som används i vården.

| Aktiviteter | Analys |
|---|--|
| Kontinuerlig utveckling och förbättring av vårdssystemet Cosmic | Arbetet med att vidareutveckla och förbättra Cosmic pågår enligt beslutade prioriteringar. Under tertial 3 har man initierat flera förstudier, projekt och uppdrag, bland annat "Cosmic till Kommunerna", "Översyn av Cosmicuppsättning", "anslutning av fler kvalitetsregister", "Fler informationsmängder till 1177 Journalen och NPÖ", "pilot på SDK", "mobil incheckning", "digital språktjänst", "anslutning av tillväxtkurvan till Cosmic", Regiongemensam bildförvaltning". Under året har också Cosmic uppdaterats 3 gånger. |
| Fortsätta utveckling och uppgraderingar av vårdssystem | Invånartjänster på 1177.se har under 2023 haft fokus på införande av den nya tjänsten 1177 direkt. Utöver det har det varit sedvanlig förvaltning av de olika tjänsterna i form av uppgraderingar. Under året har flera nya program tillgängliggjorts i plattformen "Stöd och behandling", Under tertial 3 har det erbjudits flera utbildningstillfällen kring tjänsterna, det är flera pågående förbättringsprojekt i verksamheterna för att hitta nya arbetssätt och nyttja tjänsterna bättre. Inför 2024 har Region Jönköpings län sagt ja till ny avsiktsförklaring för "sammanhållen planering", |

Uppdrag: Förbättra konsultstödet från sjukhusens specialistvård till primärvården genom sömlösa övergångar

| Aktiviteter | Analys |
|---|--|
| Analysera och utveckla användandet av konsultstödet från sjukhusens specialistvård till primärvården genom sömlösa övergångar | Sömlös vård rutinerna helt införda på alla enheter i länet och uppföljning sker nu helt enligt plan med goda erfarenheter och stort lärande. |

Strategiska mål: Bästa möjliga kvalitet

Framgångsfaktorer: Hälsöfrämjande och sjukdomsförebyggande

Uppdrag: Hälsöfrämjande arbete i socioekonomiskt utsatta områden - utvärdera förstärkningsuppdrag i primärvården

| Aktiviteter | Analys |
|--|---|
| Utvärdera förstärkningsuppdrag i primärvården kring hälsöfrämjande arbete i socioekonomiskt utsatta områden. | De deltagande vårdcentralerna presenterar sina arbeten på utvecklingskraft under hösten. Sammanställning av en rapport är ännu inte slutfört. |

Uppdrag: Stödja implementering av det nya nationella vårdprogrammet vid ohälsosamma levnadsvanor - prevention och behandling.

| Aktiviteter | Analys |
|---|---|
| <p>Föra dialog och erbjuda systematiskt stöd till primärvård och specialistvård i levnadsvanearbetet.</p> | <p>För att utveckla samverkan och kartlägga behov hos verksamheterna genomförs arbete på olika sätt. Utveckling av arbete kopplat till vårdvalsuppföljningen har genomförts. Under året har arbetet kring statistik och utdata utvecklats. Arbete med framtagande av en e-utbildning enkla råd levnadsvanor till målgruppen personal pågår.</p> <p>Utifrån regeringens satsning för öka förskrivningen av FaR samt att främja ökad följsamhet till förskrivna FaR har en GaP-analys är genomförd.</p> <p>Arbete fortlöper för att uppdatera Fakta Levnadsvanor. Nätverksträffar för tobaksavvänjare och diplomerade matrådgivare har genomförts.</p> <p>Under året har utbildningsinsatser inom specialistvården, efter önskemål genomförts. Utbildning om levnadsvanor till arabisktalande patienter har genomförts vid två tillfällen på Öxnehaga vårdcentral (totalt 10 personer deltog).</p> <p>Arbetet med att föra dialog och erbjuda stöd till primärvård och specialistvård i levnadsvanearbetet har en nära koppling till piloten av LPO Levnadsvanor och avstämningar sker regelbundet.</p> |
| <p>Pilot av länsgemensamt programområde (LPO) Levnadsvanor, som en del av utvecklingen av Nationellt system för kunskapsstöd.</p> | <p>Piloten av LPO Levnadsvanor pågår enligt plan. Ett första prioriterat insatsområde är implementeringen av <i>Nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor - prevention och behandling</i>.</p> <p>Ett första steg är att kartlägga förbättringsbehov genom att identifiera gap och variation. Planering för att genomföra en GAP-analys på vårdprogrammet pågår.</p> |

Uppdrag: Fortsätta utveckla Hälsocenter tillsammans med länets kommuner

| Aktiviteter | Analys |
|---|--|
| <p>Fortsätta satsningen på att etablera hälsocenter i merparten av länets kommuner.</p> | <p>Nätverket för hälsocoacher: Call in erbjuds var 6:e vecka och har syftet att skapa ett forum där hälsocoacher kan lyfta frågor och funderingar som är aktuella just nu. Teman för året har varit - verksamhetsplan och verksamhetsberättelse - existentiell hälsa - Riskbruk, missbruk och beroende och - hälsolitteracitet.</p> <p>Fortbildning för hälsocoacherna: Utbildning i existentiell hälsa - andra omgången är planerad och fullbokad. Utbildningen upplevs värdefull och uppskattad.</p> <p>Utbildningar i koncept för More to life och hälsosamma matvanor har genomförts under 2023.- Utbildningarna erbjuds till alla hälsocoacher.</p> |

Uppdrag: Stödja kommunernas rehabiliteringspersonal med Region Jönköpings läns specialistkompetens och följa upp hela rehabiliteringsprocessen.

| Aktiviteter | Analys |
|---|--|
| Utveckla arbetssätt inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. | Forskningsstudie pågår och ett första positivt resultat har redovisats på en nationell konferens (NFF) november 2023. Flera regioner visade intresse för att få ta del av arbetssättet. Planeras därför en spridning av arbetssättet till intresserade regioner. Arbetssättet har spridits i Region Jönköpings län på nätverksträffar för rehabkoordinatorer. En webbutbildning om strukturerade arbetssättet har tagits fram. Allt arbete sker i samverkan inom sydöstra sjukvårdsregionen. Länsgemensam arbetsgrupp försäkringsmedicin. |
| Fortsatt arbete med att utveckla jämlik rehabilitering utifrån patientens behov, tillsammans med kommun, primärvård och specialistvård. | Länsgemensamt programområde ReHaFm (rehabilitering, habilitering, försäkringsmedicin) grundmedlemmar hade en workshop i början av hösten där underlag togs fram för rekommendation av tillsättning av deltagare i LPOReHaFm. Uppdragsbeskrivningar till LAGar har skapats; LAG Rehabiliteringsplan, LAG kommunikation och överrapportering. |

Uppdrag: En samverkansmodell ska vidareutvecklas inom området mellan primärvård och specialistvård.

| Aktiviteter | Analys |
|---|--|
| Ett arbetssätt inom området smärta med eller utan psykisk ohälsa tas fram | Ytterligare ACT-utbildningar har genomförts under 2023. En inspirationsdag ACT har genomförts i september för att sprida och bibehålla förhållningssättet inom ACT. Fördjupningsutbildningar professionsvis har genomförts under hösten. Digitala smärtskolan har testats av 4 vårdcentraler och spridning av smärtskolan till hela primärvården planeras till 29 februari. ACT-inspirerad utbildning gällande upprättande av rehabplan planeras till våren 2024. En grupp forskare söker forskningsmedel för att utvärdera ACT-satsningen. |

Uppdrag: Tillgodose att sjukskrivna personer med behov av koordineringsinsatser har tillgång till en rehabkoordinator oavsett vårdnivå.

| Aktiviteter | Analys |
|--------------------------------|--|
| Tillgång till rehabkoordinator | Rehabkoordinator ska finnas tillgänglig vid behov oavsett vårdnivå. Samarbete pågår med rehabcentrum som nu har det övergripande ansvaret för rehabkoordineringen på klinik. |

Framgångsfaktorer: Säker verksamhet

Uppdrag: Genomföra en översyn om hur personalen utbildas, ges övning och förbereds på kris- och katastroflägen samt vid krig

| Aktiviteter | Analys |
|--|---|
| Utbildning i kris- och katastroflägen. | <p>Under perioden har fokus legat på arbetet med att ta fram en övergripande utbildning- och övningsplan för Region Jönköpings län. Denna beräknas vara klar första kvartalet 2024</p> <p>I november genomfördes Regional Grundkurs i Katastrofmedicin (RGK) med ca 50 deltagare (ST-läkare samt personal från ambulans och akutmottagningar i länet). Beredskapssamordnarna på respektive sjukhus har under perioden fått utbildning i Särskild sjukvårdsledning och man har på respektive sjukhus övat Lokal särskild sjukvårdsledning. I november genomfördes också en föreläsning av experter inom CBRN-området från FOI. Utbildningen riktade sig till samtlig personal inom akutverksamheterna. På sjukhusen har utbildning/övning i saneringsmetodik genomförts.</p> |

Uppdrag: Under planperioden anpassas Region Jönköpings läns patientsäkerhetsarbete till Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet, Agera för säker vård.

| Aktiviteter | Analys |
|----------------------------------|---|
| Genomföra patientsäkerhetsronder | Årets patientsäkerhetsronder är genomförda enligt plan. Arbetssättet med Patientsäkerhetsronder i realtid (PiR) har genomförts på utvalda enheter i syfte att stärka det proaktiva patientsäkerhetsarbetet. |
| Patientsäkerhetsdialoger | Patientsäkerhetsdialoger och uppföljning av patientsäkerhetsarbetet med fokus på riskhantering, har under hösten genomförts integrerat med verksamhetsuppföljningarna enligt årshjul för patientsäkerhet. |

Uppdrag: Inom primärvården är det viktigt att utveckla arbetet med patientsäkerhet i omställningen till mer nära vård

| Aktiviteter | Analys |
|---|---|
| Undersöker arbetssätt för patientsäkerhet i den nära vården | Arbetssätt som stöd för ökad patientsäkerhet till omställningsprocessen i övergången mellan sjukhus och primärvård pågår. En chefläkare är tillsatt som ska arbeta med fokus på nära vård/kommunerna. |

Uppdrag: Uppbyggnad av civilt försvar

| Aktiviteter | Analys |
|--|--|
| Fortsätta arbetet med uppbyggnad av civilt försvar | Under hösten 2023 fortsatte arbetet med uppbyggnaden av det civila försvaret utifrån de preciserade områdena i överenskommelsen mellan staten och SKR om hälso- och sjukvårdens arbete med civilt försvar. |

| Aktiviteter | Analys |
|-------------|---|
| | <p>Utifrån att vi i samverkan med försvarsmakten fått en tydligare bild av behov och förväntningar på Region Jönköpings län, både vid värdlandsstöd och ytterst vid ett väpnat angrepp mot Sverige, intensifieras arbetet med att kunna svara upp mot det. Det innefattar bland annat fortsatt arbete med masskadeplan inom den katastrofmedicinska beredskapen, att se över och öka primärvårdens förmågor, att öka samverkan med kommunernas hälso- och sjukvård samt att inom Region Jönköpings län både administrativt och operativt kunna hantera ett värdlandsstöd.</p> <p>Arbetet med kontinuitetshantering som påbörjades hösten 2023 ses också som basen i Region Jönköpings läns arbete med civilt försvar för ökad motståndskraft.</p> <p>Arbetet med att utveckla signalskyddsorganisationen inom Region Jönköpings län fortsatte. Under tertial 3 2023 infördes ytterligare ett signalskyddssystem med möjlighet att samverka med myndigheter och regioner på en högre säkerhetsskyddsnivå. Användare i nämnda signalskyddssystem har utbildats.</p> |

Framgångsfaktorer: Ändamålsenliga, resurseffektiva och hållbara processer

Uppdrag: Servera måltider som främjar hälsosamma matvanor med minskad klimatpåverkan

| Aktiviteter | Analys |
|---|---|
| Kostpolicyn med tillhörande tillämpningsanvisningar ska implementeras och följas upp. | Arbetet löper på och aktiviteter enligt handlingsplanen är genomförda under 2023. |

Uppdrag: Minska klimatpåverkan från privata resor till vårdinrättningar

| Aktiviteter | Analys |
|--|---|
| Använd digitala vårdmöten så att patienten i ökad utsträckning kan få vård i hemmet. | Nyttjandet av digitala vårdbesök har på helår sjunkit inom specialiserad vår med knappt ca 2 700 från 2022. Det har gått från drygt 16 100 besök under 2023 till 13 300 under 2023. |
| Stimulera fler patienter att välja hållbara resealternativ till vårdinrättningar | Arbete sker tillsammans med miljö, för att se över vilka möjligheter som finns. Exempelvis bättre information på internet. |

Uppdrag: Fortsätta det påbörjade arbetet inom kunskapsstyrningen nationellt, regionalt och lokalt med ambitionen att vara ledande i implementeringen, i syfte att erbjuda jämlik vård.

| Aktiviteter | Analys |
|--|--|
| Fortsätta arbetet med införandet av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp. | Arbetet med införandet av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp pågår både inom de uppstartade Läns gemensamma programområdena och som en integrerad del, och i verksamheter. Uppföljning av arbetet sker inom ramen för uppföljning av programområdenas arbete samt nationellt. |

| Aktiviteter | Analys |
|--|---|
| Följer den nationella utvecklingen av nationellt kliniskt kunskapsstöd och genomför lokala anpassningar vid behov. | <p>Faktagrupperna fortsätter ersätta regionala dokument med tillägg till nationella kunskapsstöd. Dialog om integration av Faktagrupper och läns gemensamma programområden samt enhetlig hantering av regionala tillägg till alla typer av nationella kunskapsstöd. Pilotprojekt för kunskapsstöd om stroke.</p> <p>Bred enighet om att prioritera utvecklingen av användbara kunskapsstöd för alla vårdnivåer på webbplatsen Folkhälsa och sjukvård 2024. Fortsatt bevakning av utvecklingen av nationella kunskapsstöd, teknisk plattform och konceptet 1177 för vårdpersonal.</p> |
| Fortsätta det påbörjade arbetet med införande av lokala programområden (LPO) | <p>En långsiktig plan för uppstart av samtliga Läns gemensamma programområden (LPO) har beslutats med successiva uppstarter fram till dec 2024 då samtliga LPO ska ha startat. Uppstartade hittills är Nervsystemets sjukdomar, Hjärt- och kärl sjukdomar, Psykisk hälsa, Levnadsvanor, Rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin, Cancersjukdomar, Rörelseorganens sjukdomar, Ögonsjukdomar, Öron, närs och halssjukdomar samt Kirurgi och plastikkirurgi.</p> <p>Utvärdering av de tre första LPO har skett genom intervjuer med ordföranden och processtöd och är sammanfattad i en rapport. Aktiviteter baserat på denna innehåller bland annat förenkling av uppdrag samt stärka användning av indikatorer.</p> <p>Nätverksträffar för ett urval av de olika rollerna i LPO har testats med positivt utfall för att underlätta erfarenhetsutbyte och lärande mellan grupperna. Utveckling och samordning av stödsystem pågår parallellt.</p> |

Uppdrag: Psykisk hälsa - Utveckla det individuella stödet för bättre somatisk hälsa hos personer med psykisk sjukdom

| Aktiviteter | Analys |
|---|---|
| Fortsätta arbete i samverkan med kommunerna i strategigrupp äldre | Fortsatt god samverkan i strategiska frågor i strategigrupp äldre. Ytterligare satsningar görs genom utvecklingsplattformen "Bästa platsen att åldras" med lärandeseminarium för förbättringsteam i hela länet. |

Uppdrag: Samordna arbetet kring suicidprevention i länet.

| Aktiviteter | Analys |
|---|---|
| Ta fram en läns gemensam handlingsplan för suicidpreventionsarbetet | <p>Den regionala handlingsplanen för suicidprevention är slutförd, två åtgärds punkter är framtagna och kommer att fokuseras fram till 2025 på strategisk nivå.</p> <p>Kontakt med lokala samordnare för suicidprevention sker 6 gånger per år, där sker ett arbete för vad suicidpreventionsarbetet ska innebära i de 13 kommunerna. Grunden i arbetet är från den regionala handlingsplanen men lokala avvikelser förekommer beroende på var i arbetet kring suicidprevention de är.</p> <p>Arbete sker även för den suicidpreventiva veckan som är en punkt i handlingsplanen.</p> |

Uppdrag: Läkemedelsanvändning - Tillhandahålla en rationell och säker läkemedelsförsörjning

| Aktiviteter | Analys |
|--|--|
| <p>Bevaka kritiska bristsituationer av läkemedel i öppen och sluten vård</p> | <p>Brist- och restsituationer av läkemedel är ett ökande problem i Sverige och globalt. Arbetet med att bevaka kritiska brist- och restsituationer utförs i Region Jönköpings län av Hälso- och sjukvårdsfarmaci. Vid behov söks generella licenser av receptläkemedel.</p> <p>Information om aktuella restnoteringar av läkemedel, framför allt receptläkemedel, började publiceras på Folkhälsa- och sjukvårdswebben under hösten 2022 och arbetet har vidareutvecklats under 2023. Information om sidan har getts till förskrivare, bl. a. genom distriktsläkarinformation, men även vid möten för läkemedelsansvariga sjuksköterskor inom sluten vård samt till primärvård och tandvård i samband med återkoppling på kvalitetsgranskning.</p> <p>Representanter från Läkemedelskommittén arbetar även i nationella forum med att bevaka kritiska bristsituationer av läkemedel.</p> |

Uppdrag: Läkemedelsanvändning - Arbeta för en jämlik läkemedelsbehandling

| Aktiviteter | Analys |
|--|--|
| <p>Verka för att förenkla läkemedelsrelaterade arbetsmoment inom Region Jönköpings län</p> | <p>Ett förenklat arbetssätt är framtaget kring kontroll av narkotiska läkemedel inom sluten vård och standardiserade "smärt-kit" efter operation. Dessutom har arbete gjorts med läkemedel inför planerad operation, där läkemedel som ska göras uppehåll med före/efter operation dokumenteras i en strukturerad journalmall i Cosmic. Detta möjliggör för patienten att läsa i informationen på 1177.</p> <p>Kunskap om läkemedel hos vård- och omsorgspersonal behöver stärkas. En arbetsgrupp är tillsatt och arbete är påbörjat med att ta fram ett förslag på ett web-material som går att använda på t. ex. APT. Initialt är målgruppen omsorgspersonal inom kommunal äldreomsorg. Framtaget förslag ska i ett första steg förankras hos chefer inom kommunal hälso- och sjukvård innan fortsatt arbete görs. Arbetet kring material för omvårdnadspersonal i kommunal vård inväntar nu återkoppling från kommunerna.</p> |

Uppdrag: Läkemedelsanvändning - Kostnadseffektiv läkemedelsanvändning utifrån nationella och regionala avtal och rekommendationer

| Aktiviteter | Analys |
|--|---|
| <p>Följa handlingsplanen med delprojekt i samverkan inom Sydöstra sjukvårdsområdet</p> | <p>Arbete pågår fortlöpande med benchmarkingmöten och läkemedelsdialoger. Sjukvårdsregionala riktlinjer för läkemedel publiceras på Folkhälsa och sjukvårdswebben. Under året har det påbörjats iordningsställande av sprutor för intrevitreal injektion av läkemedel för behandling av makuladegeneration vid Sydöstra sjukvårdsregionens tillverkningsenheter. Sprutorna används vid sjukvårdsregionens ögonkliniker.</p> |

Uppdrag: Läkemedelsanvändning - Minska olämplig läkemedelsanvändning

| Aktiviteter | Analys |
|--|--|
| Genomföra opioiddialoger med relevanta verksamheter, med fokus på förskrivning och uppföljning av opioider | Ett arbete har inletts avseende dialoger med vårdcentraler. Dialogerna leds av primärvårdsläkare med utgångspunkt från framtagna statistik. Arbetet avses vara flerårigt. För tillfället är dialogerna på paus då ny primärvårdsläkare behöver komma på plats. Att Region Jönköpings län har en hög användning av opioider lyfts i många sammanhang och är en prioriterad fråga. |

Uppdrag: Smittskydd, vårdhygien och strama - Arbeta med att minska antibiotikaförskrivning

| Aktiviteter | Analys |
|--|--|
| Stöd för rationell antibiotikaanvändning | Stramas stöd till verksamheterna för rationell antibiotikaanvändning har senaste året utvecklats med hjälp av konceptet Antibiotikasmart. Med regionalt uppsatta kriterier når vi nu 28 av 40 vårdcentraler som diplomerats för 2023. Genom första säsongen med Antibiotikasmarta kliniker har vi diplomerat 12 av 25 inbjudna, detta utefter kriterier vi skapat tillsammans med respektive klinik som lyfter förebyggande av antibiotikabehandling i form av vårdhygien samt arbete med rationell antibiotikaanvändning. Detta koncept skapar en ökad efterfrågan på stöd och hjälp från Strama och Vårdhygien samtidigt som det ökar patientsäkerheten och värdet för Esther ute i verksamheterna. Den nationella Strama-appen utvecklas och görs lättillgänglig för läkare inom slutenvård och primärvård. Som komplement har även den senaste så kallade regnbågsbroschyren med behandlingsrekommendationer för vanliga infektioner i öppenvård tryckts upp och skickats ut till vårdcentralerna i länet. |

Uppdrag: Smittskydd, vårdhygien och strama - Fortsatt bevakning av covid-19 och eventuellt behov av ny storskalig vaccination

| Aktiviteter | Analys |
|--|--|
| Samordning av vaccination mot covid-19 | Smittskydd Vårdhygien har under 2023 varit huvudansvariga för att organisera arbetet med covid-19 vaccinationen. Under hösten skedde detta arbete integrerat med arbetet med influensavaccinationen. Kommunikationsavdelningen har varit behjälplig i kampanjarbetet riktat till allmänheten via annonsering i invånartidningen, information på 1177 och sms-utskick. Till hösten gjordes riktade brevutskick till alla 80 år och äldre med information om vaccination mot covid-19, influensa och pneumokocker. Vaccinationerna utfördes av regionens vårdcentraler med stöttning från kommunal hälso- och sjukvård. Totalt gavs 102048 doser vaccin mot covid-19 i regionen under 2023. 1263 av dessa doser gavs till personer folkbokförda i andra regioner. Från 1 mars 2023 rekommenderades en "vårdos" till personer 80 år och äldre samt till personer boende på SÄBO. Andelen vaccinerade i åldersgruppen 80+ år och äldre var |

| Aktiviteter | Analys |
|-------------|---|
| | <p>64 %. För personer boende på SÄBO var siffran 85%. Även personer 65-79 år samt vuxna personer som tillhörde en riskgrupp fick ta en vårdos om de så önskade. För personer 65-79 år var vaccinationstäckningen 12 %.</p> <p>Under hösten rekommenderades en "höstdos" till alla över 65 år samt till yngre vuxna som tillhörde en riskgrupp. Även personer 18-64 år som inte tillhörde någon riskgrupp fick vaccinera sig om de så önskade. Fram till 31 december 2023 hade 74% av alla över 65 år vaccinerat sig med en höstdos. För gruppen 80 år och äldre var siffran 80%.</p> <p>Generellt sett har vi hög vaccinationstäckning i regionen i en jämförelse med övriga Riket, men liksom tidigare år finns några områden i regionen med betydligt lägre vaccinationsvilja. Vissa riktade insatser har gjorts för att försöka öka vaccinationsviljan i några av dessa områden, men i mindre omfattning än tidigare år.</p> <p>Tillsammans med IT-avdelningen har ett arbete påbörjats med en automatiserad bokningsrobot med syftet att förenkla kallelse- och bokningsförfarandet vid vaccination framöver.</p> |

Uppdrag: Smittskydd, vårdhygien och strama - En informationskampanj ska genomföras kring de vaccinationer som erbjuds till äldre

| Aktiviteter | Analys |
|--|--|
| <p>Informationskampanj kring pneumokockvaccination</p> | <p>Information om pneumokockvaccination har framför allt gått ut i samband med vårens vaccinationer mot covid-19 (till personer över 80 år och boende på SÄBO) samt höstens vaccinationer mot covid-19 och influensa (till alla över 65 år samt riskgrupper). Bland annat skickades ett brev hem till alla invånare över 65 år, med information om vaccinerna mot covid-19, influensa och pneumokocker. Även om pneumokockvaccin kan ges året runt så har samvaccination visat sig vara en framgångsfaktor. Under året har betydligt fler än under tidigare år vaccinerats mot pneumokocker, totalt över 30 000 personer (under 2022 vaccinerades färre än 3 000 personer). Det finns ingen nationell statistik över vaccinationstäckningen i gruppen 65 år och äldre för jämförelse, men troligen är detta ett mycket bra resultat jämfört med de flesta övriga regioner.</p> |

Uppdrag: Utredda förutsättningarna för att erbjuda barn avgiftsfri vaccinering mot fästingburen hjärninflammation (TBE).

| Aktiviteter | Analys |
|---|---|
| <p>Ta fram epidemiologiskt underlag för TBE</p> | <p>Epidemiologiskt underlag för antal fall av TBE i regionen, antal fall hos barn och geografisk spridning samt ett resonemang kring vaccinkostnaden och hälsoekonomiska analyser som utförts i andra regioner har sammanställts.</p> |

2024-02-07

§§ 17-28

§ 21

Frågor

Beslut

Presidiet lägger informationen till handlingarna.

Sammanfattning

Presidiet informeras om mötespunkt som planeras för kommande nämndsammanträde.

2024-01-16

Fråga vid Nämnden för Folkhälsa och sjukvård 23/1 2024

Vid RF i oktober -23 ställde Mia Frisk (KD) en interpellation utifrån att hon, vid ett rundabordsamtal med personer från diabetes typ 2-föreningen, uppmärksammats på det man upplevde som brister inom primärvårdens diabetesvård. Det vittnades om bristande tillgänglighet och avsaknad av diabetessköterskor.

Frågorna hon ville ha svar på var om det finns en välfungerande vård för patienter med diabetes typ 2 på länets alla vårdcentraler. Om vården för diabetes typ 2- patienter är jämlik i länet och, om den inte är det, vad nämndens ordförande avsåg göra för att denna vård ska bli jämlik och välfungerande.

I den interpellationsdebatt som följde uttryckte företrädare för Samverkanspartierna (bland andra Rachel de Basso och Kerstin Hammar) att initiativ tagits i frågan och att uppdrag redan hade getts för att få läget för den aktuella patientgruppen belyst.

Med anledning av detta önskar Kristdemokraterna i Nämnden för Folkhälsa och sjukvård

- Att en redovisning görs av läget för patienter med typ 2-diabetes i Jönköpings län som besvarar frågan om det finns välfungerande vård för denna grupp vid länets alla vårdcentraler. Vi önskar även svar på om vården för denna grupp är jämlik i länet och vilka åtgärder som planeras om så inte skulle vara fallet.

Monica Samuelsson (KD)

Peter Iveroth (KD)

§ 23

Remiss: Slutbetänkande av Utredningen om författningsberedskap inför framtida pandemier SOU 2023:56

Diarienummer: RJL 2023/3734

Beslut

Presidiet föreslår nämnden för folkhälsa och sjukvård att

- godkänna yttrandet som svar till Socialdepartementet.

Sammanfattning

Region Jönköpings län har getts möjlighet att yttra sig över rubricerat Slutbetänkande av Utredningen om författningsberedskap inför framtida pandemier SOU 2023:56.

Region Jönköpings län ser att det finns ett behov av en möjlighet till tvångsåtgärder när en person med en samhällsfarlig sjukdom riskerar att smitta andra och alla frivilliga alternativ är uttömda. Region Jönköpings län önskar dock att isolering i bostaden åtminstone skulle vara ett möjligt alternativ till flyttning. Dessutom ser man betydande praktiska svårigheter för såväl kommunerna som smittskyddsmyndigheterna med nuvarande förslag.

Region Jönköpings län välkomnar den föreslagna översynen av socialförsäkring i kris och krig, inklusive smittbärandepningen.

Beslutsunderlag

- Missiv Region Jönköpings län daterat 2024-01-17
- Yttrande Region Jönköpings län
- Missiv Socialdepartementet: Slutbetänkande av Utredningen om författningsberedskap inför framtida pandemier SOU 2023:56
- Remiss Socialdepartementet: Slutbetänkande av Utredningen om författningsberedskap inför framtida pandemier SOU 2023:56

Beslutet skickas till

Socialdepartementet

Regionledningskontoret – Folkhälsa och sjukvård

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Slutbetänkande av Utredningen om författningsberedskap inför framtida pandemier SOU 2023:56

Förslag till beslut

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

- godkänner yttrandet som svar till Socialdepartementet.

Sammanfattning

Region Jönköpings län har getts möjlighet att yttra sig över rubricerat Slutbetänkande av Utredningen om författningsberedskap inför framtida pandemier SOU 2023:56.

Region Jönköpings län ser att det finns ett behov av en möjlighet till tvångsåtgärder när en person med en samhällsfarlig sjukdom riskerar att smitta andra och alla frivilliga alternativ är uttömda. Vi önskar dock att isolering i bostaden åtminstone skulle vara ett möjligt alternativ till flyttning. Dessutom ser vi betydande praktiska svårigheter för såväl kommunerna som smittskyddsmyndigheterna med nuvarande förslag.

Region Jönköpings län välkomnar den föreslagna översynen av socialförsäkring i kris och krig, inklusive smittbärrapningen.

Information i ärendet

Utredningen har haft i uppdrag att lämna förslag som syftar till att stärka smittskyddet för vissa grupper inom socialtjänsten och att göra en översyn av bestämmelserna om smittbärrapning. Utredningen föreslår att en lagändring som innebär att en ny extraordinär smittskyddsåtgärd, *flyttning*, införs i smittskyddslagen. Utredningen anser däremot att det inte bör införas någon ytterligare möjlighet till provtagning med tvång än vad som redan finns i smittskyddslagen. Vidare har en översyn av smittbärrapningen gjorts, men där lämnas inga förslag till ändringar i lagstiftningen.

Beslutsunderlag

- Missiv Region Jönköpings län daterat 2024-01-17
- Yttrande Region Jönköpings län

- Missiv Socialdepartementet: Slutbetänkande av Utredningen om författningsberedskap inför framtida pandemier SOU 2023:56
- Remiss Socialdepartementet: Slutbetänkande av Utredningen om författningsberedskap inför framtida pandemier SOU 2023:56

Beslutet skickas till

Socialdepartementet

Regionledningskontoret – Folkhälsa och sjukvård

REGIONLEDNINGSKONTORET

Mats Bojestig
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Malin Bengnér
Smittskyddsläkare

Socialdepartementet

Slutbetänkande av Utredningen om författningsberedskap inför framtida pandemier SOU 2023:56

Region Jönköpings län har getts möjlighet att yttra sig över rubricerade Slutbetänkande av Utredningen om författningsberedskap inför framtida pandemier SOU 2023:56

Sammanfattning

Region Jönköpings län ser att det finns ett behov av en möjlighet till tvångsåtgärder när en person med en samhällsfarlig sjukdom riskerar att smitta andra och alla frivilliga alternativ är uttömda. Vi önskar dock att isolering i bostaden åtminstone skulle vara ett möjligt alternativ till flyttning. Dessutom ser vi betydande praktiska svårigheter för såväl kommunerna som smittskyddsenheterna med nuvarande förslag.

Region Jönköpings län välkomnar den föreslagna översynen av socialförsäkring i kris och krig, inklusive smittbärandepningen.

Synpunkter på förslaget

Utredningens förslag om flyttning av personer inom SoL och LSS på grund av samhällsfarlig sjukdom

Utredningen anser att det inom de boendeformer som omfattas av uppdraget i vissa fall inte kommer att vara möjligt att med samtycke hålla personer åtskilda av smittskyddsskäl och de tvångsåtgärder som finns i nuvarande lagstiftning bedöms inte vara tillräckligt väl anpassade. Därför föreslås en ny extraordinär smittskyddsåtgärd, *flyttning*. Detta innebär en möjlighet att utan samtycke flytta den som bor i vissa boendeformer enligt SoL eller LSS och som är, eller kan antas vara, smittad av en samhällsfarlig sjukdom och som genom sitt beteende riskerar att smitta andra boende, från sin ordinarie bostad till en annan motsvarande bostad. Hälso- och sjukvårdspersonal på boendet ska ta fram underlag till beslut om flyttning. Därefter skall underlaget underställas smittskyddsläkaren som kan besluta om flyttning och isolering i maximalt tre veckor. Flytt kan vid behov ske med polishandräckning. Ansvaret för att ta fram ett alternativt boende till personen åligger kommunen.

Utredningen anser att flyttning är den minst inskränkande åtgärden för den drabbade personen. Region Jönköpings län ser istället att ett bättre förstahandsalternativ skulle vara att isolera personen i sin bostad. För de grupper av personer som kan komma att bli aktuella för denna åtgärd (t ex personer med demenssjukdom) kan ett plötsligt byte av miljö, dessutom med tvång och eventuellt polishandräckning, leda till oro och ökad förvirring. Att få vara kvar i sin bekanta miljö med den vanliga personalen skulle sannolikt göra isoleringen mindre traumatisk. Fanns det geriatrisk kompetens med i utredningen, för att bedöma individens perspektiv i detta? Troligen kommer isoleringen/karantänsvistelsen endast att krävas under några dagar (åtminstone gällande luftvägsvirus) och det ter sig därför omotiverat att flytta en person fram och tillbaka under en mycket kort period.

Det finns en risk för ojämlig tillämpning av en lagstiftning enligt utredningens förslag. Dels finns den praktiska aspekten av att det kan vara olika svårt för olika kommuner att lösa en alternativ boendeplats. Inte minst eftersom det kan krävas två olika typer av boenden, en för smittsamma personer (isolering) och en annan för personer som kan vara smittade (karantän). I förslaget är det dessutom upp till varje kommun att välja om alternativt boende alls kan tillhandahållas, och därmed om lagen kan tillämpas, vilket kan leda till att likartade omständigheter leder till helt olika konsekvenser i olika kommuner. För att korrekt kunna avgöra behov av isolering är det mycket viktigt att det underlag som ska ligga till grund för beslutet är av god kvalitet och inkluderar en medicinsk bedömning. Förutsättningarna för att få fram det kan skilja sig avsevärt mellan olika kommuner och olika boendeformer.

Det är svårt att se att någon annan person eller funktion än smittskyddsläkaren skulle kunna ta beslut om tvingande isolering eller karantän. Likafullt kan denna uppgift medföra svårigheter och kapacitetsproblem för smittskydden. Utredningen bedömer att det skulle rör sig om mycket få beslut, baserat på att antalet beslut om tvångsisolering under covid-19-pandemin var lågt. I utredningens förslag är dock inte kraven gällande flyttning lika högt ställda som för tillfällig isolering enligt smittskyddslagen och bedöms därmed kunna tillämpas oftare. Det skulle kunna innebära en betydande arbetsbörda för en smittskydds-enhet som under en pandemi redan är mycket hårt belastad. Besluten skulle dessutom behöva fattas mycket skyndsamt för att ha effekt på risken för smittspridning, dvs åtminstone veckans alla dagar och möjligen även dygnet runt. Detta skulle kunna innebära en betydande belastning för alla smittskydd, men kanske särskilt för små enheter med endast en till två smittskyddsläkare.

Sammanfattningsvis ser Region Jönköpings län att det finns ett behov av en möjlighet till tvångsåtgärder när en person med en samhällsfarlig sjukdom riskerar att smitta andra och alla frivilliga alternativ är uttömda. Vi önskar dock att isolering i bostaden åtminstone skulle vara ett möjligt alternativ till flyttning. Dessutom ser vi betydande praktiska svårigheter för såväl kommunerna som smittskydds-enheterna med nuvarande förslag.

Utredningens bedömning av utökade möjligheter att förena provtagningar med tvång

Idag finns möjligheten att provta en person med tvång vid misstanke om allmänfarlig sjukdom. Utredningen anser inte att det bör införas någon ytterligare möjlighet att förena provtagning med tvång än den som redan finns i smittskyddslagen.

Region Jönköpings län instämmer i utredningens bedömning.

Utredningens överväganden om smittbärrpenning

Utredningen lämnar inga förslag till ändrad lagstiftning som reglerar smittbärrpenningen. Däremot görs ett antal bedömningar och en större översyn av socialförsäkringen föreslås.

Region Jönköpings län instämmer i bedömningen att smittbärrpenningen haft en viktig funktion under pandemin. Möjligheten till ekonomisk kompensation för förlorad arbetsinkomst bidrog sannolikt till ökad efterlevnad till smittskyddsrekommendationer och därmed en minskad smittspridning. Nivån på den ekonomiska ersättningen är också av betydelse för att få god följsamhet till rekommendationen om att stanna hemma. De lättnader som periodvis gjordes avseende vilka intyg som behövde bifogas en ansökan om smittbärrpenning fyllde också en viktig funktion för att avlasta sjukvården. Region Jönköpings län välkomnar den föreslagna översynen av socialförsäkring i kris och krig, inklusive smittbärrpenningen.

REGION JÖNKÖPINGS LÄN

Mats Bojestig
Hälso- och sjukvårdsdirektör



Socialdepartementet

Enheten för hälsa och civilsamhälle, Smitt- och
hälsoskyddsfrågor
Annica Edgarsson

Utredningen om författningsberedskap inför framtida pandemier

Remissinstanser

1. Almega vårdföretagarna
2. Ambea
3. Attendo
4. Autism Sverige
5. Barnombudsmannen
6. Boden kommun
7. Båstad kommun
8. Demensförbundet
9. DHR
10. Diskrimineringsombudsmannen
11. Eksjö kommun
12. Folkhälsomyndigheten
13. Funktionsrätt Sverige
14. Föreningen Sveriges socialchefer
15. Försäkringskassan
16. Förvaltningsrätten i Malmö
17. Förvaltningsrätten i Umeå
18. Göteborg kommun
19. Götene kommun
20. Hammarö kommun

21. Helsingborg kommun
22. Humana
23. Hällefors kommun
24. Hässleholm kommun
25. Inspektionen för socialförsäkringen
26. Inspektionen för vård och omsorg
27. Institutet för mänskliga rättigheter
28. Justitiekanslern
29. Jönköping kommun
30. Kammarrätten i Stockholm
31. Katrineholm kommun
32. Kiruna kommun
33. Kommunal
34. Lerum kommun
35. Luleå kommun
36. Lycksele kommun
37. Länsstyrelsen Dalarna
38. Malmö kommun
39. Mora kommun
40. Myndigheten för delaktighet
41. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap
42. Oxelösund kommun
43. Pensionärernas Riksorganisation
44. Region Blekinge
45. Region Dalarna
46. Region Gotland
47. Region Gävleborg
48. Region Halland
49. Region Jämtland Härjedalen
50. Region Jönköpings län

51. Region Kalmar län
52. Region Kronoberg
53. Region Norrbotten
54. Region Skåne
55. Region Stockholm
56. Region Sörmland
57. Region Uppsala
58. Region Värmland
59. Region Västerbotten
60. Region Västernorrland
61. Region Västmanland
62. Region Örebro län
63. Region Östergötland
64. Riksdagens ombudsmän (JO)
65. Riksförbundet FUB
66. Riksföreningen för medicinskt ansvariga sjuksköterskor
67. Riksföreningen för sjuksköterskor inom äldre- och demensvård
68. Röda Korset
69. Sandviken kommun
70. Smittskyddsläkarföreningen
71. Socialstyrelsen
72. SPF Seniorerna
73. Statens medicinsk-etiska råd
74. Stockholm kommun
75. Sundsvall kommun
76. Svensk sjuksköterskeföreningen
77. Svenska läkaresällskapet
78. Svenskt Demenscentrum
79. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)
80. Sveriges läkarförbund

81. Tomelilla kommun
82. Täby kommun
83. Umeå kommun
84. Vetlanda kommun
85. Vilhelmina kommun
86. Vårdförbundet
87. Vänersborg kommun
88. Vännäs kommun
89. Värnamo kommun
90. Västra Götalandsregionen
91. Ystad kommun

Remissvaren ska ha kommit in till Socialdepartementet **senast den 29 februari 2024**. Svaren bör lämnas per e-post till s.remissvar@regeringskansliet.se och med kopia till s.hc@regeringskansliet.se. Ange diarienummer **S2023/02669** och remissinstansens namn i ämnesraden på e-postmeddelandet.

Svaret bör lämnas i två versioner: den ena i ett bearbetningsbart format (t.ex. Word), den andra i ett format (t.ex. pdf) som följer tillgänglighetskraven enligt lagen (2018:1937) om tillgänglighet till digital offentlig service. Remissinstansens namn ska anges i namnet på respektive dokument.

Remissvaren kommer att publiceras på regeringens webbplats.

I remissen ligger att regeringen vill ha synpunkter på förslagen eller materialet i betänkandet.

Myndigheter under regeringen är skyldiga att svara på remissen. En myndighet avgör dock på eget ansvar om den har några synpunkter att redovisa i ett svar. Om myndigheten inte har några synpunkter, räcker det att svaret ger besked om detta.

För **andra remissinstanser** innebär remissen en inbjudan att lämna synpunkter.

Betänkandet kan laddas ned från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Remissinstanserna kan utan kostnad beställa tryckta exemplar av betänkandet via ett [beställningsformulär hos Elanders Sverige AB](#).

Råd om hur remissyttranden utformas finns i Statsrådsberedningens promemoria [Svara på remiss \(SB PM 2021:1\)](#). Den kan laddas ned från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Elisabet Aldenberg
Ämnesråd

Kopia till

Elanders Sverige AB, e-postadress: betankande@elanders.com

Några smittskyddsfrågor inom socialtjänsten och socialförsäkringen

*Slutbetänkande av Utredningen om
författningsberedskap inför framtida pandemier*

Stockholm 2023



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2023:56

SOU och Ds finns på regeringen.se under Rättsliga dokument.

Svara på remiss – hur och varför
Statsrådsberedningen, SB PM 2021:1.

Information för dem som ska svara på remiss finns tillgänglig på regeringen.se/remisser.

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet

Omslag: Elanders Sverige AB

Tryck och remisshantering: Elanders Sverige AB, Stockholm 2023

ISBN 978-91-525-0710-0 (tryck)

ISBN 978-91-525-0711-7 (pdf)

ISSN 0375-250X

Till statsrådet och chefen för Socialdepartementet Jakob Forssmed

Regeringen tillsatte den 2 september 2021 en särskild utredare med uppdrag att göra en översyn av smittskyddslagen och analysera behovet av nya bestämmelser inför framtida pandemier. I uppdraget ingick också att utreda frågor om smittbärräpning, smittskydd för vissa grupper inom socialtjänsten och lagen om register över nationella vaccinationsprogram m.m. (dir. 2021:68).

Som särskilt utredare förordnades från och med den 2 september 2021 rättschefen Lars Hedengran.

Som huvudsekreterare i utredningen anställdes från och med den 1 oktober 2021 avdelningschefen Mats Nilsson.

Anställda som sekreterare i utredningen har varit juristen Li Nordström från och med den 13 oktober 2021, juristen Fredrik Robertsson från och med den 25 oktober 2021, hovrättsassessorn Rebecca Hjalmarö mellan den 1 november 2021 och den 31 juli 2022, kammarrättsassessorn Alexandra Braf mellan den 1 juli 2022 och den 31 mars 2023, kanslirådet Sofia Aslamatzidou mellan den 1 december 2022 och den 31 januari 2023, juristen Anton Lesse mellan den 1 december 2022 och den 30 april 2023, kammarrättsassessorn Sven Hogebrandt från och med den 1 januari 2023 samt enhetschefen Stella Jacobsson från och med den 1 mars 2023.

Som externt stöd till utredningen anlätades docenten och infektionsläkaren Per Follin under hösten 2022.

Förordnade som sakkunniga i utredningen har varit kanslirådet Erik Adell Hellström mellan den 14 oktober 2021 och den 8 mars 2022, rättssakkunniga Lovisa Danielsson mellan den 14 oktober 2021 och den 31 december 2022, rättssakkunniga Madeleine Josefsson mellan den 14 oktober 2021 och den 11 april 2023, kanslirådet Erika K Nilsson mellan den 14 oktober 2021 och den 12 oktober 2022, ämnesrådet

Helena Rosén från och med den 14 oktober 2021, numera kanslirådet Jenny Wada från och med den 14 oktober 2021, numera kanslirådet Theresa Winnberg Elliot från och med den 14 oktober 2021, kanslirådet Anna-Lena Sjölund mellan den 8 mars 2022 och den 23 augusti 2023, ämnesrådet Anna Schölin från och med den 24 augusti 2023, kanslirådet Linda Celandér mellan den 1 januari 2023 och den 1 februari 2023, numera kanslirådet Hanna Lobosco från och med den 12 oktober 2022 samt rättssakkunniga Rebecca Rynning mellan den 1 februari 2023 och den 31 mars 2023.

Förordnade som experter i utredningen har varit juristen Anders Alexandersson från och med den 14 oktober 2021, utredaren Carl Ekström från och med den 14 oktober 2021, numera avdelningschefen Björn Forsberg från och med den 14 oktober 2021, professorn Rickard Ljung mellan den 14 oktober 2021 och den 8 februari 2023, smittskyddsläkaren Eva Melander från och med den 14 oktober 2021, juristen Ironah Nzeribe mellan den 14 oktober 2021 och den 10 augusti 2023, statsepidemiologen Anders Tegnell mellan den 14 oktober 2021 och den 23 mars 2022, numera teamledaren Ulrika Vestin från och med den 14 oktober 2021, juristen Peter Gröön från och med den 8 november 2021, rättsliga experten Johan Vadengren mellan den 26 januari 2022 och den 25 april 2022, avdelningschefen Britta Björkholm mellan den 23 mars 2022 och den 1 september 2022, rättsliga experten Heli Artell Viklund från och med den 25 april 2022 och enhetschefen Anneli Carlander från och med den 1 september 2022.

Utredningen överlämnade i maj 2022 delbetänkandet *Extraordinära smittskyddsåtgärder – en bedömning* (SOU 2022:26).

Regeringen beslutade den 7 juli 2022 om tilläggsdirektiv (dir. 2022:110) och den 29 juni 2023 ett ytterligare tilläggsdirektiv (dir. 2023:104).

Utredningens experter och sakkunniga har genom råd och underlag bidragit till betänkandet. Den särskilde utredaren ansvarar dock ensam för innehållet.

Utredningen överlämnar härmed slutbetänkandet *Några smittskyddsåtgärder inom socialtjänsten och socialförsäkringen* (SOU 2023:56). Utredningens uppdrag är därmed slutfört.

Stockholm i september 2023

Lars Hedengran

/Mats Nilsson
Sven Hogebrandt
Li Nordström
Fredrik Robertsson

Innehåll

| | |
|--|-----------|
| Förkortningar | 15 |
| Sammanfattning | 17 |
| 1 Författningsförslag | 21 |
| 1.1 Förslag till lag om ändring i smittskyddslagen (2004:168)..... | 21 |
| 2 Uppdraget och utredningens arbete | 29 |
| 2.1 Utredningens uppdrag..... | 29 |
| 2.2 Delbetänkandet | 30 |
| 2.3 Uppdraget att stärka smittskyddet för vissa grupper inom socialtjänsten | 32 |
| 2.3.1 Avgränsning..... | 34 |
| 2.4 Uppdraget avseende smittbärdarpenning..... | 36 |
| 2.4.1 Avgränsning..... | 37 |
| 2.5 Uppdragets genomförande..... | 37 |
| 2.5.1 Sekretariat och expertgrupp..... | 37 |
| 2.5.2 Samverkan med berörda aktörer..... | 38 |
| 2.6 Begrepp i slutbetänkandet | 40 |
| 2.6.1 Boendeformer | 40 |
| 2.6.2 Övriga begrepp | 41 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 2.7 | Slutbetänkandets struktur..... | 41 |
| 2.8 | Utredningens förutsättningar för att lämna förslag | 42 |
| 2.8.1 | Behovet av åtgärder..... | 42 |
| 2.8.2 | Smittskyddslagens begränsningar och utredningens förändrade direktiv..... | 43 |
| 2.8.3 | Förutsättningar gällande smittbärappenning | 44 |
| 3 | Gällande rätt | 47 |
| 3.1 | Smittskyddslagen..... | 47 |
| 3.1.1 | Lagens utgångspunkter..... | 47 |
| 3.1.2 | Åtgärder kopplas till sjukdomens klassificering..... | 48 |
| 3.1.3 | Huvudsakligt ansvar för smittskyddet..... | 50 |
| 3.1.4 | Andra bestämmelser | 52 |
| 3.1.5 | Smittskyddsförordningen..... | 52 |
| 3.2 | Socialtjänstlagen | 53 |
| 3.2.1 | En ramlag med rätt till bistånd för skälig levnadsnivå..... | 53 |
| 3.2.2 | Äldre personer och personer med funktionsnedsättning..... | 53 |
| 3.2.3 | Tillståndsplikt och anmälningsplikt..... | 54 |
| 3.2.4 | Andra bestämmelser | 54 |
| 3.2.5 | Socialtjänstförordningen | 55 |
| 3.3 | Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade..... | 55 |
| 3.4 | Hälso- och sjukvårdslagstiftning..... | 57 |
| 3.4.1 | Hälso- och sjukvårdslagen..... | 57 |
| 3.4.2 | Patientsäkerhetslagen..... | 58 |
| 3.4.3 | Patientlagen | 59 |
| 3.5 | Socialförsäkringsbalken..... | 60 |
| 3.5.1 | Smittbärappenning..... | 60 |
| 3.5.2 | Resekostnadsersättning | 62 |
| 3.5.3 | Extraordinära händelser i fredstid..... | 62 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 4 | Smittskydd för vissa grupper inom socialtjänsten under normala förhållanden..... | 63 |
| 4.1 | Frivillighet är utgångspunkten i hälso- och sjukvården och inom socialtjänsten | 64 |
| 4.1.1 | Arbetsätt för att undvika tvång..... | 65 |
| 4.1.2 | Särskilt om samtycke till hälso- och sjukvård..... | 66 |
| 4.1.3 | Nödrätt..... | 67 |
| 4.2 | Boendeformer som omfattas av uppdraget | 67 |
| 4.2.1 | Bakgrund till regleringen i 5 kap. 5 § SoL | 67 |
| 4.2.2 | Äldreboende..... | 68 |
| 4.2.3 | Biståndsbedömt trygghetsboende | 69 |
| 4.2.4 | Bostad med särskild service enligt SoL | 69 |
| 4.2.5 | Enskild verksamhet enligt SoL | 70 |
| 4.2.6 | LSS-boenden för barn och unga | 70 |
| 4.2.7 | LSS-boenden för vuxna | 72 |
| 4.2.8 | Enskild verksamhet | 75 |
| 4.2.9 | Översiktligt om antalet bostäder och deras beskaffenhet | 75 |
| 4.3 | De boende inom SoL-boenden och LSS-boenden..... | 77 |
| 4.3.1 | Gruppen äldre | 77 |
| 4.3.2 | De boende på äldreboenden och i bostad med särskild service enligt SoL | 80 |
| 4.3.3 | De boende i LSS-boenden..... | 84 |
| 4.4 | Personalen på boendena | 87 |
| 4.4.1 | Allmänna råd om personalens kunskaper | 87 |
| 4.5 | Personal på äldreboenden..... | 88 |
| 4.5.1 | Personal på LSS-boenden..... | 90 |
| 4.6 | Regler av betydelse för smittskyddet inom vård och omsorg..... | 91 |
| 4.6.1 | Smittskyddsåtgärder enligt smittskyddslagen | 92 |
| 4.6.2 | God vård och patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården | 95 |
| 4.6.3 | God kvalitet och undvikande av missförhållanden inom socialtjänstens område | 98 |
| 4.6.4 | Föreskrifter och allmänna råd..... | 101 |
| 4.6.5 | Arbetsmiljölagen | 105 |

| | | |
|----------|--|------------|
| 4.7 | Kohortvård..... | 108 |
| 4.7.1 | Utmaningar med att bedriva kohortvård på LSS- och SoL-boenden..... | 109 |
| 4.8 | Vårdrelaterade infektioner och vårdhygien..... | 110 |
| 4.8.1 | Vårdrelaterade infektioner..... | 110 |
| 4.8.2 | Vårdhygien | 110 |
| 4.8.3 | Organisation och tillgång till vårdhygienisk kompetens | 111 |
| 4.9 | Ansaret för hälso- och sjukvård..... | 112 |
| 4.9.1 | Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)..... | 113 |
| 4.10 | Dokumentationsskyldighet | 114 |
| 5 | Erfarenheter från covid-19-pandemin | 117 |
| 5.1 | Bakgrund..... | 118 |
| 5.1.1 | Särskilt utsatta för covid-19..... | 121 |
| 5.2 | Besöksbegränsningar, provtagning, smittspårning m.m. ... | 127 |
| 5.2.1 | Förordning om tillfälligt besöksförbud..... | 128 |
| 5.2.2 | Socialstyrelsens föreskrifter och Folkhälsomyndighetens rekommendationer..... | 129 |
| 5.2.3 | Ny förordning om tillfälligt besöksförbud | 130 |
| 5.2.4 | Kort om lokala och regionala besöksförbud | 131 |
| 5.2.5 | Andra tillfälliga föreskrifter och råd | 132 |
| 5.2.6 | Provtagning och smittspårning..... | 134 |
| 5.3 | Användning av tvång enligt smittskyddslagen | 136 |
| 5.4 | Särskilda boendeformer för äldre och LSS-boenden under pandemin | 137 |
| 5.4.1 | Kunskapsstöd | 138 |
| 5.4.2 | Smittskyddsarbetet under pandemin | 140 |
| 6 | Granskningar och förslag i ljuset av pandemin | 145 |
| 6.1 | Coronakommissionen om pandemihanteringen | 145 |
| 6.1.1 | Delbetänkandet om äldreomsorgen..... | 145 |
| 6.1.2 | Andra delbetänkandet..... | 149 |
| 6.1.3 | Slutbetänkandet..... | 149 |

| | | |
|----------|---|------------|
| 6.2 | Riksrevisionen om det nationella smittskyddet | 150 |
| 6.3 | SKR:s rapport Att lära av en kris | 151 |
| 6.3.1 | Kohortvård..... | 151 |
| 6.3.2 | Hygienrutiner | 152 |
| 6.3.3 | Nödvändiga regeländringar | 153 |
| 6.4 | Förslag på vårdhygienområdet | 153 |
| 6.4.1 | Socialstyrelsen..... | 153 |
| 6.4.2 | Riksrevisionen..... | 154 |
| 6.4.3 | Förslaget till äldreomsorgslag..... | 155 |
| 6.5 | Tillgång till vård för vuxna i LSS-boenden | 156 |
| 6.6 | Från IVO:s tillsyn..... | 157 |
| 6.6.1 | Kort om IVO:s uppdrag | 157 |
| 6.6.2 | Brister i vård och behandling under pandemin.... | 158 |
| 6.6.3 | Uppföljning av besöksföreskrifter | 159 |
| 6.6.4 | Tvång och begränsningar i LSS-boenden..... | 160 |
| 6.7 | Kompetensförsörjning inom vård och omsorg..... | 161 |
| 6.8 | Stärkt medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård..... | 162 |
| 6.9 | Utredning om språkkrav | 163 |
| 6.10 | Uppdaterad demensstrategi..... | 163 |
| 6.11 | Utformning av kommunala vård- och omsorgslokaler..... | 163 |
| 6.12 | Gransdragningssvårigheter inom omsorgen | 164 |
| 7 | Smittbärarpenning..... | 167 |
| 7.1 | Historik och användning innan pandemin | 167 |
| 7.2 | Smittbärarpenningen under pandemin | 168 |
| 7.2.1 | Antalet ersättningsärenden | 170 |
| 7.3 | Granskningar av smittbärarpenningen | 172 |
| 7.3.1 | Coronakommissionens analys av smittbärarpenningen under covid-19-pandemin.... | 172 |
| 7.3.2 | Försäkringskassans erfarenheter av smittbärarpenningen under covid-19-pandemin.... | 174 |

| | | |
|----------|---|------------|
| 7.3.3 | Inspektionen för socialförsäkringen – Smittbärarpenning i pandemins tid | 178 |
| 7.3.4 | Framställan om utredning av socialförsäkringen vid krig, krigsfara och allvarliga fredstida kriser ... | 181 |
| 7.4 | Närliggande utredningar på socialförsäkringsområdet | 184 |
| 7.4.1 | S 2022:02 Översyn av karens och sjuklön samt S 2023:A arbetsgrupp med uppdrag att se över karensavdraget | 184 |
| 7.4.2 | S 2022:07 Utvärdering av förändringarna i sjukförsäkringens regelverk | 185 |
| 8 | Förslag och överväganden – stärkt smittskydd för vissa grupper inom socialtjänsten | 187 |
| 8.1 | Tillfällig isolering bör inte kunna ske inom SoL- och LSS-boenden | 187 |
| 8.1.1 | Utredningens direktiv om tillfällig isolering | 188 |
| 8.1.2 | Befintliga bestämmelser om karantän och isolering i smittskyddslagen är inte anpassade för SoL- och LSS-boenden | 188 |
| 8.1.3 | Isolering ur den enskildes perspektiv | 191 |
| 8.1.4 | Tvångsbefogenheter | 192 |
| 8.1.5 | Ledningsansvar | 193 |
| 8.1.6 | Sammanfattning | 195 |
| 8.2 | Förslag som möjliggör kohortvård utan samtycke | 195 |
| 8.2.1 | Utredningens direktiv om kohortvård | 196 |
| 8.2.2 | Kohortvård kan kräva samtycke | 196 |
| 8.2.3 | En ny extraordinär smittskyddsåtgärd bör införas .. | 198 |
| 8.2.4 | Boendeformer som bör omfattas av bestämmelsen | 204 |
| 8.2.5 | Proportionalitetsavvägningar | 207 |
| 8.2.6 | Förslagets förenlighet med regeringsformen och Europakonventionen | 208 |
| 8.2.7 | Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser | 211 |
| 8.2.8 | Uppdrag till Socialstyrelsen att ta fram en vägledning för den extraordinära smittskyddsåtgärden flyttning | 212 |
| 8.2.9 | Behov av en generell översyn av frågan om samtycke inom socialtjänsten | 213 |

| | | |
|----------|--|------------|
| 8.3 | Regler om nödvändiga smittskyddsåtgärder | 214 |
| 8.3.1 | Direkta och indirekta krav på smittskyddsåtgärder | 215 |
| 8.3.2 | Hälso- och sjukvård kontra omsorg inom boendena | 216 |
| 8.3.3 | Överväganden | 217 |
| 8.4 | Provtagning på SoL- och LSS-boenden | 220 |
| 8.4.1 | Behovet av nya bestämmelser för provtagning.... | 220 |
| 8.4.2 | Utökad möjlighet att förena provtagning med tvång | 223 |
| 9 | Överväganden – smittbärrpenning | 225 |
| 9.1 | Bestämmelserna om smittbärrpenning under covid-19-pandemin..... | 225 |
| 9.2 | Socialförsäkringsförmåner i kris och krig bör utredas samlat | 227 |
| 9.2.1 | Reglerna om smittbärrpenning är inte anpassade till en pandemi | 228 |
| 9.2.2 | Flera socialförsäkringsförmåner påverkas vid en kris | 229 |
| 9.2.3 | En samlad översyn bör göras av socialförsäkringen i kris och krig | 231 |
| 9.3 | Personer som delar hushållsgemenskap med någon som är smittad omfattas av smittbärrpenningen | 234 |
| 9.3.1 | Utredningens tolkning av lagstiftningen | 234 |
| 9.4 | Bedömningar av hur handläggningen av smittbärrpenning kan utvecklas | 238 |
| 9.4.1 | Undantag från krav på intyg effektiviserar handläggningen och minskar belastningen på vården | 239 |
| 9.4.2 | Vikten av rättssäker handläggning..... | 241 |
| 9.4.3 | Utredningens bedömningar | 242 |
| 9.4.4 | Andra frågor att beakta vid en framtida pandemi... | 243 |
| 9.4.5 | Resonemang kring alternativa lösningar och åtgärder avseende handläggning m.m..... | 244 |

| | | |
|-----------|---|------------|
| 10 | Konsekvensutredning | 249 |
| 10.1 | Konsekvensutredningens innehåll..... | 249 |
| 10.2 | Förslaget till lag om ändring i smittskyddslagen..... | 250 |
| 10.2.1 | Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen samt finansieringsprincipen..... | 250 |
| 10.2.2 | Konsekvenser för enskilda..... | 253 |
| 10.2.3 | Konsekvenser för företag | 256 |
| 10.2.4 | Konsekvenser för berörda myndigheter | 256 |
| 10.2.5 | Övriga konsekvenser enligt kommittéförordningen | 258 |
| 10.3 | Bedömningar om smittbärappeningen..... | 259 |
| 10.3.1 | Inledning..... | 259 |
| 10.3.2 | Smittbärappeningen i normaltillstånd | 260 |
| 10.3.3 | Smittbärappeningen vid extraordinära händelser i fredstid | 261 |
| 10.3.4 | Rättssäkerhet vid handläggningen..... | 262 |
| 10.4 | Finansiering av utredningens förslag..... | 264 |
| 11 | Författningskommentar | 265 |
| 11.1 | Förslaget till lag om ändring i smittskyddslagen (2004:168) | 265 |
| | Referenser..... | 273 |
| | Bilagor | |
| Bilaga 1 | Kommittédirektiv 2021:68..... | 289 |
| Bilaga 2 | Kommittédirektiv 2022:110..... | 309 |
| Bilaga 3 | Kommittédirektiv 2023:104..... | 311 |

Förkortningar

| | |
|--------------------|---|
| Europakonventionen | Europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna |
| HSL | Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) |
| ISF | Inspektionen för socialförsäkringen |
| IVO | Inspektionen för vård och omsorg |
| LSS | Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade |
| MAR | Medicinskt ansvarig för rehabilitering |
| MAS | Medicinskt ansvarig sjuksköterska |
| PL | Patientlagen (2014:821) |
| PSL | Patientsäkerhetslagen (2010:659) |
| RF | Regeringsformen |
| SFB | Socialförsäkringsbalken (2010:110) |
| SmL | Smittskyddslagen (2004:168) |
| SmF | Smittskyddsförordningen (2004:255) |
| SoF | Socialtjänstförordningen (2001:937) |
| SoL | Socialtjänstlagen (2001:453) |
| SKR | Sveriges Kommuner och Regioner |

Sammanfattning

Utredningen har haft i uppdrag att lämna förslag som syftar till att stärka smittskyddet för vissa grupper inom socialtjänsten och att göra en översyn av bestämmelserna om smittbärrpenning.

Trots hårda restriktioner drabbades äldre personer, och särskilt de äldre personer som bodde i särskilda boendeformer för äldre, hårt under covid-19-pandemin. Även personer som bodde på LSS-boenden drabbades av covid-19-pandemin. Ett effektivt smittskydd kan enligt utredningens direktiv kräva tillfälliga begränsningar i den frihet som människor annars åtnjuter, både för att skydda den som har smittats och för att undvika att smittan sprids vidare till andra.

Smittbärrpenning betalas ut till den som kan arbeta men inte får göra det på grund av risken för att smitta andra. Förmånen ger ekonomisk trygghet för grupper som inte kan arbeta hemifrån men inte har nedsatt arbetsförmåga och kan bidra till ökad efterlevnad till smittskyddsrekommendationer. Under pandemin ökade användningen av smittbärrpenningen mycket kraftigt, vilket ställde stora krav på Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Vid kriser, som en pandemi, kan det finnas behov av att tillfälligt anpassa handläggningen och regelverket för att en förmån ska kunna fungera som det är tänkt.

Förslag och överväganden – stärkt smittskydd för vissa grupper inom socialtjänsten

Utredningens övergripande uppfattning är att de viktigaste åtgärderna för att stärka smittskyddet för vissa grupper inom socialtjänsten avser områden som ligger utanför den här utredningens uppdrag. Det handlar bl.a. om att stärka personalens kompetens och förutsättningar att utföra sitt arbete, följsamhet till basala hygienrutiner, lokalernas utformning m.m. Åtgärder inom dessa områden kräver stora och långsiktiga insatser från samhället. Flera initiativ är dessutom

under beredning. Bedömningarna och förslaget i betänkandet ska ses som en del i en större helhet.

Utredningen har övervägt att lämna förslag som innebär att tillfällig isolering ska kunna ske på de boendeformer som omfattas av uppdraget. Utredningens bedömning är att befintliga bestämmelser i smittskyddslagen om karantän och isolering inte är anpassade för SoL- och LSS-boenden och de personer som bor där. Det bör dock av principiella, etiska och praktiska skäl inte införas en möjlighet att genomföra tillfällig isolering inom dessa boendeformer.

Det kommer i vissa fall inte vara möjligt att med samtycke hålla personer åtskilda av smittskyddsskäl inom de boendeformer som omfattas av uppdraget samtidigt som de möjligheter att använda tvång som finns i lagstiftningen inte är tillräckligt väl anpassade för att uppnå det syftet med lindrigast möjliga tvångsingripande. Utredningen föreslår därför att det införs en ny extraordinär smittskyddsåtgärd i smittskyddslagen. Den nya bestämmelsen om *flyttning* innebär en möjlighet att utan samtycke flytta den som bor i vissa boendeformer enligt SoL eller LSS och som är eller kan antas vara smittad av en samhällsfarlig sjukdom och som genom sitt beteende riskerar att smitta andra boende från sin ordinarie bostad till en annan motsvarande bostad. Flyttning kan bl.a. underlätta genomförandet av vissa moment av kohortvård. Förslaget omfattar personer som bor i de boendeformer som avses i 5 kap. 5 och 7 §, 7 kap. 1 § 2 och 3 SoL och i bostad med särskild service enligt 9 § 8 och 9 LSS. Smittskyddsläkaren beslutar om flyttning efter anmälan från kommunen.

Utredningen föreslår även att Socialstyrelsen får i uppdrag att ta fram en vägledning för den föreslagna extraordinära smittskyddsåtgärden.

Befintlig reglering av smittskyddsåtgärder inom de boendeformer som omfattas av utredningens uppdrag behöver inte kompletteras på annat sätt än genom detta förslag. Enligt utredningen finns det nödvändigt lagstöd för att erbjuda och utföra provtagning av de personer som bor inom boendeformerna. Det bör inte införas någon ytterligare möjlighet att förena provtagning med tvång än den som redan finns i smittskyddslagen och som bl.a. förutsätter misstanke om allmänfarlig sjukdom.

Bedömningar avseende smittbärrpenning

Även om smittbärrpenningen ökade kraftig under covid-19-pandemin, stod förmånen för en liten del av de ökade socialförsäkringsutgifterna. De ersättningar som främst kom att användas var sjuklön, sjukpenning och ersättning för karensavdrag, det vill säga förmåner för tillfälligt nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom.

Under pandemin infördes periodvis lättnader när det gällde vilka intyg som behövde bifogas en ansökan om smittbärrpenning.

Analysen visar att ersättningen fyllde en viktig funktion under covid-19-pandemin bl.a. när det gäller att ge ekonomisk trygghet för grupper som inte kunde arbeta hemifrån men inte hade nedsatt arbetsförmåga. Möjligheten till ekonomisk kompensation för förlorad arbetsinkomst kan bidra till ökad efterlevnad till smittskyddsrekommendationer och därmed en minskad smittspridning.

Utredningen lämnar inga förslag i betänkandet till ändringar av lagstiftningen som reglerar smittbärrpenningen. Däremot görs ett antal bedömningar.

Smittbärrpenningen är en av flera socialförsäkringsförmåner som påverkas under en pandemi. Förändringar av smittbärrpenningen måste sättas i relation till nödvändiga förändringar av andra socialförsäkringsförmåner i en krissituation. Enbart justeringar i smittbärrpenningen rörande handläggningsrutiner, krav på intyg m.m. gör socialförsäkringssystemet endast delvis bättre förberett inför en framtida pandemi. Utredningen anser därför att ett samlat grepp bör tas om socialförsäkringen vid krig, krigsfara och allvarliga fredstida kriser. Försäkringskassan har också gjort en framställan till regeringen om att en sådan utredning bör tillsättas. Utredningen anser att smittbärrpenningen bör omfattas av uppdraget till en sådan utredning.

Det finns enligt utredningen inget omedelbart behov av en förändring av regelverket om smittbärrpenning för att kunna hantera ersättningen när det råder ett normaltillstånd i samhället. Regelverket är gammalt men är nära kopplat till smittskyddslagen. I den pågående översynen av smittskyddslagen (utredning S 2023:08) bör även smittbärrpenningen beaktas eftersom utformningen av förhållningsreglerna är central för förmånen.

Utredningen konstaterar att de nu gällande bestämmelserna i socialförsäkringsbalken rörande ersättning till smittbärrare även kan omfatta enskilda som delar hushållsgemenskap med någon som är

smittad, förutsatt att kriterierna i socialförsäkringsbalken för att vara smittbärare är uppfyllda. Avgörande är hur en sjukdom smittar. De utmaningar som har funnits avseende handläggningen av sådana ärenden har enligt utredningens bedömning främst gällt krav på intyg, individuella förhållningsregler och hur rekommendationer från Folkhälsomyndigheten har kommunicerats.

Under covid-19-pandemin infördes vid två tillfällen tillfälliga undantag på kravet att inkomma med ett intyg från läkare för att kunna få smittbärrpenning. Utredningen anser att införandet av undantagen var rimliga åtgärder och att det även vid framtida pandemier kan uppstå situationer där kravet på intyg bör tas bort. Lösningen som användes under covid-19-pandemin kan, ur ett kortsiktigt perspektiv, även användas vid en framtida pandemi. Utredningen förordar dock att andra lösningar övervägs. Detta kräver en helhetsöversyn av socialförsäkringen i kris och krig men även av smittskyddslagens bestämmelser om förhållningsregler.

1 Författningsförslag

1.1 Förslag till lag om ändring i smittskyddslagen (2004:168)

Härigenom föreskrivs i fråga om smittskyddslagen (2004:168)

dels att 3 kap. 11 och 12 §§ och 8 kap. 1, 2, 5, 9 och 12 §§ ska ha följande lydelse,

dels att det ska införas en ny paragraf, 3 kap. 9 a §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

3 kap.

9 a §

Smittskyddsläkaren får efter anmälan av en kommun besluta att den som bor på

1. ett sådant boende som avses i 5 kap. 5 § eller 7 § eller 7 kap. 1 § 2 eller 3 socialtjänstlagen (2001:453) eller,

2. en bostad med särskild service enligt 9 § 8 eller 9 lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade,

och som bär på eller kan antas ha varit utsatt för smitta av en samhällsfarlig sjukdom och genom sitt beteende sannolikt kommer att utsätta någon annan för omedelbar risk att smittas, ska flyttas till en

viss byggnad eller en avgränsad del av en byggnad inom en sådan boendeform. Ett sådant beslut innebär förbud att lämna byggnaden eller del av byggnaden samt förbud att ta emot besök där.

Smittskyddsläkaren får i det enskilda fallet medge undantag från förbudet att ta emot besök.

Ett beslut enligt första stycket gäller som längst i tre veckor från det att beslutet fattades. Smittskyddsläkaren får förlänga ett gällande beslut om flyttning med upp till tre veckor om förutsättningarna i första stycket fortfarande är uppfyllda.

11 §

Begär den som på grund av beslut enligt 9 § första stycket *skall* hållas i karantän att beslutet inte längre *skall* gälla är beslutsmyndigheten skyldig att utan dröjsmål pröva frågan. Detsamma gäller om någon ansöker om undantag enligt 9 § andra stycket från förbud att besöka den som hålls i karantän eller enligt 10 § andra stycket från beslut om avspärning.

Finns inte längre skäl för beslut enligt 9 § första stycket eller 10 § första stycket *skall* beslutsmyndigheten omedelbart häva beslutet.

Begär den som på grund av beslut enligt 9 § första stycket *ska* hållas i karantän *eller på grund av beslut enligt 9 a § första stycket har flyttats* att beslutet inte längre *ska* gälla är beslutsmyndigheten skyldig att utan dröjsmål pröva frågan. Detsamma gäller om någon ansöker om undantag enligt 9 § andra stycket från förbud att besöka den som hålls i karantän, *enligt 9 a § andra stycket från förbud att besöka den som har flyttats* eller enligt 10 § andra stycket från beslut om avspärning.

Finns inte längre skäl för beslut enligt 9 § första stycket, *9 a § första stycket* eller 10 § första stycket *ska* beslutsmyndigheten omedelbart häva beslutet.

12 §

Den som på grund av en samhällsfarlig sjukdom

1. har isolerats enligt 5 kap. 1 §,
2. har isolerats tillfälligt enligt 5 kap. 3 §,
3. *skall* hållas i karantän enligt 9 §, *eller*
4. har förbjudits att lämna avspärrat område enligt beslut om avspärrning enligt 10 §

får inte resa ut ur landet. Smittskyddsläkaren *skall* vidta de åtgärder som behövs för att hindra personen från att lämna landet.

I andra fall än de som avses i första stycket får den som bär på en samhällsfarlig sjukdom inte vägras att lämna landet. Han eller hon *skall* dock i god tid före avresan meddela den smittskyddsläkare som underrättats om sjukdomsfallet om tidpunkten för avresan och målet för resan. Smittskyddsläkaren *skall* underrätta berörd hälsomyndighet på ankomstorten om avresan och andra omständigheter av betydelse för att förhindra smittspridning.

3. *ska* hållas i karantän enligt 9 §,
4. har förbjudits att lämna avspärrat område enligt beslut om avspärrning enligt 10 §, *eller*
5. *har flyttats enligt 9 a §*

får inte resa ut ur landet. Smittskyddsläkaren *ska* vidta de åtgärder som behövs för att hindra personen från att lämna landet.

I andra fall än de som avses i första stycket får den som bär på en samhällsfarlig sjukdom inte vägras att lämna landet. Han eller hon *ska* dock i god tid före avresan meddela den smittskyddsläkare som underrättats om sjukdomsfallet om tidpunkten för avresan och målet för resan. Smittskyddsläkaren *ska* underrätta berörd hälsomyndighet på ankomstorten om avresan och andra omständigheter av betydelse för att förhindra smittspridning.

8 kap.

1 §

Smittskyddsläkarens beslut enligt denna lag får överklagas till allmän förvaltningsdomstol om beslutet gäller

1. förhållningsregler enligt 4 kap. 3 §,
2. tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 §,
3. avslag på begäran om upphörande av isolering enligt 5 kap. 7 §,
4. avslag på begäran om tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område eller meddelande av villkor i samband med sådan vistelse enligt 5 kap. 18 §,

5. återkallelse av tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område enligt 5 kap. 18 §,

6. karantän enligt 3 kap. 9 §,

7. avslag på ansökan om att karantän ska upphöra enligt 3 kap. 11 §, *eller*

8. avslag på ansökan om undantag från förbud att besöka den som hålls i karantän enligt 3 kap. 11 §.

7. avslag på ansökan om att karantän *eller flyttning* ska upphöra enligt 3 kap. 11 §,

8. avslag på ansökan om undantag från förbud att besöka den som hålls i karantän *eller har flyttats* enligt 3 kap. 11 §, *eller*

9. flyttning enligt 3 kap. 9 a §.

Chefsöverläkares beslut enligt 5 kap. 16 § får överklagas till allmän förvaltningsdomstol. Detsamma gäller beslut enligt 5 kap. 11 § i fråga om den som isolerats enligt 5 kap. 1 §.

Folkhälsomyndighetens beslut att avslå en ansökan om undantag från beslut enligt 3 kap. 10 § om avspärning får överklagas till allmän förvaltningsdomstol.

Andra beslut av smittskyddsläkare, chefsöverläkare eller Folkhälsomyndigheten enligt denna lag får inte överklagas.

2 §

Prövningstillstånd krävs vid överklagande till kammarrätten i andra mål än sådana som avser

1. tvångsundersökning enligt 3 kap. 2 §,

2. isolering enligt 5 kap. 1 §,

3. tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 §,

4. fortsatt isolering enligt 5 kap. 5 §,

5. upphörande av isolering enligt 5 kap. 7 §,

6. karantän enligt 3 kap. 9 § första stycket,

7. undantag från avspärning enligt 3 kap. 10 §, *eller*

8. upphörande av karantän enligt 3 kap. 11 §.

7. undantag från avspärning enligt 3 kap. 10 §,

8. upphörande av karantän *eller flyttning* enligt 3 kap. 11 §, *eller*

9. flyttning enligt 3 kap. 9 a § första stycket.

5 §

Förvaltningsrätten *skall* inom en vecka från den dag då ansökan eller överklagandet kom in till domstolen ta upp till avgörande mål om

1. tvångsundersökning enligt 3 kap. 2 §,
2. förhållningsregler enligt 4 kap. 3 §,
3. isolering enligt 5 kap. 1 §,
4. fortsatt isolering enligt 5 kap. 5 §,
5. upphörande av isolering enligt 5 kap. 7 §, eller
6. undantag från förbud att besöka den som hålls i karantän enligt 3 kap. 9 §.

Förvaltningsrätten får dock förlänga tidsfristen enligt första stycket om det finns särskilda skäl.

Ett mål om tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 § vari beslutet underställts förvaltningsrätten *skall* tas upp till avgörande snarast och senast fyra dagar från den dag underställningen skedde. Om beslutet om tillfällig isolering inte är verkställt när det underställs, *skall* målet tas upp till avgörande inom fyra dagar från den dag beslutet verkställdes.

Mål om karantän enligt 3 kap. 9 §, mål om undantag från avspärrning enligt 3 kap. 10 § samt mål om upphörande av karantän enligt 3 kap. 11 § *skall* förvaltningsrätten ta upp till avgörande senast inom fyra dagar från det överklagandet kom in.

Förvaltningsrätten *ska* inom en vecka från den dag då ansökan eller överklagandet kom in till domstolen ta upp till avgörande mål om

6. undantag från förbud att besöka den som hålls i karantän enligt 3 kap. 9 § *eller har flyttats enligt 3 kap. 9 a §.*

Ett mål om tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 § vari beslutet underställts förvaltningsrätten *ska* tas upp till avgörande snarast och senast fyra dagar från den dag underställningen skedde. Om beslutet om tillfällig isolering inte är verkställt när det underställs, *ska* målet tas upp till avgörande inom fyra dagar från den dag beslutet verkställdes

Mål om karantän enligt 3 kap. 9 §, *mål om flyttning enligt 3 kap. 9 a §*, mål om undantag från avspärrning enligt 3 kap. 10 § samt mål om upphörande av karantän *eller flyttning* enligt 3 kap. 11 § *ska* förvaltningsrätten ta upp till avgörande senast inom fyra dagar från det överklagandet kom in.

I mål om isolering enligt 5 kap. 1 §, tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 § och fortsatt isolering enligt 5 kap. 5 § får förvaltningsrätten fatta beslut i målet i avvaktan på att målet slutligt avgörs.

9 §

Offentligt biträde *skall* förordnas för den som åtgärden avser i mål i allmän förvaltningsdomstol om

1. isolering enligt 5 kap. 1 §,
2. tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 §,
3. fortsatt isolering enligt 5 kap. 5 §,
4. upphörande av isolering enligt 5 kap. 7 §,
5. karantän enligt 3 kap. 9 § första stycket,
6. beslut att inte medge undantag från avspärning enligt 3 kap. 10 §, *eller*
7. upphörande av karantän enligt 3 kap. 11 §.

Offentligt biträde *skall* dock inte förordnas om det måste antas att behov av biträde saknas.

Offentligt biträde *ska* förordnas för den som åtgärden avser i mål i allmän förvaltningsdomstol om

6. beslut att inte medge undantag från avspärning enligt 3 kap. 10 §,
7. upphörande av karantän *eller flyttning* enligt 3 kap. 11 §, *eller*
8. *flyttning* enligt 3 kap. 9 a §.

Offentligt biträde *ska* dock inte förordnas om det måste antas att behov av biträde saknas.

12 §

Polismyndigheten ska lämna biträde på begäran av smittskyddsläkaren för att

1. genomföra tvångsundersökning enligt 3 kap. 2 §,
2. föra den som ska isoleras enligt 5 kap. 1 § eller isoleras tillfälligt enligt 5 kap. 3 § till vårdinrättningen,
3. återföra den som har avvikit från en vårdinrättning, där han eller hon enligt beslut ska vara tillfälligt isolerad eller isolerad, eller den som inte har återvänt till vårdinrättningen sedan hans eller hennes tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område har gått ut eller återkallats,
4. genomföra hälsokontroll vid inresa enligt 3 kap. 8 § och då upprätthålla ordningen,

5. föra den som ska hållas i karantän enligt 3 kap. 9 § till vårdinrättning eller annan plats där karantänsvistelsen ska äga rum, *eller*

6. återföra den som olovligen har avvikit från vårdinrättning eller annan plats för karantänsvistelsen till denna plats.

5. föra den som ska hållas i karantän enligt 3 kap. 9 § till vårdinrättning eller annan plats där karantänsvistelsen ska äga rum,

6. återföra den som olovligen har avvikit från vårdinrättning eller annan plats för karantänsvistelsen till denna plats,

7. föra den som ska flyttas enligt 3 kap. 9 a § till den plats dit flyttning ska ske, eller

8. återföra den som olovligen har avvikit från den plats dit flyttning enligt 3 kap. 9 a § har skett till denna plats.

Polismyndigheten ska lämna biträde på begäran av Folkhälsomyndigheten med att spärra av områden enligt 3 kap. 10 § och att upprätthålla dessa avspärrningar.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2025.

2 Uppdraget och utredningens arbete

Detta inledande kapitel handlar om utredningens uppdrag och hur det har utförts. Efter en beskrivning av direktiven och tilläggsdirektiven (avsnitt 2.1) summeras delbetänkandet som utredningen lämnade i maj 2022 (avsnitt 2.2). Därpå följer utredningens tolkning och avgränsning av uppdraget, särskilt i ljuset av det andra tilläggsdirektivet (avsnitt 2.3–2.4). Därefter redogörs för hur utredningen har genomfört sitt arbete, vilka utredningen har samverkat med och formerna för denna samverkan (avsnitt 2.5). I avsnitt 2.6 beskrivs några centrala begrepp som förekommer i slutbetänkandet. I avsnitt 2.7 följer en kort översikt av resten av slutbetänkandet.

Sist i kapitlet, i avsnitt 2.8, diskuteras några grundläggande utgångspunkter i berörd lagstiftning och den bakgrund mot vilken utredningen har tagit sig an uppdraget.

2.1 Utredningens uppdrag

Utredningens uppdrag omfattade ursprungligen fyra delar (se bilaga 1, dir. 2021:68). Den del som avsåg en översyn av smittskyddslagen, SmL, och en översyn av behovet av nya bestämmelser för att motverka trängsel, innefattade en delredovisning avseende extraordinära smittskyddsåtgärder som skulle lämnas i maj 2022. Övriga tre deluppdrag avsåg en översyn av bestämmelserna om smittbärrpenning, stärkande av smittskyddet för vissa grupper inom socialtjänsten samt en eventuell utvidgning av det nationella vaccinationsregistret.

Genom tilläggsdirektiv som beslutades den 15 juli 2022 (se bilaga 2, dir. 2022:110) ändrades uppdraget genom att deluppdraget avseende en eventuell utvidgning av det nationella vaccinationsregistret togs bort. Deluppdraget genomförs inom ramen för Utredningen om en

mer ändamålsenlig och effektiv ordning för de nationella vaccinationsprogrammen och det nationella vaccinationsregistret (S 2022:13, dir. 2022:109). Den utredningen ska redovisa sitt uppdrag senast den 19 januari 2024.

Genom tilläggsdirektiv som beslutades den 29 juni 2023 (se bilaga 3, dir. 2023:104) ändrades uppdraget genom att deluppdraget om att göra en översyn av SmL och en översyn av behovet av nya bestämmelser för att motverka trängsel togs bort. Samma dag beslutade regeringen om direktiv till en annan utredning (S 2023:08, dir. 2023:106). Den nya utredningen har bl.a. i uppdrag göra en översyn av regleringen av smittskydd för att bättre anpassa den till situationer med omfattande smittspridning, inklusive analysera och ta ställning till om bestämmelserna om förhållningsregler i SmL ska anpassas till situationer med omfattande spridning av smittsamma sjukdomar och att utreda vilka nya regler om att undvika trängsel som bör införas. Utredningen ska även analysera och ta ställning till om en handlingsprincip ska införas i fråga om smittskyddsåtgärder och hur en sådan princip i så fall kan regleras, lämna underlag till en nationell strategi för hantering av pandemier, analysera och ta ställning till vissa organisatoriska frågor som rör smittskyddsläkare och analysera och föreslå hur ett nationellt samordningsansvar för vårdhygienfrågor bör utformas m.m. Uppdraget ska redovisas senast den 28 februari 2025.¹

Som en konsekvens av de förändringar som har gjorts av utredningens uppdrag behandlas i detta slutbetänkande således deluppdraget om att stärka smittskyddet för vissa grupper inom socialtjänsten och deluppdraget avseende smittbärappenningen.

2.2 Delbetänkandet

I maj 2022 lämnade utredningen delbetänkandet *Extraordinära smittskyddsåtgärder – en bedömning* (SOU 2022:26). Uppdraget var en del av det dåvarande deluppdraget att göra en översyn av SmL och en översyn av behovet av nya bestämmelser för att motverka trängsel.

¹ Regeringen gav den 29 juni 2023 dessutom Statskontoret i uppdrag att genomföra en myndighetsanalys av Folkhälsomyndigheten som bl.a. innefattar en analys av konsekvenserna av Folkhälsomyndighetens bildande med avseende på smittskyddsfrågornas prioritet, dnr S2023/02166 (delvis). Statskontoret ska beakta erfarenheter och utvecklingsbehov som framgår av exempelvis Coronakommissionens slutsatser samt Riksrevisionens rapport *Det nationella smittskyddet – inte anpassat för en storskalig smittspridning* (RiR 2023:9).

I delbetänkandet gjorde utredningen bedömningen att författningsförslag lämpligen skulle lämnas först efter ytterligare utredning och samlat i samband med slutbetänkandets mer övergripande översyn av SmL. Bakgrunden var en analys av SmL:s räckvidd särskilt med avseende på allmänfarliga och samhällsfarliga sjukdomar, användning av extraordinära smittskyddsåtgärder i relation till pandemier och ett eventuellt behov av samhällsinriktade åtgärder vid framtida pandemier. Ett annat skäl till att i delbetänkandet inte lämna förslag om extraordinära smittskyddsåtgärder var att sådana förslag borde hanteras samtidigt som mer grundläggande frågor avseende ansvaret för smittskyddet, beslutsnivåer och finansiering.

Vad gäller SmL:s räckvidd och klassificering av sjukdomar konstaterades bl.a. att alla allvarliga sjukdomar inte har tänkt att omfattas av SmL, och därmed inte heller av de extraordinära smittskyddsåtgärder. Vissa sjukdomar har ansetts ha ett spridningssätt som inte motiverar att de omfattas av SmL. Allmänfarliga och samhällsfarliga sjukdomar är definitionsmässigt sjukdomar för vilka det finns möjlighet att förebygga smittspridning genom åtgärder som riktas till den smittade. En sjukdom vars spridning inte är möjlig att förebygga genom åtgärder som riktas till den smittade ska alltså inte klassificeras som allmänfarlig men kan ändå vara mycket allvarlig. En framtida pandemisk sjukdom kan komma att spridas på ett sådant sätt att den inte bedöms uppfylla rekvisiten för allmänfarlig sjukdom och därmed inte heller rekvisiten för samhällsfarlig sjukdom, men likväl orsaka omfattande sjuklighet och död i befolkningen och omfattande belastning på samhället. Utredningen bedömde att det behövde utredas vidare om författningsberedskapen inför framtida pandemier ska omfatta även smittsamma sjukdomar som i dag riskerar att falla utanför lagens tillämpningsområde. Utredningen bedömde också att finns behov av att se över klassificeringarna av sjukdomar i SmL i relation till vilka åtgärder som kan behöva vidtas vid storskalig smittspridning eller vid en pandemi.

Vad sedan gäller extraordinära smittskyddsåtgärder i relation till kommande pandemier konstaterade utredningen att lagstiftaren aldrig gjort gällande att de extraordinära smittskyddsåtgärder – som tillkom mot bakgrund av bl.a. mjältbrandsattackerna i USA 2001 – skulle vara ändamålsenliga att använda vid en pandemisk influensa eller vid en pandemi av något annat smittämne. Förarbetena syntes dessutom göra en distinktion mellan å ena sidan utbrott där extraordinära

smittskyddsåtgärder kan behöva vidtas, och å andra sidan andra utbrott som kan få allvarliga samhällskonsekvenser men för vilka extraordinära smittskyddsåtgärder inte är fullt lika verkningsfulla, t.ex. influensapandemier. Utredningen noterade att nuvarande pandemiplaner inte innefattar användning av extraordinära smittskyddsåtgärder i något skede av smittspridningen. De extraordinära smittskyddsåtgärderna hade heller inte bedömts behövliga under svininfluensapandemin 2009. Utredningens bedömning var att extraordinära smittskyddsåtgärder förvisso kan aktualiseras exempelvis i ett tidigt skede under en pandemi, och uteslöt inte att vissa justeringar av bestämmelserna är behövliga för att fungera bättre vid risk för omfattande smittspridning eller pandemi.

Utredningen bedömde att införande av det som i delbetänkandet betecknades *samhällsinriktade åtgärder* bör övervägas för att hantera storskalig smittspridning och pandemier. Även om tidiga åtgärder för att kontrollera i första hand inresande till Sverige och därigenom fördröja förloppet kan ha effekt, skrev utredningen att regleringen vid framtida pandemier som liknar covid-19 även bör möjliggöra samhällsinriktade åtgärder för att minska kontaktintensiteten mellan människor. Utredningen konstaterade att covid-19-pandemin har visat på vissa brister i lagstiftningen i detta avseende. Utredningen konstaterade också att vid en omfattande samhällspridning kommer ingripande i det enskilda fallet sällan att vara motiverat av ett tydligt epidemiologiskt behov, vilket är en grundläggande förutsättning för ingripande enligt SmL.

2.3 Uppdraget att stärka smittskyddet för vissa grupper inom socialtjänsten

I direktiven konstateras att särskilt boende² beslutas med stöd av socialtjänstlagen (2001:453), SoL, eller lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, och att den enskilde måste samtycka till och ges möjlighet att vara delaktig vid utformandet av insatsen. Det finns inget stöd för tvångs- eller begränsningsåtgärder i SoL, LSS eller hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. Direktiven beskriver bl.a. de svårigheter som personer med

² Se avsnitt 2.6.1 vad gäller terminologin avseende boendeformer som hädanefter kommer att användas i slutbetänkandet.

nedsatt beslutsförmåga kan ha att hålla avstånd för att undvika att bli smittade eller att smitta andra, att personalen på de aktuella boendena inte har möjlighet att hindra boende att röra sig i lokalerna och att ett effektivt smittskydd vid en pandemi eller en epidemi tillfälligt kan kräva begränsningar i den frihet som människor annars åtnjuter.

Utredningen ska enligt direktiven göra följande:

- Utreda om det finns regler som ställer krav på att verksamheter som särskilda boenden enligt SoL och LSS vidtar nödvändiga smittskyddsåtgärder. Om sådana regler inte finns, ska utredaren lämna förslag på sådana regler. I förslaget ska det inkluderas vilka kriterier som ska uppfyllas vid respektive åtgärd.
- Ta ställning till om det finns behov av regler och, vid behov, lämna förslag som möjliggör tillfällig kohortvård för personer som bor i bostäder med särskild service enligt LSS.
- Lämna förslag som möjliggör att äldre personer med nedsatt beslutsförmåga tillfälligt kan omfattas av kohortvård när det av smittskyddsskäl anses nödvändigt.
- Utreda behovet av och, om det bedöms lämpligt, lämna förslag som möjliggör testning av individer även när indikationen för provtagning inte faller under nuvarande regleringar i SmL eller HSL.
- Utreda behovet av och, om det bedöms lämpligt, lämna förslag som möjliggör tillfällig isolering av boende i särskilt boende som anges i 5 kap. 5 § eller 7 § SoL eller motsvarande boendeform i 7 kap. 1 § första stycket 2 samma lag samt i de boendeformer som anges i 9 § 8 och 9 LSS.
- Beakta de särskilda utmaningar och särskilda behov som personer med exempelvis demenssjukdom eller intellektuell funktionsnedsättning kan ha samt behovet av tillgång till personal med kompetens vid åtgärdernas genomförande.
- Analysera hur de förslag som lämnas förhåller sig till grundläggande fri- och rättigheter som rörelsefriheten, skyddet mot frihetsberövanden, religionsfriheten, mötes- och demonstrationsfriheten, näringsfriheten samt egendomsskyddet.
- Analysera hur det kan säkerställas att förslagen är förenliga med regeringsformens krav på proportionalitet och omprövas löpande.

- Bedöma om de föreslagna bestämmelserna enbart bör vara tillämpliga vid samhällsfarliga sjukdomar i vissa situationer.
- Lämna nödvändiga författningsförslag.

2.3.1 Avgränsning

Direktiven utgår från erfarenheterna från covid-19-pandemin och avser framtida behov av smittskyddsåtgärder. Avgränsningen till stora smittspridningar, epidemier eller pandemier av allmänfarliga eller samhällsfarliga sjukdomar innebär att utredningen inte har i uppdrag att lämna förslag som ska kunna tillämpas i alla situationer eller för alla smittsamma sjukdomar.

Vad gäller boendeformerna är utredningens tolkning att de grupper inom socialtjänsten som omfattas av direktiven är personer som är bosatta i de boendeformer som anges i

- 5 kap. 5 § andra stycket, 5 kap. 5 § tredje stycket, 5 kap. 7 § tredje stycket SoL inklusive motsvarande tillståndspliktiga verksamheter enligt 7 kap. 1 § första stycket 2 och 3 SoL, och
- 9 § 8 och 9 LSS inklusive motsvarande tillståndspliktiga insatser som tillhandahålls av enskild enligt 23 § LSS.

Det är i samtliga fall fråga om boendeformer för äldre personer eller personer med funktionsnedsättningar som efter behovsprövning har beviljats den enskilde som en insats. Andra insatser enligt SoL eller LSS som förvisso kan vara likartade, omfattar samma målgrupper eller ges i kombination med boendeinsatsen, t.ex. hemtjänst, boendestöd eller dagverksamhet, omfattas således inte av uppdraget.

Platser för korttidsvård eller *korttidsboende* är en del av begreppet särskilda boendeformer för äldre och ingår i den skyldighet kommunen har enligt 5 kap. 5 § SoL.³ Om korttidsboendet drivs i enskild regi omfattas det av anmälningsplikt till Inspektionen för vård och omsorg, IVO, enligt 7 kap. 1 § första stycket 3 SoL, som avser *hem för viss annan heldygnsvård*. I direktiven anges inte punkt 3 i den strecksats som avser tillfällig isolering. För att det inte ska bli någon skillnad mellan kommunalt och enskilt drivna korttidsboenden utgår utred-

³ Prop. 2005/06:115, s. 80.

ningen från att även boenden som omfattas av anmälningsplikt till IVO enligt 7 kap. 1 § första stycket 3 SoL ingår i uppdraget.

Utredningen har vidare tolkat uppdraget avseende kohortvård som att det omfattar samma boendeformer som uppdraget om tillfällig isolering, dvs. alla boendeformer enligt 9 § 8 och 9 LSS och 5 kap. 5 och 7 §§ SoL, samt de enskilt drivna motsvarigheterna inklusive boenden enligt 7 kap. 1 § första stycket 3 SoL.

I denna del av uppdraget ingår att utreda om det finns regler som ställer krav på att verksamheter som särskilda boenden enligt SoL och LSS vidtar nödvändiga smittskyddsåtgärder. Om sådana regler inte finns, ska utredningen lämna förslag på sådana regler. Utredningen uppfattar det som att med nödvändiga smittskyddsåtgärder avses andra smittskyddsåtgärder än sådana som anges särskilt i övriga strecksatser i denna del av direktiven (tillfällig isolering, kohortvård och provtagning).

Utredningen har inte i uppdrag att utreda besöksförbud i särskilda boendeformer för äldre i den betydelse som det kom att användas under covid-19-pandemin. Det är ändå av intresse att beskriva förbudet eftersom utredningen ska tillvarata erfarenheterna från covid-19-pandemin (se vidare om besöksförbud i avsnitt 5.2).

Förslaget till ny socialtjänstlag

I det förslag till ny socialtjänstlag som lämnades i augusti 2020 och som nu bereds inom Regeringskansliet föreslås bl.a. vissa smärre justeringar i bestämmelserna som handlar om de särskilda boendeformerna för äldre och bostäder med särskild service för personer med funktionsnedsättning (nuvarande 5 kap. 5 och 5 kap. 7 §§ SoL). Bland annat har begreppet service inte förts över till det nya lagförslaget.⁴

Utredningens bedömning är att förslagen inte är av den karaktären att de behöver beaktas i denna utredning.

⁴ SOU 2020:47, s. 324 f., s. 330 f. och s. 1055–1056.

2.4 Uppdraget avseende smittbärrpenning

Av direktiven framgår bl.a. att de nuvarande bestämmelserna i 46 kap. socialförsäkringsbalken, SFB, innebär att smittbärrpenning betalas ut till den som kan arbeta, men inte får göra det på grund av risken för att smitta andra. Smittbärrpenning kan beviljas bl.a. med anledning av att en läkare har beslutat att individen inte får arbeta på grund av att denne är smittad eller kan vara smittad av en allmänfarlig sjukdom. Ett läkarintyg ska påvisa att individen inte får arbeta på grund av risken för smitta. Under hösten 2020 gick Folkhälsomyndigheten ut med rekommendationen att friska vuxna personer som bor i samma hushåll som en person med bekräftad covid-19 bör hålla sig i hemmet, för att minska smittspridningen. SmL förutsätter att en behandlande läkare beslutar om individuellt utformade förhållningsregler även för dessa personer. Med anledning av ett stort antal ansökningar om smittbärrpenning beslutade regeringen att tillfälligt ta bort kravet på läkarintyg för ansökningar om smittbärrpenning som gäller covid-19.

I detta deluppdrag ska utredningen:

- Analysera bestämmelserna om smittbärrpenning för enskilda som inte kan arbeta på grund av smitta eller misstänkt smitta med beaktande av hur det har fungerat under covid-19-pandemin. Utredaren ska vid behov lämna förslag till ändringar med syfte att smittbärrpenningen ska fungera träffsäkert och kontrollerbart även vid storskaliga smittspridningar.
- Analysera behovet av och, om det bedöms lämpligt, lämna förslag på att utvidga bestämmelserna om smittbärrpenning till att omfatta enskilda som delar hushållsgemenskap med någon som är smittad och som inte har möjlighet att arbeta hemifrån.
- Analysera hur Försäkringskassans handläggning och system för utbetalning och kontroll av smittbärrpenning har fungerat under covid-19-pandemin och lämna förslag på hur handläggningen kan utvecklas för att säkerställa en kostnadseffektiv och ändamålsenlig hantering även vid storskaliga smittspridningar.
- Lämna nödvändiga författningsförslag.

2.4.1 Avgränsning

Under covid-19-pandemin fanns det möjlighet för personer i vissa riskgrupper att få ersättning. Ersättningen kopplad till riskgrupper bestod av två separata förmåner: *viss förebyggande sjukpenning* och *viss smittbärrpenning*. Förmånerna gav ersättning till personer, eller deras anhöriga, som tillhörde en riskgrupp och därmed riskerade att bli allvarligt sjuka av covid-19.

Viss förebyggande sjukpenning och viss smittbärrpenning omfattas inte av utredningens uppdrag. Utredningen kommer att nämna dessa former av ersättning då de ligger nära den ordinarie smittbärrpenningen men några bedömningar avseende ersättningarna kommer inte att göras.

SmL:s bestämmelser om förhållningsregler är grundläggande för förutsättningarna att erhålla smittbärrpenning. Eftersom utredningen, efter beslut om tilläggsdirektiv och genom tillsättande av en ny utredning, inte längre har i uppdrag att göra en mer generell översyn av SmL, kommer inte några förslag att lämnas som innebär en mer genomgripande förändring av smittbärrpenningen.⁵

2.5 Uppdragets genomförande

2.5.1 Sekretariat och expertgrupp

I utredningens sekretariat har, vid sidan av den särskilde utredaren, totalt nio personer tjänstgjort under olika perioder och med varierande tjänstgöringsgrad. Därutöver har utredningen fått externt stöd i vissa medicinska och epidemiologiska frågor.

Utredningen har haft en expertgrupp med sakkunniga och experter utsedda av Regeringskansliet. Utredningen har samlat denna gruppering till 13 möten under utredningstiden, fått skriftliga synpunkter under arbetets gång samt utifrån behov haft enskilda möten med de olika medlemmarna.

Vidare har Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU, för utredningens räkning gjort en sammanställning av studier kring olika åtgärders effekt på smittspridning vid allvarliga utbrott av infektionssjukdomar.

⁵ Utredningen om stärkt beredskap inför framtida pandemier (S 2023:08) har dock i uppdrag att analysera och ta ställning till om bestämmelserna i SmL om förhållningsregler ska anpassas till situationer med omfattande spridning av smittsamma sjukdomar, se dir. 2023:106.

2.5.2 Samverkan med berörda aktörer

I utredningens ursprungliga direktiv angavs vad gäller arbetsätt och uppdragets genomförande bl.a. att utredaren ska bedriva sitt arbete utåtriktat, i relevant omfattning inhämta kunskap, erfarenheter och synpunkter från ett antal berörda myndigheter och organisationer, samråda med företrädare för regioner och kommuner och privata aktörer inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten, inhämta kunskap och erfarenheter från andra länder, samt beakta andra relevanta arbeten, exempelvis Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap (S 2018:09) och Coronakommissionen (S 2020:09).

Utredningen har bedrivit sitt arbete utåtriktat. Samverkan har i huvudsak bestått av möten (digitala möten, fysiska möten och hybridmöten). De två tilläggsdirektiven har inneburit ett minskat uppdrag och därmed förändrat vilka myndigheter, organisationer och aktörer som är relevanta för uppdraget. Delar av den samverkan som genomförts har helt eller delvis avsett frågor som inte ingår i utredningens slutliga direktiv. I detta avsnitt redovisas översiktligt den samverkan som genomförts under utredningstiden, och alltså inte enbart sådan som är av relevans för det slutliga uppdraget.

Myndigheter som utredningen har samverkat med är Arbetsmiljöverket, Folkhälsomyndigheten, Försäkringskassan, Inspektionen för socialförsäkringen, IVO, Länsstyrelsen i Dalarnas län, Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Riksrevisionen, SBU, Statens veterinärmedicinska anstalt och Socialstyrelsen.

Vidare har utredningen på kommunsidan träffat företrädare för Falu kommun, Huddinge kommun, Leksands kommun, Malung-Sälens kommun och Uppsala kommun.

Andra organisationer som utredningen har samverkat med är Autism Sverige, Demensförbundet, Kommunal, Riksförbundet FUB, Riksföreningen för medicinskt ansvariga sjuksköterskor, Riksföreningen för sjuksköterskor inom äldre- och demensvård, Röda Korset, Smittskyddsläkarföreningen och Sveriges Kommuner och Regioner.

Utredningen har även samverkat med Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap (S 2018:09), Utredningen om en äldreomsorgslag och stärkt medicinsk kompetens i kommuner (S 2020:16), Karensutredningen (S 2022:02), Utredningen om en mer ändamålsenlig och effektiv ordning för de nationella vaccinationsprogrammen och det

nationella vaccinationsregistret (S 2022:13) och Utredningen om utvärdering av genomförande av vaccinering mot sjukdomen covid-19 (S 2022:17).

Till grund för arbetet ligger också offentligt tryck, rapporter, redovisningar av regeringsuppdrag, artiklar, statistik med mera, bl.a. Coronakommissionens betänkanden.

Det utåtriktade arbetet har också inneburit medverkan i konferenser och seminarier, bl.a. Folkhälsomyndighetens och smittskyddsläkarnas vårmöte i Stockholm i maj 2022 och Statens medicinsk-etiska råds heldagsseminarium *The Ethics Day 2022: The Ethics of a Pandemic – Hindsight and Foresight* i december 2022.

Underlag som har lämnats över

Genom det andra tilläggsdirektivet till utredningen minskades uppdraget avseende SmL väsentligt. Relevant utredningsmaterial har överlämnats från utredningen till den nya utredning som har tillsatts (S 2023:08). Det handlar bl.a. om följande underlag.

- En sammanställning som SBU för utredningens räkning har gjort av studier kring olika åtgärders effekt på smittspridning vid pandemier eller utbrott av infektionssjukdomar. Fokus har varit sammanställd forskning i form av systematiska översikter om icke-medicinska åtgärder och restriktioner i offentliga miljöer. Avsikten var att detta material skulle analyseras vidare i slutbetänkandet utifrån det ursprungliga uppdraget.
- Underlag från landets 21 smittskyddsenheter gällande vilka tvångsåtgärder, fördelat på smittsam sjukdom, som använts med stöd av SmL från det att lagen trädde i kraft 2004.
- Enkät svar från en rad av de privata och offentliga aktörer som berördes av de olika begränsningsregler för att undvika trängsel som gällde under covid-19-pandemin.

- Tre beslut som Justitieombudsmannen, JO, under 2022 överlämnade för kännedom till utredningen i ärenden som avsåg frågor om smittskyddsåtgärder mot covid-19. Ett beslut avsåg Försvarsmakten⁶ och två beslut avsåg Kriminalvården.^{7 8}

2.6 Begrepp i slutbetänkandet

2.6.1 Boendeformer

I slutbetänkandet förekommer en rad begrepp för att beteckna boendeformer enligt SoL och LSS. För att knyta framställningen, särskilt utredningens överväganden och förslag, till aktuella bestämmelser i SoL och LSS använder utredningen som utgångspunkt följande beteckningar:

- *boendeformer som omfattas av uppdraget* för samtliga de boendeformer som omfattas av direktiven (se vidare avsnitt 4.2),
- *äldreboende* för de boendeformer som avses i 5 kap. 5 § andra stycket SoL,
- *biståndsbedömt trygghetsboende* för de boendeformer som avses i 5 kap. 5 § tredje stycket SoL,
- *särskilda boendeformer för äldre* när både äldreboenden och biståndsbedömt trygghetsboende avses,
- *bostad med särskild service enligt SoL* när boende enligt 5 kap. 7 § tredje stycket SoL avses,
- *SoL-boende* om samtliga boendeformer enligt SoL som omfattas av uppdraget avses,
- *LSS-boende* när samtliga boendeformer enligt LSS som omfattas av uppdraget avses.

För de olika boendeformerna enligt 9 § 8 och 9 LSS använder utredningen i slutbetänkandet samma beteckningar som i lagen, dvs. *familjehem*, *bostad med särskild service för barn eller ungdomar*, *bostad med särskild service för vuxna* och *annan särskilt anpassad bostad för vuxna*.

⁶ JO:s beslut 2022-05-11, dnr 9432-2020.

⁷ JO:s beslut 2022-05-24, dnr 4268-2020 och 4848-2020.

⁸ JO:s beslut 2022-05-24, dnr 77-2021.

I material som refereras i slutbetänkandet förekommer att andra beteckningar för boendeformerna används, eller att det inte är tydligt vilken eller vilka boendeformer som avses. I de fall där utredningen anser att det behöver förtydligas vilken definition som en viss källa använder för ett visst begrepp, har ett sådant förtydligande infogats.

2.6.2 Övriga begrepp

Begreppen *boende*, *person* eller *enskild* används i slutbetänkandet om de personer som bor i de boendeformer som omfattas av uppdraget. Notera att termen *boende* i slutbetänkandet också förekommer för att beteckna hela verksamheten vid en viss enhet (t.ex. ett gruppboende), den enskildes individuella bostad, samt insatsen som den enskilde kan ha rätt till eller har beviljats.

Tvångs- och begränsningsåtgärder syftar till att frihetsberöva, begränsa eller att utöva tvång mot en enskild inom vård eller omsorg. Sådana åtgärder kräver lagstöd, och är annars otillåtna om det inte är fråga om en nödsituation. *Skyddsåtgärder* är åtgärder som förvisso kan begränsa den enskilde men som är tillåtna genom att den enskilde har samtyckt till åtgärden och att syftet med åtgärden är att skydda, stödja, hjälpa eller aktivera den enskilde. Samma åtgärd kan beroende på hur den används antingen vara en otillåten tvångsåtgärd eller en tillåten skyddsåtgärd.

Smittbärarersättning lämnas till den som inte kan arbeta på grund av att hen är eller kan vara smittad av en allmänfarlig sjukdom och avstängd av läkare. Ersättning kan lämnas i form av *smittbärarpenning* och *reskostnadsersättning* i samband med vårdbesök. I slutbetänkandet används huvudsakligen begreppet smittbärarpenning men i viss statistik används begreppet smittbärarersättning och där särredovisas inte de olika ersättningarna.

2.7 Slutbetänkandets struktur

Kapitel 3 innehåller en översiktlig beskrivning av gällande rätt på de områden som omfattas av direktiven. Kapitel 4 innehåller bl.a. en fördjupande beskrivning av de boendeformer som omfattas av uppdraget med utgångspunkt i de relevanta regelverk som där gäller, vilka som bor på dessa boenden och hur de bemannas. I kapitel 5 illustre-

ras översiktligt vilken påverkan covid-19-pandemin fick för de boende och verksamheterna som beskrivits i kapitel 4. Kapitel 6 innehåller en redogörelse av för uppdraget centrala granskningar, rapporter och initiativ som följt i ljuset av pandemin. Kapitel 7 innehåller en beskrivning av smittbärrapporten, hur ersättningssystemet påverkades under pandemin samt redogörelser för utvärderingar av ersättningen som har gjorts.

I kapitel 8 respektive 9 följer överväganden och förslag på socialtjänstens respektive smittbärrapportens område. Överväganden kring ikraftträdande och övergångsbestämmelser av de förslag som lämnas är infogade i kapitel 8.

I kapitel 10 finns utredningens konsekvensutredning och i kapitel 11 finns författningskommentarer avseende de förslag som lämnas.

2.8 Utredningens förutsättningar för att lämna förslag

I detta avsnitt diskuteras några grundläggande utgångspunkter och den bakgrund mot vilken utredningen har tagit sig an uppdraget.

Utredningens uppdrag rör sig i gränslandet mellan smittskydd, hälso- och sjukvård och omsorg och mellan frivillighet och tvång. Medan SmL ger uttryck för att enskilda kan behöva tåla vissa begränsningar för att skydda andra är utgångspunkten inom vård och omsorg frivillighet och frihet från tvång. De senaste decennierna har lagstiftningen på vård- och omsorgsområdet tydligt rört sig mot en ökad respekt för individens integritet och självbestämmande och rätt till ett självständigt och värdigt liv. Covid-19-pandemin satte ljuset på brister inom äldreomsorgen men aktualiserade också grundläggande frågor om hur SmL:s syfte och konstruktion. Utredningens ursprungliga direktiv har justerats vilket får konsekvenser för förslagen och bedömningarna i de delar som återstår.

2.8.1 Behovet av åtgärder

En grundläggande fråga för den del av utredningen som avser vissa grupper inom socialtjänsten är om det behövs ytterligare smittskyddsåtgärder som får vidtas utan den enskildes samtycke. Svaren på den frågan har varit långt ifrån entydiga från de experter, vård- och om-

sorgspersonal och brukarorganisationer som utredningen har samverkat med. Behovet beror också på vilken sjukdom det handlar om och hur den sprids. Det finns ett visst stöd för uppfattningen att det kan uppstå situationer där enskilda, utan samtycke, behöver kunna hållas åtskilda från andra för att inte riskera att smitta dem. Stödet uttrycks inte minst med beaktande av att det inte går att förutspå karaktären av nästa allvarliga epidemi eller pandemi. Vad som däremot är entydigt i utredningens samverkan liksom i flera analyser av covid-19-pandemin är uppfattningen att förbättringsåtgärder på andra områden kommer att ha större positiv effekt på smittskyddet i en kommande epidemi eller pandemi än ytterligare smittskyddsåtgärder som med tvång kan vidtas mot enskilda.

Det framstår som närmast ogörligt att kvantifiera vilket behov av ingripande åtgärder mot enskilda som kvarstår om det dessförinnan görs förbättringar av strukturella, välkända brister. Generella förbättringar skulle också kunna mildra effekterna av smittspridning i ett normalläge. Det skulle innebära hälsovinster om det inom omsorgen ges bättre förutsättningar att minska spridningen av säsongsinfluensa, calicivirus (som orsakar vinterkräksjuka) med flera smittämnen som inte orsakar samhällsfarliga sjukdomar enligt SmL men som för sköra individer kan utgöra ett minst lika allvarligt hot som covid-19.

Det är inte möjligt att inrätta en ordning för smittskyddet som, med bibehållna rättssäkerhetsgarantier för enskilda, kan hantera alla tänkbara akuta situationer som kan uppstå vid spridning av exempelvis ett nytt luftvägsvirus. Även i framtiden kan det, trots de lärdomar som gjorts under covid-19-pandemin varav några denna utredning försöker omsätta i lag, uppstå situationer som inte kan och kanske inte heller bör lösas genom ytterligare ingripande lagstiftning. Även detta faktum talar för att det främst är andra åtgärder i de aktuella boendemiljöerna som kommer att rädda liv i en kommande pandemi.

2.8.2 Smittskyddslagens begränsningar och utredningens förändrade direktiv

SmL tillkom i en tid som fortfarande präglades av de tidiga erfarenheterna av hiv och aids. I fokus för utrednings- och lagstiftningsprocessen var varken den kommunala omsorgen eller personer med nedsatt beslutsförmåga till följd av t.ex. demens.

En utgångspunkt i SmL är att användning av tvång förutsätter att det finns möjlighet att förebygga smittspridning genom åtgärder som riktas till den smittade. Som utredningen konstaterade redan i delbetänkandet sätter lagens nuvarande klassificering av sjukdomar därigenom vissa begränsningar i förebyggandet av spridning av vissa slags sjukdomar. I utredningens uppdrag som det slutligt formulerats ryms det inte att göra en översyn av hela SmL inför framtida pandemier. En sådan översyn hade kunnat innefatta ett förslag om en ny eller justerad klassificering av lagens sjukdomar eller en särskild pandemi-lagstiftning med det utredningen i delbetänkandet benämnde *samhällsinriktade smittskyddsåtgärder* för vissa sjukdomar.

Smittskyddsåtgärder som riktas till enskilda enligt SmL följer ett slags trappa; enkla råd och anvisningar följs av bindande förhållningsregler och i sista hand finns att tillgripa åtgärder med tvång, t.ex. tvångsprovtagning eller tillfällig isolering. De förändrade utredningsdirektiven innebar att utredningen inte längre har i uppdrag att lämna förslag på förändringar av t.ex. reglerna om förhållningsregler för att bättre passa de aktuella målgrupperna inom socialtjänsten. Efterfrågan på även sådana justeringar till följd av erfarenheterna från covid-19-pandemin har dock tydligt framkommit under utredningen.

Deluppdraget på socialtjänstens område innebär sammantaget att utredningen har att ta ställning till om det ska införas ytterligare regler om smittskyddsåtgärder som kan omfatta vissa kategorier människor baserat på deras boendeform – inklusive åtgärder som får vidtas utan samtycke – men samtidigt inte har i uppdrag att lämna andra förslag på justeringar i SmL som förvisso skulle kunna vara behövliga för att anpassa lagen till nämnda målgrupp, eller för att minska behovet av ingripande åtgärder mot enskilda överhuvudtaget.

2.8.3 Förutsättningar gällande smittbärrpenningen

Utredningens uppdrag om smittbärrpenning påverkas också av att det inte ingår i utredningens uppdrag att göra en översyn av hela SmL. Smittbärrpenningen bygger på att hälso- och sjukvården kan provta, smittspåra och utfärda individuella beslut om förhållningsregler. Denna ordning fungerar i allmänhet när det råder ett normaltillstånd i samhället men gick inte att upprätthålla under covid-19-pandemin. Förändringar av förhållningsreglerna i SmL för att anpassa

dem till mer samhällsinriktade åtgärder under en pandemi, skulle även kunna möjliggöra en annan konstruktion av smittbärrpenningen. Utredningen vill också framhålla att en mer genomgripande förändring av reglerna för smittbärrpenningen under en kris som en pandemi, också kräver en översyn av andra socialförsäkringsförmåner som påverkas vid en pandemi och som kan påverka smittspridningen och befolkningens benägenhet att följa rekommendationer.

3 Gällande rätt

I detta kapitel redogör utredningen översiktligt för de lagar och förordningar som direkt berörs av uppdraget. Kapitel 4 innefattar en mer utförlig beskrivning av vilka författningar, då även inkluderat föreskrifter, och allmänna råd som har betydelse för den del av uppdraget som avser att stärka smittskyddet för vissa grupper inom socialtjänsten.

3.1 Smittskyddslagen

3.1.1 Lagens utgångspunkter

Smittskyddslagen (2004:168), SmL, syftar till att skydda befolkningen mot smittsamma sjukdomar. Lagen innehåller bestämmelser om smittskyddsåtgärder som riktar sig till människor.¹ SmL ger uttryck för synen att enskilda måste vara beredda att acceptera vissa integritetsintrång när det krävs för att skydda andra människor från smitta. Smittskyddsarbetet baseras på en humanistisk människosyn och tyngdpunkten ligger på det frivilliga och förebyggande arbetet.²

SmL:s bestämmelser omfattar *smittsamma sjukdomar* som kan överföras till eller mellan människor och som kan innebära ett intet ringa hot mot människors hälsa (1 kap. 3 § SmL). För alla smittsamma sjukdomar gäller en skyldighet för var och en, även den som inte tror sig vara smittad, att genom uppmärksamhet och rimliga försiktighetsåtgärder medverka till att förhindra spridning av sjukdomen (2 kap. 1 § SmL). Den som vet eller har anledning att misstänka att

¹ Bestämmelser om smittskyddsåtgärder som rör djur eller livsmedel eller andra objekt finns i miljöbalken, livsmedelslagen (2006:804), lagen (2006:806) om provtagning på djur, m.m., epizootilagen (1999:657) och zoonoslagen (1999:658). I lagen (2006:1570) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa finns kompletterande bestämmelser om skydd mot internationella hälsohot.

² Prop. 2003/04:30, s. 83 f.

han eller hon bär på en smittsam sjukdom har ytterligare skyldigheter – nämligen att *vidta de åtgärder som krävs* för att skydda andra mot smitta (2 kap. 2 § första stycket SmL). Den som misstänker sig vara smittad kan söka vägledning i de medicinska och praktiska råd som behandlande läkare ska ge enligt 4 kap. 1 § SmL och de förhållningsregler som ska ges enligt 4 kap. 2 § SmL vid allmänfarlig sjukdom. Det kan också handla om välkända försiktighetsåtgärder som t.ex. handhygien vid toalettbesök.³

Smittskyddsåtgärder ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och får inte vara mer långtgående än vad som är försvarligt med hänsyn till faran för människors hälsa (1 kap. 4 § SmL). Varje enskild åtgärd ska vara motiverad av ett klart epidemiologiskt behov. Det epidemiologiska behovet ser olika ut för olika sjukdomar och kan även växla beroende på hur den epidemiologiska situationen för sjukdomen ser ut.⁴

3.1.2 Åtgärder kopplas till sjukdomens klassificering

De sjukdomar som omfattas av SmL kategoriseras som smittsamma sjukdomar, anmälningspliktiga sjukdomar, smittspårningspliktiga sjukdomar samt allmänfarliga och samhällsfarliga sjukdomar (1 kap. 3 § SmL).

För alla smittsamma sjukdomar gäller den så kallade skyddsplikten, det vill säga att var och en ska medverka till att förhindra spridning av smittsamma sjukdomar och att den som har anledning att misstänka att han eller hon bär på en sådan sjukdom har en skyldighet att vidta de åtgärder som krävs för att skydda andra mot smittrisk (2 kap. 1 och 2 §§ SmL). Behandlande läkare ska ge den som bär på eller misstänks bära på en smittsam sjukdom individuellt utformade medicinska och praktiska råd om hur han eller hon ska undvika att utsätta andra för smittrisk (4 kap. 1 § första stycket SmL).

Fall av anmälningspliktiga sjukdomar ska anmälas av behandlande läkare, läkare vid laboratorium som utför mikrobiologisk diagnostik, den som är ansvarig för sådant laboratorium och läkare som utför obduktion. Mottagare av anmälan är smittskyddsläkaren i regionen och Folkhälsomyndigheten (2 kap. 5 § SmL). För smittspårnings-

³ Prop. 2003/04:30, s. 214.

⁴ Prop. 2003/04:30, s. 84 och 211.

pliktiga sjukdomar har behandlande läkare en skyldighet att försöka få upplysningar från patienten om vem eller vad som kan ha överfört smittan och om andra personer kan ha smittats. Patienten är skyldig att lämna de upplysningar han eller hon förmår. Den som ansvarar för smittspårningen ska underrätta andra personer som misstänks kan ha smittats (3 kap. 4 § SmL).

Med allmänfarliga sjukdomar avses smittsamma sjukdomar som kan vara livshotande, innebära långvarig sjukdom eller svårt lidande eller medföra andra allvarliga konsekvenser och där det finns möjlighet att förebygga smittspridning genom åtgärder som riktas till den smittade (1 kap. 3 § andra stycket SmL). Allmänfarliga sjukdomar är alltid anmälningspliktiga och smittspårningspliktiga. Därtill gäller informationsplikt för den som vet att han eller hon bär på en allmänfarlig sjukdom (2 kap. 2 § andra stycket SmL). Den behandlande läkaren ska besluta om individuellt utformade förhållningsregler för den som bär på eller misstänks bära på en allmänfarlig sjukdom. Förhållningsreglerna får endast avse sådana regler som anges i lagen; det kan exempelvis handla om inskränkningar i arbete, skolgång eller viss annan verksamhet, förbud mot att donera blod och organ eller en skyldighet att iaktta särskilda hygienrutiner (4 kap. 1 § SmL). Under vissa förutsättningar kan tvångsåtgärder vidtas mot personer som är smittade eller misstänkt smittade av en allmänfarlig sjukdom, såsom tvångsundersökning (3 kap. 2 § SmL) och isolering (5 kap. 1 och 3 § SmL). Isolering får endast ske på en vårdinrättning som drivs av en region.

Samhällsfarliga sjukdomar är allmänfarliga sjukdomar som kan få en spridning i samhället som innebär en allvarlig störning eller överhängande risk för en allvarlig störning i viktiga samhällsfunktioner och som kräver extraordinära smittskyddsåtgärder (1 kap. 3 § tredje stycket SmL). Samtliga bestämmelser som gäller för allmänfarliga sjukdomar gäller alltså också för samhällsfarliga sjukdomar. I förarbetena nämns som exempel att en allvarlig störning i viktiga samhällsfunktioner kan uppkomma genom att sjukhusens vårdplatser tas upp av smittade personer med följden att andra som behöver vård riskerar att bli utan vårdplats eller att andra viktiga samhällsfunktioner störs på grund av omfattande sjukskrivningar och dödsfall.⁵

⁵ Prop. 2003/04:158, s. 103.

De extraordinära smittskyddsåtgärderna är förbehållna samhällsfarliga sjukdomar. För sådana sjukdomar får smittskyddsläkaren besluta om hälsokontroll på platsen för inresan för den som misstänks ha smittats och för andra som anländer med samma transportmedel (3 kap. 8 § första stycket SmL). Smittskyddsläkaren kan också besluta att den som har eller kan antas ha varit utsatt för smitta av en samhällsfarlig sjukdom ska hållas i karantän (3 kap. 9 § SmL). Folkhälsomyndigheten kan besluta om att personer som anländer från ett visst geografiskt område där ett utbrott av en samhällsfarlig sjukdom skett ska genomgå hälsokontroll på platsen för inresan (3 kap. 8 § andra stycket SmL). Folkhälsomyndigheten kan också besluta att ett visst område ska vara avspärrat om en samhällsfarlig sjukdom har eller misstänks ha fått spridning där (3 kap. 10 § SmL).

3.1.3 Huvudsakligt ansvar för smittskyddet

Regionen och smittskyddsläkaren

Varje region ansvarar för att behövliga smittskyddsåtgärder vidtas inom regionens område (1 kap. 8 § SmL). I varje region ska det finnas en smittskyddsläkare (1 kap. 9 § SmL), som utses av en sådan nämnd som avses i 7 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, vanligen hälso- och sjukvårdsnämnden. I frågor som inte gäller myndighetsutövning ska smittskyddsläkaren verka under nämnden. Motsatsvis är smittskyddsläkaren självständig inom ramen för sin myndighetsutövning.

Regionen, och under regionen smittskyddsläkaren, ska se till att allmänheten har tillgång till den information och de råd som behövs för att var och en ska kunna skydda sig mot smitta som kan hota liv eller hälsa (2 kap. 3 § SmL).

Smittskyddsläkaren har ett samlat ansvar för smittskyddsarbetet inom regionen och ska planera, organisera och leda smittskyddet och verka för effektivitet, samordning och likformighet (6 kap. 1 § SmL). I 6 kap. 2 § SmL finns en katalog av uppgifter som ankommer på smittskyddsläkaren och som riktas till bl.a. allmänheten inklusive grupper som är särskilt utsatta för smittrisk, hälso- och sjukvårdspersonal inklusive behandlande läkare, och vårdgivare. Smittskyddsläkarens uppgifter är dock inte begränsade till vad som anges i 6 kap. SmL. Andra centrala uppgifter avser beslut och underställning av

beslut om tillfällig isolering (5 kap. 3 § SmL), ansökan om isolering (5 kap. 1 och 2 §§ SmL), beslut om karantän (3 kap. 9 § SmL), övertagande av smittspårningsärenden (3 kap. 5 § SmL) och överprövning av förhållningsregler (4 kap. 3 § SmL). Smittskyddsläkaren får uppdra åt en erfaren läkare vid en smittskydds-enhet eller vid en infektionsklinik inom regionen att fullgöra smittskyddsläkarens uppgifter enligt lagen (1 kap. 9 § SmL).

Folkhälsomyndigheten

Folkhälsomyndigheten ansvarar för samordning av smittskyddet på nationell nivå och ska ta de initiativ som krävs för att upprätthålla ett effektivt smittskydd. Myndigheten ska följa och vidareutveckla smittskyddet och följa och analysera det epidemiologiska läget nationellt och internationellt (1 kap. 7 § SmL). Folkhälsomyndigheten är beslutande instans avseende två av de extraordinära smittskyddsåtgärderna (se avsnitt 3.1.2). Myndigheten har bemyndiganden att meddela föreskrifter bl.a. avseende vissa undantag avseende anmälningsplikten och ytterligare föreskrifter som krävs för ett ändamålsenligt smittskydd samt till skydd för enskilda (5 och 12 §§ smittskyddsförordningen [2004:255]). Bestämmelser om myndighetens uppgifter inom smittskyddet finns också i myndighetens instruktion.⁶

Behandlande läkare

En läkare som undersöker eller behandlar någon enligt SmL benämns behandlande läkare. Behandlande läkare ges i SmL en rad uppgifter. Till de centrala uppgifterna hör läkarundersökning inklusive behövlig provtagning (3 kap. 1 § SmL), anmälan av sjukdomsfall (2 kap. 5 § SmL), smittspårning (3 kap. 4–5 §§ SmL) och utfärdande av förhållningsregler (4 kap. 2 § SmL). Smittspårning ankommer som utgångspunkt på behandlande läkare men får dels delegeras till annan hälso- och sjukvårdspersonal med särskild kompetens för uppgiften, dels under vissa förutsättningar övertas av smittskyddsläkaren.

⁶ Förordning (2021:248) med instruktion för Folkhälsomyndigheten.

3.1.4 Andra bestämmelser

Bemyndiganden

Regeringen får, under de förutsättningar som anges i 9 kap. 2 § SmL, förordna att en viss sjukdom ska omfattas av bestämmelserna om allmänfarliga sjukdomar eller samhällsfarliga sjukdomar. En sådan förordning ska snarast underställas riksdagens prövning. Detta förfarande syftar till att behövliga smittskyddsåtgärder snabbt ska kunna vidtas t.ex. för en ny sjukdom eller en sjukdom som fått ett förändrat spridningssätt.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får enligt 9 kap. 4 § första stycket SmL meddela de ytterligare föreskrifter som krävs för ett ändamålsenligt smittskydd samt till skydd för enskilda.

Regeringen får enligt 9 kap. 6 § SmL meddela särskilda föreskrifter om smittskyddet enligt SmL, om det vid en fredstida kris som har betydande inverkan på möjligheterna att upprätthålla ett effektivt smittskydd finns behov av samordnade nationella åtgärder eller ur ett nationellt perspektiv av andra särskilda insatser inom smittskyddet.

Tillsyn

Smittskyddet i landet står, med undantag för smittskyddet inom Försvarsmakten och Försvarets materielverk, enligt 9 kap. 1 § SmL under tillsyn av Inspektionen för vård och omsorg, IVO. Vid tillsynen tillämpas 7 kap. 20–28 §§ och 10 kap. 13 § patientsäkerhetslagen (2010:659), dvs. delar av den reglering som gäller för tillsyn av hälso- och sjukvården i övrigt.

3.1.5 Smittskyddsförordningen

Smittskyddsförordningen (2004:255), SmF, innehåller kompletterande bestämmelser till SmL. I bilaga till SmF anges de smittsamma sjukdomar, utöver allmänfarliga sjukdomar, som är anmälningspliktiga. SmF innehåller därutöver bl.a. bemyndiganden till Folkhälsomyndigheten.

3.2 Socialtjänstlagen

3.2.1 En ramlag med rätt till bistånd för skälig levnadsnivå

Socialtjänstlagen (2001:453), SoL, är en målinriktad ramlag som vilar på de grunder som anges i portalparagrafen 1 kap. 1 § SoL. Där framgår bl.a. att samhällets socialtjänst på demokratins och solidaritetens grund ska främja människornas ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktiva deltagande i samhällslivet. Verksamheten ska bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet.

Varje kommun svarar för socialtjänsten inom sitt område, och har det yttersta ansvaret för att enskilda får det stöd och den hjälp som de behöver. Detta innebär ingen inskränkning i det ansvar som vilar på andra huvudmän (2 kap. 1 § SoL).

Inom ramlagstiftningen har kommunerna frihet att anpassa insatserna efter skiftande behov och önskemål.

Utöver avtalssamverkan enligt 9 kap. 37 § kommunallagen (2017:725) får en kommun sluta avtal med en enskild person om att utföra kommunens uppgifter inom socialtjänsten. Uppgifter som innefattar myndighetsutövning får dock inte överlämnas (2 kap. 5 § SoL).

Grundläggande i SoL är att den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt har rätt till bistånd av socialnämnden för tillförsäkrande av en skälig levnadsnivå (4 kap. 1 § SoL). En ansökan om bistånd innebär som regel en utredning enligt 11 kap. 1 § SoL som mynnar ut i ett beslut. Beslut om bistånd enligt 4 kap. 1 § SoL får överklagas till allmän förvaltningsdomstol enligt 16 kap. 3 § SoL.

3.2.2 Äldre personer och personer med funktionsnedsättning

För äldre personer finns särskilda bestämmelser, främst 5 kap. 4–6 §§ SoL. Enligt den så kallade värdegrunden i 5 kap. 4 § SoL ska socialtjänstens omsorg om äldre inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. Begreppet värdigt liv kan innebära sådant som privatliv och kroppslig integritet, självbestämmande, individanpassning och delaktighet, insatser av god kvalitet och gott

bemötande. Till en persons välbefinnande hör sådant som känsla av trygghet och meningsfullhet.⁷

För personer med funktionsnedsättningar finns särskilda stadganden i 5 kap. 7–8 a §§ SoL. Socialnämnden ska bl.a. verka för att människor som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och att leva som andra (5 kap. 7 § SoL).

SoL innehåller särskilda bestämmelser om kommunernas ansvar att inrätta bostäder för äldre personer och personer med funktionsnedsättningar (5 kap. 5 och 7 §§). Bistånd i form av boende är det som i SoL benämns bistånd för livsföringen i övrigt (4 kap. 1 § SoL). Bestämmelserna om de boendeformer som omfattas av utredningens uppdrag inryms i 5 kap. 5 och 5 kap. 7 §§ SoL, se vidare avsnitt 4.2.

3.2.3 Tillståndsplikt och anmälningsplikt

Ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ behöver tillstånd av IVO för att yrkesmässigt bedriva bl.a. verksamhet i form av boenden som motsvarar dem som avses i 5 kap. 5 § andra och tredje styckena eller 5 kap. 7 § tredje stycket SoL, och verksamhet i form av hem för viss annan heldygnsvård (7 kap. 1 § första stycket SoL). Tillstånd får endast beviljas om förutsättningarna 7 kap. 2 § SoL är uppfyllda, vilket bl.a. innefattar krav på god kvalitet och säkerhet, att den som beviljas tillståndet genom erfarenhet eller på annat sätt har förvärvat insikt i de föreskrifter som gäller för verksamheten.

För kommuner och regioner gäller anmälningsplikt till IVO innan motsvarande verksamhet påbörjas (7 kap. 1 § andra stycket SoL).

3.2.4 Andra bestämmelser

Tillsyn

IVO utövar tillsyn över socialtjänsten enligt vad som anges i 13 kap. SoL och beslutar bl.a. om tillstånd för enskild yrkesmässig verksamhet av t.ex. särskilda boenden för äldre.

⁷ Prop. 2009/10:116, s. 27 ff.

Missförhållanden

I 14 kap. SoL finns bestämmelser om anmälan om och avhjälpande av missförhållanden. Där stadgas bl.a. att all personal inom socialtjänsten har en skyldighet att medverka till att den verksamhet som bedrivs och de insatser som genomförs är av god kvalitet samt en skyldighet att rapportera om missförhållanden, (14 kap. 2–3 §§ SoL, *lex Sarah*). Ett allvarligt missförhållande eller en påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande ska snarast anmälas till IVO (14 kap. 7 § SoL).

Föreskrifter till skydd för enskilda

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får enligt 16 kap. 10 § SoL meddela sådana föreskrifter inom socialtjänsten som behövs till skydd för enskildas liv, personliga säkerhet eller hälsa i verksamhet som avser bl.a. äldre personer och personer med funktionsnedsättning.

3.2.5 Socialtjänstförordningen

Socialtjänstförordningen (2001:937), SoF, innehåller kompletterande bestämmelser till SoL. I 4 kap. 1–1 a §§ SoF finns bestämmelser om ansökan och anmälan till IVO om tillstånd till enskild verksamhet som avses i 7 kap. 1 § SoL. I 8 kap. SoF finns vissa bemyndiganden, bl.a. till Socialstyrelsen och IVO. Enligt 8 kap. 1 § SoF får Socialstyrelsen få meddela sådana föreskrifter inom socialtjänsten som behövs till skydd för enskildas liv, personliga säkerhet eller hälsa i verksamhet som avser bl.a. barn och unga, äldre personer och personer med funktionsnedsättning.

3.3 Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade

Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, innehåller enligt 1 § bestämmelser om insatser för särskilt stöd och särskild service åt personer som omfattas av den så kallade personkretsen. I personkretsen, som indelas i tre punkter, ingår

1. personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd,
2. personer med betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom, och
3. personer med andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande, om de är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd eller service.

Verksamhet enligt LSS ska främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet. Målet ska vara att den enskilde får möjlighet att leva som andra (5 § LSS). Verksamheten ska vara av god kvalitet och bedrivs i samarbete med andra berörda samhällsorgan och myndigheter. Den ska vara grundad på respekt för den enskildes självbestämmanderätt och integritet. Den enskilde ska i största möjliga utsträckning ges inflytande och medbestämmande över insatser som ges. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. För verksamheten ska det finnas den personal som behövs för att ett gott stöd och en god service och omvårdnad ska kunna ges (6 § LSS).

Personer som anges i 1 § LSS har rätt till insatser i form av särskilt stöd och särskild service enligt 9 § LSS om de behöver sådan hjälp i sin livsföring och om deras behov inte tillgodoses på annat sätt (7 § första stycket LSS). Den enskilde ska genom insatserna tillförsäkras goda levnadsvillkor. Insatserna ska vara varaktiga och samordnade. Insatserna ska anpassas till mottagarens individuella behov samt utformas så att de är lätt tillgängliga för de personer som behöver dem och stärker deras förmåga att leva ett självständigt liv (7 § andra och tredje styckena LSS).

LSS är ett komplement till andra lagar och innebär inte någon inskränkning i de rättigheter som finns i annan lagstiftning (se 4 § LSS). Att den enskilde har beviljats insatser enligt LSS utesluter således inte att han eller hon samtidigt får insatser enligt SoL och inskränker inte heller det ansvar som gäller huvudmän och vårdgivare enligt HSL.

I 9 § LSS anges uttömmande de olika insatserna för särskilt stöd, däribland boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn eller ungdomar som behöver bo utanför föräldrahemmet (p. 8) och bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna (p. 9). Se vidare om boendeformerna i avsnitt 4.2.

Kommunerna ansvarar som utgångspunkt för insatser enligt 9 § 8 och 9 LSS men kan med vissa begränsningar avtala om annat med kommuner, enskilda eller regioner (2 och 17 §§ LSS).

En enskild person behöver enligt 23 § LSS tillstånd från IVO för att yrkesmässigt bedriva verksamhet som avses i 9 § 2–10 LSS och måste uppfylla de krav som anges i samma bestämmelse.

IVO utövar tillsyn över all verksamhet som bedrivs enligt lagen (25 § LSS).

Beslut om insatser enligt LSS är överklagbara (27 § 1 LSS).

Kompletterande bestämmelser till LSS finns i förordningen (1993:1090) om stöd och service till vissa funktionshindrade och i föreskrifter från Socialstyrelsen. I förordningen finns bl.a. bestämmelser om ansökan för enskild verksamhet och bemyndiganden till Socialstyrelsen och IVO.

3.4 Hälsa- och sjukvårdslagstiftning

Hälsa- och sjukvården i Sverige består av en omfattande reglering där lagarna ibland har ett överlappande innehåll. Här beskrivs de lagar som har störst relevans för utredningens uppdrag.

3.4.1 Hälsa- och sjukvårdslagen

Hälsa- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, innehåller bestämmelser om hur hälsa- och sjukvårdsverksamhet ska organiseras och bedrivas. Lagen gäller för samtliga vårdgivare samt regioner och kommuner som huvudmän (1 kap. 1 § HSL). Med hälsa- och sjukvård⁸ avses åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador, inklusive sjuktransporter och att ta hand om avlidna (2 kap. 1 § HSL). Målet för hälsa- och sjukvården är en god

⁸ Begreppen *hälsa- och sjukvård* respektive *hälsa- och sjukvårdsverksamhet* särskiljs inte i HSL.

hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde (3 kap. 1 § HSL).

All hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Bl.a. ska vården vara av god kvalitet med en god hygienisk standard, tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet samt bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet (5 kap. 1 § HSL). Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal, de lokaler, de sjukvårdsprodukter och den övriga utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges (5 kap. 2 § HSL).⁹

I HSL finns särskilda regler om regionernas och kommunernas respektive ansvar som huvudmän. Kommunernas ansvar för hälso- och sjukvård i bl.a. särskilda boendeformer för äldre beskrivs i avsnitt 4.9.

Regionen ska planera sin hälso- och sjukvård så att katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls (7 kap. 2 § HSL). Närmare bestämmelser finns i föreskrifter från Socialstyrelsen, se avsnitt 4.6.4.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om hälso- och sjukvården i fredstid om det ur ett nationellt perspektiv finns behov av katastrofmedicinska insatser (6 kap. 2 § 3 HSL). I övrigt finns det i hälso- och sjukvårdslagen inga särskilda bestämmelser om hälso- och sjukvården i kris.

Kompletterande bestämmelser till HSL finns i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), HSF, bl.a. bestämmelser om ansvaret för MAS/MAR, se avsnitt 4.9.1.

3.4.2 Patientsäkerhetslagen

Patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, syftar till att främja hög patientsäkerhet. Lagen gäller bl.a. verksamhet som omfattas av HSL Med patientsäkerhet avses skydd mot vårdskada. (1 kap. 1, 2 och 6 §§ PSL). En vårdskada är lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjuk-

⁹ Begreppet *sjukvårdsprodukter* definieras i 2 kap. 8 § HSL och infördes i 5 kap. 2 § HSL från och med den 1 juli 2023 till följd av förslag från Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap (se SOU 2021:19 och prop. 2022/23:45).

vården. En allvarlig vårdskada är en vårdskada som är bestående och inte ringa, eller har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit. (1 kap. 5 och 6 §§ PSL). Händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada ska snarast anmälas av vårdgivaren till IVO med ingivande av en utredning av händelsen (3 kap. 5 § första och andra styckena PSL, *lex Maria*).

Vårdgivare definieras i PSL på ett likartat sätt som i 2 kap. 3 § HSL (1 kap. 3 § PSL). Vårdgivare är skyldiga att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete i enlighet med bestämmelserna i 3 kap. Detta innebär bl.a. att kraven på god vård enligt HSL ska upprätthållas (3 kap. 1 §).

Begreppet hälso- och sjukvårdspersonal innefattar bl.a. den som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården, personal som är verksam vid sjukhus och andra vårdinrättningar och som medverkar i hälso- och sjukvård av patienter, och den som i annat fall vid hälso- och sjukvård av patienter biträder en legitimerad yrkesutövare (1 kap. 4 § 1–3 PSL). Hälso- och sjukvårdspersonal bär själv ansvaret för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter och är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls (6 kap. 2 och 4 §§ PSL).

Tillsyn

Hälso- och sjukvården och dess personal står under tillsyn av IVO (7 kap. 1 § PSL). Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd prövar, på anmälan av IVO, bl.a. frågor om prøvotid och återkallelse av legitimation (9 kap. 1 § och 8 kap. 1–3 §§ PSL).

3.4.3 Patientlagen

I syfte att tydliggöra patientens ställning och främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet infördes år 2015 patientlagen (2014:821), PL. Lagen innehåller bl.a. bestämmelser om information och samtycke. Flera centrala bestämmelser i PL har motsvarigheter i PSL och HSL. Andra grundläggande skyldigheter, t.ex. bestämmelser om informationsskyldighetens närmare innehåll, finns enbart i PL.

Genom PL har informationsplikten gentemot patienten utvidgats och förtydligats. Av 3 kap. 1 § PL följer bl.a. att patienten ska få information om sitt hälsotillstånd, de metoder som finns för undersökning, vård och behandling, de hjälpmedel som finns för personer med funktionsnedsättning, väsentliga risker för komplikationer och biverkningar och metoder för att förebygga sjukdom eller skada. I 3 kap. 2 § PL stadgas att patienten även ska få information om möjligheten att välja behandlingsalternativ, fast läkarkontakt samt vårdgivare och utförare av offentlig finansierad hälso- och sjukvård.

Av 4 kap. 2 § PL framgår att hälso- och sjukvård inte får ges utan patientens samtycke om inte annat följer av PL eller någon annan lag. Innehållet i lagstiftningen utvecklas i avsnitt 4.1.2. Av 5 kap. 1 § PL följer att hälso- och sjukvården så långt som möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten.

3.5 Socialförsäkringsbalken

Regler om smittbärarersättning finns i 46 kap. socialförsäkringsbalken, SFB. Smittbärarersättning delas in i smittbärarpenning och resekostnadsersättning.

3.5.1 Smittbärarpenning

Smittbärarpenning syftar till att ersätta personer som förvisso kan arbeta, dvs. inte har nedsatt arbetsförmåga, men som inte får arbeta på grund av risken för att smitta andra.

Med smittbärare avses enligt 46 kap. 3 § SFB

1. den som har eller kan antas ha en smittsam sjukdom utan att ha förlorat sin arbetsförmåga till följd av sjukdomen,
2. den som för eller kan antas föra smitta utan att vara sjuk i en smittsam sjukdom, och
3. den som i annat fall har eller kan antas ha varit utsatt för smitta av en samhällsfarlig sjukdom som avses i SmL utan att vara sjuk i en sådan sjukdom.

Definitionen smittbärare kräver alltså inte att man konstaterats bära på en smittsam sjukdom.

En smittbärare har enligt 46 kap. 5 § SFB rätt till smittbärrpenning om han eller hon måste avstå från förvärvsarbete på grund av

1. beslut enligt SmL eller livsmedelslagen eller föreskrifter som har meddelats med stöd av sistnämnda lag, eller
2. läkarundersökning eller hälsokontroll som smittbäraren genomgår utan föregående beslut enligt 1 och som syftar till att klarlägga om han eller hon är smittad av en allmänfarlig sjukdom eller har en sjukdom, en smitta, ett sår eller en annan skada, som kan göra livsmedel som han eller hon hanterar otjänligt som människoföda.

Beslut enligt SmL som kan ligga till grund för en ansökan om ersättning är beslut om karantän, tillfällig isolering, isolering och förhållningsregler, som alla kan innebära hinder mot eller inskränkning av förvärvsarbete. Beslut om hälsokontroll vid inresa och avspärning är dock undantagna genom bestämmelsens andra stycke.

Med smittsamma sjukdomar menas alla sjukdomar som kan överföras till eller mellan människor och som kan innebära ett inte ringa hot mot människors hälsa (1 kap. 3 § första stycket SmL). De beslut enligt SmL som det är fråga om i punkt 1 är begränsade till allmänfarliga och samhällsfarliga sjukdomar. Smittsamma sjukdomar som kan påverka livsmedelshanteringen är även andra än sådana som är allmänfarliga, t.ex. infekterade sår, hudinfektioner eller smittsamma magsjukdomar.

Av 110 kap. 24 § första stycket SFB följer att det till en ansökan om smittbärrpenning som grundas på beslut enligt SmL som avses i 46 kap. 5 § SFB ska det fogas en kopia av beslutet eller ett intyg med uppgift om beslutets innehåll, dvs. ett intyg från en läkare som ska påvisa att individen inte får arbeta på grund av risken för smitta.

Smittbärrpenning lämnas med ett belopp som motsvarar den försäkrades sjukpenning på normalnivån (46 kap. 14 § SFB). Ersättningen får dras in eller sättas ned om smittbäraren exempelvis inte följer förhållningsregler som har beslutats med stöd av SmL (46 kap. 6 § SFB). För personer vars arbetsförmåga är nedsatt på grund av en allmänfarlig sjukdom gäller bestämmelserna om sjukpenning.

Smittbärrarpenningen ska enligt 46 kap. 18 § SFB minskas med belopp som eventuellt betalas ut genom andra förmåner. Det kan bl.a. handla om graviditetspenning, föräldrapenningförmåner, sjuklön, sjukpenning, rehabiliteringspenning m.m.

Arbetstagare som omfattas av lagen (1994:260) om offentlig anställning har genom avtal i vissa fall rätt att behålla sin lön om arbetsgivaren på grund av smittorisk förbjuder den anställde att arbeta (46 kap. 19 § SFB).

3.5.2 Resekostnadsersättning

En smittbärare har enligt 46 kap. 20 § SFB rätt till skäligen ersättning för resekostnader i samband med läkarundersökning, hälsokontroll, vård, behandling eller annan motsvarande åtgärd som sker på grund av bestämmelserna i SmL eller livsmedelslagen eller föreskrifter som har meddelats med stöd av livsmedelslagen. Vissa begränsningar av ersättningen följer av 46 kap. 21 § SFB.

3.5.3 Extraordinära händelser i fredstid

Av 2 kap. 5 a § SFB framgår att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen kan meddela föreskrifter om undantag från bestämmelserna om tillfällig föräldrapenning i 13 kap., sjukpenning och karens i 27 och 28 kap., smittbärrarpenning i 46 kap. och handläggning av ärenden i 110 kap. SFB. Sådana föreskrifter kan endast meddelas vid extraordinära händelser i fredstid.

Bestämmelsen trädde i kraft den 7 april 2020 och motiverades av utbrottet av covid-19. Regeringen ansåg att i ett läge med hög risk för spridning av en samhällsfarlig sjukdom kan bl.a. förutsättningar för att beviljas smittbärrarpenning behöva ändras, t.ex. kunde det handla om att ändra kraven på de handlingar som ska bifogas en ansökan om smittbärrarpenning.¹⁰

¹⁰ Prop. 2019/20:132, s. 92 f.

4 Smittskydd för vissa grupper inom socialtjänsten under normala förhållanden

Inom de boendeformer som omfattas av uppdraget gäller regleringen av omsorgen och regleringen av hälso- och sjukvården ofta sida vid sida. De boende ges hälso- och sjukvård, främst av kommunerna, och omsorg i sina hem. Hemmet är samtidigt är en boendeinsats enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL, eller lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, som beviljats av kommunen. I verksamheterna gäller också bl.a. smittskyddslagen (2004:168), SmL, och arbetsmiljölagen (1977:1160), AML. Viktiga kompletterande bestämmelser finns på lägre författningsnivå.

Syftet med detta kapitel är att beskriva SoL-boenden och LSS-boenden i allmänhet, bostädernas beskaffenhet, vilka som bor på de aktuella boendena och hur boendena organiseras och arbetar med betoning på smittskyddsarbetet i vardagen. Beskrivningarna görs med utgångspunkt i den relativt omfattande rättsliga regleringen, men det förekommer även redogörelser för statistik och andra sakförhållanden. Av flera skäl har framställningen en viss tyngdpunkt på äldreboenden.

Denna beskrivning av ett slags normalläge har betydelse för att förstå på vilket sätt covid-19-pandemin påverkade boendeformerna och vilka konsekvenser pandemin har fått, vilket närmare beskrivs i kapitel 5 respektive 6. Beskrivningen har också betydelse för utredningens överväganden om vilka åtgärder som det finns behov av för att förbättra förutsättningarna att hantera en framtida pandemi, vilket följer i kapitel 8.

4.1 Frivillighet är utgångspunkten i hälso- och sjukvården och inom socialtjänsten

Enligt regeringsformen, RF, är varje medborgare gentemot det allmänna skyddad mot påtvingat kroppsligt ingrepp och frihetsberövande (2 kap. 6 och 8 §§ RF). Med påtvingat kroppsligt ingrepp avses i första hand våld, men hit hör också bl.a. läkarundersökningar, blodprovstagning samt liknande företeelser som betecknas kroppsbesiktning,¹ samt tvångsmedicinering.² Med frihetsberövande avses bl.a. fall då någon faktiskt är förhindrad att förflytta sig utanför ett rum eller annat relativt starkt begränsat område.³

Undantag från skyddet mot kroppsliga ingrepp och frihetsberövanden kan endast föreskrivas i lag och då bara i syfte att tillgodose ändamål som är godtagbara i ett demokratiskt samhälle. Begränsningarna får inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som har föranlett dem (2 kap. 20 och 21 §§ RF).

Sådana undantagsvisa föreskrifter finns i SmL, men också bl.a. i tvångsvårdslagstiftningen.⁴ SmL kan sägas ha ett samhällsperspektiv till skillnad från det patient- eller individperspektiv som annars är utgångspunkten inom hälso- och sjukvården och inom socialtjänstens verksamheter.

Några sådana undantagsbestämmelser finns däremot inte i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, SoL,⁵ eller LSS. Utgångspunkten är att alla insatser inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten kräver samtycke från den enskilde för att få vidtas. Verksamheten ska utgå från respekt för den enskildes självbestämmande och integritet. HSL och patientlagen (2014:821), PL, betonar patientens självbestämmande och integritet (5 kap. 1 § HSL och 4 kap. 1 § PL). I 1 kap. 1 § tredje stycket SoL anges att socialtjänstens verksamhet ska bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet. Ett likartat stadgande finns i 6 § LSS. Av 8 § LSS framgår att insatser enligt LSS ska ges den enskilde endast om han eller hon begär det.

¹ Prop. 1975/76:209, s. 147.

² Prop. 1983/84:111, s. 92 och JO-beslut dnr 2169-2004, 2005-03-22.

³ Prop. 1975/76:209, s. 52.

⁴ T.ex. lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga och lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.

⁵ Till skillnad från de tidigare sociallagarna utformades 1980 års socialtjänstlag så att den inte gav möjlighet till tvångsinsatser. Tidigare tvångsinsatser inom socialvården hade, enligt lagens förarbeten, djupa rötter i en auktoritär människosyn. För att markera ett tydligt avstånd till den traditionen reglerades tvångsmedel genom socialtjänstformen i andra lagar än socialtjänstlagen (se SOU 2020:47, s. 245 och prop. 1979/80:1, s. 133).

4.1.1 Arbetsätt för att undvika tvång

Utgångspunkten är alltså frivillighet och frihet från tvång i både hälso- och sjukvård och omsorg. Socialstyrelsen har tagit fram kunskapsunderlag av olika slag avseende tvångs- och skyddsåtgärder inom hälso- och sjukvården, socialtjänsten och verksamhet som bedrivs med stöd av LSS. Dokumenten beskriver typsituationer som kan uppstå och hur ett samtycke kan inhämtas.⁶

Ett exempel på en åtgärd som kan aktualiseras inom omsorgen är att låsa dörren. Socialstyrelsen anger att det kan vara möjligt att låsa dörren till den enskildes bostad om den enskilde samtycker till åtgärden. Åtgärden måste dock vara frivillig, vilket innebär att den enskilde inte ska känna sig tvingad att acceptera att dörren låses. Innan en sådan åtgärd används behöver man enligt Socialstyrelsen inom ramen för en individuell bedömning klarlägga åtgärdens syfte och om den tillgodoser den enskildes behov. Om åtgärden enbart syftar till att frihetsberöva eller begränsa den enskildes rörelsefrihet är åtgärden inte tillåten även om den enskilde samtycker till densamma. Detsamma gäller om åtgärden används för att kompensera för t.ex. bristande bemanning, brister i kompetens eller att verksamheten bedrivs i lokaler som inte är ändamålsenliga. Socialstyrelsens ger även exempel på mindre begränsande åtgärder som också kräver samtycke.

Socialstyrelsen framhåller i sina kunskapsunderlag vikten av att arbeta förebyggande på verksamhetsnivå. Det kan handla om att planera verksamheten utifrån de behov som ska tillgodoses och de mål och krav som gäller för den, vid genomförandet av arbetet synliggöra förekomst av eller risk för tvångs- och begränsningsåtgärder och vid egenkontroll speciellt uppmärksamma tvång och begränsningar. Socialstyrelsen ger vidare flera exempel på förändringar i arbetsätt för att förhindra smittspridning, förebygga beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD) samt bemötandestrategier vid svåra situationer.⁷

En metod som används för att förhindra smittspridning är kohortvård. I genomförandet av kohortvård kan det uppstå situationer där samtycke måste inhämtas. Det kan exempelvis handla om att en en-

⁶ Se exempelvis Socialstyrelsen. (2022). *Tvångs- och skyddsåtgärder* [Frågor och svar].

⁷ Socialstyrelsen. (2022). *Arbetsätt vid smittsamma infektionssjukdomar, såsom covid-19 hos personer med demenssjukdom i särskilda boendeformer för äldre – praktiska förslag om arbetsätt till personal och arbetsledning*, s. 2 ff.

skild person ska hålla sig på sitt rum eller byta rum eller lägenhet. Kohortvård beskrivs närmare i avsnitt 4.7.

4.1.2 Särskilt om samtycke till hälso- och sjukvård

Kravet på respekt för patientens integritet i 5 kap. 1 § HSL (se också 4 kap. 1 § PL) innebär att patienten är skyddad mot ingrepp som han eller hon inte samtycker till. All vård som ges med stöd av HSL omfattas av PL.⁸

Samtycke har inget särskilt formkrav och kan när som helst återtas (4 kap. 2 § andra stycket PL). När patienten är ett barn ska barnets inställning till vården eller behandlingen så långt som möjligt klarläggas. Barnets inställning ska tillmätas betydelse i förhållande till hans eller hennes ålder och mognad (4 kap. 3 § PL).

Innan samtycke inhämtas ska patienten få information (se 6 kap. 6 § patientsäkerhetslagen [2010:659], PSL, som hänvisar till 3 kap. PL). Syftet är att samtycket när det eventuellt ges ska vara *informerat*.

I 4 kap. 4 § PL stadgas ett undantag från huvudregeln i 4 kap. 2 § PL, där det anges att patienten ska få den hälso- och sjukvård som behövs för att avvärja fara som akut och allvarligt hotar patientens liv eller hälsa, även om hans eller hennes vilja på grund av medvetlöshet eller av någon annan orsak inte kan utredas. Bestämmelsen innebär ett utrymme för hälso- och sjukvårdspersonal att i vissa akuta situationer ge hälso- och sjukvård till en patient som inte är i stånd att samtycka. I förarbetena anges bl.a. att bestämmelsen är tillämplig även när en person som mer varaktigt får anses sakna beslutsförmåga befinner sig i en nödsituation. Bestämmelsen ska dock inte tillämpas för att fortlöpande kunna bereda en person som är varaktigt beslutsförmögen hälso- och sjukvård som inte är av akut karaktär. I dessa fall torde stöd för vården även fortsättningsvis enligt förarbetena få hämtas i den allmänna nödbestämmelsen i 24 kap. 4 § brottsbalken, BrB.⁹

⁸ Prop. 2013/14:106, s. 45.

⁹ Prop. 2013/14:106, s. 120 f.

4.1.3 Nödrätt

Bestämmelserna om nödrätt i 24 kap. 4 § BrB innebär att den som handlar i nöd för att avvärja fara för liv, hälsa, egendom eller något annat viktigt av rättsordningen skyddat intresse under vissa förutsättningar kan vara fri från ansvar. En situation där en anställd inom t.ex. sjukvård eller omsorg vidtar åtgärder som innehåller någon form av våld eller tvång för att t.ex. avvärja fara för liv och hälsa kan, om den anställde därefter blir polisanmäld, komma att prövas utifrån ett nödperspektiv av allmän domstol. En anställd eller verksamhetsansvarig har inte själv rätt att avgöra om någon har använt sig av nödrätten i en viss situation. Nödbestämmelserna ska endast tillämpas i undantagsfall.¹⁰ Nödrätten får inte ligga till grund för rutinmässiga ingripanden. Det är inte möjligt att vidta åtgärder inom hälso- och sjukvård eller socialtjänst under en längre tid med motiveringen att det är fråga om en pågående nödsituation.¹¹

4.2 Boendeformer som omfattas av uppdraget

4.2.1 Bakgrund till regleringen i 5 kap. 5 § SoL

I samband med den så kallade Ädelreformen 1992 samlades ett antal olika boendeformer för äldre personer under begreppet särskilt boende.¹² Beteckningar som ditills förekommit inom det kommunala ansvarsområdet var bl.a. ålderdomshem, gruppboende och servicehus. Inom den landstingskommunala sektorn fanns lokala sjukhem, regionala sjukhem och psykiatriska kliniker. Ett syfte med Ädelreformen var att jämställa dessa olika boendeformer. Institutionsplatser skulle avvecklas och alla människors rätt till en egen bostad skulle säkerställas. Målet var självständiga boenden med hyreskontrakt. Genom en lagändring 2019 infördes möjligheten för kommunerna att tillhandahålla särskilt boende för äldre i form av *biståndsbedömt trygghetsboende*. Följden är att andra och tredje styckena i 5 kap. 5 § SoL båda avser särskilda boendeformer för äldre, men att inriktningen och behoven hos målgruppen skiljer sig åt. Som anges i avsnitt 2.6.1 används i betänkandet begreppet äldreboende för boende

¹⁰ Prop. 1993/94:130, s. 35.

¹¹ Jfr SOU 2006:110, s. 173 f.

¹² Bestämmelsen om särskilda boendeformer för stöd och service infördes i 20 § i dåvarande socialtjänstlagen (1980:620), se prop. 1990/91:14, s. 146 f.

enligt 5 kap. 5 § andra stycket SoL, begreppet biståndsbedömt trygghetsboende för boendeformer enligt tredje stycket samma bestämmelse och begreppet särskilda boendeformer för äldre när båda boendeformerna avses.

4.2.2 Äldreboende

Kommunen är enligt 5 kap. 5 § andra stycket SoL skyldig att inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre personer som behöver särskilt stöd.

Tanken är att äldreboendet ska kunna tillgodose varierande och särskilda behov av vård och omsorg hos äldre personer. Utgångspunkten är att ett särskilt boende ska vara utformat på ett sådant sätt att de äldre personernas individuella behov av service, omvårdnad och tillsyn går att tillgodose dygnet runt. Vidare ska kvarboende möjliggöras, dvs. den äldre personen ska kunna bo kvar i boendet livet ut och inte behöva flytta om behoven av service och omvårdnad skiftar.¹³

Ett äldreboende kännetecknas främst av krav på att bostaden ska vara utformad och utrustad så att den boende kan fortsätta leva ett så självständigt liv som möjligt, krav på att de tjänster som den enskilde behöver ska kunna ges under alla tider på dygnet samt krav på att det ska finnas tillgång till personal som dels kan bedöma när social eller medicinsk vård krävs, dels också kunna svara för att sådan ges.¹⁴

Kommunerna har relativt stor frihet att utforma och tillhandahålla de typ av boenden som är behövliga. Andra beteckningar för att bättre spegla inriktningen på äldreboendet förekommer i landets kommuner, t.ex. vård- och omsorgsboende eller demensboende.

I boendet ska det, utifrån den enskildes aktuella behov, finnas tillgång till personal dygnet runt som utan dröjsmål kan uppmärksamma om en boende behöver stöd och hjälp. Den boende ska ges det stöd och den hjälp som behövs till skydd för liv, personlig säkerhet eller hälsa (2 kap. 3 § socialtjänstförordningen [2001:937], SoF). Syftet med lydelsen ”utifrån den enskildes aktuella behov” är att tydliggöra att utgångspunkten är den enskildes medicinska och sociala behov. Kravet på tillgång till personal villkoras med andra ord utifrån den enskildes förutsättningar samt behov av stöd och hjälp. På så vis

¹³ Prop. 1990/91:14, s. 38 f.

¹⁴ Prop. 2005/06:115, s. 75.

undviks en reglering som innebär att alla äldreboenden på ett generellt och preciserat vis ska ha tillgång till personal dygnet runt med en viss personalstyrka.¹⁵

En plats på ett äldreboende hyrs vanligen ut till den enskilde med ett andrahandshyreskontrakt.

Platser för korttidsvård eller *korttidsboende* är en del av begreppet särskilda boendeformer för äldre och ingår därmed i den skyldighet kommunen har enligt 5 kap. 5 § SoL.¹⁶

4.2.3 Biståndsbedömt trygghetsboende

Kommunen får enligt 5 kap. 5 § tredje stycket SoL inrätta särskilda boendeformer för äldre människor som främst behöver stöd och hjälp i boendet och annan lättåtkomlig service och som därutöver har behov av att bryta oönskad isolering.

Insatsen betecknas också biståndsbedömt trygghetsboende och fördes in i SoL 2019.¹⁷ Insatsen syftar till att öka tryggheten för äldre personer som inte är trygga med att bo kvar i sitt ordinära boende. Målgruppen behöver inte vård och omsorg dygnet runt och det krävs inte heller enligt SoF (se 2 kap. 3 § SoF). Det stöd och den hjälp och service som den enskilde i denna boendeform kan behöva bör efter biståndsbedömning kunna erbjudas genom hemtjänstinsatser på samma sätt som vid hemtjänst i ordinärt boende. Insatsen syftar till att bryta isoleringen och öka tryggheten genom bl.a. gemensamma måltider och aktiviteter.¹⁸

4.2.4 Bostad med särskild service enligt SoL

Socialnämnden ska enligt 5 kap. 7 § SoL verka för att människor som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och att leva som andra, och ska medverka till att den enskilde får en meningsfull sysselsättning och får bo på ett sätt som är anpassat efter hans eller hennes behov av särskilt stöd. Kommunen ska inrätta bostäder med särskild service för dem som till följd av sådana svårigheter behöver ett sådant boende.

¹⁵ Förordningsmotiv Fm 2016:1, s. 2.

¹⁶ Se vidare prop. 2005/06:115, s. 80.

¹⁷ SFS 2018:1724 och prop. 2017/18:273.

¹⁸ Prop. 2017/18:273, s. 32 och s. 56.

Bestämmelsen motsvarar vad som gäller äldre och äldreboenden enligt 5 kap. 5 § andra stycket SoL. Kommunen åläggs vad gäller yngre personer att inrätta bostäder med särskild service, om de på grund av funktionsnedsättning eller av annat skäl inte har möjlighet att bo i ordinärt boende. Även inom ramen för denna boendeform kan korttidsvård eller korttidsboende erbjudas.

4.2.5 Enskild verksamhet enligt SoL

Bolag, föreningar, samfälligheter, stiftelser och enskilda individer som har tillstånd från Inspektionen för vård och omsorg, IVO, får yrkesmässigt bedriva sådan verksamhet som anges i uppräkningslistan i 7 kap. 1 SoL.

Punkt 2 avser verksamhet i form av boenden som motsvarar dem som avses i 5 kap. 5 § andra och tredje styckena eller 5 kap. 7 § tredje stycket SoL, dvs. det som i betänkandet benämns äldreboende, biståndsbedömt trygghetsboende och särskilt boende enligt SoL.

Punkt 3 avser verksamhet i form av hem för viss annan heldygnsvård. Med det begreppet (som IVO betecknar *korttidsboende* och beskriver som en typ av särskilt boende¹⁹) avses exempelvis korttidsvistelse för att avlasta anhöriga eller i samband med socialtjänstens utredning, rehabilitering, utslussning efter en tids sjukdom m.m.²⁰

Med att verksamheten är yrkesmässig avses att verksamheten bedrivs kontinuerligt och i förvärvssyfte.

4.2.6 LSS-boenden för barn och unga

Bestämmelsen i 9 § 8 LSS avser boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn eller ungdomar som behöver bo utanför föräldrahemmet.²¹

¹⁹ Inspektionen för vård och omsorg (2023-06-07). *Tillstånd för hem för viss annan heldygnsvård ("korttidsboende") (SoL)*.

²⁰ Prop. 1996/97:124, s. 144.

²¹ Efter att enskild har beslutats ha rätt till insatser enligt 9 § 8 LSS är det kommunen som beslutar hur insatsen ska verkställas, antingen som boende i familjehem eller som bostad med särskild service för barn eller ungdomar. Den enskilde kan överklaga kommunens beslut om utformningen av insatsen. I ett sådant mål kan domstolen dock enbart pröva om den enskilde genom insatsen tillförsäkras goda levnadsvillkor, och inte pröva vilken av de två boendeformerna den enskilde har rätt till. Motsvarande gäller insatser enligt 9 § 9 LSS (se HFD 2018 ref. 80 och RÅ 2010 ref. 91).

Familjehem

Med familjehem avses ett enskilt hem som på uppdrag av socialnämnden tar emot barn för stadigvarande vård och fostran och vars verksamhet inte bedrivs yrkesmässigt (2 § förordningen [1993:1090] om stöd och service till vissa funktionshindrade och 3 kap. 2 § SoF). Familjehem innebär att barnet bor hos en annan familj än den egna. Det är här fråga om en extrainsats i förhållande till SoL²². Samma krav som anges i SoL måste dock ställas på de familjehem som det är fråga om.

Bostad med särskild service för barn eller ungdomar

För vissa barn och ungdomar är bostad med särskild service en mer lämplig insats. Det är i första hand omvårdnadsbehovet som föranleder valet av denna boendeform. Det är ofta fråga om att tillgodose komplicerade omvårdnadsbehov.

För verksamheten ska det finnas den personal som behövs för att ett gott stöd och en god service och omvårdnad ska kunna ges (6 § andra stycket LSS). I insatserna ingår också omvårdnad, fritidsverksamhet och kulturella aktiviteter (9 e § LSS).

Det finns ingen nedre åldersgräns för insatsen bostad med särskild service för barn eller ungdomar. Bakgrunden är bl.a. att vissa barn har stora behov av kvalificerad, särskilt utbildad personal och teknisk utrustning. Barn och ungdomar i behov av bostad med särskild service bör i princip kunna vara i alla åldrar upp till dess att deras skolgång inom det allmänna skolväsendet för barn och ungdom upphör.²³

Det finns heller ingen övre åldersgräns för insatsen, men i ett allmänt råd till 23 § SOSFS 2012:6 anges att den som har avslutat sin gymnasieutbildning inte bör bo i en bostad med särskild service för barn eller ungdomar.

²² Bestämmelser om familjehem enligt SoL finns i lagens kapitel 6.

²³ Prop. 1992/93:159, s. 81.

Föreskrifter och allmänna råd

Socialstyrelsen har beslutat föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2012:6) om bostad med särskild service för barn eller ungdomar enligt LSS.

Bostaden med särskild service ska enligt föreskrifterna utformas så att varje barn och ungdom tillförsäkras en boendemiljö som är säker och trygg. Både inomhus- och utomhusmiljön ska enligt 4 § SOSFS 2012:6 vara anpassad efter barnens och ungdomarnas behov. Enligt allmänna råd till den bestämmelsen bör bostaden, för att undvika en institutionsliknande miljö, inrymmas i ett bostadshus i ett område avsett för bostäder, utformas och utrustas så hemligt som möjligt och inte samlokaliseras med någon verksamhet enligt LSS eller SoL.

Vid beslut om insatsen bostad med särskild service för barn eller ungdomar enligt LSS ska nämnden enligt 5 § SOSFS 2012:6 ta hänsyn till det barn eller den ungdom som på grund av sin funktionsnedsättning har svårt att ha många relationer och därför behöver bo med ett mycket begränsat antal personer. I allmänna råd till den bestämmelsen anges att i bostaden bör i regel två till fyra barn och ungdomar bo. I praxis finns dock exempel på verksamheter som har beviljats tillstånd med tolv platser.²⁴

Med hänvisning till 3 § förordningen om stöd och service till vissa funktionshindrade anges att den som förestår verksamheten ska ha en högskoleutbildning som är relevant för uppdraget, ha erfarenhet av liknande verksamhet och ha tillräcklig kunskap och kompetens för att leda den (16 och 17 §§ SOSFS 2012:6).

4.2.7 LSS-boenden för vuxna

Bestämmelsen i 9 § 9 LSS avser bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna. Insatsen ges i form av bostäder till personer i vuxen ålder som har behov av stöd, service eller omvårdnad som kan utformas på olika sätt.

Gruppbostad och *servicebostad* är de vanligaste formerna och betraktas båda som bostäder med särskild service.²⁵ I båda formerna ska det finnas en fast bemanning.

²⁴ HFD 2013 ref. 54.

²⁵ Förarbetena utesluter dock inte andra boendeformer inom ramen för bostad med särskild service.

Gruppboendestaden är tänkt att vara ett bostadsalternativ för personer som har ett så omfattande tillsyns- och omvårdnadsbehov att mer eller mindre kontinuerlig närvaro av personal är nödvändig. I gruppboendestaden ska det finnas erforderlig fast kollektiv bemanning som i huvudsak ska täcka de boendes hela stödbehov. Syftet med gruppboendet är att vuxna personer med funktionsnedsättning som inte klarar eget boende eller boende i servicebostad ändå ska ha möjlighet att flytta hemifrån och skapa sig ett eget hem.²⁶

Fram till mitten av 1980-talet utformades i regel gruppboendestäderna som kollektiva bostäder, där varje person hade ett eget rum. Från mitten av 1980-talet kom bostäderna i betydligt högre grad att utformas som fullvärdiga bostäder med alla funktioner, det vill säga rum med sovalkov, sanitetsutrymme och pentry/kök samt tillhörande gemensamhetsutrymmen.

En bostad enligt LSS ska alltid anpassas till mottagarens individuella behov. Huvudregeln är att bostäderna ska vara fullvärdiga men detta krav kan frångås efter önskemål från de boende. Kvalitetskravet i 7 § andra stycket LSS är avgörande vid bedömningen om tillstånd ska lämnas för att bedriva en bostad med särskild service.²⁷

En servicebostad är en bostadsform med visst fast basstöd genom anställd personal för boendet där omfattande service och vård kan ges dygnet runt. Servicebostaden kan vara placerad i ett servicehus eller i ett vanligt bostadshus.²⁸

Av 9 e § LSS följer att i insatsen bostad med särskild service enligt 9 § 9 ingår också omvårdnad, fritidsverksamhet och kulturella aktiviteter.

För verksamheten ska det finnas den personal som behövs för att ett gott stöd och en god service och omvårdnad ska kunna ges (6 § andra stycket LSS).

I annan särskilt anpassad bostad för vuxna ingår inte stöd av personal och inte heller omvårdnad, fritidsverksamhet och kulturella aktiviteter.²⁹ Om den enskilde behöver stöd och service i anslutning till boendet kan det ges inom ramen för andra insatser enligt LSS, t.ex. personlig assistans eller ledsagarservice.³⁰ Stöd kan även ges enligt SoL.

²⁶ Prop. 1992/93:159, s. 86 och 180.

²⁷ HFD 2011 ref. 47.

²⁸ Prop. 1992/93:159, s. 180.

²⁹ Prop. 1992/93:159, s. 180.

³⁰ Prop. 1992/93:159, s. 87.

Föreskrifter och allmänna råd

För bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 LSS gäller Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd, SOSFS 2002:9³¹.

Enligt föreskrifterna ska samtliga former av bostad med särskild service för vuxna ha en av huvudmannen särskilt utsedd person som förestår verksamheten (4 § SOSFS 2002:9). Vad som anses med lämplig utbildning för den som förestår verksamheten i en grupp-bostad anges i 5 § SOSFS 2002:9. För övriga bostäder finns allmänna råd i vilka det anges att samma utbildningskrav som för föreståndare av grupp-bostad bör gälla även föreståndare för andra bostäder.

Vad gäller bostädernas utformning, antal boende med mera finns enbart allmänna råd.

För samtliga boendeformer enligt 9 § 9 LSS gäller enligt de allmänna råden att bostaden, för att undvika en institutionell miljö, inte bör vara belägen i nära anslutning till en annan sådan bostad, eller andra bostäder som inte är ordinära, t.ex. korttidshem eller särskilda boendeformer för äldre. Som regel bör inte heller en bostad med särskild service för vuxna samlokaliseras med lokaler för daglig verksamhet.

Vad gäller antal boende anges i de allmänna råden att i en grupp-bostad bör i regel endast tre till fem personer bo. Ytterligare någon boende bör kunna accepteras men endast under förutsättning att samtliga personer som bor i grupp-bostaden tillförsäkras goda levnads-villkor. Så långt det är möjligt bör huvudmannen beakta de boendes önskemål och synpunkter när det gäller sammansättningen av den grupp som ska bo i grupp-bostaden. Grupp-bostadens gemensamhets-lokaler bör ligga i nära eller direkt anslutning till de enskilda lägen-heterna, vara lätta att nå, vara till för dem som bor i grupp-bostaden och tjänstgörande personal, och endast kunna nyttjas av andra på de boendes villkor.

För servicebostaden gäller enligt de allmänna råden att antalet boende i en servicebostad bör vara så begränsat att serviceboendet integreras i bostadsområdet och en institutionell boendemiljö undviks.

³¹ Föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2002:9) om bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.

4.2.8 Enskild verksamhet

Varje kommun ska enligt 2 § LSS svara för insatser enligt 9 § 8 och 9 LSS. En kommun kan dock enligt 17 § LSS med bibehållet ansvar för verksamheten sluta avtal med enskild person om att tillhandahålla sådana insatser. En enskild person som vill bedriva yrkesmässig verksamhet som avses i 9 § LSS behöver tillstånd av IVO enligt 23 § LSS och måste uppfylla de krav som anges i samma bestämmelse. Ytterligare bestämmelser om enskild verksamhet finns i 23 a–24 §§ LSS. Tillståndsplikten omfattar både fysiska och juridiska personer.

Familjehem är per definition verksamhet som inte bedrivs yrkesmässigt (3 kap. 2 § SoF och 2 § förordningen om stöd och service till vissa funktionshindrade) och omfattas således inte av tillståndsplikten.

4.2.9 Översiktligt om antalet bostäder och deras beskaffenhet

Bostäder för äldre personer

Av Boverkets bostadsmarknadsenkät för 2023, där 277 av 290 kommuner svarat, framkommer att det i dessa kommuner finns nästan 88 000 bostäder³² enligt 5 kap. 5 § SoL, exklusive korttidsplatser. Därutöver fanns cirka 6 300 korttidsplatser i 272 svarande kommuner. Det verkliga antalet är enligt Boverket högre. Enligt enkäten bedömer 140 kommuner att de har balans i utbudet av särskilda boendeformer. 109 kommuner, 26 fler än 2022 års enkät, uppger att de har underskott i antalet platser på särskilt boende. Detta är i nivå med situationen före pandemin.³³

Flertalet särskilda boenden är förhållandevis små, i genomsnitt 47 bostäder. En fastighet kan vara uppdelad på två eller fler separata enheter. Medianvärdet för enheter med egen ledning är 36 bostäder, med ett spann från 5 till 206 bostäder.³⁴

Biståndsbedömt trygghetsboende fanns enligt 2023 års bostadsmarknadsenkät i 29 kommuner. Ytterligare 44 kommuner som ännu inte inrättat boendeformen uppgav att det fanns ett behov.³⁵

Den klart vanligaste bostadstypen år 2021 för en boende i ett särskilt boende för äldre, var enligt Socialstyrelsens statistik, en lägen-

³² Bostäder används i enkäten synonymt med platser.

³³ Boverket. (2023-05-15). *Bostadsmarknadsenkäten 2023*.

³⁴ SOU 2020:80, s. 89.

³⁵ Boverket. (2023-05-15). *Lika stor brist på särskilda boenden som före pandemin*.

het på 1–1½ rum med wc och dusch/bad och med eller utan kokmöjlighet. Alla bostadstyper har dock inte samma standard. En mindre andel (490 lägenheter år 2021) saknade både kokmöjligheter, wc och dusch/bad. Det förekom också flerbäddsrum men det antalet har minskat avsevärt under de senaste åren. I statistiken för 2021 anges att 310 personer bosatta på äldreboenden (exklusive korttidsboende) delade bostad med annan än maka, make, samboende eller anhörig.³⁶

Framtida försörjning av bostäder för äldre

Socialstyrelsen fick 2019 regeringens uppdrag att bl.a. beskriva behovet av och tillgången till särskilda boendeformer för äldre.³⁷ I redovisningen av uppdraget (i januari 2021) konstaterar Socialstyrelsen att den demografiska utvecklingen indikerar ökade behov som ställer stora krav på kommunerna att tillhandahålla vård och omsorg. Det är dock enligt Socialstyrelsen svårt att göra en bedömning nationellt av hur många bostäder i särskilt boende och biståndsbedömt trygghetsboende som behövs i dag och framöver. Det beror bl.a. på att det saknas uppgifter på gruppnivå om behoven hos de personer som beslut om särskilt boende grundar sig på. Även om sådana uppgifter skulle vara tillgängliga väljer kommunerna olika strategier för hur de tillgodoser de behov som finns.³⁸

Bostäder för personer med funktionsnedsättning (SoL och LSS)

I Boverkets statistik används beteckningen bostäder för personer med funktionsnedsättning för både boende enligt LSS och bostad med särskild service enligt SoL. I 2023 års bostadsmarknadsenkät uppgav 262 kommuner att det finns drygt 27 700 bostäder/platser för personer med funktionsnedsättning. Eftersom vissa kommuner inte uppgett antalet bostäder är det faktiska antalet större än 27 700.

141 av 262 kommuner uppgav att det inte fanns tillräckligt med bostäder för personer med funktionsnedsättning, vilket var en ökning jämfört med pandemiåren. Pandemin innebar troligtvis att ett okänt antal personer med funktionsnedsättning lät bli att söka bostad. Det

³⁶ Socialstyrelsen. *Statistik om socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning efter regiform 2021* [Dataset].

³⁷ Regeringen, dnr S2019/03789/FST (delvis).

³⁸ Socialstyrelsen. (2021). *Behov av och tillgång till särskilda boendeformer för äldre*.

ökande underskottet på bostäder tyder enligt Boverket på att fler personer återigen söker de aktuella boendeformerna.

Gruppboendestäder var den typ av bostäder som flest kommuner uppgav brist på. Totalt uppgav 129 kommuner underskott på gruppboendestäder, medan 125 kommuner uppgav att de hade balans. Resultaten för 2023 är i nivå med de senaste fem åren.³⁹

Storleken på bostaden inom grupp- och serviceboendestäder enligt LSS varierar. Serviceboendestäder är generellt något större än gruppboendestäder. Lägenheterna varierar i storlek från 1 rum och kök till 3 rum och kök och i yta mellan 21 och 106 kvm. Det finns även enkelrum utan kök och badrum uppförda enligt gamla regler. Utöver den enskildes lägenhet finns gemensamma utrymmen som kök, vardagsrum, förråd, tvättstuga med mera.

Boendeformen *annan särskilt anpassad bostad för vuxna* är ovanlig jämfört med bostad med särskild service. I Boverkets bostadsmarknadsenkät för 2023 uppgav 157 av 276 svarande kommuner att man saknade särskilda anpassade bostäder för vuxna.⁴⁰

4.3 De boende inom SoL-boenden och LSS-boenden

I avsnitt 3.2 och 3.3 har översiktligt redogjorts för förutsättningarna för att beviljas insatser enligt SoL respektive LSS och hur insatser enligt de två olika lagarna förhåller sig till varandra. I detta avsnitt beskrivs sammansättningen av personer som bor i de olika boendeformerna enligt SoL eller LSS som omfattas av uppdraget. Avsnittet inleds med en beskrivning av gruppen äldre, dvs. inklusive de som bor i ordinärt boende.

4.3.1 Gruppen äldre

I dag är 534 000 personer 80 år eller äldre vilket förväntas öka till cirka 806 000 personer 2030.⁴¹ Bland personer som är 85 år eller äldre är det nästan 60 procent som har två eller fler kroniska sjukdomar. En kronisk sjukdom har ett långvarigt och ihållande förlopp eller är obotlig. Omhändertagandet av personer med multisjuklighet ställer

³⁹ Boverket. (2023-05-15). *Lika stor brist på särskilda boenden som före pandemin.*

⁴⁰ Boverket. (2023-05-15). *Lika stor brist på särskilda boenden som före pandemin.*

⁴¹ Socialstyrelsen. (2021). *Behov av och tillgång till särskilda boendeformer för äldre, s. 7.*

särskilda krav på vården och omsorgen. För dessa personer behövs ofta flera olika kontakter med vården och omsorgen och de har behov av långvariga relationer, med såväl olika professioner som vårdgivare och myndigheter (t.ex. olika specialister, allmänläkare, fysioterapeut, akutmottagning och hemtjänst). Detta är en utmaning då vården traditionellt är uppdelad efter olika discipliner och administreras av olika myndigheter.⁴²

Hälso- och sjukvårdsbehoven hos personer som får kommunal vård och omsorg är i dag ofta omfattande, eftersom de många gånger har flera sjukdomar samtidigt eller kroniska sjukdomar. Det gäller såväl de med hälso- och sjukvård i särskilt boende som de i ordinärt boende. Några av de vanligaste förekommande sjukdomarna hos äldre personer är diabetes, hjärt- och kärlsjukdomar, benskörhet, stroke, KOL, depression och demenssjukdomar.^{43 44}

Under 2021 hade drygt 388 000 personer insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården och av dessa var 318 000 personer 65 år eller äldre. Andelen som också hade bistånd i form av särskilt boende ökar med åldern, och i åldersgruppen över 95 år är runt 50 procent av alla med kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser också beviljade särskilt boende.⁴⁵

Vanliga orsaker till behov av omfattande stöd från socialtjänst och hälso- och sjukvård är att äldre personer drabbas av en stroke eller allvarlig fallolycka, vilket ofta medför omfattande behov av rehabilitering. Många äldre personer behöver även åtgärder för att förebygga och behandla trycksår, undernäring, fall, blåsdysfunktion och dålig munhälsa. Hörsel- och synförmåga påverkas också av åldrande.⁴⁶

Särskilt om demens

Demens är ett samlingsnamn för en rad symtom som orsakas av hjärnskador. Demens kan yttra sig på olika sätt, beroende på vilka delar av hjärnan som drabbats. Vanligen försämras minnet och förmågan att planera och genomföra vardagliga sysslor. Språk, tidsupp-

⁴² Kunskapsguiden. *Om multisjuklighet*.

⁴³ Kunskapsguiden. (2020-03-13). *Yrkesintroduktion för baspersonal inom äldreomsorgen – Hälsa*.

⁴⁴ Socialstyrelsen. (2019). *Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård – förstudie*.

⁴⁵ Socialstyrelsen. (2022-05-31). *Statistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser 2021* [Faktablad].

⁴⁶ Larsson, T. (2016). *Rätt stöd i rätt tid – en kartläggning av GR-kommunernas hälsofrämjande och förebyggande arbete för äldre och orsaker till varför äldre söker bistånd från äldreomsorg första gången*. FoU i Väst, s. 6; Socialstyrelsen. (2021). *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2021*, s. 412; Socialstyrelsen. (2020). *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2020*, s. 54 f.

fattning och orienteringsförmåga är andra kognitiva förmågor som påverkas negativt. Även oro, nedstämdhet och personlighets- eller beteendeförändringar kan tillhöra sjukdomsbilden. Symtomen leder till att personer med demenssjukdom har svårt att klara sin tillvaro utan stöd från andra.⁴⁷

Antalet personer med demenssjukdom i Sverige uppskattas till mellan 130 000 och 150 000. Varje år insjuknar 20 000–25 000 personer. Den vanligaste demenssjukdomen är Alzheimers sjukdom som står för cirka 60 procent av alla fall.⁴⁸

Risken att insjukna i demenssjukdom ökar med stigande ålder. Åtta procent av alla som är 65 år eller äldre och nästan hälften av alla som är 90 år eller äldre har en demenssjukdom. Antalet personer med demenssjukdom kommer att öka när det stora antalet personer som föddes på 1940-talet uppnår en hög ålder. Fram till år 2050 förväntas antalet personer med demenssjukdom nästan fördubblas, vilket innebär en stor framtida utmaning för samhället.⁴⁹

Majoriteten (59 procent) av personerna med demenssjukdom är kvinnor, vilket dels beror på att kvinnor lever längre än män, dels på att demenssjukdomar är vanligare bland kvinnor än män.⁵⁰ Cirka 20 000 av det totala antalet personer med demenssjukdom beräknas vara födda i ett annat land. Behovet av att utreda och ge vård och omsorg om personer som talar annat språk än svenska och som har demenssjukdom kommer att öka. Fram till 2036 förväntas det ske en fördubbling av antalet utrikesfödda som lider av en kognitiv sjukdom.⁵¹

Personer med demens kan bo i såväl SoL-boenden som LSS-boenden.

Beteendemässiga eller psykiska symtom vid demenssjukdom

Nio av tio personer med demenssjukdom uppvisar någon gång under sjukdomsförloppet någon form av beteendemässiga eller psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD). Symtomen kan vara affektiva,

⁴⁷ Svenskt Demenscentrum. (2021-12-07). *Vad är demens?*

⁴⁸ Socialstyrelsen. (2022). *En nationell strategi för demenssjukdom. Slutrapport 2022*; Socialstyrelsen. (2018). *Nationella riktlinjer – Utvärdering. Vård och omsorg vid demenssjukdom. Sammanfattning med förbättringsområden*, s. 11.

⁴⁹ Socialstyrelsen. (2018). *Nationella riktlinjer – Utvärdering. Vård och omsorg vid demenssjukdom. Sammanfattning med förbättringsområden*, s. 11; Socialstyrelsen. (2017). *En nationell strategi för demenssjukdom: underlag och förslag till prioriterade insatser till 2022*.

⁵⁰ Skr. 2017/18:280, s. 9.

⁵¹ Socialstyrelsen. (2017). *En nationell strategi för demenssjukdom: underlag och förslag till prioriterade insatser till 2022*, s. 71.

som depression och ångest, men också psykotiska, som hallucinationer och vanföreställningar. Det är också vanligt med hyperaktivitet som innebär att personen gör samma sak om och om igen, eller apati med initiativlöshet och tillbakadragenhet. Beteendemässiga symtom på BPSD innefattar bl.a. så kallat vandringbeteende – att den enskilde inte kommer till ro utan fortsätter att gå och gå.⁵²

Beteendemässiga symtom på BPSD kan inte behandlas på ett och samma sätt. Behandlingen inriktas i stället på att i varje enskilt fall åtgärda orsakerna eller de utlösande faktorerna till symtomen. Det kan vara behov som inte är tillgodosedda, kommunikationsproblem och svårigheter att tolka eller orientera sig i den omgivande miljön. Andra vanliga orsaker är brist på meningsfulla aktiviteter, smärta eller annan sjuklighet. En vanlig bakomliggande orsak är för hög läkemedelsdos eller en kombination av olämpliga läkemedel.⁵³

BPSD skapar ofta stor oro, både hos personen själv och omgivningen. Det gör att den som vårdar ställs inför besvärliga situationer där svåra avväganden måste göras. Användningen av tvång och begränsningar av rörelsefriheten i vård och omsorg har ofta sin grund i BPSD.⁵⁴

4.3.2 De boende på äldreboenden och i bostad med särskild service enligt SoL

Sedan Ädelreformen 1992 har de särskilda boendeformerna för äldre förbättrats och ersatts av nya bostäder lämpade för personer med mer eller mindre omfattande omvårdnadsbehov. En effekt av omstruktureringen är att boendena allt oftare kommit att organiseras i första hand för dem som har så omfattande behov att kvarboende i ordinärt boende framstår som olämpligt av säkerhetsskäl. De främsta anledningarna för att bevilja äldreboende i dag är att den enskilde har behov av vårdinsatser dygnet runt till följd av långvariga fysiska sjukdomar, har behov av tillsyn och annan hjälp dygnet runt till följd av demenssjukdom eller har behov av palliativ vård i livets slutskede.⁵⁵

Boverkets årliga bostadsmarknadsenkät är för närvarande den enda nationella datakällan till antalet bostäder i biståndsbedömda trygghets-

⁵² Svenskt Demenscentrum. (2020-01-14). *Beteendemässiga*.

⁵³ Socialstyrelsen. (2018). *Nationella riktlinjer – Utvärdering 2018. Vård och omsorg vid demenssjukdom 2018. Indikatorer och underlag för bedömningar*, s. 122.

⁵⁴ Svenskt Demenscentrum. (2015). *Nollvision. För en demensvård utan tvång och begränsningar*.

⁵⁵ Prop. 2017/18:273, s. 20 f.

boenden. Insatsen redovisas inte separat i Socialstyrelsens register över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, och uppgifter samlas inte heller in på annat sätt av Socialstyrelsen. Det finns således ingen nationell statistik över hur många personer i landet som bor i biståndsbedömt trygghetsboende.

I tabell 4.1 anges hur många som den 1 oktober 2021 bodde i äldreboenden och i bostad med särskild service. Korttidsplatserna är särredovisade.

Statistiken visar en ögonblicksbild baserat på ett levande register där kommunerna löpande rapporterar in nya data, med följd att det exakta antalet personer varierar. Syftet är att överskådligt visa hur många personer som berörs av utredningens direktiv. För det syftet är det exakta antalet av underordnad betydelse.

Tabell 4.1 Bosatta i särskilt boende och på korttidsplatser* per den 1 oktober 2021

| Insats | Totalt antal | I egna kommunens regi | I enskild vårdgivares regi | Annan kommun eller landsting** |
|--|--------------|-----------------------|----------------------------|--------------------------------|
| Särskilt boende 65 år och äldre | 83 722 | 65 697 | 17 391 | 632 |
| Korttidsplats för äldre | 5 732 | 5 213 | 461 | 56 |
| Totalt – 5 kap. 5 § andra stycket SoL | 89 454 | 70 910 | 17 852 | 688 |
| Särskilt boende 0–64 år med funktionsnedsättning | 3 999 | 3 095 | 738 | 160 |
| Korttidsplats 0–64 år med funktionsnedsättning | 655 | 380 | 240 | 34 |
| Totalt – 5 kap. 7 § tredje stycket SoL | 4 654 | 3 475 | 978 | 194 |

Källa: Socialstyrelsen – socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning efter regi-form 2021.

* Termerna i tabellen är Socialstyrelsens. *Särskilt boende 65 år och äldre* och *korttidsplats för äldre* motsvarar bistånd enligt 5 kap. 5 § andra stycket SoL, dvs. det som i betänkandet benämns äldreboende. *Särskilt boende 0–64 år med funktionsnedsättning* och *korttidsplats 0–64 år med funktionsnedsättning* motsvarar bistånd enligt 5 kap. 7 § tredje stycket SoL, dvs. det som i betänkandet benämns bostad med särskild service enligt SoL.

** Korttidsplatser kan drivas i landstingets regi men betalas då av beslutande kommun.

Majoriteten av de boende i särskilt boende för äldre är kvinnor. Andelen personer över 65 år som bor på särskilt boende minskade från 5,3 procent 2010 till 4 procent 2019.⁵⁶ Socialstyrelsen har bedömt att denna utveckling i sig inte behöver vara problematisk om det innebär att kommunerna erbjuder andra insatser som tillgodoser de vård- och omsorgsbehov som finns. Det är dock enligt myndigheten proble-

⁵⁶ Socialstyrelsen. (2021). *Behov av och tillgång till särskilda boendeformer för äldre*, s. 14.

matiskt att äldre personer får vänta allt längre på att få sitt beslut om särskilt boende verkställt och att vissa kommuner uppgett att de har brist på bostäder i särskilt boende i dag men även på längre sikt.⁵⁷

Efter en minskning under 2020 började inflyttningen på särskilt boende att öka igen under 2021. Ökningen fortsatte under första halvåret av 2022, men därefter dämpades inflyttningstakten.⁵⁸

Andelen av den äldre befolkningen som beviljas särskilt boende har successivt minskat sedan Ädelreformen 1992. År 1994 hade 24 procent av befolkningen som var 80 år och äldre ett särskilt boende. 25 år senare var andelen halverad, 12 procent. De personer som i dag flyttar in i ett särskilt boende har ett större vård- och omsorgsbehov än när fler beviljades plats.⁵⁹ Följden är att boendetiderna har minskat, det vill säga att de boende avlider kortare tid efter inflyttning.

Medianvistelsetid för alla personer 65 år och äldre på särskilt boende för äldre i riket är 25 månader. För personer med demenssjukdom är medianvistelsetiden 30 månader, och för personer utan demenssjukdom 21 månader. Ett halvår efter inflyttning har i genomsnitt 35 procent av dem som inte har demenssjukdom och 12 procent av dem som har demenssjukdom avlidit.^{60 61}

Uppskattningsvis har runt 70 procent av boende på särskilda boenden en kognitiv nedsättning. Nästan alla kommuner i landet har särskilda boenden som enbart riktar sig till personer med demenssjukdom, så kallade demensboenden.⁶²

Mer än hälften av de boende som bor enligt 5 kap. 7 § SoL (fjärde och femte raderna i tabell 4.1) är enligt Socialstyrelsens register 55 år eller äldre.⁶³

Utöver ålder, kön och typ av insats saknas det uppgifter om omsorgsmottagarna i den nationella statistiken. Det finns inte heller några rikstäckande uppgifter som baserar sig på biståndsbedömningen.

⁵⁷ Socialstyrelsen. (2021). *Behov av och tillgång till särskilda boendeformer för äldre*.

⁵⁸ Socialstyrelsen. (2023.) *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2023*, s. 25.

⁵⁹ SOU 2020:80, s. 87.

⁶⁰ Socialstyrelsen. (2022). *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2022*, s. 111.

⁶¹ Medianvårdtiderna är beräknade för personer som flyttade in på särskilt boende för äldre under åren 2015–2018. Socialstyrelsens definition av särskilt boende för äldre är ”boende som tillhandahåller bostäder eller platser för heldygnsvistelse tillsammans med insatser i form av vård och omsorg för äldre personer med behov av särskilt stöd.”

⁶² I en enkät som Socialstyrelsen genomförde våren 2017 uppgav 13 av 243 deltagande kommuner eller stadsdelar (5 procent) att de inte hade något demensboende (se Socialstyrelsen. (2018). *Nationella riktlinjer – Utvärdering 2018. Vård och omsorg vid demenssjukdom 2018. Indikatorer och underlag för bedömningar*, s. 84.)

⁶³ Socialstyrelsen. (2020). *Åtgärder inom socialtjänsten vid smittspridning av covid-19. Undersökning av behov av föreskrifter*.

Socialstyrelsen tog år 2018 för första gången fram en så kallad demenspopulation genom att samköra Socialstyrelsens hälsodataregister med relevanta kvalitetsregister. Totalt i riket var det fråga om drygt 94 000 personer. Vid utgången av 2016 hade 44 procent av de som ingick i demenspopulationen ett beslut om särskilt boende, med en variation mellan som lägst 36 procent (region Kalmar) och som högst 52 procent (region Örebro).⁶⁴

Stockholms stad genomförde 2017 en kartläggning som kan ge en viss ledning av vilka som omfattas av insatser enligt SoL, även om bilden inte är representativ för hela landet. Av kartläggningen framgår bl.a. att en majoritet var ensamstående oavsett omsorgsform, nästan 90 procent av kvinnorna och cirka 70 procent av männen. Av de som bodde i vård- och omsorgsboende⁶⁵ hade 60 procent omfattande behov av hjälp med den personliga omvårdnaden (bad/dusch, av-/påklädning, toalettbesök, förflyttning och födoing). Hälften av de som bodde i särskilt boende bedömdes ha svår eller mycket svår kognitiv nedsättning, vanligen svår demens. Knappt 40 procent av de som bodde i vård- och omsorgsboende bedömdes lida av svår eller mycket svår oro. Svår eller mycket svår nedstämdhet rapporterades för var fjärde som bodde i vård- och omsorgsboende.⁶⁶

Av den så kallade HALT-undersökningen för 2022 framgår att 65 procent av de som bodde i särskilt boende för äldre var desorienterade och 37 procent var rullstolsburna, vilket var samma resultat som HALT-undersökningen för 2021.⁶⁷

En studie av kommuner och stadsdelar i Göteborgsområdet visar att de som ansöker om äldreomsorg oftast har tämligen stora omvårdnadsbehov redan vid ansökningstillfället. Många har haft omfattande hjälp från anhöriga under flera år och hade utan det stödet behövt söka mer omfattande hjälp från kommunen, och fått hjälpen, betydligt tidigare. I ungefär hälften av de undersökta fallen var det

⁶⁴ Socialstyrelsen. (2018). *Nationella riktlinjer – Utvärdering 2018. Vård och omsorg vid demenssjukdom 2018. Indikatorer och underlag för bedömningar*, s. 84.

⁶⁵ I Stockholms stad delas särskilt boende in i vård- och omsorgsboende och servicehus.

⁶⁶ Lagergren, M. (2017). *StockholmsSNAC. Rapport från undersökning 2017 av behov och insatser inom äldreomsorgen i Stockholms stad*. (Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum rapport 2017:5.)

⁶⁷ Folkhälsomyndigheten. (2023). *Infektioner och antibiotika på särskilt boende – En sammanställning av resultat från Svenska HALT 2022*; Folkhälsomyndigheten. (2022). *Infektioner och antibiotika på särskilt boende – En sammanställning av resultat från Svenska HALT 2021*. HALT är en mätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning i särskilt boende. Alla landets särskilda boenden för äldre samt LSS-enheter erbjöds att delta. I mätningen inför rapporten för 2022 deltog 20 360 vårdtagare fördelade på 149 kommuner och 1 764 enheter. I 2021 års mätning deltog 16 877 vårdtagare på 1 460 enheter fördelade på 134 kommuner. Statistiken är inte detaljerat redovisad utifrån ålder och insatsform.

en akut händelse, exempelvis stroke eller allvarlig fallolycka med frakturer som följd, som gjorde att den äldre behövde söka stöd och då ofta omfattande sådant.⁶⁸

4.3.3 De boende i LSS-boenden

Medan insatser enligt SoL ålägger kommunerna att tillgodose behov som inte kan tillgodoses på annat sätt, för alla i kommunen, förutsätter LSS att den enskilde ”kvalificerar” sig genom tillhörighet till någon av personkretsarna i 1 § LSS (se avsnitt 3.3). Det handlar om personer med 1. utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd, 2. personer med betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder förorsakad av yttre våld eller kroppslig sjukdom, eller 3. personer med andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande, om de är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd eller service.

Med ”utvecklingsstörning” (punkt 1) avses en intellektuell funktionsnedsättning som beroende på grad och miljö utgör ett handikapp. Den sammanhänger med en under individens utvecklingsperiod (normalt åren före 16 års ålder) inträffad brist eller skada som i många fall är så betydande att personen behöver stöd och hjälp i sin livsföring genom olika insatser för att kunna ta del av samhällslivet. Med autism och autismliknande tillstånd avses sådana djupgående störningar i fråga om social förmåga, kommunikation och beteende som medför allvarligt funktionshinder i fråga om psykosocial och/eller pedagogisk anpassning.

Personer som erhållit ett begåvningshandikapp i vuxen ålder kan också omfattas av LSS (punkt 2). Det är fråga om personer som efter utvecklingsåren fått en hjärnskada och till följd av den ett betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder. Utlösande faktorer ska vara sjukdomar av kroppslig art såsom tumörer, hjärnblödningar och inflammationer eller skador som föranletts av yttre våld, t.ex. trafikskador. Även personer med demenssjukdom kan omfattas av

⁶⁸ Larsen, T. (2016). *Rätt stöd i rätt tid – en kartläggning av GR-kommunernas hälsofrämjande och förebyggande arbete för äldre och orsakerna till varför äldre söker bistånd från äldreomsorgen första gången*. Göteborg: FoU i Väst rapport 2016.

denna personkrets, dock inte personer med sjukdomar till följd av missbruk av beroendeframkallande medel.

Punkt 3 omfattar personer med andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande, om de är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd och service. I denna krets inbegrips barn, ungdomar och vuxna med långvariga habiliterings- och rehabiliteringsbehov som på grund av sitt funktionshinder har ett i flera avseenden likartat behov som de som omfattas av de två första punkterna. Orsaken till eller arten av funktionshinder eller den medicinska diagnosen är inte avgörande. Med betydande svårigheter i den dagliga livsföringen avses bl.a. att den enskilde inte på egen hand kan klara vardagsrutiner som toalettbestyr och hygien, påklädning, matning, kommunikation, förflyttning, sysselsättning och nödvändig träning och/eller behandling. I begreppet omfattande behov av stöd och service kan ligga både kvalitativa och kvantitativa aspekter. Det innebär att den enskilde i allmänhet har ett dagligt behov av långvarig eller upprepat stöd. Ibland kan det dock behövas återkommande insatser av så speciell art att de trots mindre tidsåtgång är att betrakta som omfattande. Äldre människor, varmed avses de som har fyllt 65 år, hos vilka åldrandet accentuerar svårigheter till följd av ett funktionshinder som uppkommit vid en sådan ålder att det uppenbart inte är åldersrelaterat och äldre personer som drabbats av ett omfattande funktionshinder utan samband med åldrandet kan ingå i personkretsen.⁶⁹

Personer som är bosatta i de LSS-boenden som omfattas av utredningens uppdrag är i genomsnitt yngre än brukarna inom boendeformerna enligt SoL. Det totala antalet boende inom LSS-boendena som omfattas av uppdraget är också avsevärt lägre än antalet boende inom de SoL-boenden som omfattas. I LSS-gruppen finns dock även äldre personer. Antalet äldre personer som har insatser enligt LSS ökar, bl.a. eftersom personer med Downs syndrom i dag lever längre än tidigare. Den vanligaste formen av LSS-insats för äldre personer är bostad med särskild service.

Av tabell 4.2 framgår hur många personer som bodde i de LSS-boenden som omfattas av utredningens uppdrag, den 1 oktober 2022, och vilken personkrets enligt 1 § LSS som personerna tillhörde. Upp-

⁶⁹ Lundgren, L. & Sunesson, P-A. (2023). *Nya sociallagarna. Med kommentarer i lydelsen den 1 januari 2023*. JUNO, version 36, kommentaren till 1 § LSS.

gifterna kommer från Socialstyrelsens register över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Som framgår är den klart vanligaste insatsen bostad med särskild service för vuxna och tillhörighet till personkrets 1. En större andel pojkar och män än flickor och kvinnor bor i dessa LSS-boenden. Det finns ingen nedre åldersgräns för bostad med särskild service för barn, men drygt 9 av 10 barn och ungdomar hade en beviljad insats i oktober 2022 var 13 år eller äldre.

På samma sätt som med tabell 4.1 utgör uppgifterna en ögonblicksbild som kan ändras när kommunerna rapporterar nya uppgifter. Det utredningen vill illustrera är den övergripande bilden av fördelningen per boendeform och personkretstillhörighet.

Tabell 4.2 Antal personer boende i bostad enligt 9 § 8 och 9 LSS* per den 1 oktober 2022

Boendeform, kön och tillhörighet till personkrets

| | Grupp 1 | Grupp 2 | Grupp 3 | Totalt |
|---|---------------|---------|-----------|---------------|
| Familjehem (9 § 8) | 41 | 0 | 0 | 41 |
| Fördelning pojkar/flickor | 26/15 | - | - | 26/15 |
| Bostad med särskild service, barn (9 § 8) | 798 | 1 | 9 | 808 |
| Fördelning pojkar/flickor | 498/300 | 1/0 | 6/3 | 505/303 |
| Bostad med särskild service, vuxna (9 § 9) | 26 623 | 691 | 1 951 | 29 265 |
| Fördelning män/kvinnor | 15 640/10 983 | 439/252 | 1 159/792 | 17 238/12 027 |
| Annan särskilt anpassad bostad, vuxna (9 § 9) | 440 | 42 | 150 | 632 |
| Fördelning män/kvinnor | 247/193 | 30/12 | 91/59 | 368/264 |

Källa: Socialstyrelsen – Statistik om insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade 2022.

* Statistiken motsvarar de definitioner som anges i 9 § 8 respektive 9 § 9 LSS. Observera att uppgifterna representerar en ögonblicksbild som hämtats från ett levande register. Uppgifterna ändras när kommunerna rapporterar in nya uppgifter.

Det totala antalet personer som bodde i boende enligt LSS i oktober 2022 uppgick till 30 746 personer (närmare 59 procent pojkar/män och drygt 41 procent flickor/kvinnor). Gruppen är alltså ungefär en tredjedel så stor som den grupp som bor inom äldreboenden och bostad med särskild service enligt SoL (se tabell 4.1).

Antalet personer som bor i ett LSS-boende för vuxna har ökat i en jämn takt det senaste decenniet från cirka 23 400 år 2010 till cirka

29 900 år 2022. Antalet boende i LSS-boende för barn och ungdomar har under samma period minskat från cirka 1 400 till 800.

Av HALT-undersökningen från 2022 framgår att 23 procent av brukarna var desorienterade, men resultaten ska tolkas med stor försiktighet eftersom de baseras på ett lågt antal personer från ett begränsat antal kommuner. Motsvarande andel för HALT 2021 var 15 procent och för och HALT 2020 var andelen 9 procent.⁷⁰

Av de 28 500 personer som den 1 oktober 2021 bodde i LSS-boenden fick drygt 82 procent (23 300 personer) insatser inom kommunal hälso- och sjukvård någon gång under 2021.⁷¹

4.4 Personalen på boendena

4.4.1 Allmänna råd om personalens kunskaper

I Socialstyrelsens allmänna råd (SOFDFS 2011:12) om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre finns rekommendationer om vilka grundläggande kunskaper personalen som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre minst bör ha. Råden gäller bl.a. den personal som i sin yrkesutövning ger äldre personer stöd och hjälp efter beslut enligt 4 kap. 1 och 2 §§ SoL i en särskilt inrättad boendeform som avses i 5 kap. 5 § andra stycket SoL (äldreboende). Där framgår bl.a. att personalen bör ha förmåga att kommunicera med anhöriga och med personer ur olika yrkesgrupper samt förstå, tala, läsa och skriva svenska. Vidare bör personalen ha kunskaper om hälso- och sjukvård, kunskap om basal hygien och om att förhindra smitta och smittspridning, samt förmåga att omsätta kunskapen i det praktiska arbetet.

Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2014:2) om kunskaper hos personal som ger stöd, service eller omsorg enligt SoL och LSS till personer med funktionsnedsättning omfattar bl.a. personal som i sin yrkesutövning ger personer med funktionsnedsättning stöd, service

⁷⁰ Folkhälsomyndigheten. (2023). *Infektioner och antibiotika på särskilt boende – En sammanställning av resultat från Svenska HALT 2022*; Folkhälsomyndigheten. (2022). *Infektioner och antibiotika på särskilt boende – En sammanställning av resultat från Svenska HALT 2021*; Folkhälsomyndigheten (2021). *Infektioner och antibiotika på särskilt boende – En sammanställning av resultat från Svenska HALT 2020*. I undersökningen för 2022 ingick 176 personer med boende enligt LSS. I rapporten för 2021 var motsvarande antal 113 personer och för 2020 var motsvarande antal 178 personer.

⁷¹ Socialstyrelsen. (2022-05-31). *Statistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser 2021* [Faktablad].

eller omsorg efter beslut enligt 4 kap. 1 och 2 §§ SoL om bostad med särskild service, enligt 9 § 8 LSS om bostad med särskild service för barn eller ungdomar som behöver bo utanför föräldrahemmet, och enligt 9 § 9 LSS om och bostad med särskild service för vuxna. I råden anges bl.a. vilka utbildningar som, om de genomförs med godkänt resultat, kan anses ge de kunskaper och förmågor som rekommenderas i de allmänna råden. Det anges också vilka kunskaper och förmågor som den personal som omfattas av råden som minst bör ha, bl.a. avseende regelverk, hälsa, kommunikation och personlig omsorg men även kunskap om att förhindra smitta och smittspridning.

4.5 Personal på äldreboenden

Den största personalgruppen på äldreboenden är omsorgspersonal. De flesta av dessa är undersköterskor, följt av vårdbiträden. Omsorgspersonalen sköter den dagliga omvårdnaden av de boende, vilket kan innefatta att hjälpa till med förflyttningar, på- och avklädning, hygien och måltider. Omsorgspersonalen hjälper också till med promenader, sociala aktiviteter, emotionellt stöd, städning och kontakter med anhöriga.⁷² Undersköterskor kan utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter efter instruktion och delegering om de har tillräcklig kompetens eller erfarenhet för det.⁷³

Sedan den 1 juli 2023 är undersköterska en skyddad yrkestitel, vilket innebär att endast den som har ett bevis om rätt att använda yrkestiteln undersköterska får använda titeln (4 kap. 5 a § PSL, 3 kap. 3 § tredje stycket SoL och 6 § tredje stycket LSS). Den som vid lagändringens ikraftträdande var tillsvidareanställd med yrkestiteln undersköterska får dock fortsätta att använda titeln under en tioårsperiod från ikraftträdandet. Grunden för att få en skyddad yrkestitel kommer att vara det nya utbildningsinnehållet i gymnasieskolans vård- och omsorgsprogram.⁷⁴

På äldreboenden arbetar även sjuksköterskor som bl.a. ansvarar för medicinska bedömningar, insatser och att ge stöd och handledning till omsorgspersonalen.⁷⁵ I snitt i landet har en sjuksköterska

⁷² Erlandsson, S., Ulmanen P. & Wittzell S. (2023). *Covid-19 på äldreboenden – personalens erfarenheter*. SNS Förlag, s. 24 f.

⁷³ SOU 2022:41, s. 177.

⁷⁴ Prop. 2020/21:175.

⁷⁵ Erlandsson, S., Ulmanen P. & Wittzell S. (2023). *Covid-19 på äldreboenden – personalens erfarenheter*. SNS Förlag, s. 24 f. s. 26.

hand om cirka 30 omsorgstagare på vardagar och mellan 100 och 150 på helgdagar.⁷⁶ Enligt en studie av äldreomsorgen genomförd av forskare på Stockholms universitet, har arbetstygden för personalen på äldreboenden ökat märkbart mellan år 2005 och 2015, vilket troligen hänger samman med att de som får plats på boende är betydligt sjukare än tidigare, utan att personaltäteten har ökat.⁷⁷ Så sent som 2019, dvs. året innan covid-19-pandemin, konstaterade Socialstyrelsen att det rådde brist på utbildad personal inom äldreomsorgen samtidigt som sjukfrånvaron bland framför allt undersköterskor var hög. Dessutom rapporterades svårigheter att behålla befintlig personal, rekrytera nya medarbetare, säkerställa kompetensutveckling och att använda kompetens på ett effektivt sätt.⁷⁸

Den närmaste chefen för den operativa verksamheten i äldreomsorgen, första linjens chef, har bl.a. ansvar för personal, budget, utveckling och arbetsmiljö. Den titel som vanligtvis används är enhetschef eller verksamhetschef. Denna chefsnivå kan beskrivas som en mellanposition där rollen som första linjens chef innebär att balansera olika intressen och viljor inom ramen för givna resurser för att dels säkerställa god kvalitet i verksamheten, dels leva upp till brukarnas, personalens samt de överordnades förväntningar. Rollen som första linjens chef har på grund av organisationsförändringar inneburit ett breddat uppdrag och ökad komplexitet, samtidigt som arbetsuppgifterna har blivit mer kvalificerade. När det gäller utbildningsnivå hade enligt Socialstyrelsens rapport år 2021 74 procent av första linjens chefer en eftergymnasial utbildning om tre år eller längre och 19 procent hade eftergymnasial utbildning kortare än tre år. De vanligaste utbildningarna för första linjens chefer var socionom- eller sociala omsorgsprogrammet (41 procent), följt av sjuksköterskeutbildning (25 procent) och därefter beteende-vetenskaplig utbildning (14 procent). Medelvärde för antalet anställda per första linjens chef var år 2021 50 anställda.⁷⁹

Som nämnts ovan har Socialstyrelsen allmänna råd med rekommendationer om vilken kompetens personal som arbetar med äldre personer respektive personer med funktionsnedsättning bör ha. Ett

⁷⁶ SOU 2020:80, s. 105.

⁷⁷ Szebehely, M., Stranz, A. & Strandell, R. (2017). *Vem ska arbeta i framtidens äldreomsorg?* Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet, s. 28.

⁷⁸ Socialstyrelsen. (2019). *Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2019*, s. 46 ff.

⁷⁹ Socialstyrelsen. (2021). *Förutsättningar och stöd för första linjens chefer. Kartläggning av första linjens chefer i äldreomsorgen*.

problem som återkommande har uppmärksammats, inte minst under pandemin, är dock att det finns utmaningar med kompetens och bemanning i äldreomsorgen. Det har länge funnits en brist på arbetsökande med vård- och omsorgsutbildning på gymnasienivå. En konsekvens av detta är bl.a. att befintlig personal får arbeta mer och att arbetsgivare sänker kraven på utbildning och erfarenhet, vilket i sin tur riskerar att försämra arbetsmiljö och försämra kvaliteten i vård och omsorg.⁸⁰

4.5.1 Personal på LSS-boenden

Inom funktionshinderområdet används flera olika yrkestitlar för att beskriva samma typ av anställningar; boendestödjare, behandlingsassistent, habiliteringsassistent, vårdbiträde och vårdare. Inom området finns också stödpedagoger, socialpedagoger, aktivitetspedagoger, omsorgspedagoger och habiliteringspedagoger. De senare yrkena kräver särskild utbildning.⁸¹ Enligt Socialstyrelsens rapport om kompetens i LSS-boenden från 2021 finns det ett stort behov av utbildning för personal som arbetar i LSS-bostäder eftersom endast 64 procent (bostad med särskild service för vuxna) respektive 38 procent (bostad med särskild service för barn eller ungdomar) av den tillsvidareanställda personalen har en utbildning inom vård och omsorg. Av den visstidsanställda personalen har endast 39 procent (bostad med särskild service för vuxna) respektive 28 procent (bostad med särskild service för barn eller ungdomar) en grundutbildning inom vård och omsorg. Färre än 8 procent av den tillsvidareanställda personalen inom samtliga typer av boende har utbildning från barn- och fritidsprogrammet.⁸²

I boendeformerna familjehem, bostad med särskild service för barn och ungdomar och bostad med särskild service för vuxna ingår omvårdnad. I de två senare boendeformerna ingår även fritidsverksamhet och kulturella aktiviteter. Begreppet omvårdnad innefattar bl.a. hjälp med hygien, att äta och klä sig, att förflytta sig och att klara personliga inköp. Den enskildes individuella, psykiska och fysiska

⁸⁰ Socialstyrelsen. (2020). *Åtgärder inom socialtjänsten vid smittspridning av covid-19. Undersökning av behov av föreskrifter*, s. 26.

⁸¹ Socialstyrelsen. (2021). *Kompetens i LSS-boenden*, s. 19 f.

⁸² Socialstyrelsen. (2021). *Kompetens i LSS-boenden*, s. 89 f.

behov ska kunna tillgodoses genom omvårdnaden.⁸³ Personalens roll i LSS-boenden är mångfasetterad och kan handla om att ge praktiskt stöd och service men även om att ge hjälp i att skapa ordning och struktur i tillvaron, förklara och ge stöd att hantera olika situationer och att göra världen begriplig och hanterbar. Enligt Socialstyrelsen finns det behov av att stärka personalens kompetens inom kommunikation och hjälpmedel för kommunikation, funktionsnedsättningar och dess konsekvenser, regelverket på socialtjänstens område inklusive LSS och dokumentation. Kompetensbrister kan bl.a. öka risken för tvångs- och begränsningsåtgärder. En aspekt av kvalitet inom dessa boenden är att ha en närvarande chef på plats, men ett hinder för detta är att verksamhetsföreståndare har ansvar för flera verksamheter. Cirka 20 procent av verksamhetscheferna för bostad med särskild service för barn eller ungdomar ansvarar för fyra eller fler verksamheter.⁸⁴

4.6 Regler av betydelse för smittskyddet inom vård och omsorg

I detta avsnitt redogörs för bestämmelser som gäller för och påverkar smittskyddsarbetet för verksamheten, de boende och personalen inom de boendeformer som omfattas av utredningens uppdrag. Det handlar om olika typer av författningar; direkta krav på att vidta smittskyddsåtgärder, kvalitetskrav vars uppfyllelse kan förutsätta att smittskyddsåtgärder vidtas och bestämmelser som ska leda till att smittrisker upptäcks. Avsnittet inbegriper även en genomgång av relevanta myndighetsföreskrifter på området, samtliga från Socialstyrelsen.

Kohortvård, vårdrelaterade infektioner och vårdhygien, ansvar för hälso- och sjukvård samt dokumentationsskyldighet, som också har betydelse för smittskyddet, behandlas därefter i egna avsnitt (4.6–4.10).

Framställningen omfattar däremot inte bestämmelser om sådan smittspridning som kan utgöra brott.

⁸³ Prop. 1992/93:159, s. 181 f.

⁸⁴ Socialstyrelsen. (2021). *Kompetens i LSS-boenden*, s. 88 ff.

4.6.1 Smittskyddsåtgärder enligt smittskyddslagen

Den enskildes ansvar

SmL omfattar hela samhällets smittskydd, inklusive samtliga de boendeformer som omfattas av utredningens uppdrag. Lagen innehåller bestämmelser om smittskyddsåtgärder som riktar sig till människor (1 kap. 1 § SmL). Med smittskyddsåtgärder avses åtgärder som syftar till att hindra spridningen av smittsamma sjukdomar. Vad som utgör smittskyddsåtgärder är inte definierat i SmL och således heller inte begränsat till att avse de åtgärder som är särskilt angivna i lagen. Det kan vara fråga om en mängd skilda åtgärder såsom läkarundersökning inklusive provtagning, behandling i syfte att minska smittsamhet, information till allmänheten om smittvägar och dylikt.⁸⁵ Smittskyddsåtgärder får vidtas för alla smittsamma sjukdomar som omfattas av lagen, men åtgärder som får vidtas med tvång är begränsat till allmänfarliga och samhällsfarliga sjukdomar.

För boende, anhöriga och personal inom omsorgen gäller den så kallade skyddsplikten i 2 kap. 1 § och 2 § första stycket SmL och, för den som vet att han eller hon bär på en allmänfarlig sjukdom, informationsplikt enligt 2 kap. 2 § andra stycket SmL. Vilka försiktighetsåtgärder som var och en ska vidta ska anpassas efter situationen och vilken smittsam sjukdom det är fråga om. Därutöver gäller skyldigheten att söka läkare vid misstanke om allmänfarlig sjukdom och delta i smittspårning efter förmåga (3 kap. 1 och 4 §§ SmL).

Förhållningsregler kan för den enskilde t.ex. innebära skyldighet att informera vårdgivare och sådana som utför icke-medicinska ingrepp om smittbärarskap (4 kap. 2 § 4 SmL). För personal kan ett beslut om förhållningsregler t.ex. innebära inskränkningar vad gäller arbete (4 kap. 2 § 1 SmL).

Även mer ingripande smittskyddsåtgärder – tvångsprovtagning, tillfällig isolering och isolering – kan självklart beslutas för boende, anhöriga och personal inom omsorgen under de förutsättningar som anges i SmL. Av de extraordinära smittskyddsåtgärderna är det i praktiken karantän och avspärning som alls kan aktualiseras i SoL- och LSS-boenden.

⁸⁵ Prop. 2003/04:30, s. 208.

Regionens ansvar

Som framgått av tidigare avsnitt ansvarar varje region för att behövliga smittskyddsåtgärder vidtas inom regionens område (1 kap. 8 § SmL).

Närmast de boende finns vårdpersonal och behandlande läkare som enligt 2 kap. 4 § SmL ska vara uppmärksamma på förekomsten av smittsamma sjukdomar och vidta de åtgärder som skäligen kan krävas från smittskyddssynpunkt. Behandlande läkare ansvarar därutöver bl.a. för anmälan, smittspårning, råd till enskilda och beslut om förhållningsregler (3 och 4 kap. SmL).

Kommuner får i dagsläget inte anställa läkare. För de uppgifter som gäller för behandlande läkare i SmL ansvarar således regionen som huvudman även på t.ex. äldreboenden.

Smittskyddsläkaren har ett samlat ansvar för smittskyddsarbetet inom regionen och ska planera, organisera och leda smittskyddet och verka för effektivitet, samordning och likformighet (6 kap. 1 § SmL). Smittskyddsläkaren får själv ansöka om eller besluta om vissa smittskyddsåtgärder, t.ex. tvångsprovtagning, karantän och tillfällig isolering (se avsnitt 3.1.3) men ska framför allt se till att andra vårdgivare och deras personal vidtar smittskyddsåtgärder. I uppgifterna ingår enligt 6 kap. 2 § SmL att

1. se till att allmänheten har tillgång till den information som behövs för att var och en ska kunna skydda sig mot smittsamma sjukdomar,
2. ge råd och anvisningar om smittskyddsåtgärder för grupper som är särskilt utsatta för smittrisk,
3. se till att förebyggande åtgärder vidtas,
4. stödja behandlande läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal samt andra som är verksamma inom smittskyddet i arbetet mot smittsamma sjukdomar och när det behövs ge råd om lämpliga åtgärder,
5. följa upp anmälningar om inträffade sjukdomsfall och se till att behövliga åtgärder vidtas för att finna smittkällan och personer som kan ha utsatts för smittrisk samt att ändamålsenliga råd och förhållningsregler ges till dem som kan ha smittats,

6. bevaka att de som bär på en smittsam sjukdom får det stöd eller den vård som påkallas av sjukdomen eller smittrisen,
7. följa att vårdgivare vidtar de åtgärder som krävs för att förebygga smittspridning, samt
8. fortlöpande följa smittskyddsläget i området.

Uppräkningen är inte avsedd att vara uttömmande. Av särskild relevans i detta sammanhang är punkterna 2, 4, 7 och 8.

Punkt 2 utgör ett komplement till den uppgift som enligt punkt 1 gäller gentemot allmänheten. Det är här fråga om att göra riktade insatser för grupper som löper särskild risk att smittas av viss sjukdom. Meningen är att smittskyddsläkaren ska verka mer tydligt och aktivt vad gäller dessa grupper och att smittskyddsläkarens åtgärder initieras av den allmänna epidemiologiska situationen. Det kan röra sig om uppmaningar både till riskgrupper och hälso- och sjukvårdspersonal.⁸⁶

I förarbetena till *punkt 4* anges bl.a. att det är viktigt att smittskyddsläkaren fungerar som ett stöd för hälso- och sjukvårdspersonal som i sitt dagliga arbete kommer i kontakt med smittsamma sjukdomar, inte minst personalen inom den kommunala hälso- och sjukvården. Stödet kan bl.a. ges som råd vid telefonförfrågningar eller skriftlig information, föreläsningar m.m.⁸⁷

Genom en lagändring 2006 klargjordes smittskyddsläkarens uppgifter beträffande vårdrelaterade sjukdomar. Bestämmelsen i *punkt 7* infördes samtidigt som den uttryckliga bestämmelsen om god hygienisk standard togs in i 5 kap. 1 § HSL (se vidare om vårdhygien i avsnitt 4.8.2 och om HSL i avsnitt 4.6.2). I smittskyddsläkarens ansvar enligt punkt 7 ingår att påtala för vårdgivaren vilka åtgärder som krävs för att förebygga smittspridning. Om åtgärder ändå inte vidtas kan smittskyddsläkaren anmäla detta till tillsynsmyndigheten enligt 6 kap. 5 § SmL.⁸⁸ Samtidigt infördes bestämmelsen i 6 kap. 7 a § SmL, enligt vilken smittskyddsläkaren är skyldig att skyndsamt underrätta vårdgivare om iakttagelser som är av betydelse för att förebygga smittspridning inom det verksamhetsområde som vårdgivaren ansvarar för. Tillägget avsåg att ge bättre möjlighet till dialog mellan

⁸⁶ Prop. 2003/04:30, s. 234.

⁸⁷ Prop. 2003/04:30, s. 234 f.

⁸⁸ Prop. 2005/06:50, s. 30 och 54.

smittskyddsläkaren och vårdgivare för att upptäcka och följa uppkomsten av aktuella sjukdomar, inte minst inom öppenvården och de särskilda boendeformerna samt inom hemsjukvården.⁸⁹

Punkt 8 avser smittskyddsläkarens ansvar att löpande hålla sig informerad om smittskyddssituationen inom sitt område. Uppgifter om smittskyddsläget kommer bl.a. från de anmälningar om inträffade sjukdomsfall som läkare har att göra enligt 2 kap. 5–7 §§ SmL. Om smittskyddsläkaren vid övervakningen uppmärksammar förhållanden som kräver smittskyddsåtgärder, ska han eller hon skyndsamt se till att sådana vidtas.⁹⁰

Smittskyddsläkaren har inga tillsynsuppgifter, men det övergripande ansvaret för smittskyddet inom regionen innefattar som nämnts bl.a. en möjlighet att vända sig till IVO om påtalade brister hos vårdgivare inte åtgärdas.

Behandlande läkare ansvarar för en rad smittskyddsåtgärder enligt SmL i den direkta patientkontakten, se avsnitt 3.1.3.

4.6.2 God vård och patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården

Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa (3 kap. 1 och 2 §§ HSL).

Hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en *god vård* uppfylls. För att uppfylla kravet på en god vård ska vården särskilt vara av *god kvalitet* med en *god hygienisk standard* (5 kap. 1 § p. 1 HSL).

Kvalitetsbegreppet avser kravet på främst vårdens medicinska innehåll i vid bemärkelse. Vård av god kvalitet ska tillgodose behovet av trygghet och säkerhet i medicinskt hänseende.⁹¹ Kravet på god kvalitet förutsätter enligt förarbetena även att vården ges i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.⁹² Detta framgår dock inte uttryckligen i HSL. Däremot finns i 6 kap. 1 § PSL ett krav på att hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, och enligt 1 kap.

⁸⁹ Prop. 2005/06:50, s. 31.

⁹⁰ Prop. 2003/04:30, s. 236.

⁹¹ Prop. 1981/82:97, s. 55 f.

⁹² Prop. 1981/82:97, s. 116.

7 § PL ska patienten ska få sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som är av god kvalitet och som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Syftet med kravet på god hygienisk standard är bl.a. att markera vikten av att samtliga vårdgivare så långt som möjligt ska förebygga och motverka förekomsten av vårdrelaterade sjukdomar, med vilket avses smittsamma sjukdomar som uppkommer i samband med vård, undersökning eller behandling inom hälso- och sjukvården. Det gäller oavsett vilken vårdgivare som svarar för vården, och oavsett om det är patienterna eller den vårdande personalen som drabbas. Tillgång till vårdhygienisk kompetens förutsätts.⁹³ Vårdgivarna är skyldiga att vidta samtliga de åtgärder som är nödvändiga för att uppfylla kravet. Utöver tillgång till vårdhygienisk kompetens krävs exempelvis att utrustning och lokaler som används i vården svarar mot behoven på en god vårdhygien samt att verksamheten är planerad och organiserad så att vårdrelaterade sjukdomar i största möjliga utsträckning kan förebyggas eller begränsas.^{94 95} Vårdhygien beskrivs utförligare i avsnitt 4.8 och i avsnitt 6.4 beskrivs de förslag som under utredningstiden lagts på området.

I 5 kap. 2 § HSL finns ett särskilt stadgande om att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas bl.a. den personal och de lokaler som behövs för att god vård ska kunna ges. Någon miniminivå som inte får underskridas för att lagkraven ska anses vara uppfyllda framgår inte av lagtext eller förarbeten, men av regleringen i HSL och PSL följer att det här primärt är uppgifter för sjukvårdshuvudmännen och vårdgivarna.⁹⁶

Enligt 5 kap. 4 § HSL ska kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Bestämmelsen har ett nära samband med kvalitetskraven i 5 kap. 1 § 1 och 5 kap. 2 § HSL och kan sägas syfta till att ytterligare betona vikten av att vårdgivare inom alla sektorer av hälso- och sjukvården verkligen uppfyller dessa kvalitetskrav. Sedan tillkomsten av PSL innebär bestämmelsen i 5 kap. 4 § HSL i huvudsak en dubbelreglering eftersom 3 kap. 1–10 §§ PSL

⁹³ Prop. 2005/06:50.

⁹⁴ Prop. 2005/06:50, s. 53.

⁹⁵ Krav på vårdlokaler och utrustning finns även i Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 2020:1) om arbetsplatsens utformning, för vissa vårdlokaler i 17 § AFS 2018:4 och personlig skyddsutrustning enligt AFS 2001:3. Krav på riskbedömning, uppföljning och utbildning finns i bl.a. 6 och 13 §§ i AFS 2018:4, se avsnitt 4.6.5 nedan.

⁹⁶ Johnsson, L-Å. (2021). *Hälso- och sjukvårdslagen* (11 uppl.). Norstedts Juridik, s. 129.

handlar om vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.⁹⁷

PSL syftar till att främja hög patientsäkerhet och gäller bl.a. i den kommunala hälso- och sjukvård som ges vid särskilda boenden.⁹⁸ Med patientsäkerhet avses skydd mot vårdskada. En vårdskada är 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. En allvarlig vårdskada är en vårdskada som är bestående och inte ringa, eller har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit (1 kap. 5 och 6 §§ PSL).

Vårdgivare är skyldiga att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete, vilket bl.a. innebär att kraven på god vård enligt HSL ska upprätthållas (3 kap. 1 § PSL). Vårdgivaren ska vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador. För åtgärder som inte kan vidtas omedelbart ska en tidsplan upprättas (3 kap. 2 § PSL). Vårdgivaren är skyldig att till IVO anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (*lex Maria*, 3 kap. 5 § PSL) och om det finns skälig anledning att befara att någon legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som är eller har varit verksam hos vårdgivaren kan utgöra en fara för patientsäkerheten (3 kap. 7 § PSL).

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:40) om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete finns kompletterande föreskrifter och allmänna råd till bestämmelserna i 3 kap. PSL. Föreskrifterna ska bl.a. tillämpas i verksamheter som omfattas av HSL. Föreskrifterna innehåller bl.a. bestämmelser om hur utredningen av vårdskador och händelser som hade kunnat medföra en vårdskada ska utredas (3 kap. nämnda föreskrift) och bestämmelser som ålägger vårdgivaren att fastställa rutiner som säkerställer att denne följer skyldigheten att utreda händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada, och anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till IVO. Vårdgivaren ska också fastställa rutiner som säkerställer att hälso- och sjukvårdspersonalen fullgör skyldigheten att rapportera såväl risker för vårdskador som händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada (6 kap. nämnda föreskrift).

⁹⁷ Johnsson, L-Å. (2021). *Hälso- och sjukvårdslagen* (11 uppl.). Norstedts Juridik, s. 141–142.

⁹⁸ Definitionerna av vårdgivare är likartade i PSL och HSL, se 1 kap. 3 § PSL och 2 kap. 3 § HSL.

Ytterligare bestämmelser finns i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Patientsäkerhetsregleringen är nära förknippad med arbetsmiljöregleringen som kort beskrivs i 4.6.5.

4.6.3 God kvalitet och undvikande av missförhållanden inom socialtjänstens område

Socialtjänstlagen

Insatser inom socialtjänsten ska enligt 3 kap. 3 § SoL vara av god kvalitet. För utförande av uppgifter inom socialtjänsten ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

I förarbetena anges att det är svårt att på ett entydigt sätt precisera vad som kan anses vara god kvalitet inom socialtjänstens olika verksamhetsområden. Kvalitet är ett svårfångat begrepp och vad som är god kvalitet låter sig inte fastställas på ett entydigt och objektivi sät t. Vad gäller äldreomsorgen enligt SoL finns det i förarbetena inga uttalanden om smittskydd i relation till begreppet god kvalitet.⁹⁹

Regleringen avseende personal i bestämmelsens andra stycke syftar till att framhålla hur viktigt det är att upprätthålla en hög kompetens och välja personer med lämplig bakgrund och personlighet för yrken inom socialtjänsten. Detta är enligt förarbetena av central betydelse för socialtjänstens möjligheter att erbjuda insatser av god kvalitet. Det ligger även i sakens natur att socialtjänsten med sina vitt skilda uppgifter behöver personal med skiftande utbildning och erfarenhet.¹⁰⁰

I allmänna råd (SOSFS 2007:17) om personalens kompetens vid handläggning och uppföljning av ärenden som avser äldre personer beskriver Socialstyrelsen bl.a. lämplig utbildning, kunskap och färdigheter för den som ska arbeta med att handlägga och följa upp ärenden som avser äldre personer. Liknande allmänna råd finns vad gäller personer med funktionshinder i Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2008:32) om personalens kompetens vid handläggning och

⁹⁹ Prop. 1996/97:124, s. 51 f. och 176. För en utförligare beskrivning och analys av begreppet kvalitet i SoL, se SOU 2020:47, särskilt kapitel 11–15.

¹⁰⁰ Prop. 1996/97:124, s. 48 och s. 51.

uppföljning av ärenden som avser personer med funktionshinder knyter an till 3 kap. 3 § andra stycket SoL.

Från och med den 1 juli 2023 är undersköterska en skyddad yrkestitel. För att få använda yrkestiteln undersköterska i verksamheter enligt SoL krävs en utbildning med inriktning mot vård och omsorg från gymnasieskolan eller kommunal vuxenutbildning, eller att motsvarande kompetens har förvärvats (4 kap. 5 a § PSL). Sedan tidigare finns likartade bestämmelser för legitimationsyrkena inom hälso- och sjukvården (4 kap. 1–5 §§ PSL).

Tillstånd till att bedriva enskild verksamhet enligt SoL, t.ex. ett särskilt boende, får beviljas endast om verksamheten uppfyller kraven på god kvalitet och säkerhet (7 kap. 1 och 2 §§ SoL).

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade

Verksamhet enligt LSS ska enligt 6 § LSS vara av god kvalitet, och kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Sedan den 1 juli 2023 gäller för undersköterskor motsvarande i LSS-verksamheter som gäller för SoL-verksamhet enligt ovan (6 § tredje stycket LSS).

Vad som utgör god kvalitet kan inte fastställas på ett entydigt och objektiva sätt. Vissa faktorer har emellertid avgörande betydelse för att verksamheten enligt LSS ska kunna sägas ha god kvalitet, exempelvis att det finns en överensstämmelse med de mål som gäller för verksamheten och att verksamheten uppfyller bestämmelserna i LSS. För att uppnå god kvalitet i verksamheten krävs att grundläggande rättigheter är tillgodosedda såsom rättssäkerhet, medinflytande för den enskilde och en lättillgänglig service. Att brukaren bemöts på ett bra sätt är väsentligt och generellt krävs också att personalen har lämplig utbildning och/eller erfarenhet. Andra faktorer som ger förutsättningar för en god kvalitet är bl.a. väl fungerande arbetsledning och ett genomtänkt arbetssätt.

Enligt 6 § andra stycket LSS ska det för verksamheten finnas den personal som behövs för att ett gott stöd och en god service och omvårdnad ska kunna ges. Något krav på att anställa personal av det ena

eller andra slaget ställs inte upp i lagen. Det ankommer på huvudmännen själva att organisera verksamheten på ett ändamålsenligt sätt.¹⁰¹

Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2014:2) om kunskaper hos personal som ger stöd, service eller omsorg enligt SoL och LSS till personer med funktionsnedsättning har beskrivits utförligare i avsnitt 4.4.1 ovan.

Ytterligare bestämmelser finns i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2008:32) om personalens kompetens vid handläggning och uppföljning av ärenden som avser personer med funktionshinder.

Lex Sarah inom SoL och LSS

För att undvika missförhållanden åläggs var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänsten att medverka till att den verksamhet som bedrivs och de insatser som genomförs är av god kvalitet (14 kap. 2 § SoL). Bestämmelsen kallas *lex Sarah* och fylls ut av föreskrifter från Socialstyrelsen.

I 24 a § LSS finns en bestämmelse som motsvarar *lex Sarah*-bestämmelsen i 14 kap. 2 § SoL. Var och en som fullgör uppgifter enligt LSS ska medverka till att den verksamhet som bedrivs och de insatser som genomförs är av god kvalitet. Skyldigheten gäller både i offentlig och i yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet enligt LSS.

Flera förutsättningar ska vara uppfyllda för att skyldighet att rapporteringsskyldighet enligt *lex Sarah* ska inträda.¹⁰² Om en smittorisk i en viss situation inom äldreomsorg eller LSS kan anses vara ett missförhållande enligt *lex Sarah* kommer att bedömas i det enskilda fallet. Det skulle dock kunna falla inom ramen för *lex Sarah*, exempelvis om det i verksamheten saknas hygienrutiner eller om verksamheten inte följer regler och rutiner för att minska risken för smittspridning.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:5) om *lex Sarah* innehåller kompletterande bestämmelser till de bestämmelser i SoL och LSS som avser skyldigheten att rapportera och utreda

¹⁰¹ Lundgren, L. & Sunesson, P.-A. (2023). *Nya sociallagarna. Med kommentarer i lydelsen den 1 januari 2023*. JUNO, version 36, kommentaren till 6 § LSS.

¹⁰² 14 kap. 3 § SoL, 24 b § LSS och 2 kap. 3 § SOSFS 2011:5; prop. 2009/10:131, s. 35 f.; Socialstyrelsen (2014). *Lex Sarah – Handbok för tillämpningen av bestämmelserna om lex Sarah*, s. 46 f.

samt avhjälpa och undanröja missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden, och anmälningsskyldigheten till IVO vid allvarliga missförhållanden eller påtagliga risker för allvarliga missförhållanden. Föreskrifterna innehåller bl.a. regler om vem som omfattas av rapporteringsskyldigheten, vad som ska anses som missförhållanden och rapporteras samt utredningsförfarandet.

4.6.4 Föreskrifter och allmänna råd

Socialstyrelsen har bemyndiganden att meddela föreskrifter på socialtjänst-, funktionshinder- och hälso- och sjukvårdsområdena. Bemyndigandena finns i SoF, förordningen om stöd och service till vissa funktionshindrade, patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) och förordningen (1985:796) med vissa bemyndiganden för Socialstyrelsen att meddela föreskrifter m.m.

I detta avsnitt ges en översikt av de föreskrifter och allmänna råd som direkt eller indirekt stärker smittskyddet i de verksamheter som omfattas av utredningens uppdrag, och som inte beskrivs i andra delar av betänkandet.

Föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Ovan har redogjorts för tre bestämmelser (5 kap. 4 § HSL, 3 kap. 3 § tredje stycket SoL och 6 § LSS) som innebär att kvaliteten i respektive verksamhet systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska tillämpas i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten bl.a. i sådan verksamhet som omfattas av nämnda bestämmelser. Föreskrifterna ska även tillämpas i det systematiska patientsäkerhetsarbete som vårdgivare ska bedriva enligt 3 kap. PSL. Föreskrifterna gäller för såväl vårdgivare som den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS och oavsett om verksamheten bedrivs i offentlig eller enskild regi.

Med ledningssystem avses ett system för att fastställa principer för ledning av verksamheten. Med kvalitet avses att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd

och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter (2 kap. 1 § nämnda föreskrift).

Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Den som bedriver verksamheten ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten (3 kap. 1–2 §§ nämnda föreskrift).

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska anpassa ledningssystemet till verksamhetens inriktning och omfattning och identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Därutöver ska den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS identifiera de processer där samverkan behövs för att säkra kvaliteten på de insatser som ges i verksamheten. Vårdgivaren har ett likartat ansvar att identifiera processer men i syfte att förebygga vårdskador (4 kap. 1–2, 5 och 6 §§ nämnda föreskrift).

I föreskrifterna finns också bestämmelser om systematiskt förbättringsarbete som bl.a. ställer krav på genomförande av riskanalyser, utövande av egenkontroll och utredning av avvikelser vad gäller kvaliteten (5 kap. 1–3 a §§ nämnda föreskrift).

Det systematiska kvalitetsarbetet beskrivs av Socialstyrelsen som ett viktigt verktyg för att synliggöra, förebygga och åtgärda förekomsten av tvångs- och begränsningsåtgärder i verksamheter som bedrivs med stöd av SoL och LSS.¹⁰³

Föreskrifter om basal hygien i vård och omsorg

Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2015:10) om basal hygien i vård och omsorg syftar till att hindra smittspridning. Föreskrifterna gäller bl.a. i verksamheter som omfattas av HSL. Föreskrifterna ska också tillämpas vid genomförande av insatser som har beviljats efter beslut enligt 4 kap. 1 eller 2 § SoL, om insatsen avser sådant boende som avses i 5 kap. 5 eller 7 § samma lag. Föreskrifterna ska även tillämpas i bostäder med särskild service enligt 9 § 8 eller 9 LSS.

Kraven på basal hygien omfattar bl.a. handhygien och användning av arbetskläder, skyddshandskar och skyddskläder. Kraven gäller

¹⁰³ Socialstyrelsen. (2016). *Att förebygga tvångs- och begränsningsåtgärder genom det systematiska kvalitetsarbetet*, s. 4.

verksamhet som innefattar arbetsmoment som innebär fysisk kontakt med patienter eller brukare, i situationer där det finns risk för överföring av smittämnen.

Föreskrifterna gällde tidigare enbart inom hälso- och sjukvården. Utvidgningen till att även omfatta bl.a. särskilda boenden enligt SoL och LSS syftade till att samma rutiner ska gälla, oavsett vilken verksamhet som utför ett vård- eller omsorgsmoment.¹⁰⁴

Föreskrifterna om basal hygien gäller alltså sådan skyddsutrustning som är till för vårdens kvalitet och patientsäkerhet, vilket är vårdgivarens ansvar. Föreskrifterna reglerar inte användningen av vad som betecknas personlig skyddsutrustning och avser att skydda den anställde.

Föreskrifter om smittförebyggande åtgärder i vissa verksamheter enligt SoL och LSS

Sedan den 1 november 2022 gäller Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2022:44) om smittförebyggande åtgärder i vissa verksamheter enligt SoL och LSS. Föreskrifterna utgår från Socialstyrelsens bedömning att de aktuella verksamheterna behöver förebygga och förhindra smitta och smittspridning för att kunna säkerställa en god kvalitet i insatserna. Det är t.ex. inte tillräckligt att enbart tillämpa de basala hygienkrav som anges i SOSFS 2015:10. Föreskrifterna förtydligar på vilket sätt verksamheterna behöver arbeta för att kunna förebygga och förhindra smitta och smittspridning i den egna verksamheten för att uppfylla kraven på god kvalitet.¹⁰⁵

Enligt 3 § nämnda föreskrift ska den som bedriver aktuell verksamhet fastställa rutiner för att förebygga och förhindra smitta och smittspridning i verksamheten. I ett allmänt råd har Socialstyrelsen utvecklat vad rutinerna bör avse. Det handlar bl.a. om vem som ansvarar för att olika smittförebyggande åtgärder vidtas i verksamheten, hur verksamheten kan samverka med hälso- och sjukvården, hur de smittförebyggande åtgärderna ska följas upp och hur personalen i verksamheten ska informeras om rutinerna. Av rutinerna bör det även framgå hur den som har beviljats en insats och dennes när-

¹⁰⁴ Socialstyrelsen. (2021). *Tillgång till vårdhygienisk kompetens. Vårdgivares behov av stöd i arbetet med att förebygga vårdrelaterade infektioner*, s. 10.

¹⁰⁵ Socialstyrelsen. (2022). *Nya regler om smittförebyggande åtgärder i vissa verksamheter inom äldre- och funktionshinderomsorgen* [Meddelandeblad].

stående kan få information om hur verksamheten arbetar för att förebygga och förhindra smitta och smittspridning.

I 5 § nämnda föreskrift görs en koppling till föreskriften om ledningssystem, se ovan. Bestämmelsen stadgar att den som bedriver verksamhet som en del av det fortlöpande arbetet med riskanalyser ska bedöma vilka risker för smitta och smittspridning som finns i verksamheten och vilka åtgärder som behöver vidtas för att förhindra smitta och smittspridning i verksamheten.

I 6 § nämnda föreskrift föreskrivs att den som bedriver verksamheten ska erbjuda personalen som genomför insatserna utbildning i att förebygga och förhindra smitta och smittspridning i verksamheten, och basal hygien med utgångspunkt från Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2015:10) om basal hygien i vård och omsorg. Syftet med utbildningen ska vara att personalen ska kunna omsätta kunskaperna i det praktiska arbetet. I ett allmänt råd till 6 § utvecklas vad utbildningen bör omfatta. Det handlar bl.a. om grundläggande kunskaper om smittvägar och hur dessa kan brytas, vilka risker för smittspridning som finns i verksamheten, vilka rutiner som finns i verksamheten för att förebygga och förhindra smitta och smittspridning, och praktiska moment som gäller t.ex. basal hygien.

Föreskrifter om katastrofmedicinsk beredskap

Som framgått i avsnitt 3.4.1 ska regionerna planera sin hälso- och sjukvård så att katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls (7 kap. 2 § HSL). Närmare bestämmelser finns i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22) om katastrofmedicinsk beredskap. I föreskrifterna definieras katastrofmedicinsk beredskap som ”beredskap att bedriva hälso- och sjukvård i syfte att minimera följderna vid allvarlig händelse”. Allvarlig händelse definieras i sin tur som ”händelse som är så omfattande eller allvarlig att resurserna måste organiseras, ledas och användas på särskilt sätt”. Föreskrifterna ställer bl.a. krav på regionernas förmåga och förmågebedömning vid allvarlig händelse och att varje region ska ta fram en katastrofmedicinsk beredskapsplan och vad som ska framgå i den (4 kap. och 5 kap. 3–4 §§ SOSFS 2013:22). Det finns också bestämmelser om hur regionerna ska planera vad gäller bl.a. bemanning, lokaler och

hälso- och sjukvårdens försörjning av medicinteknisk utrustning, förbrukningsmateriel och läkemedel (5 kap. 6–10 §§ SOSFS 2013:22).

4.6.5 Arbetsmiljölagen

Grundläggande bestämmelser om arbetsmiljö och arbetsgivarens ansvar finns i arbetsmiljölagen (1977:1160), AML, och arbetsmiljöförordningen (1977:1166). Lagens ändamål är att förebygga ohälsa och olycksfall i arbetet samt att även i övrigt uppnå en god arbetsmiljö (1 kap. 1 § AML). Arbetsgivare har ansvar för att systematiskt undersöka och förebygga arbetsmiljörisker. I detta ansvar ingår att vidta förebyggande organisatoriska och tekniska åtgärder och säkerställa att arbetstagarna har tillgång till den personliga skyddsutrustning som behövs.

Arbetsmiljön ska vara tillfredsställande med hänsyn till arbetets natur och den sociala och tekniska utvecklingen i samhället. Arbetet ska planläggas och anordnas så att det kan utföras i en sund och säker miljö och arbetslokalen ska vara utformad och inredd så att den är lämplig från arbetsmiljösynpunkt (2 kap. 1–3 §§ AML). Om betryggande skydd mot ohälsa inte kan nås på annat sätt ska personlig skyddsutrustning användas. Sådan utrustning ska tillhandahållas genom arbetsgivarens försorg (2 kap. 7 § AML). Av förarbetena följer att uttrycket skyddsutrustning avser ett vidsträckt område och att all utrustning och klädsel som fordras för att ett arbete ska kunna utföras utan risk för ohälsa eller olycksfall uppkommer bör hänföras till sådan utrustning.¹⁰⁶

I kapitel 3 i AML anges vad som åligger arbetsgivaren för att uppnå en god arbetsmiljö. I korthet ska arbetsgivaren vidta alla de åtgärder som behövs för att arbetstagare inte ska utsättas för ohälsa eller skador i arbetet. Arbetsgivaren ska systematiskt planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att arbetsmiljön uppfyller föreskrivna krav på en god arbetsmiljö. Arbets-skador ska utredas och riskerna i verksamheten ska fortlöpande undersökas av arbetsgivaren, för att denna ska vidta de åtgärder som föranleds av detta. Arbetsgivaren ska även se till att arbetstagaren får god kännedom om de risker som är förbundna med arbetet och att

¹⁰⁶ Prop. 1976/77:149, s. 238.

arbetstagaren har den utbildning som behövs och vet vad hen har att iaktta för att undgå riskerna.

Även arbetstagaren har ett ansvar för att medverka i arbetsmiljöarbetet och delta i genomförandet av de åtgärder som behövs för att åstadkomma en god arbetsmiljö. Arbetstagare ska följa givna föreskrifter och använda de skyddsanordningar och i övrigt iaktta den försiktighet som behövs.

Föreskrifter

Arbetsmiljöverkets föreskrifter och allmänna råd (AFS 2018:4) om smittrisker syftar till att förebygga risker för att arbetstagare blir infekterade av smittämnen, eller blir varaktiga bärare av smittämnen, på grund av sina arbetsuppgifter (1 §). När arbetstagare har arbetsmoment med smittrisk ska arbetsgivaren undersöka och riskbedöma arbetsförhållandena enligt vad som anges i 6 § nämnda föreskrifter. På arbetsställen där det finns smittrisk ska arbetsgivaren vidta åtgärder för att undvika att smittämnen sprids, och se till att antalet arbetstagare som riskerar att utsättas för smittämnen hålls så lågt som möjligt (7 § nämnda föreskrifter). En annan förebyggande åtgärd är att i arbeten med smittrisk ska arbetsgivaren se till att arbetstagare kan tvätta eller desinfektera händerna (9 § nämnda föreskrifter).

I verksamheter där man kan riskera att komma i kontakt med kroppsvätskor från människor ställs krav på bl.a. följande särskilda hygienåtgärder enligt 14 § nämnda föreskrifter:

- Händerna ska desinfekteras före rent och efter orent arbete samt efter att skyddshandskar har använts. Om det behövs ska händerna tvättas med tvål och vatten innan de desinfekteras.
- Händerna ska vara fria från smycken och liknade när handtvätt och handdesinfektion utförs.
- Personlig skyddsutrustning (t.ex. engångsskyddshandskar och visir) ska användas.
- Vid arbetsmoment som innebär risk för allvarlig luftburen smitta ska andningsskydd användas.

I föreskrifterna finns också regler om utbildning av arbetstagare (13 §) och tvätt av arbetskläder och skyddsutrustning (16 och 22 §).

I föreskrifterna klassificeras smittämnen i fyra riskklasser med utgångspunkt i deras förmåga att orsaka infektion och hur allvarliga följderna kan bli. För smittämnen i riskklass 3 och 4 uppställs ytterligare krav på skyddsåtgärder. Viruset SARS-CoV-2 som orsakar covid-19 klassades från och med den 6 april 2020 i riskklass 3. I augusti 2023 kvarstår denna klassning. Riskklass 3 omfattar smittämnen som kan orsaka allvarliga sjukdomar hos människor och kan utgöra en allvarlig fara för arbetstagare. Vid vård och omvårdnad av människor som är eller misstänks vara smittade med smittämne i riskklass 3 eller 4 gäller ytterligare skyddsåtgärder enligt 17 § nämnda föreskrifter, bl.a. avseende att arbetsområdet är avskilt från annan verksamhet i samma byggnad, tillträde för behöriga arbetstagare och filtrering av från- och tilluft.

I Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 2001:3) om användning av personlig skyddsutrustning finns vissa kompletterande bestämmelser om skyddsutrustning, främst avseende val och användning av skyddsutrustning samt underhåll och förvaring.¹⁰⁷

I Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 2020:1) om arbetsplatsens utformning finns krav som bl.a. gäller för vårdlokaler. Föreskrifterna gäller för alla typer av boenden som även är arbetsplatser och riktar sig till arbetsgivaren, men även till fastighetsägaren i vissa fall. Ett flertal paragrafer kan påverka hygien, rengöring och smittspridning. Syftet med föreskrifterna är att förebygga ohälsa och olycksfall samt att ge förutsättningar för en god arbetsmiljö (1 § nämnda föreskrifter). Arbetsplatser ska ha de lokaler och andra utrymmen som behövs med hänsyn till verksamheten, så att risken för ohälsa och olycksfall begränsas (22 § nämnda föreskrifter). Arbetsplatser ska vara utformade för att medge tillräcklig rörelsefrihet för arbetet (25 § nämnda föreskrifter). Vidare finns bestämmelser om luftkvalitet och ventilation (110 § och 111 § nämnda föreskrifter).

¹⁰⁷ Arbetsmiljöverket beslutade under pandemin om vissa undantag från kravet på CE-märkning av personlig skyddsutrustning, se vidare avsnitt 5.2.5.

4.7 Kohortvård

Kohortvård är ett arbetssätt som kan behöva användas i smittskyddsyfte inom vård eller omsorg vid sidan av t.ex. följsamhet till basala hygienrutiner och användning av personlig skyddsutrustning.¹⁰⁸ Det finns ingen legaldefinition av begreppet. I utredningens direktiv beskrivs att kohortvård ”innebär att en eller flera smittade vårdas avskilt av särskilt utsedd personal”.¹⁰⁹ Kohortvård kan innebära förändringar både för enskilda och åtgärder avseende personal och lokaler. Det finns inget stöd för tvångs- och begränsningsåtgärder vid bedrivande av kohortvård, se vidare avsnitt 4.1.

I ett kunskapsunderlag från Socialstyrelsen från 2006 beskrivs kohortvård som följande.

Med kohortvård avses att grupper av patienter vårdas fysiskt åtskilda och av olika personal under ett arbetspass, både dag och natt. Kohorterna måste definieras enligt exponering för smitta, inte enligt symtom eller mikrobiologiska fynd.¹¹⁰

I SKR:s Vårdhandboken beskrivs kohortvård i samband med virusorsakad gastroenterit, inklusive vinterkräksjuka:

Patienter som insjuknat och exponerade medpatienter bör vårdas dygnet runt av särskilt avdelad personal som inte deltar i vården av övriga patienter, ha ett eget hygienutrymme och vistas på rummet (kohortvårdas).¹¹¹

Generellt gällande en åtgärd som kohortvård kan valet av åtgärd ibland vara styrt av diagnos, ibland styrt av symtom.¹¹²

I avsnitt 5.4 beskrivs hur kohortvård användes under covid-19-pandemin.

¹⁰⁸ Socialstyrelsen. (2022-04-22). *Arbetsätt vid smittsamma infektionssjukdomar, såsom covid-19 hos personer med demenssjukdom i särskilda boendeformer för äldre – praktiska förslag om arbetsätt till personal och arbetsledning*, s. 2 f.

¹⁰⁹ Dir. 2021:68, s. 16; SOU 2020:80, s. 17.

¹¹⁰ Socialstyrelsen. (2006). *Att förebygga vårdrelaterade infektioner. Ett kunskapsunderlag*, s. 80.

¹¹¹ Vårdhandboken.se är ett kunskapsstöd för verksamheter inom vård och omsorg i landets kommuner och regioner. Vårdhandboken förvaltas av Inera på uppdrag av SKR.

¹¹² I nämnda kunskapsunderlag från Socialstyrelsen framgår bl.a.: ”Vissa länder har mycket detaljerade rekommendationer för olika isoleringsåtgärder, som tillämpas vid olika infektionsdiagnoser. För att ett diagnosstyrt system ska fungera krävs att diagnos misstänks/ställs tidigt, och att de symptomfria smittbärarna är få. I USA har man övergått från ett diagnosstyrt system till ett där patientens symtom avgör vilka skyddsåtgärder som ska tillämpas” (se Socialstyrelsen. (2006). *Att förebygga vårdrelaterade infektioner. Ett kunskapsunderlag*, s. 81).

4.7.1 Utmaningar med att bedriva kohortvård på LSS- och SoL-boenden

För att kunna bedriva kohortvård ställs krav på tillgång till ändamålsenliga lokaler, tillgång till personal och personal med rätt kompetens.

Lokalerna är dock ofta inte ändamålsenligt utformade. Förutsättningarna att bedriva kohortvård kan skilja sig åt mellan de särskilda boendena, inte minst när det gäller lokalerna. Vidare finns det skillnader i utformningen av äldreboenden respektive LSS-boenden. Boendena eftersträvar en hemlik miljö i form av egna lägenheter. Standard och utformning skiljer sig mycket åt exempelvis vad gäller tillgång till hygienutrymmen och möjligheten att dela av boendet för att separera olika boenden från varandra. Detta har exempelvis påtalats av Vårdföretagarna som efterfrågar en utfasning av äldreboenden som inte lever upp till en godtagbar standard exempelvis vad gäller tillgång till egen toalett och kokmöjligheter.¹¹³ Det kan också konstateras att det föreligger stora skillnader mellan särskilda boenden och sjukhus när det gäller förutsättningar att bedriva kohortvård och annat smittskyddsarbete.

Kohortvård är även personalkrävande. Att ha särskilt avdelad personal som arbetar med de som varit exponerade för smitta är en personalkrävande åtgärd, särskilt nattetid enligt Socialstyrelsen.¹¹⁴ Under en pandemi, eller t.ex. under en kraftig influensasäsong, tillkommer risken att personalbristen förstärks av hög sjukfrånvaro bland personalen.¹¹⁵ Till detta ska läggas att det finns ett generellt personalförsörjningsproblem inom både äldreomsorg och LSS.

Utöver personaltillgång måste personalen ha rätt kompetens när det gäller smittskyddsåtgärder. Coronakommissionen lyfter i sitt delbetänkande att det inom äldreomsorgen finns ett behov av högre bemanning, ökad kompetens och rimliga arbetsförhållanden.¹¹⁶ Kravet på kompetenshöjande åtgärder återfinns även i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om smittförebyggande åtgärder i vissa verksamheter enligt SoL och LSS (HSLF-FS 2022:44). Av 6 § nämnda föreskrift följer exempelvis att den som bedriver verksamheten ska erbjuda personalen som genomför insatserna utbildning i att före-

¹¹³ Vårdföretagarna. (2020). *Äldreomsorgen – den svaga länken i Sveriges coronastrategi?*, s. 44.

¹¹⁴ Socialstyrelsen. (2006). *Att förebygga vårdrelaterade infektioner. Ett kunskapsunderlag*, s. 80.

¹¹⁵ Socialstyrelsen. (2020). *Åtgärder inom socialtjänsten vid smittspridning av covid-19. Undersökning av behov av föreskrifter*, s. 44.

¹¹⁶ SOU 2022:80, s. 250 ff.

bygga och förhindra smitta och smittspridning i verksamheten och basal hygien.

4.8 Vårdrelaterade infektioner och vårdhygien

4.8.1 Vårdrelaterade infektioner

I Sverige uppskattas cirka 39 procent av alla skador i hälso- och sjukvården utgöras av vårdrelaterade infektioner (VRI). VRI orsakar lidande eller död för patienter, förlänger vårdtiden och fördyrar vården. En VRI som hade kunnat undvikas innebär en vårdskada enligt PSL. Uppskattningsvis kan 50 procent av VRI undvikas. Arbetet med att förebygga VRI är därför en helt central patientsäkerhetsfråga.^{117 118} Det preventiva arbetet syftar både till att förebygga uppkomsten av VRI och förhindra smittspridning. Av en rapport från SKR framgår att äldre personer är överrepresenterade vad gäller vårdskador i den somatiska slutenvården.¹¹⁹

Enligt WHO är nationell kapacitet och samordning av vårdhygien viktigt för ett effektivt vårdhygienarbete och för att bättre kunna hantera hälsohot såsom epidemier, pandemier och antibiotikaresistens.¹²⁰

4.8.2 Vårdhygien

Vårdhygien är ett samlingsnamn för ett praktiskt arbetssätt, som vilar på vetenskaplig grund, för att förebygga smittspridning och VRI inom vård och omsorg. I varje region finns en vårdhygienenhet med vårdhygienisk expertis och stödfunktioner såsom medicinteknik och mikrobiologi.

Vårdhygienarbetet kan sägas huvudsakligen grundas på 5 kap. 1 § 1 och 5 kap. 2 § HSL, 3 kap. 1 och 2 §§ PSL och 2 kap. 4 § SmL.¹²¹ Därtill finns föreskrifter från Socialstyrelsen bl.a. om basala hygienåtgärder och ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (se avsnitt 4.6.4). Folkhälsomyndigheten har uppgifter inom vårdhygien-

¹¹⁷ Socialstyrelsen. (2019-12-19). *Vårdrelaterade infektioner, VRI*.

¹¹⁸ Socialstyrelsen. (2021). *Tillgång till vårdhygienisk kompetens – Vårdgivares behov av stöd i arbetet med att förebygga vårdrelaterade infektioner*.

¹¹⁹ Sveriges kommuner och regioner. (2023). *Skador i somatisk vård 2013–2021*.

¹²⁰ World Health Organization. (2016). *Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level*.

¹²¹ Vårdhygien är även centralt inom tandvården.

området i sin instruktion.¹²² I *Vägledning för vårdhygieniskt arbete* visas hur vård och omsorg kan uppfylla befintliga författningskrav. Vägledningen riktar sig till huvudmän eller vårdgivare inom hälso- och sjukvård och till dem som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS som omfattas av styrande föreskrifter på det vårdhygieniska området.¹²³

Kravet på god vård i 5 kap. 1 § HSL inbegriper att verksamheten ska bedrivas med en god hygienisk standard. Vårdgivarna är skyldiga att vidta samtliga de åtgärder som är nödvändiga för att uppfylla kravet. Utöver tillgång till vårdhygienisk kompetens krävs exempelvis att utrustning och lokaler som används i vården svarar mot behoven av god vårdhygien samt att verksamheten är planerad och organiserad så att vårdrelaterade sjukdomar i största möjliga utsträckning kan förebyggas eller begränsas.¹²⁴

4.8.3 Organisation och tillgång till vårdhygienisk kompetens

Den vårdhygieniska verksamheten hanterar huvudsakligen hygienfrågor inom hälso- och sjukvård och omsorg. Arbetet består bl.a. av epidemiologisk övervakning för att upptäcka fall av smittspridning och infektionsutbrott, undervisning i basal hygien och rådgivning avseende städning, rengöring och desinfektion.

Vårdhygien är närliggande smittskydd. Strukturen för samverkan mellan regionernas smittskydd- och vårdhygienenheter skiljer sig åt mellan regionerna. I de tre storstadsregionerna är smittskydd och vårdhygien åtskilda organisatoriskt. I övriga regioner är det ungefär hälften som har en samorganiserad verksamhet och hälften som har separerade verksamheter. Oavsett organisationsform finns det vårdhygienisk expertis såsom hygienläkare och hygiensjuksköterskor i varje region.¹²⁵

I Socialstyrelsens uppföljning av det vårdhygieniska arbetet 2021 framkom att det i 18 av 21 regioner fanns tillgång till vårdhygienisk expertis för alla regionala hälso- och sjukvårdsverksamheter. I tio regioner hade även de kommunala vårdgivarna fri tillgång till vård-

¹²² 21 § förordning (2021:248) med instruktion för Folkhälsomyndigheten.

¹²³ Vägledningen är framtagen inom Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård där Sveriges regioner samverkar.

¹²⁴ Prop. 2005/06:50, s. 53.

¹²⁵ Socialstyrelsen. (2022). *Smittskyddsensheternas och smittskyddsläkarnas förutsättningar och kapacitet – Översyn och förslag till utveckling*, s. 32.

hygienisk expertis. I övriga elva regioner var kommunerna tvungna att genom avtal eller annan överenskommelse betala för att få tillgång till vårdhygien. Flera aktörer påpekade att detta betalningsförfarande utgör ett incitament för kommunerna att kostnadsfritt i stället vända sig för konsultation av vårdhygieniska frågor till regionens smittskydd.¹²⁶

I avsnitt 6.4 redogörs för de förslag som på det området lagts fram i spåren av covid-19-pandemin.

4.9 Ansvar för hälso- och sjukvård

Kommunen ska enligt 12 kap. 1 § HSL erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som efter beslut av kommunen bor i en sådan boendeform eller bostad som avses i 5 kap. 5 § andra stycket, 5 kap. 7 § tredje stycket eller motsvarande tillståndspliktig boendeform eller bostad som avses i 7 kap. 1 § första stycket 2 SoL. I förarbetena till LSS uttalas att insatsen bostad med särskild service för vuxna enligt LSS också är sådana bostäder som avses i 5 kap. 7 § SoL och att kommunerna därför har ett hälso- och sjukvårdsansvar för personer som bor i en bostad med särskild service (båda vuxna och barn).¹²⁷

Annan särskilt anpassad bostad är inte att anse som en bostad med särskild service och därmed omfattas brukarna i denna boendeform av regionens hälso- och sjukvårdsansvar. Detsamma gäller underåriga som bor i familjehem (8 kap. 1 och 6 §§ HSL).

Skyldigheten enligt 12 kap. 1 § HSL omfattar inte heller personer som bor i biståndsbedömt trygghetsboende enligt 5 kap. 5 § tredje stycket SoL och de som vistas i hem för viss annan heldygnsvård enligt 7 kap. 1 § 3 SoL. I biståndsbedömt trygghetsboende får kommunen dock erbjuda hemsjukvård om det finns en överenskommelse om det med regionen (12 kap. 1 och 2 §§ och 14 kap. 1 § HSL).

Kommunens ansvar gäller inte hälso- och sjukvård som ges av läkare. Sådan vård ansvarar regionen för. Regionen får inte heller överlåta ansvaret till en kommun. Detta innebär i princip ett hinder för kommunerna att anställa egna läkare i äldreomsorgen (se 12 kap. 3 och 14 kap. 1 §§ HSL samt 2 kap. 2 § kommunallagen [2017:725]). Regionen ska avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda

¹²⁶ Socialstyrelsen. (2022). *Smittskyddsensheternas och smittskyddsläkarnas förutsättningar och kapacitet – Översyn och förslag till utveckling*.

¹²⁷ Prop. 1992/93:159, s. 182.

ska kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård i de boendeformer som anges i 12 kap. 1 § HSL och i förekommande fall hemsjukvård i biståndsbedömt trygghetsboende. Omfattningen och formerna för läkarmedverkan inom den kommunala hälso- och sjukvården ska avtalas mellan regionen och kommunerna. Om regionen inte uppfyller sina skyldigheter enligt avtalet att tillhandahålla läkare, har kommunen rätt att på egen hand anlita läkare och få ersättning för sina kostnader för det från regionen (16 kap. 1 § HSL).¹²⁸

För att samverkan mellan huvudmännen ska fungera och brukarna tillförsäkras hälso- och sjukvård på samma villkor som andra i samhället, finns regler om samverkan i bl.a. 16 kap. HSL.

Regioner och kommuner får med bibehållet huvudmannaskap sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som regionen eller kommunen ansvarar för. Av avtalet ska framgå de särskilda villkor som gäller för överlämnandet (15 kap. 1 § HSL). Ett avtal om t.ex. tillhandhållande av viss vård medför inte att huvudmannaskapet för vården övergår till den vårdgivare som anlitas. Regionen eller kommunen har alltså kvar ett övergripande ansvar för att dess medlemmar får en god vård, vilket bl.a. kan säkerställas genom tillräckliga och relevanta krav i avtalen med de externa utförarna.¹²⁹ När en kommun eller en region har anlitat en privat vårdgivare ingår det i ansvaret som huvudman att kontrollera och följa upp verksamheten (10 kap. 8 § kommunallagen).

4.9.1 Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

Inom det verksamhetsområde som kommunen bestämmer ska det finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska (11 kap. 4 § HSL). Denna funktion brukar betecknas MAS. Om ett verksamhetsområde i huvudsak omfattar rehabilitering får en fysioterapeut eller arbetsterapeut (MAR) fullgöra de uppgifter som åligger en medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Ett verksamhetsområde kan vara geografiskt, dvs. omfatta en del av kommunen eller en viss vårdinrättning, och innehåller då i regel både sociala och medicinska uppgifter. Det kan också vara en viss

¹²⁸ Se vidare avsnitt 6.8 om förslag och utredningar på detta område.

¹²⁹ Prop. 2016/17:43, s. 115 och 146.

uppgift, t.ex. att svara för en viss avgränsad verksamhet vid kommunens olika boendeformer.

MAS/MAR-funktionen tillkom när kommunerna fick ansvar för hälso- och sjukvård som tidigare åvilat regionerna. Lagstiftaren ansåg då att vissa arbetsuppgifter måste utföras av en medicinskt sakkunnig person med sådan utbildning och erfarenhet att det finns rimliga möjligheter att utföra dem på ett patientsäkert sätt. Det ansågs därför nödvändigt att skapa garantier för att dessa uppgifter alltid ska ligga på en person med tillräcklig kompetens.

Enligt 4 kap. 6 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), HSF, ska MAS eller MAR bl.a. ansvara för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde och att patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om.

Inom den kommunala hälso- och sjukvården är det MAS som ska utföra sådana uppgifter som inom annan hälso- och sjukvård ska utföras av verksamhetschefen enligt 2 kap. 3 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården.

Utöver de författningsreglerade uppgifterna är det vårdgivaren som bestämmer vilka arbetsuppgifter som MAS eller MAR har.¹³⁰

4.10 Dokumentationskyldighet

Grundläggande bestämmelser om dokumentationskyldighet på socialtjänstens område finns i 11 kap. 5–6 §§ SoL och 21 a–b §§ LSS. Handläggning av ärenden som rör enskilda samt genomförande av beslut om stödinsatser, vård och behandling ska dokumenteras. Dokumentationen ska utvisa beslut och åtgärder som vidtas i ärendet samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse.

¹³⁰ I förslaget till äldreomsorgslag (SOU 2022:41) föreslås MAS-funktionen att utmönstras. Utredningen föreslår en reglerad ledningsstruktur i syfte stötta huvudman och vårdgivare i efterlevnaden av det lagstadgade ansvaret. I kommunen föreslås det finnas en ledningsansvarig för kommunens primärvård. I regionen ska det enligt förslaget finnas en ledningsansvarig för planering och samordning av hälso- och sjukvårdsinsatser i kommunens primärvård. På vårdgivarnivån införs enligt förslaget funktionerna kvalitetsansvarig för omvårdnad samt kvalitetsansvarig för rehabilitering, som ska tillsättas om inte verksamhetschefen besitter nödvändig kompetens inom dessa områden.

Enligt 14 kap. 6 § SoL och 24 e § LSS ska ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande dokumenteras, utredas och avhjälpas eller undanröjas utan dröjsmål.

Att tvång har använts i en situation är att betrakta både som en faktisk omständighet och en händelse av betydelse och omfattas därmed av nämnda bestämmelser och ska dokumenteras.

Kompletterande bestämmelser på omsorgsområdet finns i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5) om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS.

Inom den kommunala hälso- och sjukvården gäller skyldighet att föra patientjournal enligt bestämmelserna i 3 kap. patientdatalagen (2008:355), PDL. Av 3 kap. 6 § PDL framgår att en patientjournal ska innehålla bl.a. väsentliga uppgifter om vidtagna åtgärder. Likaså ska den information som patienten har fått dokumenteras, liksom de ställningstaganden som gjorts i fråga om val av behandlingsalternativ. Även ställningstaganden att inte vidta någon åtgärd är viktiga att dokumentera inför uppföljningar av vården. Användning av tvång i en akut situation ska också dokumenteras vid hälso- och sjukvård.

Kompletterande bestämmelser finns i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården.

5 Erfarenheter från covid-19-pandemin

I detta kapitel redogörs översiktligt för covid-19-pandemins spridning, dess påverkan på äldreboenden, LSS-boenden och vilka åtgärder som vidtogs. Huvudsakligt fokus ligger på pandemins tidiga faser. Framställningen avser inte att vara heltäckande.

Det är vid det här laget välkänt att de boende inom äldreomsorgen drabbades mycket hårt av pandemin, med omfattande sjuk- och dödstal och isolering från anhöriga. I särskilda boendeformer för äldre rådde under långa perioder besöksförbud.

De boende inom LSS-boenden drabbades också hårdare av smittan än befolkningen i övrigt men drabbades också i hög grad av inskränkningar av t.ex. daglig verksamhet, besöksrestriktioner och social isolering.

Sett till antalet avlidna var de särskilda boendeformerna för äldre avsevärt värre drabbade än LSS-boenden, framför allt till följd av det starka sambandet mellan hög ålder och risk att dö av covid-19.

Brist på skyddsutrustning under pandemins början, de fysiska förutsättningarna i boendena, låg personaltäthet och personalens ibland bristande kompetens är faktorer som i olika utsträckning tros ha bidragit till smittspridningen inom omsorgen. Det finns vittnesmål om att enskilda med kognitiva funktionshinder under pandemin utgjort en risk både för att smitta medboenden och utmaningar för personalen i ett redan pressat läge. Under vissa perioder innebar de höga sjuktalet och frånvaron bland personalen ytterligare utmaningar.

I de hemlika miljöer som boende enligt SoL eller LSS oftast är hade smittan fler sätt att ta sig in jämfört med t.ex. sjukhusmiljöer. Utöver smittspridning mellan personal och boende kunde smittan ta sig in t.ex. i samband med att boende gjorde ärenden utanför sin bostad, när nya boende flyttade in, när anhöriga besökte boende eller när fast eller tillfällig personal tog med sig smitta utifrån till arbets-

platsen.¹ Covid-19 kunde därtill spridas både presymptomatiskt (före symtomdebut hos den smittade) och asymtomatiskt (utan att den smittade upplevde symtom).

Coronakommissionen har bedömt att det var den allmänna smittspridningen i samhället som primärt orsakade den stora smittspridningen på särskilda boenden. För att i en framtida pandemi begränsa den allmänna smittspridningen krävs åtgärder på andra områden än de som ryms inom denna utrednings direktiv. Under utredningsarbetet har många av de brister inom äldreomsorgen som Coronakommissionen uppmärksammar som välkända, på nytt bekräftats av de aktörer utredningen samverkat med. Se också delbetänkandet (som sammanfattas i avsnitt 2.2) där utredningen resonerar om behovet av individinriktade åtgärder i relation till behovet av samhällsinriktade åtgärder under t.ex. pandemier.

5.1 Bakgrund

Den 31 december 2019 informerades Världshälsoorganisationen (WHO) i Kina om flera fall av lunginflammation av okänd orsak i staden Wuhan. I början på januari 2020 konstaterades att det rörde sig om ett nytt coronavirus. Den 13 januari 2020 rapporterade Thailand ett fall av viruset och de följande dagarna rapporterade fler länder bekräftade fall.² De första upptäckterna av fall i Europa rapporterades av Frankrike den 21 januari 2020. Den 24 januari rapporterade WHO att ny epidemiologisk information tydde på att viruset kunde spridas mellan människor.³ Den 30 januari 2020 deklarerade WHO att utbrottet av covid-19 utgjorde ett internationellt hot mot människors hälsa (*public health emergency of international concern, PHEIC*).

Den 31 januari konstaterades det första fallet i Sverige och samma dag hemställde Folkhälsomyndigheten till regeringen att covid-19 skulle klassas som en allmänfarlig och samhällsfarlig sjukdom, vilket regeringen beslutade om dagen därpå. Det dröjde till slutet på februari innan ytterligare fall konstaterades i Sverige. Redan vid denna tid-

¹ Folkhälsomyndigheten. (2020). *Åtgärder för att minska risken för smittspridning av covid-19 från personal till äldre omsorgstagare och patienter*.

² World Health Organization. (2020-01-21). *Novel Coronavirus (2019-nCoV): situation report, 1*.

³ World Health Organization. (2020-01-24). *Novel Coronavirus (2019-nCoV): situation report, 4*; Folkhälsomyndigheten. *När hände vad under pandemin?*

punkt hade Chinese Center for Disease Control framhållit att äldre och personer med underliggande sjukdomar löpte ökad risk att bli svårt sjuka av viruset.⁴

Den 10 mars rapporterade Folkhälsomyndigheten tecken på att covid-19 börjat spridas i Region Stockholm och i Västra Götalandsregionen. Samma dag bedömde Folkhälsomyndigheten att risken för samhällsspridning i Sverige var mycket hög och uppmanade alla med symtom på luftvägsinfektion att stanna hemma. En särskild uppmaning att stanna hemma vid symtom riktades till personal inom äldreomsorgen och anhöriga rekommenderades att undvika onödiga besök på sjukhus och äldreboenden. Dagen därpå, den 11 mars, klassificerade WHO utbrottet som en pandemi. Sjukdomen fanns då i 114 länder, antalet bekräftade fall översteg 120 000 personer och omkring 4 000 dödsfall hade rapporterats globalt.⁵

Viruset som orsakar covid-19 (SARS-CoV-2) var redan i sin ursprungliga variant mycket smittsamt. Därtill var mottagligheten i befolkningen från början närmast total och ingen hade immunitet till följd av genomgången infektion.

I juni 2020 beslutade regeringen att tillsätta en kommitté i form av en kommission med uppdrag att utvärdera regeringens, förvaltningsmyndigheternas, regionernas och kommunernas hantering av pandemin – Coronakommissionen. Coronakommissionen lämnade tre betänkanden varav det första särskilt fokuserade på äldreomsorgen. Enligt kommissionen står det klart att ambitionen att skydda de äldre i Sverige var riktig men att strategin misslyckades.⁶

I de särskilda boendeformerna för äldre fanns under pandemin flera omständigheter som bidrog till att öka risken för smittspridning: boendeförhållanden med förhållandevis stora gemensamhetsytor, det omfattande omsorgsbehovet med många nära kontakter, brist på skyddsutrustning och de kognitiva svårigheterna hos en del av de boende. Utöver den ofta höga individuella risken för allvarlig sjukdom eller död (på grund av ålder och samsjuklighet) fanns det för många av de boende också en risk för att smittas av vårdpersonal eller medboende som inte hade förmåga att följa instruktioner om att hålla avstånd med mera.

⁴ SOU 2020:80, s. 34.

⁵ Folkhälsomyndigheten. *När hände vad under pandemin?*

⁶ SOU 2020:80, s. 245.

Även vissa personer med insatser enligt LSS tillhörde en riskgrupp med högre risk för svårt sjukdomsförlopp vid covid-19. Den höga smittspridningen inom LSS-boendena kan bero på ett omfattande omvårdnadsbehov vilket medför nära kontakt med personal, men också på svårigheter att förstå och följa rekommendationer kring smittskydd.

Från den 1 februari 2020 då covid-19 klassades som en allmänfarlig och samhällsfarlig sjukdom till att klassificeringen upphörde den 1 april 2022 kan fyra större smittvågor identifieras i Sverige; en första våg mars till juni 2020 med en topp i april sett till intensivvårdade och avlidna, en andra våg omkring november 2020 till januari 2021 med en topp i december för bekräftade fall och avlidna, en tredje våg från mars till april 2021 med en topp i april för bekräftade fall samt en fjärde våg från december 2021 till februari 2022 med en topp för antal bekräftade fall i januari.⁷ Vaccinationerna mot covid-19 påbörjades i Sverige i slutet på december 2020. I februari 2023 var 88,1 procent av alla över 18 år vaccinerade med minst en dos.⁸

I Sverige vidtogs åtgärder utan historisk motsvarighet under framför allt 2020 och 2021. Ny lagstiftning togs fram och befintliga myndiganden utnyttjades av regeringen och myndigheter för att besluta en rad nya förordningar och föreskrifter. Besök i särskilda boendeformer förbjöds (se en detaljerad genomgång i avsnitt 5.2). Långtgående förbud mot inresor i landet infördes och villkorades senare med intyg avseende färskt negativt test, vaccination eller antikroppar avseende covid-19.⁹ Allmänna sammankomster och offentliga tillställningar, serveringsställen och i stort sett alla andra platser dit allmänheten har tillträde såsom kollektivtrafik, butiker, idrottsanläggningar och bibliotek omfattades under olika perioder av regleringar och rekommendationer i syfte att minska smittspridningen.¹⁰ Universitet och högskolor övergick till stor del till att bedriva utbildning på distans. På landets gymnasieskolor och sedermera även högstudier genomfördes undervisningen periodvis och i olika utsträck-

⁷ Erlandsson, S., Ulmanen P. & Wittzell S. (2023). *Covid-19 på äldreboenden – personalens erfarenheter*. SNS Förlag, s. 28 f.

⁸ Folkhälsomyndigheten. *När hände vad under pandemin?*; Folkhälsomyndigheten. *Statistik för vaccination mot covid-19*.

⁹ Se förordning (2020:127) om tillfälligt inreseförbud till Sverige och förordning (2020:1258) om tillfälligt inreseförbud vid resor från EES-stater och några andra stater till Sverige.

¹⁰ Se bl.a. förordning (2020:114) om förbud mot att hålla allmänna sammankomster och offentliga tillställningar, lagen (2020:526) om tillfälliga smittskyddsåtgärder på serveringsställen och lagen (2021:4) om särskilda begränsningar för att förhindra spridning av sjukdomen covid-19.

ning på distans.¹¹ I stort sett alla restriktioner togs bort i februari 2022. I januari 2023 infördes dock krav på intyg på ett negativt covid-19-test för inresande från Kina, i samband med att landet hastigt lättat på sina ditills mycket långtgående och långvariga restriktioner. Intygskravet upphörde den 19 februari 2023.¹² WHO förklarade den 5 maj 2023 att covid-19 inte längre utgör ett internationellt hot mot människors hälsa.

Fram till den 9 augusti 2023 hade det globalt rapporterats 769 369 823 bekräftade fall av covid-19 till WHO, varav 6 954 336 dödsfall.¹³ De faktiska antalen är dock högre eftersom övervakning och provtagning varierar över tid och mellan olika länder.

5.1.1 Särskilt utsatta för covid-19

Tidigt i pandemin konstaterades att äldre personer och personer med underliggande sjukdomar löpte större risk att drabbas hårt av sjukdomen. Ålder har varit den enskilt starkaste riskfaktorn för allvarligt sjukdomsförlopp vid covid-19. Detta har inneburit att bl.a. personer på äldreboenden varit särskilt utsatta. Smittan kom dessutom in tidigt på vissa boenden.

Första och andra veckan i mars 2020 observerade Region Stockholm enstaka fall av covid-19 på vissa av regionens äldreboenden. Strax därefter bekräftade även Västra Götalands smittskyddsmyndighet att covid-19 fanns på regionens äldreboenden.¹⁴ Stockholms län stod under första halvåret 2020 för en oproportionerligt stor andel av landets totala covid-19-relaterade dödsfall. Dödligheten inom äldreboenden var än mer ojämnt fördelad än dödligheten i befolkningen i stort. I mitten av juni 2020 hade 7,0 procent av de äldre i region Stockholm avlidit med covid-19 jämfört med 2,2 procent i resten av landet.¹⁵

De boenden som fick in covid-19 tidigt under den första vågen saknade ofta möjlighet att förbereda sig, medan de som inte fick in

¹¹ Se bl.a. 29 kap. 29 § skollagen (2010:800), lagen (2020:148) om tillfällig stängning av verksamheter på skolområdet vid extraordinära händelser i fredstid och förordningen (2020:115) om utbildning i vissa skolformer i skolväsendet vid spridning av viss smitta.

¹² Förordning (2023:2) om tillfälliga inreserestriktioner vid resor från Kina till Sverige.

¹³ World Health Organization. *WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard*.

¹⁴ SOU 2020:80, s. 36.

¹⁵ Szebehely, M. (2020). *The impact of COVID-19 on long-term care in Sweden*. International Long Term Care Policy Network.

smittan tidigt kunde följa utvecklingen och dra lärdomar därifrån.¹⁶ Det finns dock ingen offentlig statistik på smittspridning eller dödlighet per enskilt äldreboende. Smittan var ojämnt fördelad inom landet och mellan boendena.

Fram till och med den 31 oktober 2020 hade hälften av alla som avlidit med covid-19 i Sverige varit folkbokförda i Stockholm och Västra Götaland. Med hänsyn till befolkningens storlek var Stockholm, Södermanland och Dalarna de mest drabbade regionerna, med drygt 100 avlidna per 100 000 invånare i Stockholm, drygt 90 i Södermanland och nästan 80 i Dalarna.¹⁷

LSS-boendena drabbades liksom övriga samhället av pandemin. Det finns dock enligt Socialstyrelsen, som refererar till WHO, flera bidragande orsaker till att personer med funktionsnedsättning löper större risk att smittas med covid-19 än många andra.

- Hinder för att genomföra grundläggande hygienåtgärder, t.ex. handtvätt på grund av t.ex. svåråtkomliga handfat eller fysiska svårigheter.
- Svårigheter att praktisera fysisk distans på grund av omfattande stödbehov.
- Behov av att röra vid saker för att kunna orientera sig i närmiljön.
- Begränsad åtkomst till information, t.ex. på grund av att information inte finns i anpassade format.

Spridningen av covid-19 inom landets LSS-boenden är inte lika undersökt som spridningen inom äldreboendena. Som redan framgått är målgruppen för LSS-bostäder mer disparat än målgruppen för särskilda boendeformer för äldre. Det gör det svårare att dra generella slutsatser om LSS-målgruppen. Den statistik som redogörs för i detta avsnitt måste således betraktas i det ljuset. Uppgifterna om smittade och avlidna med covid-19 bland personer med insatser enligt LSS ska dessutom tolkas med viss försiktighet även av det skälet att det handlar om en relativt liten grupp.

Vad gäller befolkningen i stort hade Socialstyrelsen under pandemin regeringens uppdrag att identifiera vilka grupper i åldern 18–67 år som löper störst risk att drabbas av särskilt allvarligt sjukdoms-

¹⁶ Inspektionen för vård och omsorg. (2020). *Tillsyn för minskad smittspridning av covid-19 – särskilda boenden för äldre*.

¹⁷ SOU 2020:80, s. 41.

förlopp om de blir sjuka i covid-19. De 18 grupperna, varav sex tillkom under 2021 jämfört med 2020¹⁸, är 1. cancersjukdom med pågående eller nyligen avslutad behandling, med undantag för hormonell adjuvant behandling, 2. hjärt-kärlsjukdom, t.ex. svår hjärtsvikt, pulmonell arteriell hypertention, kronisk tromboembolisk pulmonell hypertention, komplicerad medfödd hjärtsjukdom och klaffsjukdom med uttalad påverkan på hjärtfunktionen, 3. hypertoni, 4. diabetes med komplikationer i minst ett organsystem, 5. kraftigt nedsatt njurfunktion (CDK stadium 4 och 5), 6. kronisk leversjukdom med cirrhosutveckling eller leverförfettning, 7. diagnosen fetma och body mass index (BMI) 40 eller däröver, 8. neurologisk eller neuromuskulär sjukdom eller skada med påverkan på andningsfunktionen, 9. binjurebarkssvikt, 10. genomgången transplantation med fortgående immunmodulerande behandling, 11. immunbristtillstånd t.ex. vid svår kombinerad immunbrist (SCID), sicklecellsanemi, hiv med låg CD4-nivå, långtidsbehandling med kortison eller andra läkemedel i dos som kan öka infektionskänsligheten och kraftigt nedsatt allmäntillstånd såsom t.ex. vid extrem undervikt, 12. intellektuell funktionsnedsättning, 13. kronisk lungsjukdom med väsentligt minskad lungkapacitet, 14. graviditet från graviditetsvecka 20 + 0 dagar med anledning av ökad risk för prematur förlossning och allvarlig sjukdom hos kvinnan 15. Trisomi 21 (Downs syndrom), 16. schizofreni eller bipolär sjukdom, 17. cerebrovaskulär sjukdom (stroke) och 18. Ovanligt hälsotillstånd där den enskildas tillstånd och symtombild ökar risken för allvarligt sjukdomsförlopp vid covid-19.¹⁹

Äldre och personer med samsjuklighet drabbades hårt

Enligt Socialstyrelsens statistik hade totalt 19 399 personer registrerats som avlidna i covid-19 enligt dödsorsaksintyg inkomna fram till den 7 augusti 2023. 89 procent av dessa, 17 275 personer, var 70 år eller äldre. 7 702 av de avlidna bodde i särskilt boende²⁰ och drygt 89 pro-

¹⁸ Socialstyrelsen. (2021). *Slutredovisning av regeringsuppdrag om risk för särskilt allvarlig sjukdomsutveckling vid covid-19*.

¹⁹ Socialstyrelsen. (2021-04-28). *Uppdrag att löpande se över och vid behov uppdatera sammanställningen över de identifierade grupperna som löper störst risk att drabbas av särskilt allvarlig sjukdomsutveckling vid insjuknande i covid-19*.

²⁰ I statistiken definieras särskilt boende som "individuellt behovsprövat boende i form av särskilda boendeformer för service och omvårdnad som kommunerna, enligt 5 kap. 5 § eller 7 § socialtjänstlagen, ska inrätta för äldre och personer med funktionsnedsättning som behöver särskilt stöd".

cent av dessa (6 863 personer) avled också på det särskilda boendet. 5 304 av de som avlidit hade hemtjänst.²¹

En absolut majoritet av de som dog i covid-19 på särskilda boenden för äldre²² dog under april och maj 2020, med en topp vecka 16 på närmare 400 avlidna.²³

Även personer med samsjuklighet har drabbats hårt av pandemin. Av 19 399 avlidna personer hade 11 342 personer (58,5 procent) två, tre eller samtliga av de fyra diagnoserna hjärt- och kärlsjukdom, högt blodtryck, diabetes och lungsjukdom. I åldersgruppen 85–89 år hade 2 627 av 4 178 avlidna (62,9 procent) två eller fler av diagnoserna.²⁴

Under år 2020 och den första halvan av 2021 var covid-19 den tredje vanligaste dödsorsaken i Sverige. På grund av många dödsfall bland äldre i covid-19 minskade medellivslängden 2020.²⁵

Tillgången till vaccin mot covid-19 och den relativt höga vaccinationstäckningen har kraftigt förbättrat situationen i Sverige, i synnerhet för personer med ökad risk för allvarlig sjukdom och död i covid-19. Den 27 juli 2023 noterades för första gången sedan pandemin startade inga patienter med covid-19 inom intensivvården i landet.²⁶

Internationellt perspektiv på smittspridningen i äldreomsorgen

Initialt under pandemin fanns det begränsad internationell statistik och sammanställningar av hur olika länder försökt begränsa smittspridning till och inom boendeformer för äldre. Enligt en sammanställning från mitten av juni 2020 utgjorde personer i äldreboenden i genomsnitt 47 procent av alla covid-19-relaterade dödsfall i de 26 länder där forskarnätverket International Long Term Care Policy Network²⁷ hade tillgång till uppgifter. I Sverige var andelen 47 procent (dvs. motsvarade genomsnittet), i Danmark 35 procent, i Norge 59 procent och i Finland 45 procent. I oktober samma år var motsvarande siffror 46 procent för Sverige, 35 procent för Danmark, 53 procent

²¹ Socialstyrelsen. *Statistik om avlidna i covid-19* [Dataset].

²² Ett särskilt boende för äldre är enligt Socialstyrelsens definition ett boende som tillhandahåller bostäder eller platser för heldygnsvistelse tillsammans med insatser i form av vård och omsorg för äldre personer med behov av särskilt stöd.

²³ Socialstyrelsen. (2020). *Analys av det tillfälliga förbudet mot besök inom särskilda boendeformer för äldre*, s. 10.

²⁴ Socialstyrelsen. *Statistik om avlidna i covid-19* [Dataset].

²⁵ Socialstyrelsen. (2022). *Vård och omsorg för äldre*.

²⁶ Svenska Intensivvårdsregistret. *Antal som intensivvårdas med Covid-19 per dag*.

²⁷ Itccovid.org.

för Norge och 42 procent för Finland. Om man i stället ser till hur stor andel av de äldre som bor i äldreboenden som hade avlidit av eller med covid-19 var skillnaderna betydligt större. Sverige låg på drygt 3 procent vilket var flerfaldigt högre än Norge, Finland och Danmark.²⁸

I april 2022 publicerade nätverket beräkningar av andelen som avlidit i covid-19 på äldreboenden i relation till hur många som bodde på äldreboenden vid pandemins början. Klart lägst andel hade Sydkorea (0,12), Australien (1,01) och Norge (1,88). I Sverige beräknades andelen per den 11 april 2022 till 7,96 procent. För Belgien, England, USA och Skottland är andelen avlidna över 10 procent. Samma rapport finner att trots alla åtgärder som vidtagits för att minimera risken för smittspridning inom äldreomsorgen, är den faktor med störst betydelse för covid-19-dödlighet inom äldreomsorgen hög smittspridning i det omgivande samhället.²⁹ ³⁰ Resultaten ska dock av flera skäl tolkas och jämföras med försiktighet. Olika definitioner av äldreboenden (*care homes*) används och åldersfördelningen inom dem kan variera. Skillnader finns också i om rapporteringen inkluderar enbart bekräftade eller även misstänkta fall, och om rapporteringen inkluderar alla dödsfall eller bara sådana som skett på boendet. Resultaten anges här i syfte att överskådligt visa den kraftiga överrepresentation som äldreboenden hade under pandemin vad gäller framför allt dödlighet, i Sverige och i andra länder.

Riskfaktorer och statistik avseende LSS

För de boende i äldreomsorgen finns en gemensam tydlig riskfaktor förknippad med allvarlig sjukdom och död i covid-19, nämligen hög ålder. Motsvarande gemensamma riskfaktor för covid-19 finns inte hos de personer som bor inom LSS.

Personer med funktionsnedsättning kan, om de smittas, löpa större risk att utveckla ett svårt sjukdomsförlopp vid covid-19 bl.a. på grund av det redan existerande hälsotillstånd som ligger bakom

²⁸ Szebehely, M. (2020). *Internationella erfarenheter av covid-19 i äldreboenden*.

²⁹ International Long Term Care Policy Network (2022-04-25). *International data on deaths attributed to COVID-19 among people living in care homes*.

³⁰ Se också Coronakommissionens slutsatser (avsnitt 6.1) och Socialstyrelsen. (2021). *Vård och omsorg för äldre 2021*, s. 16. Socialstyrelsen skriver att smittspridningen till och inom SÄBO är en komplex fråga, men att den allmänna smittspridningen i samhället högst sannolikt är den enskilt viktigaste faktorn bakom den stora smittspridningen i äldreboendena.

funktionsnedsättningen (t.ex. neurologisk sjukdom eller flerfunktionsnedsättning) och samsjuklighet (t.ex. hjärt- och kärlsjukdomar hos personer med Downs syndrom). WHO betonar också att personer med funktionsnedsättning kan påverkas oproportionerligt negativt av pandemin på grund av avbrott i de stöd som de är beroende av. Socialstyrelsen har i sin tur även konstaterat att kommunikationssvårigheter för personer med exempelvis intellektuell funktionsnedsättning kan bidra negativt, exempelvis när det gäller att kommunicera exempelvis feber, andningssvårigheter samt förlust av lukt- och smaksinne.

Flera internationella forskningsstudier bekräftar WHO:s kommentarer och har visat på en förhöjd risk vid insjuknande i covid-19 för personer med Downs syndrom och intellektuell funktionsnedsättning. Den förhöjda risken gäller både ett allvarligt sjukdomsforlopp och att avlida vid covid-19.^{31 32}

Enligt Socialstyrelsens uppgifter smittades under 2020 totalt 3 558 personer med någon insats enligt LSS (dvs. även andra insatser än bostad) med covid-19. Det motsvarar 4,2 procent av samtliga i gruppen. Motsvarande andel smittade i totalbefolkningen var 5,5 procent. Andelen smittade i LSS-boende för vuxna var dock högre än genomsnittet för alla med LSS-insatser. I LSS-boende för vuxna smittades 6,2 procent och i LSS-boende för barn och unga 5,5 procent. En bidragande anledning till den höga smittspridningen inom dessa boendeformer är enligt Socialstyrelsen troligen omfattande omvårdnadsbehov, vilket medför nära kontakt med personal. Det kan även bero på att många av de boende har en intellektuell funktionsnedsättning, vilket kan medföra svårigheter att förstå rekommendationer kring smittskydd. Att andelen smittade med personlig assistans samtidigt var lägre (4,2 procent) än i boendeformerna trots att personlig assistans kräver nära kontakt, kan enligt Socialstyrelsen bero på att assistansanvändarna har färre personer som ger stöd.

Dödligheten var högre bland mottagare av LSS-insatser jämfört med befolkningen i övrigt. I hela gruppen med någon insats enligt LSS avled under 2020 4,2 procent av de som bekräftats smittade med covid-19. Alla som avled med covid-19 behöver inte ha haft en laboratoriebekräftad smitta, varför andelen bör tolkas med viss försiktighet. Motsvarande andel i totalbefolkningen var 1,6 procent. Resultatet

³¹ Socialstyrelsen. (2021). *Covid-19:s konsekvenser för personer med insatser enligt LSS*, s. 16.

³² World Health Organization. (2020). *Disability considerations during the COVID-19 outbreak*.

tatet ligger enligt Socialstyrelsen i linje med internationell forskning som visar att personer med vissa intellektuella funktionsnedsättningar har en förhöjd risk för ett allvarligt sjukdomsförlopp om de insjuknar i covid-19.

Bland de boende i bostad med särskild service för vuxna bekräftades 1 731 av totalt 27 880 personer smittade av covid-19 under 2020, varav 74 avled. I bostad med särskild service för barn och unga bekräftades 47 av 856 personer smittade under 2020, varav ingen avled.

Enligt Socialstyrelsen finns det troligen flera orsaker till den höga andelen avlidna, t.ex. samsjuklighet i form av diabetes samt hjärt- och kärlsjukdomar. Det kan även handla om svårigheter att kommunicera exempelvis feber, andningssvårigheter och förlust av lukt- och smaksinne. Vidare syns vissa skillnader mellan åldersgrupper bland dem som avlidit med covid-19 och som hade insatser enligt LSS. En majoritet (64 procent) av de som avled var under 70 år. Även detta ligger i linje med internationell forskning som visar en förhöjd risk bland yngre med intellektuell funktionsnedsättning att avlida med covid-19.³³

5.2 Besöksbegränsningar, provtagning, smittspårning m.m.

I detta avsnitt redogörs för de tillfälliga förordningar, föreskrifter och allmänna råd som, för att begränsa smittspridning på andra sätt än genom ingripande mot enskilda enligt SmL, gällde inom SoL- och LSS-boenden. Framställningen omfattar både regleringar som var generellt tillämpliga, t.ex. Folkhälsomyndighetens allmänna råd, och sådana som specifikt riktades mot dessa boenden, t.ex. besöksförbudet i särskilda boendeformer för äldre.

I nästa avsnitt (5.3) redogörs för utnyttjandet av smittskyddslagens, SmL:s, mest ingripande bestämmelser under pandemin.

³³ Socialstyrelsen. *Covid-19:s konsekvenser för personer med insatser enligt LSS*, s. 16–19.

5.2.1 Förordning om tillfälligt besöksförbud

I mars 2020 gick regeringen och Folkhälsomyndigheten ut med rekommendationer om att inte besöka anhöriga vid särskilda boendeformer för äldre.³⁴ Denna uppmaning följdes sedan av flera författningar som på olika sätt syftade till att skydda de äldsta och sköraste.

Den 30 mars 2020 beslutade regeringen förordningen (2020:163) om tillfälligt förbud mot besök i särskilda boendeformer för äldre för att förhindra spridningen av sjukdomen covid-19. Förordningen beslutades med stöd av 16 kap. 10 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL,³⁵ och trädde i kraft den 1 april 2020. De boendeformer som omfattades var äldreboenden (5 kap. 5 § andra stycket SoL) och biståndsbedömt trygghetsboende (5 kap. 5 § tredje stycket SoL). Förordningen omfattade också motsvarande boenden som enligt 7 kap. 1 § första stycket 2 SoL med tillstånd från IVO bedrivs yrkesmässigt av bolag, föreningar, samfälligheter, stiftelser eller enskilda individer. Vissa undantagsmöjligheter från huvudregeln fanns. Beslut enligt förordningen fick inte överklagas.

Boenden enligt 5 kap. 7 § SoL och 9 § LSS 8–9, som omfattas av utredningens direktiv, omfattades således inte av besöksförbudet.

Regeringen beslutade två gånger att förlänga giltigheten av förordningen, först till och med den 31 augusti 2020 och sedan till och med den 30 september 2020.^{36 37}

I allmänna råd som beslutades den 8 april 2020³⁸ gav Socialstyrelsen rekommendationer till verksamhetsansvariga vid boendena som stöd vid bedömningar av om det fanns särskilda omständigheter för att medge undantag från förbudet och om det fanns behov för yrkesutövare att vistas i boendet. I juli 2020 beslutade Socialstyrelsen nya

³⁴ Se även Sveriges kommuner och regioner. (2020-03-23). *Hemställan om behov av regeländringar med anledning av det nya coronaviruset, covid-19*.

³⁵ För boenden enligt 9 § LSS finns ett motsvarande bemyndigande som gäller föreskrifter till skydd för enskildas liv, personliga säkerhet eller hälsa i 13 § LSS.

³⁶ SFS 2020:506 och SFS 2020:751.

³⁷ Beslut om besöksförbud eller besöksrestriktioner och åtgärder som avsåg personalen i äldreboenden fattades även bl.a. i Norge, Finland och Danmark under 2020. Se SOU 2020:80, s. 162 f. och Szebehely, M. (2020). *Internationella erfarenheter av covid-19 i äldreboenden*.

³⁸ Socialstyrelsens allmänna råd (HSLF-FS 2020:17) om tillämpningen av förordningen (2020:163) om tillfälligt förbud mot besök i särskilda boendeformer för äldre för att förhindra spridningen av sjukdomen covid-19.

allmänna råd i samma syfte.³⁹ Råden upphörde att gälla samtidigt som förordningen.⁴⁰

5.2.2 Socialstyrelsens föreskrifter och Folkhälsomyndighetens rekommendationer

När besöksförbudet upphörde gällde i stället, från och med den 1 oktober 2020, föreskrifter från Socialstyrelsen och rekommendationer från Folkhälsomyndigheten kring bl.a. besöksrutiner, avstånd och hygien.⁴¹ Bakgrunden var slutsatserna i ett regeringsuppdrag där Socialstyrelsen bl.a. analyserat det tillfälliga besöksförbudet och bedömt att det kunde upphöra och föreslagit nya föreskrifter.⁴²

Föreskrifterna⁴³ innehöll bestämmelser om verksamheternas ansvar för att skapa förutsättningar så att boende kunde ta emot besök på ett säkert sätt när besöksförbudet upphör att gälla. Det ankom på den verksamhetsansvarige att fastställa rutiner för hur risken för spridning av covid-19 ska kunna begränsas och göra en riskanalys vad besök i det särskilda boendet kunde innebära. Den verksamhetsansvarige skulle vidare se till att personalen kunde tillämpa rutinerna och att de boende och deras besökare fick information om de föreskrifter och allmänna råd samt rekommendationer som Folkhälsomyndigheten hade utfärdat. Folkhälsomyndighetens rekommendationer var också riktade till verksamhetsansvariga vid de särskilda boendeformerna för äldre.

Föreskrifterna ändrades vid ett tillfälle⁴⁴ och fortsatte att gälla även efter att möjlighet till besöksförbud infördes på nytt (se nästa avsnitt). Föreskrifterna upphörde att gälla vid utgången av maj 2022.⁴⁵

³⁹ Socialstyrelsens allmänna råd (HSLF-FS 2020:41) om tillämpningen av förordningen (2020:163) om tillfälligt förbud mot besök i särskilda boendeformer för äldre för att förhindra spridning av sjukdomen covid-19.

⁴⁰ Socialstyrelsens kungörelse (HSLF-FS 2020:47) om upphävande av allmänna råden (HSLF-FS 2020:41) om tillämpningen av förordningen (2020:163) om tillfälligt förbud mot besök i särskilda boendeformer för äldre för att förhindra spridning av sjukdomen covid-19.

⁴¹ Regeringen (2020-09-15). *Besöksförbudet på äldreboenden upphör 1 oktober*; Folkhälsomyndigheten. (2020). *Rekommendationer vid besök i särskilda boenden för äldre under covid-19*.

⁴² Socialstyrelsen. (2020). *Analys av det tillfälliga förbudet mot besök inom särskilda boendeformer för äldre*.

⁴³ Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2020:46) om besök i särskilda boendeformer för äldre under covid-19-pandemin.

⁴⁴ HSLF-FS 2021:78.

⁴⁵ HSLF-FS 2022:27.

IVO fick i november 2020 regeringens uppdrag att följa upp tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter.⁴⁶ IVO redovisade sitt uppdrag i december 2021, se vidare avsnitt 6.6.3.

5.2.3 Ny förordning om tillfälligt besöksförbud

När smittspridningen ökade under hösten 2020 beslutade regeringen förordning (2020:979) om tillfälligt förbud mot besök i särskilda boendeformer för äldre för att förhindra spridningen av sjukdomen covid-19, med stöd av nämnda bemyndigande i SoL. Förordningen beslutades den 19 november 2020 och trädde i kraft två dagar senare, den 21 november. Samma boendeformer som tidigare omfattats av den upphävda förordningen omfattades av den nya. I stället för att föreskriva om besöksförbud direkt i förordningen bemyndigades Folkhälsomyndigheten att meddela föreskrifter om sådana besöksförbud. Föreskrifterna fick avse hela landet, ett län eller delar av ett län. Vissa justeringar gjordes för undantagsmöjligheterna, bl.a. omfattades den som i sin yrkesutövning hade behov av att vistas på de aktuella boendena av undantag från förbudet. Beslut enligt förordningen fick inte överklagas.

Förordningen skulle enligt sin ursprungliga lydelse upphöra att gälla vid utgången av februari 2021. Den 11 februari 2021 beslutade regeringen att förlänga förordningens giltighetstid till den 31 maj 2021.⁴⁷

Folkhälsomyndigheten beslutade den 3 december 2020 föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2020:78) om tillfälligt förbud mot besök i särskilda boendeformer för äldre för att förhindra spridningen av sjukdomen covid-19. I bilaga till föreskrifterna angavs de kommuner för vilka besöksförbud skulle gälla. Folkhälsomyndigheten beslutade totalt 13 ändringsföreskrifter med ändringar i bilagan.⁴⁸ Kommuner och regioner skulle enligt en särskild rutin hemställa hos Folkhälsomyndigheten om förbud eller förlängning. Rutinen var utformad för att säkerställa att samverkan skett mellan lokala och regionala aktörer – bl.a. smittskyddsmyndigheten – och att en utvärdering av riskerna gjorts inför ett eventuellt beslut.⁴⁹ Besöksförbuden sattes

⁴⁶ Dnr S2020/08100.

⁴⁷ SFS 2021:91.

⁴⁸ Ändringsförfattningarna HSLF-FS 2020:88, HSLF-FS 2020:89, HSLF-FS 2020:93, HSLF-FS 2021:1, HSLF-FS 2021:4, HSLF-FS 2021:5, HSLF-FS 2021:6, HSLF-FS 2021:7, HSLF-FS 2021:12, HSLF-FS 2021:15, HSLF-FS 2021:16, HSLF-FS 2021:19 och HSLF-FS 2021:45.

⁴⁹ Folkhälsomyndigheten. (2020.12.11). *Ny rutin för införande av besöksförbud på SÅBO.*

som regel att gälla tre veckor åt gången. I totalt 67 kommuner beslutades förbud för någon period. Längst sammanhängande förbud, den 3 december 2020 till den 23 februari 2021, gällde i nio kommuner (Botkyrka, Ekerö, Kungsbacka, Lysekil, Skara, Stockholm, Sölvesborg, Trelleborg och Täby). Förbuden upphörde i stort sett i slutet av februari 2021. Det sista förbudet avsåg Arjeplogs kommun och gällde den 25–31 maj 2021. Folkhälsomyndighetens bemyndigande upphörde att gälla den 31 maj 2021.⁵⁰

Under den tid som den nya förordningen om besöksförbud gällde fortsatte Socialstyrelsens föreskrifter om besök att gälla. Boenden i vissa kommuner hade alltså tillfälliga besöksförbud samtidigt som boenden i andra kommuner fortsatte att hantera besöken i enlighet med Socialstyrelsens föreskrift.

5.2.4 Kort om lokala och regionala besöksförbud

Under covid-19-pandemin förekom även, vid sidan av regeringens förordningar, lokala och regionala begränsningar av besök i framför allt särskilda boendeformer för äldre men även inom LSS-verksamheter.

Flera kommuner beslutade egna förbud under mars 2020, dvs. även innan det att regeringen beslutat den första förordningen om besöksförbud.⁵¹ I Stockholms stad beslutade Krisledningsnämnden den 18 mars 2020 om vad som betecknades besöksstopp på vård- och omsorgsboenden i staden. Några veckor tidigare hade flera boenden i privat regi eller på entreprenad fattat egna beslut om besöksstopp. Stoppet gällde till och med den 31 mars.⁵² Efter att besöksförbudet med stöd av regeringens förordning upphört i oktober 2020 fattade Krisledningsnämnden i november på nytt beslut om att tillämpa besöksstopp vid kommunens vård- och omsorgsboenden för perioden 12–30 november 2020. Detta beslut överklagades. Förvaltningsrätten i Stockholm fann att beslutet om besöksstopp hade formulerats och implementerats som ett besöksförbud, att besöksförbudet utgjorde ett otillåtet ingripande i rätten till privat- och familjeliv och

⁵⁰ SFS 2021:91.

⁵¹ Se exempelvis SVT Nyheter Halland (2020-03-25). *Flera kommuner i Halland inför besöksförbud på boenden.*

⁵² Stälö, J m.fl. (2021). *Fördjupad analys av äldreomsorg – Utvärdering av Stockholms stads hantering av covid-19-pandemin.* Governo, s. 58–59.

stred mot lag. Beslutet upphävdes med stöd av 13 kap. 8 § 4 p kommunallagen (2017:725). Domen överklagades inte. Likartade domar där kommunala beslut om besöksförbud befunnits sakna stöd i lag och därför upphävts finns bl.a. avseende Karlstads kommun och Växjö kommun.⁵³

Besöksförbuden kom upp också i IVO:s tillsyn. Ett exempel är Hässleholms kommun som beslutade om ett lokalt besöksförbud den 28 oktober 2020. Beslutet ändrades till en skarp avrådan den 25 november 2020. IVO konstaterade i sitt tillsynsbeslut att kommunen hade begränsat besök till särskilda boendena på ett otillåtet sätt. IVO såg mycket allvarligt på begränsningarna av enskildas rätt att ta emot besök i sina egna hem och ansåg även en stark avrådan från besök vara en alltför stor inskränkning.⁵⁴ Flera andra kommuner använde, i stället för förbud, begrepp som ”skarp avrådan” och liknande under tider då man inte omfattades av något formellt förbud.⁵⁵

Det förekom också att boenden enligt LSS nekade besökare tillträde, trots att dessa boenden inte omfattats av besöksförbudet. Bilden bekräftas av IVO:s tillsyn. IVO:s bedömning är att ett totalt besöksförbud sannolikt endast förekommit i några verksamheter under våren 2020. Det har dock varit vanligare med förbud att vistas i gemensamhetsutrymmen. IVO erfar att många boenden för vuxna enligt LSS i stället har avrått från besök, försökt hitta alternativa lösningar som att ses ute eller i den enskildes lägenhet, genomfört åtgärder i själva bostaden som desinficering eller serverat måltider i den enskildes rum när denne var förkyld.⁵⁶

5.2.5 Andra tillfälliga föreskrifter och råd

I avsnitt 5.2.2 och 5.2.3 har den tillfälliga reglering som under pandemin specifikt gällde äldreboenden och behovsprövat trygghetsboende beskrivits. De boendeformer som omfattas av utredningens uppdrag, liksom t.ex. anhöriga och besökare, hade under pandemin därutöver generellt gällande, tillfälliga, föreskrifter och råd att förhålla sig till. I kapitel 4 beskrivs de föreskrifter som fortfarande är

⁵³ Förvaltningsrätten i Växjö:s dom den 4 december 2020 i mål nr 5568-20 och Förvaltningsrätten i Karlstads dom den 8 juni 2020 i mål nr 1851-20. Domarna överklagades inte.

⁵⁴ Inspektionen för vård och omsorg, dnr 3.5.1-60756/2020-4, 2021-06-07.

⁵⁵ Se exempelvis Lidingö stad. (2021-02-24). *Stark avrådan ersätter besöksförbud*.

⁵⁶ Socialstyrelsen. (2021). *Covid-19:s konsekvenser för personer med insatser enligt LSS*; Inspektionen för vård och omsorg. (2021). *Vad har IVO sett 2020?*

gällande. Här beskrivs översiktligt de föreskrifter och råd som numera är upphävda.

Folkhälsomyndigheten beslutade våren 2020 föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2020:12) om allas ansvar att förhindra smitta av covid-19 m.m. Där fanns regler och rekommendationer riktade till både kommunala verksamheter och verksamheter i enskild regi. I föreskrifterna fanns också allmänna råd riktade till privatpersoner om vad man bör göra för att minska risken för smittspridning. Vissa råd riktades särskilt till personer över 70 år eller i andra riskgrupper. Dessa grupper uppmanades bl.a. att begränsa sina sociala kontakter och undvika platser där många personer samlas. Råden som avsåg personer som var 70 år eller äldre och andra riskgrupper togs bort i oktober 2020⁵⁷ i samband med att myndigheten publicerade en rapport där det bl.a. framgick vilka negativa konsekvenser som drabbat äldre under pandemin.⁵⁸ Föreskrifterna ändrades vid ett flertal tillfällen och upphörde att gälla den 29 september 2021.⁵⁹

När HSLF-FS 2020:12 upphörde att gälla beslutades i stället Folkhälsomyndighetens allmänna råd (HSLF-FS 2021:69) till 2 kap. 1 och 2 §§ smittskyddslagen (2004:168) om covid-19. Var och en råddes att vara uppmärksam på symtom på covid-19 och vid misstanke om smitta av covid-19 stanna hemma och undvika kontakter med andra människor. Den som inte var fullvaccinerad råddes att ta särskild hänsyn till personer i riskgrupp och personer som är 70 år och äldre och undvika kontakter med personer i riskgrupp och personer som är 70 år och äldre när så var möjligt.

Från och med den 23 december 2021 ersattes HSLF-FS 2021:69 av Folkhälsomyndighetens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2021:104) om allas ansvar att förhindra smitta av covid-19 m.m. Enligt 1 § gällde att var och en är skyldig att vidta försiktighetsåtgärder för att skydda sig själv och andra mot spridning av covid-19 och att det är särskilt viktigt att ta hänsyn till personer i riskgrupper och personer 70 år och äldre. I allmänna råd uppmanades ovaccinerade att avstå från nära kontakter med personer i riskgrupp och per-

⁵⁷ HSLF-FS 2020:52.

⁵⁸ Folkhälsomyndigheten (2020). *Konsekvenser för personer 70 år och äldre av smittskyddsåtgärder mot covid-19*. Av rapporten framgår bl.a. att de som redan var socialt, ekonomiskt och hälsomässigt utsatta mådde sämre, att det digitala utanförskapet blivit tydligare, att många kände sig frustrerade och upplevde att de särbehandlades, att stödlinjer fått fler samtal från personer som tycker att de inte har något att leva för längre, samt att oro och ångest ökat inte minst bland dem som har en psykiatrisk diagnos.

⁵⁹ HSLF-FS 2021:73.

soner som är 70 år och äldre. Föreskrifterna och råden upphörde att gälla den 9 februari 2022.⁶⁰ I stället rekommenderade Folkhälsomyndigheten människor att stanna hemma och undvika kontakt med andra vid sjukdom med sådana symtom som kan vara covid-19, och rekommenderade vuxna personer som inte har vaccinerat sig mot covid-19 att vidta särskilda försiktighetsåtgärder, t.ex. undvika trängsel och stora folksamlingar inomhus. Den 26 juni 2023 beslutades att rekommendationerna skulle upphöra att gälla den 1 juli 2023.⁶¹

Arbetsmiljöverket beslutade under pandemin om vissa undantag från kravet på CE-märkning av personlig skyddsutrustning. Bakgrunden var en rekommendation från Europeiska kommissionens rekommendation (EU) 2020/403 av den 13 mars 2020 om förfaranden för bedömning av överensstämmelse och marknadsövervakning inom ramen för hotet från covid-19. Undantaget genomfördes genom två tidsbegränsade föreskrifter som i tillämpliga delar hade företräde framför Arbetsmiljöverkets föreskrifter (2001:3) om användning av personlig skyddsutrustning; Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 2020:2) med särskilda bestämmelser om personlig skyddsutrustning med anledning av hotet från sjukdomen covid-19 och Arbetsmiljöverkets föreskrifter och allmänna råd (AFS 2020:9) med särskilda bestämmelser om personlig skyddsutrustning med anledning av covid-19. AFS 2020:9 upphörde att gälla den 31 juli 2022.

5.2.6 Provtagning och smittspårning

Covid-19 var från och med den 1 februari 2020 klassificerad som samhällsfarlig sjukdom. Därmed gällde bl.a. bestämmelserna om läkarundersökning, provtagning och smittspårning vid misstanke om covid-19.

Under våren 2020 rådde brist på bl.a. provtagnings- och analyskapacitet. Folkhälsomyndigheten publicerade under våren 2020 så kallade provtagningsindikationer, rekommendationer för hälso- och sjukvården med kriterier för provtagning av olika kategorier av individer. Provtagningsindikationerna uppdaterades löpande under pandemin.⁶² En detaljerad beskrivning av provtagningen under pandemin, där det bl.a. framgår hur grupper inom hälso- och sjukvården

⁶⁰ HSLF-FS 2022:15.

⁶¹ Folkhälsomyndigheten, dnr 00401-2022, 00395-2022, 02506-2023 och 02505-2023.

⁶² Den senaste versionen gäller från den 15 mars 2023, se Folkhälsomyndigheten. (2023). *Provtagningsindikation för påvisning av pågående covid-19*. Version 30.

och omsorgen prioriterades, finns i Coronakommissionens första och andra delbetänkanden.⁶³ När det särskilt gäller personal och boende på SoL- och LSS-boenden kan konstateras att personal i vård och äldreomsorg med känd covid-19-exponering och symtom prioriterades för provtagning från och med den 12 mars 2020. Den 29 maj 2020 förordade Folkhälsomyndigheten en frikostig PCR-provtagning inom särskilda boenden för äldre och att alla äldre som skrevs in eller återkom efter sjukhusvistelse skulle provtas inför ankomst och efter tre dagar. I juli samma år publicerade myndigheten en första vägledning för smittspårning vari angavs att miljöer med hög risk för smittspridning eller miljöer som inkluderar riskgrupper borde prioriteras och att smittspårning i hälso- och sjukvård alltid skulle göras.⁶⁴

Det ankom på regionerna och kommunerna att omsätta aktuell reglering i SmL och Folkhälsomyndighetens rekommendationer i regionala och lokala rutiner och riktlinjer.

Sedan den 1 april 2022 är covid-19 inte längre klassificerad som allmänfarlig och samhällsfarliga sjukdom.⁶⁵ Det innebär bl.a. att det inte finns någon skyldighet för enskilda att vid misstanke om covid-19 söka läkare för nödvändig provtagning. Sjukdomen är heller inte smittspårningspliktig. Folkhälsomyndigheten rekommenderar dock allttjämt (augusti 2023) testning vid symtom på covid-19 hos bl.a. personer vars läkare bedömer att en covid-19-diagnos har betydelse för personens fortsatta behandling, och patienter inom hälso- och sjukvård där läkare bedömer att en covid-19-diagnos har betydelse för åtgärder som vidtas inom sjukvården. Även omsorgstagare med hög risk att bli allvarligt sjuka av covid-19 rekommenderas testning, exempelvis personer som bor i särskilt boende för äldre och personer i verksamheter enligt LSS.⁶⁶

Sjukdomen är i augusti 2023, med vissa begränsningar, anmälningspliktig enligt Folkhälsomyndighetens föreskrifter (HSLF-FS 2015:7) om anmälan av anmälningspliktig sjukdom i vissa fall.⁶⁷

⁶³ SOU 2020:80, s. 164 f. och SOU 2021:89, s. 260 ff.

⁶⁴ SOU 2021:89, s. 261 ff.

⁶⁵ SFS 2022:217.

⁶⁶ Folkhälsomyndigheten. (2023-07-01). *Testning och smittspårning för covid-19*.

⁶⁷ Med ändringar till och med HSLF-FS 2023:8.

5.3 Användning av tvång enligt smittskyddslagen

Vissa smittskyddsåtgärder får under i SmL angivna omständigheter vidtas mot den enskildes vilja. Utredningen har kartlagt användningen av tvång med stöd av SmL med avseende på covid-19.

Den 1 februari 2020 förordnade regeringen att bestämmelserna i SmL om allmänfarliga och samhällsfarliga sjukdomar skulle tillämpas på *infektion med 2019-nCoV*, som var den dåvarande beteckningen på covid-19.⁶⁸ Förordningen trädde i kraft den 2 februari 2020. Därmed blev det möjligt att under givna förutsättningar ingripa med samtliga SmL:s smittskyddsåtgärder, inklusive de extraordinära, för att begränsa spridning av covid-19. Covid-19 var klassificerad som allmänfarlig och samhällsfarlig sjukdom till och med utgången av mars 2022.⁶⁹

Tillfällig isolering och isolering ska ske på en vårdinrättning som drivs av en region. Under pandemin fattades tre beslut om tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 § SmL där diagnosen var covid-19. Samtliga beslut fattades i samma region och rörde personer som insjuknat när de vårdades på psykiatrisk avdelning. I samtliga fall varade beslutet kortare än fyra dagar, dvs. innan underställning till förvaltningsrätten måste ske enligt nämnda bestämmelse. Någon domstolsprövning av beslut om tillfällig isolering för en person med diagnosen covid-19 har alltså inte skett. Inga beslut om isolering (5 kap. 1 § SmL) fattades under pandemin.

För de extraordinära smittskyddsåtgärderna karantän (3 kap. 9 § SmL) och avspärrning (3 kap. 10 § SmL) finns inte motsvarande begränsning avseende platsen för åtgärdens verkställande som den som gäller för tillfällig isolering och isolering. Det finns alltså inget formellt hinder mot att besluta om karantän eller avspärrning i t.ex. ett boende enligt SoL eller LSS om förutsättningarna i övrigt är uppfyllda. I förarbetena till karantänsbestämmelsen anges dock att möjligheten att vistas i egen bostad under karantänen bör kunna användas endast när särskilda omständigheter föreligger. Det bör enligt förarbetena framstå som uppenbart att den som beslutet gäller har bostadsförhållanden som möjliggör isolering och att han eller hon

⁶⁸ Förordning (2020:20) om att bestämmelserna i smittskyddslagen (2004:168) om allmänfarliga och samhällsfarliga sjukdomar ska tillämpas på infektion med 2019-nCoV. I juni 2020 godkände riksdagen förordningen och beslutade om ändring i bilaga 2 i smittskyddslagen med ikraftträdande den 1 juli 2020, se lag (2020:430) om ändring i smittskyddslagen och prop. 2019/20:144.

⁶⁹ Se lag (2022:217) om ändring i smittskyddslagen (2004:168) och prop. 2021/22:137.

avser att respektera beslutet om karantän och vara beredd att dagligen hålla smittskyddsläkaren informerad om sitt hälsotillstånd.⁷⁰ Några beslut om karantän eller avspärrning fattades inte under pandemin.

Under pandemin fattades slutligen inte heller några beslut om tvångsundersökning avseende diagnosen covid-19 (3 kap. 2 § SmL). Tvångsundersökning kan innefatta provtagning med tvång.

Antalet ingripanden med tvång enligt SmL under covid-19-pandemin begränsades således till tre beslut om tillfällig isolering, varav inget avsåg personer som bodde i SoL- eller LSS-boenden.

Smittskyddsläkare har till utredningen uppgett flera skäl till att användning av tvångsprovtagning, tillfällig isolering och karantän inte aktualiserades inom äldreomsorgen. Platsbrist på regiondrivna sjukvårdsinrättningar nämns, liksom den administrativa bördan. Viktigare faktorer handlar dock om sjukdomens karaktär i relation till vad som kan anses effektivt eller proportionerligt. Ett luftburet virus med smittsamhet innan symtom och relativt kort smittsam fas har påverkat bedömningen av rimligheten i att besluta om isolering, karantän eller tvångsprovtagning. När första fallet på ett boende konstaterades var smittspridningen redan ett faktum, och att då isolera en enstaka person bedömdes inte göra någon skillnad. Flera synpunkter handlar om att man har kommit långt med icke-tvingande åtgärder och har kunnat lösa de situationer som uppstått i samverkan med verksamheterna, t.ex. med särskilt avdelad personal som bevakar smittsamma personer med kognitiva svårigheter eller genom frivillig isolering.

5.4 Särskilda boendeformer för äldre och LSS-boenden under pandemin

I detta avsnitt görs en övergripande beskrivning av hur covid-19-pandemin påverkade smittskyddsarbetet på landets särskilda boendeformer för äldre och LSS-boenden samt exempel på hur man arbetade för att begränsa smittspridningen. Det finns en mängd rapporter och granskningar som beskriver förutsättningarna för att hantera pandemin och förhållandena under pandemin på dessa boenden. I följande avsnitt redogörs översiktligt för detta i syfte att skapa en generell

⁷⁰ Prop. 2003/04:158, s. 69.

men inte uttömmande bild av hanteringen, såväl rekommendationer och stöddokument från myndigheter som exempel på konkreta åtgärder som vidtogs.

5.4.1 Kunskapsstöd

Under pandemin har en mängd kunskapsstöd och rekommendationer tagits fram som avsett pandemihanteringen på särskilda boendeformer för äldre och LSS-boenden. Dessa har uppdaterats och reviderats efter hand och nya har tillkommit. I detta avsnitt redogörs för några av dessa.

Under våren 2020 sammanställde och publicerade Folkhälsomyndigheten exempel på åtgärder och aktiviteter som särskilda boenden för äldre infört för att förhindra smittspridning i syfte att dela goda erfarenheter mellan regioner, kommuner och verksamheter. Exempel på åtgärder var att organisera samverkan mellan olika aktörer, säkerställa grundbemanning, utbilda personal i basala hygienrutiner och i att använda skyddsutrustning, informera personal och anhöriga, hålla fysisk distans bl.a. genom att införa kohortvård och säkerställa rutiner för att effektivisera och förenkla arbetet.⁷¹ Myndigheten identifierade även under 2020 fyra områden som bidragande till smittspridningen av covid-19 till och inom socialtjänstens verksamheter, bl.a. bristande tillgång till kontinuerlig utbildning inom vårdhygien och smittskyddsområdet, bemanning och organisering av personalen, bristen på samordning som behövs mellan regionala och kommunala aktörer för att upprätthålla en god beredskap mot smittsamma sjukdomar, samt tillgång till medicinsk-, vårdhygien- och smittskydds kompetens.⁷²

I slutet av april 2020 publicerade Socialstyrelsen *Arbetsätt vid covid-19 hos personer med demenssjukdom i särskilda boendeformer för äldre*. Förutom generella smittskyddsåtgärder såsom följsamhet till basala hygienrutiner och korrekt användning av skyddsutrustning rekommenderade Socialstyrelsen att boendena i möjligaste mån skulle organiseras för att kunna skilja på sjuka och friska brukare samt att avdela personal. Detta kunde göras exempelvis genom att

⁷¹ Folkhälsomyndigheten. (2020). *Exempel på åtgärder för att minska spridning av covid-19 på särskilda boenden för äldre*.

⁷² Folkhälsomyndigheten (2020). *Uppdrag om åtgärder inom vissa av socialtjänstens verksamheter vid smittspridning av covid-19*.

lokalerna delades av, att dörrar till enskilda hölls stängda och genom att använda kognitivt stöd såsom flyttbara vikväggar och stoppskyltar. I kunskapsstödet fanns också rekommendationer för förebyggande av och bemötande av beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD). Socialstyrelsen poängterade att det inte finns stöd för tvångs- och begränsningsåtgärder annat än i SmL, men att SmL:s bestämmelser om karantän, avspärrning och isolering i praktiken var svåra eller omöjliga att tillämpa i särskilda boendeformer för äldre.⁷³

Ett flertal rekommendationer för kohortvård har också tagits fram på regional och kommunal nivå. Folkhälsomyndigheten har listat några exempel på åtgärder som genomförts av kommunerna under covid-19-pandemin för att minska fysiska kontakter och upprätthålla kohortvård:

- Inför kohortvård med utsedd personal som endast arbetar med covid-19-sjuka brukare. Ta in extra personal, även under natten.
- Samordna korttidsplatser vid utslussning från slutenvården för covid-19-sjuka brukare.
- Säkerställ samarbete mellan kommun och region där målgruppen för korttidsplatserna är tydligt formulerad och förankrad.

När det gäller LSS-boenden för vuxna publicerade Socialstyrelsen i maj 2020 *Arbetsätt vid covid-19 inom bostad med särskild service för vuxna enligt LSS*. I dokumentet behandlas bl.a. hur boendet kan minimera smitta och hur personalen kan stötta de boende i vardagen. I dokumentet påpekar Socialstyrelsen att det främst är personer över 70 år som är riskgrupp för covid-19 men att även personer under 70 år har en ökad risk att bli allvarligt sjuka om de har någon särskild riskfaktor. Personer som bor i bostad med särskild service kan tillhöra en riskgrupp och ha svårt att förstå innebörden av restriktioner eller konsekvenser av situationen. De kan därmed bidra till en smittorisk för sig själva och för andra om de inte får rätt stöd. Personer med kognitiva svårigheter kan behöva extra stöd att förstå och förutsäga tillvaron, särskilt om de vardagliga rutinerna har ändrats på grund av pandemin, t.ex. om daglig verksamhet har stängts. En del boende kan behöva särskilt stöd av personal för att ta till sig information om

⁷³ Socialstyrelsen. (2020-04-24). *Arbetsätt vid covid-19 hos personer med demenssjukdom i särskilda boendeformer för äldre*.

hur smittspridning kan minskas. Även personer med syn- och hörselnedsättningar eller personer som inte har svenska som förstaspråk kan behöva anpassad information. Generella åtgärder för att minimera smittspridning som uppgavs av Socialstyrelsen var bl.a. att säkerställa att basala hygienrutiner används, att arbetskläder, skyddskläder och personlig skyddsutrustning används korrekt och att adekvata städ-rutiner används. Vidare poängterades vikten av att begränsa antalet personer som arbetar i bostaden utan att minska bemanningen. Socialstyrelsen rekommenderade även att avdela särskild personal som arbetar med eventuellt smittade för att hindra smittspridning och undvika att personal går mellan flera olika enheter eller verksamheter. Ytterligare en åtgärd som nämndes var att tillfälligt dela upp gemensamhetslokaler mellan smittade och friska.⁷⁴

5.4.2 Smittskyddsarbetet under pandemin

Inom SoL- och LSS-boenden vidtogs en mängd åtgärder för att begränsa smittspridning. I detta avsnitt beskrivs exempel på sådana åtgärder, med särskilt fokus på åtgärder som syftat till att skilja sjuka från friska boenden, så kallad kohortvård.

Åtgärder som vidtogs i äldreomsorgen var bl.a. om att se över följsamheten till basala hygienrutiner, åtgärder kopplat till skyddsutrustning, att begränsa antalet personer som rörde sig på boendena och att koppla vikarier till endast en avdelning. Där det varit möjligt har man även arbetat för att isolera smittade brukare genom att avgränsa särskilda avdelningar.⁷⁵ Implementeringen av de utökade hygienåtgärder som rekommenderades under pandemin försvårades dock av att basala hygienrutiner inte alltid följdes före pandemin. Verksamheterna behövde både uppdatera omsorgspersonalen i de basala hygienrutinerna som alltid gäller och utbilda dem i de utökade hygienåtgärderna. Därtill orsakade lokalernas utformning svårigheter eftersom dessa är utformade för att likna ett vanligt hem och saknar utrymmen för handtvätt, desinficering och byte av skyddskläder i anslutning till varje lägenhet.⁷⁶

⁷⁴ Socialstyrelsen. (2020-05-25). *Arbetsätt vid covid-19 inom bostad med särskild service för vuxna enligt LSS*.

⁷⁵ Inspektionen för vård och omsorg. (2020). *Tillsyn för minskad smittspridning av covid-19 – särskilda boenden för äldre*.

⁷⁶ Erlandsson, S., Ulmanen P. & Wittzell S. (2023). *Covid-19 på äldreboenden – personalens erfarenheter*. SNS Förlag, s. 10.

Enhetschefer och sjuksköterskor genomförde utbildningsinsatser och informerade om olika smittskyddsåtgärder. Detta har emellertid krävt stora insatser då personalen arbetar på olika avdelningar och under olika tider på dygnet, samtidigt som de arbetat under tidspress och personalen har haft varierande utbildningsbakgrund och språkkunskaper.⁷⁷

Användning av kohortvård utgjorde en viktig åtgärd för att minska smittspridning. I Kommunals enkätundersökning framkom att boenden med bara en smittad person i hög utsträckning (93 procent) kunde isolera den smittade personen medan i boenden med flera smittade uppgav 73 procent att man kunnat isolera de smittade personerna.⁷⁸

De aktörer som utredningen samverkat med har beskrivit exempel på kommuner som ordnat särskilda lokaler eller byggnader för att möjliggöra flytt av misstänkt eller bekräftat smittade personer, men att dessa inte kommit till användning i någon större utsträckning eftersom det bedömts olämpligt att flytta personerna, eller för att det har saknats samtycke. I stället har man arbetat för att på frivillig väg begränsa misstänkt och bekräftat smittade personers kontakter med andra på boendet. I en kommun som utredningen träffat kunde man frigöra ett antal platser för att inrätta en ny särskild ”covid-avdelning”. Inledningsvis arbetade man med att – med samtycke – flytta enskilda med symtom på covid-19 till denna nya avdelning. När man sedermera förstod att det kunde förekomma symptomatisk och presymptomatisk smittspridning övergick man till att enbart erbjuda en sådan flytt till enskilda som skrevs ut från slutenvården för att återvända till boendet. Noterbart här är att samtliga personer som erbjöds den tillfälliga flytten valde att stanna kvar på den nya avdelningen även efter att de förklarats smittfria.⁷⁹

Av Coronakommissionens granskning av äldreomsorgen under pandemin framgår att det på många boenden varit möjligt att isolera misstänkt och bekräftat smittade personer, men att det varit en utmaning när det gäller personer med demenssjukdom. Detta var sär-

⁷⁷ Erlandsson, S., Ulmanen P. & Wittzell S. (2023). *Covid-19 på äldreboenden – personalens erfarenheter*. SNS Förlag, s. 11.

⁷⁸ Kommunal. (2020). *Pandemi på äldreboendet – en rapport om den svenska äldreomsorgen innan och under coronapandemin*, s. 28.

⁷⁹ Ett annat exempel är Stockholms stad som inrättade covid-19-enheter i särskilda byggnader eller på separata våningsplan. Flytt till enheten skedde redan vid symtom, innan provtagning. Staden inrättade också på begäran av regionen särskilda korttidsenheter för att kunna avlasta sjukhusen (se SOU 2020:80, s. 218).

skilt svårt på enheter för personer med demenssjukdom där man inte fått ökad bemanning, något som i sig ofta var ogörligt på grund av att personalen själv var smittade eller hade symtom.⁸⁰ Även SKR har uttryckt att det varit utmanande att följa rekommendationer om att bedriva kohortvård, bl.a. eftersom detta ställt stora krav på schemaläggning, lokalutnyttjande och bemanning.⁸¹ Möjligheten att bedriva kohortvård har också påverkats av sjukfrånvaro bland personalen.⁸²

Under covid-19-pandemin hemställde SKR om att regeringen skulle införa en möjlighet till begränsningsåtgärder i särskilda boenden för äldre som bl.a. skulle innebära att man kunde låsa dörrar till exempelvis lägenheter och kohortavdelningar i syfte att minska smittspridningen.⁸³ Folkhälsomyndigheten uttryckte under hösten 2020 att det borde ses över om någon annan möjlig åtgärd än isolering på en vårdinrättning som drivs av en region skulle vara lämplig att införa när det gällde särskilda boenden.⁸⁴

Någon möjlighet att vidta begränsningsåtgärder inom boenden enligt SoL eller LSS, utöver de begränsningar som besöksförbudet i de särskilda boendeformerna för äldre innebar, kom inte att införas under pandemin. Som framgått har inte heller befintliga möjligheter att vidta tvingande smittskyddsåtgärder med stöd av SmL tillämpats för de aktuella målgrupperna.

Under våren 2020 vidtog många kommuner åtgärder och förändringar för att minska smittspridningen i boenden för vuxna enligt LSS. Några exempel från IVO:s tillsyn, där 167 bostäder med särskild service för vuxna ingick, är:

- Tydliga direktiv om hur de basala hygienrutinerna ska efterlevas.
- Användning av bildstöd och annan anpassad information för att informera om covid-19 och smittskyddsåtgärder.

⁸⁰ SOU 2020:80, s. 217 ff. och s. 237.

⁸¹ Sveriges kommuner och regioner. (2023). *Att lära av en kris*, s. 312.

⁸² Erlandsson, S., Ulmanen P. & Wittzell S. (2023). Covid-19 på äldreboenden – personalens erfarenheter. SNS Förlag, s. 40 f.; Attendo. (2021). *Attendo och Coronapandemin*, s. 17.

⁸³ Sveriges kommuner och regioner. (2020-04-23). *Hemställen – föreskrift om begränsningsåtgärder inom särskilda boenden för äldre*. Det är inte angivet om både äldreboenden och biståndsbedömt trygghetsboende omfattades av hemställen.

⁸⁴ Folkhälsomyndigheten. (2020). *Uppdrag om åtgärder inom vissa av socialtjänstens verksamheter vid smittspridning av covid-19*, s. 22 f. Uppdraget omfattade samma boendeformer som utredningens uppdrag, exklusive boenden enligt 9 § 8 LSS.

- Information och utbildning av såväl personal som brukare, gällande nya rutiner om vad som kan komma att ske gällande smittspridning av covid-19.
- Övningar med personlig skyddsutrustning.
- Hygienombud som stärkte följsamheten till basala hygienrutiner.

Ytterligare exempel på åtgärder är t.ex. hygienombud som stärkte följsamheten till basala hygienrutiner.⁸⁵

Socialstyrelsen fick under återkommande signaler om att de boende inte alltid involverats i smittskyddsarbetet och att tillgången till alternativa kommunikationsmedel brast. För att förbättra den situationen togs stödmaterial fram av bl.a. Socialstyrelsen och Myndigheten för delaktighet. Från Socialstyrelsens dialoger med medlemmarna i Famna⁸⁶ finns exempel på aktörer som har betonat att kontakten med medicinskt ansvarig sköterska (MAS) har varit en grundläggande förutsättning för att framgångsrikt hantera covid-19. Detta har dock inneburit en utmaning i vissa enskilt drivna verksamheter, eftersom dessa inte alltid haft kontakt med kommunernas MAS.⁸⁷

I många kommuner genomfördes även förändringar av själva LSS-insatserna under pandemin. Störst påverkan fick insatsen daglig verksamhet. Omkring hälften av kommunerna gjorde också förändringar i LSS-boenden för vuxna. En fjärdedel, 25 procent av kommunerna, uppgav till Socialstyrelsen att de minskat de gemensamma aktiviteterna i boendena. En mindre andel kommuner (4 respektive 5 procent av kommunerna och stadsdelarna som svarade på myndighetens enkät) minskade insatsens omfattning alternativt ställde in den helt. Socialstyrelsen följde upp dessa svar och fick en samstämmig bild: Förändringarna har avsett de aktiviteter som vanligen förekommer på boenden, framför allt gruppaktiviteter. Dessa har anpassats till pandemisituationen och bytts från inomhus- till utomhusaktiviteter när det varit möjligt eller så har individuella aktiviteter ersatt de kollektiva. Dessutom tycks andelen utomhusaktiviteter ha ökat, liksom i viss mån de digitala.⁸⁸

⁸⁵ Inspektionen för vård och omsorg. (2020). *Tillsyn för minskad smittspridning av covid-19 – LSS-boende för vuxna*.

⁸⁶ Riksorganisationen för idéburen välfärd.

⁸⁷ Socialstyrelsen. (2021). *Covid-19:s konsekvenser för personer med insatser enligt LSS*, s. 28.

⁸⁸ Socialstyrelsen. (2021). *Covid-19:s konsekvenser för personer med insatser enligt LSS*, s. 26.

Av en undersökning från Autism Sverige framgår bl.a. att 37 procent av de med insatsen bostad med särskild service för vuxna upplevde en försämring i LSS-insatserna till följd av pandemin.⁸⁹

Under 2020 fick Socialstyrelsen signaler om att vissa boenden för vuxna enligt LSS hade stängt för besökare. Även begränsad åtkomst till dessa boendens gemensamhetsutrymmen förekom.⁹⁰ I avsnitt 5.2 beskrivs de besöksförbud och andra restriktioner som gällde på äldreboenden under pandemin. I samma avsnitt beskrivs närmare hur även LSS-boenden begränsade besök, men utan lagstöd.

Socialstyrelsens analyser visar att den självskattade psykiska ohälsan ökat under pandemin i flera grupper inom LSS. Det gäller framför allt personer som bor i bostad med särskild service enligt LSS och som har sysselsättning genom daglig verksamhet som upplevt en hög grad av begränsande åtgärder. De som bedömts ha störst behov av stöd i vardagen och av en meningsfull sysselsättning har således erfarit ett mer begränsat vardagsliv under pandemin. Även förskrivningen av psykofarmaka till personer med insatser enligt LSS ökade inte minst under 2020.⁹¹

⁸⁹ Autism- & Aspergerförbundet. (2020). *Medlemsundersökning om stödinsatser 2020*. Autism- & Aspergerförbundet heter numera Autism Sverige.

⁹⁰ Socialstyrelsen. (2021). *Covid-19:s konsekvenser för personer med insatser enligt LSS*, s. 28.

⁹¹ Socialstyrelsen. (2022). *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning. Lägesrapport 2022*, s. 70 f.

6 Granskningar och förslag i ljuset av pandemin

I detta kapitel beskrivs granskningar, förslag och andra initiativ som är konsekvenser av pandemin. Kapitlet innehåller också en redogörelse även för andra underlag som har bäring på utredningsuppdraget men som inte är en direkt konsekvens av pandemin utan som syftar till att lösa mer generella problem inom omsorgen och hälso- och sjukvården.

6.1 Coronakommissionen om pandemihanteringen

Coronakommissionen (§ 2020:09) hade regeringens uppdrag att i flera olika avseenden utvärdera hanteringen av covid-19-pandemin och lämna de förslag på åtgärder som iakttagelserna gav anledning till. Det första av kommissionens tre betänkanden avsåg specifikt äldreomsorgen.¹ I samtliga tre betänkanden gjorde kommissionen bedömningar och iakttagelser som är av relevans för denna utredning. Här redogörs översiktligt för dessa. De bedömningar som kommissionen gjorde avseende åtgärder inom socialförsäkringsområdet redogörs för i avsnitt 7.3.

6.1.1 Delbetänkandet om äldreomsorgen

Coronakommissionen bedömde i sitt första delbetänkande² att ambitionen att skydda de äldre hade misslyckats under pandemin och att det i första hand berodde på den allmänna smittspridningen. Utöver den allmänna smittspridningen ansåg kommissionen att det var sedan

¹ Någon motsvarande utvärdering har inte gjorts vad gäller den del av utredningens uppdrag som avser LSS-boenden.

² SOU 2020:80.

länge välkända brister som haft störst inverkan på antalet sjuka och avlidna i äldreomsorgen. Kommissionen ansåg också att varken Folkhälsomyndigheten eller Socialstyrelsen hade tillräcklig överblick över problem och brister inom omsorgen.

Strukturella brister i äldreomsorgens beredskap

De strukturella bristerna inom äldreomsorgen ansåg kommissionen i korthet handlade om en fragmenterad organisation, behov av högre bemanning, ökad kompetens och rimliga arbetsförhållanden samt ett otillräckligt regelverk.

En fragmenterad organisation

När pandemin drabbade Sverige fanns det enligt kommissionen på nationell nivå ingen överblick över kommunernas beredskap för att kunna möta en pandemi. Det saknades också etablerade kanaler mellan t.ex. Socialstyrelsen och den kommunala hälso- och sjukvården motsvarande de som finns med den regionala sjukvården.

Bemanning, kompetens m.m.

Kommissionen efterlyste en översyn från riksdag och regering om vad som är tillräcklig bemanning på bl.a. särskilda boenden, inte minst vad gäller vård och behandling av demenssjuka, och att arbetsgivarna måste förbättra förutsättningarna för ledarskap, förbättra anställningstryggheten och personalkontinuiteten i äldreomsorgen samt kraftigt minska andelen personal med timanställning. Kommissionen ansåg även att den medicinska kompetensen inom äldreomsorgen behöver förstärkas. Trots ökade medicinska behov hos omsorgsmottagarna i Sverige är bemanningen med medicinskt utbildad personal enligt kommissionen generellt sett låg.

Otillräckligt regelverk

Kommissionen fann att gällande regelverk med möjligheter att vidta smittskyddsåtgärder i äldreomsorgen inte är tillräckligt eller tillräckligt tydligt. Smittskyddsåtgärder som man avsåg var bl.a. kohortvård i betydelsen att en eller flera smittade vårdas avskilt av personal som arbetar enbart med dem.

Vad gäller smittskyddslagens, SmL:s, skarpa verktyg som t.ex. karantän frågade sig kommissionen om dessa ens varit möjliga att tillämpa i äldreomsorgen med boende som lider av kognitiv svikt eller långt framskriden demenssjukdom, och konstaterade att lagstiftaren i stället använt sig av begränsningar av mer allmän karaktär, t.ex. besöksförbud.

Lagstiftaren måste enligt kommissionen säkerställa att det i äldreomsorgen finns lagliga möjligheter för vård- och omsorgsgivare att vidta de åtgärder som krävs för att skydda omsorgsmottagarna vid en pandemi och i andra extraordinära krissituationer, inklusive för den enskilde ingripande åtgärder. I ett sådant regelverk får dock de värden som normalt präglar äldreomsorgen inte åsidosättas mer än nödvändigt och regelverket måste vila på noggranna etiska överväganden.

Andra brister

Läkartillgång och medicinska bedömningar

Kommissionen ansåg att den kategoriska uppdelningen mellan kommun och region i fråga om läkaransvar inte ens i en normal situation framstår som en lämplig lösning, och ansåg att det därför bör vara möjligt för kommuner att anställa läkare och att det vid varje särskilt boende bör finnas tillgång till sådan medicinsk utrustning att nödvändiga medicinska insatser och en god palliativ vård kan ges på plats. Vidare ansåg kommissionen det oacceptabelt att det förekommit fall där boende inte fått någon individuell läkarbedömning, och i vissa fall ingen individuell medicinsk bedömning alls, och att läkarbedömningar gjorts på distans i fall då tidigare kännedom om patienten saknats. Kommissionen fann också att det förekommit riktlinjer som inneburit risk för kategorivisa prövningar av människors vårdbehov.

Besöksförbudet

Besöksförbudet på särskilda boenden som infördes den 1 april 2020 tillkom enligt kommissionen på goda grunder från ett renodlat smittskyddsperspektiv. Det var rimligt att anta att anhöriga till de boende kunde föra med sig smitta när denna fanns i det omgivande samhället. Kommissionen ansåg det både begripligt och försvarligt att införa det nationella besöksförbudet. Det borde dock ha beslutats tidigare, för en betydligt kortare tid och därefter hade man kunnat överväga eventuell förlängning. Frågan om förbudets bestånd och dess rättighetsinskränkningar hade då mera kontinuerligt kunnat vägas mot det allmänna smittläget och regionala förhållanden, menade kommissionen.

Testningen

Kommissionen identifierade ett flertal problem med provtagningen av äldre personer under pandemin. Det handlar bl.a. om att inte alla regioner, i pandemins tidiga skede, provtog samtliga äldre som blev utskrivna från sjukhus till särskilda boenden, trots att det måste stått klart att dessa utgjorde en möjlig smittorisk.

Problem kring skyddsutrustning

Tillgången till skyddsutrustning var mycket bristfällig i pandemins inledande skede. Kommissionen ansåg att det tog orimligt lång tid att klarlägga och konstatera äldreomsorgens behov av skyddsutrustning. Med det stora antalet kommuner och vårdgivare som finns i Sverige borde rapporteringsvägar redan ha existerat eller skyndsamt ha byggts upp.

Enligt kommissionen har frånvaron av tydliga riktlinjer och den uppenbara bristen på skyddsutrustning i äldreomsorgen rimligen bidragit till smittspridningen där. Det borde tidigt ha funnits ett samstämmigt budskap i riktlinjerna för användandet av skyddsutrustning från Arbetsmiljöverket och Folkhälsomyndigheten, alternativt borde det ha framgått hur målen om arbetarskydd och smittskydd skulle vägas av mot varandra.

6.1.2 Andra delbetänkandet

Kommissionen fann även i sitt andra delbetänkande³ ett tydligt samband mellan den allmänna smittspridningen och hur äldreomsorgen drabbades och beskrev den allmänna smittspridningen som den främsta källan till smittspridningen i äldreomsorgen. Risker för allvarlig sjukdom och död var höga bland de äldre även under den andra vågen av smittspridning, trots bl.a. bättre tillgång till skyddsutrustning och bättre kunskap om virusets spridningssätt. De virusvarianter som förekom på särskilda boenden under den tidiga pandemin var enligt kommissionens undersökningar desamma som de varianter som fördes in i Sverige när sportlovsresenärer återvände från Italien och Österrike. Kommissionen fann också att risken att avlida för äldre på särskilda boenden var högre på större boenden och på boenden med högre personalomsättning.

Kommissionen beskrev det som ett haveri att diskussionerna kring huruvida regionerna hade ansvar att provta alla grupper som Folkhälsomyndigheten listat i en prioriteringsordning och om finansieringen av detta bidrog till att någon storskalig provtagning inte kom till stånd förrän den första vågen var över. Kommissionen kritiserade även att det dröjde innan någon mer omfattande smittspårning kom till stånd.

Utifrån den granskning kommissionen dittills gjort drog den slutsatserna att den svenska pandemiberedskapen är undermålig, att smittskyddslagstiftningen är otillräcklig för att möta ett allvarligt epidemiskt eller pandemiskt utbrott och att Sveriges smittskydd är decentraliserat och fragmenterat på ett sätt som gör det oklart vem som bär ansvaret för helheten när en allvarlig infektionssjukdom drabbar landet.

6.1.3 Slutbetänkandet

I slutbetänkandet⁴ argumenterade kommissionen, mot bakgrund av sambandet mellan den allmänna smittspridningen och hur brukarna inom äldreomsorgen drabbades, för att det borde ha gjorts betydligt större ansträngningar för att inledningsvis försöka bromsa den allmänna smittspridningen, dvs. även på andra områden än inom äldreomsorgen.

³ SOU 2021:89.

⁴ SOU 2022:10.

I slutbetänkandet bedömde kommissionen att isolering av sjuka som inte är i behov av sjukhusvård måste kunna ske på annat sätt än på en vårdinrättning, när vården samtidigt är upptagen med att behandla allvarligt sjuka.

Kommissionen uttalade sig också på flera andra punkter vad gäller den rättsliga beredskapen och samhällets krisberedskap. Bland annat fann kommissionen att det behövs någon form av konstitutionell beredskap som ger regeringen tillräckligt handlingsutrymme under en allvarlig fredstida kris, att SmL:s krav på att smittskyddsåtgärder ska grunda sig på vetenskap och beprövad erfarenhet knappast är rimligt när det är fråga om ett okänt virus som sprider en samhällsfarlig sjukdom, att ansvarsprincipen bör omprövas och att en handlingsprincip eller försiktighetsprincip bör regleras i lag.

Coronakommissionens betänkanden bereds i Regeringskansliet. Några av frågorna som lyfts av kommissionen behandlas i denna utredning, exempelvis vissa frågor om äldreomsorgen och smittbärrapporten, men även i direktiven till Utredningen om stärkt beredskap inför framtida pandemier (S 2023:08).

6.2 Riksrevisionen om det nationella smittskyddet

Med anledning av covid-19-pandemin, tidigare granskningar av smittskyddet och Coronakommissionens arbete har Riksrevisionen granskat effektiviteten i styrningen av den nationella smittskyddsverksamheten.⁵ Riksrevisionens övergripande slutsats är att det nationella smittskyddet bidrar till ett effektivt smittskydd men att det behöver stärkas på flera plan för att öka förmågan att hantera framtida utbrott och smittspridning som kan få allvarliga konsekvenser för samhället.

Riksrevisionen identifierade flera utmaningar och problem inom det nationella smittskyddet, bl.a. att det delade ansvaret mellan Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten för vårdhygienfrågor bidrar till en otydlig styrning. Detta fick konsekvenser under covid-19-pandemin. Exempelvis var inte tillgången till nationella vägledningar eller riktlinjer i vårdhygien tydlig för de regionala smittskydden och en del uppfattade information från olika myndigheter som motstridiga. Folkhälsomyndighetens roll i att förmedla kunskapsstöd och information

⁵ Riksrevisionen. (2023). *Det nationella smittskyddet – inte anpassat för en storskalig smittspridning*. RiR 2023:9.

till kommunerna är undanskymd och de kunskapsstöd som myndigheten tog fram under pandemin nådde inte ut på ett bra sätt till verksamheterna.

Tillgången till och användningen av regionalt expertstöd i vårdhygien varierar hos vård- och omsorgsverksamheter och flera vårdgivare i enskild regi saknade avtal med regionens vårdhygienfunktion under pandemin. Därtill har flera smittskyddsenheter efterfrågat en samlad nationell styrning i vårdhygienfrågor. En närmare genomgång av detta finns i avsnitt 6.4.

Riksrevisionen bedömde också att SmL inte är utformad för att både kunna användas i ett normalläge och i händelse av en pandemi, att tillsynen av de regionala smittskydden behöver förtydligas och att avsaknad av folkhälsoperspektivet i SmL inneburit att regionerna delvis haft andra utgångspunkter än Folkhälsomyndigheten.⁶

6.3 SKR:s rapport Att lära av en kris

I mars 2023 publicerade Sveriges Kommuner och Regioner, SKR, rapporten *Att lära av en kris – Kommuners och regioners lärdomar från covid-19-pandemin*. För denna utredning är bl.a. följande som särskilt berör äldre av intresse.

6.3.1 Kohortvård

SKR beskriver att det funnits utmaningar med att bedriva kohortvård och att det har ställt stora krav på schemaläggning, lokalutnyttjande och bemanning. Trots svårigheterna har enligt rapporten en majoritet av särskilda boenden i huvudsak lyckats avskilja friska från smittade brukare.⁷

SKR menar att det varit personalkrävande att isolera smittade personer i särskilda boenden eftersom personalen inte kunnat användas lika flexibelt som i normala fall. På mindre boenden har det kunnat uppstå situationer där en smittad person har behövts isoleras från övriga. En undersköterska har då kunnat varit tvungen att av-

⁶ Riksrevisionen. (2023). *Det nationella smittskyddet – inte anpassat för en storskalig smittspridning*. RiR 2023:9.

⁷ Sveriges Kommuner och Regioner. (2023). *Att lära av en kris*, s. 312; Fackförbundet Kommunal. (2020). *Pandemi på äldreboendet – en rapport om den svenska äldreomsorgen innan och under coronapandemin*.

delas för denna brukare utan att ha kunnat bidra i arbetet med osmittade brukare. SKR tar vidare upp att det i den inledande fasen av pandemin, då det rådde brist på skyddsutrustning, var svårt att hitta tillräckligt med personal som var villig att arbeta med brukare som smittats.

Under pandemin har kommunerna strävat efter att omhänderta covid-19-smittade och misstänkt covid-19-smittade omsorgstagare i deras hem, oavsett om de bott i ett särskilt boende eller i ett ordinärt eget boende. SKR tar i samband med det upp att det kan utgöra en svår påfrestning för den äldre att flytta från sin invanda hemmiljö till en ofta hårt belastad sjukhusavdelning. För att kunna möta upp äldres ökade vårdbehov har särskilda boenden behövt ställa om för att kunna erbjuda mer kvalificerad vård vilket i många fall bidragit till att nivån på den medicinska vården i särskilda boenden höjts. I samband med det har boendemiljön förändrats för att underlätta hygienrutiner. Mer avancerad skyddsutrustning har introducerats. Arbetet med kohortvård har stärkts och den medicinska kompetensen ökats.⁸

6.3.2 Hygienrutiner

SKR menar att stärka efterlevnaden av basala hygienrutiner är viktigt i ett normalläge och har varit ett av de viktigaste verktygen för att hindra smittspridning under pandemin. De brister som länge funnits inom äldreomsorgen har varit försvårande. Sjuksköterskor och MAS har haft en viktig roll i att stärka hygienrutinerna, men den generella sjuksköterskebristen har i kombination med förhöjd sjukfrånvaro gjort uppgiften svår. Trots stora ansträngningar har det varit ett bekymmer för verksamheterna att nå en hög efterlevnad av korrekta hygienrutiner. Efterlevnaden har enligt Socialstyrelsen stärkts under 2020 men nivån har i många kommuner inte varit på en tillfredsställande nivå. Det finns stora också stora skillnader mellan kommuner. Det finns kommuner som har uppnått en hundraprocentig efterlevnad medan vissa kommuner är på en nivå under 20 procent. SKR anser att stärka hygienrutinerna bör vara ett prioriterat utvecklingsområde för kommunerna.⁹

⁸ Sveriges Kommuner och Regioner. (2023). *Att lära av en kris*, s. 236 f.

⁹ Sveriges Kommuner och Regioner. (2023). *Att lära av en kris*, s. 242–243.

6.3.3 Nödvändiga regeländringar

SKR anför att personer som bor på särskilt boende med demensinriktning uppvisar en stor variation i funktion, både kognitivt och fysiskt. Vidare tar organisationen upp att personer med låg kognitiv funktion i kombination med hög fysisk funktion är rörliga och inte accepterar avgränsningar. När personer med dessa förutsättningar bär på covid-19-viruset uppstår stor risk för medboende och personal. Det kan också föreligga risk för smittspridning till allmänheten om de boende lämnar byggnaden. Den kognitiva funktionsnedsättningen gör det svårt eller omöjligt att förklara syftet med begränsningsåtgärder och att inhämta samtycke.

Många kommuner identifierade ett behov av att kunna införa tillfälliga begränsningsåtgärder för personer som bor på vård- och omsorgsboende med demenssjukdom, för att undvika fysiska kontakter mellan smittade och friska äldre med demenssjukdom. Det kunde handla om att tillfälligt låsa dörrar till lägenheter och kohortavdelningar när boende vistas där tillsammans med personal. SKR tar upp att detta inte är möjligt enligt lag och trots SKR:s hemställan till regeringen i april 2020 gjordes inga tillfälliga förändringar i SmL.¹⁰

6.4 Förslag på vårdhygienområdet

6.4.1 Socialstyrelsen

Socialstyrelsen lämnade hösten 2022, i sin redovisning av ett regeringsuppdrag om smittskyddsensheternas och smittskyddsläkarnas förutsättningar och kapacitet,¹¹ flera förslag avseende vårdhygien och smittskydd.

Socialstyrelsen föreslog att huvudmännen – regioner och kommuner – måste säkerställa tillgången till vårdhygienisk expertis för en mer funktionell hantering och styrning av området. Utan tillgång till vårdhygienisk expertis kan vare sig huvudmännen eller vård- och omsorgsgivarna uppfylla kraven på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, skrev Socialstyrelsen. Tillgången bör vara likvärdig för alla regionala och kommunala vård- och omsorgsgivare

¹⁰ Sveriges Kommuner och Regioner. (2023). *Att lära av en kris*, s. 255.

¹¹ Socialstyrelsen. (2022). *Smittskyddsensheternas och smittskyddsläkarnas förutsättningar och kapacitet – Översyn och förslag till utveckling*.

oavsett regiform, vilket det inte är i dag. I de regioner där dessa verksamheter inte har fri tillgång till denna expertis har smittskyddet under pandemin fått oproportionerligt många vårdhygieniska frågor, bl.a. som en konsekvens av att smittskyddet inte tar ut några avgifter, skrev Socialstyrelsen. Socialstyrelsen såg också ett behov av att kommunalt finansierade verksamheter, med stöd av regionens smittskydds- och vårdhygieniska expertis, bygger en stabil kunskapsbas inom smittskydds- och vårdhygienområdena. I de regioner där samverkan i dag fungerar sämre föreslogs regionen, smittskyddsläkaren och högsta ansvarig för vårdhygien i regionen att tillsammans med ansvarig nämnd i kommunerna se över formerna och innehållet för samverkan.

I rapporten lämnades ett annat förslag, riktat till regeringen, om att det vårdhygieniska arbetet bör samordnas på nationell nivå av en statlig myndighet. En sådan ökad samordning krävs enligt Socialstyrelsen för att det vårdhygieniska området ska utvecklas och bli mer likvärdigt. Behov har enligt Socialstyrelsen blivit tydligt under covid-19-pandemin. En sådan ordning skulle enligt Socialstyrelsen underlätta arbetet för samtliga aktörer inom områdena vårdhygien och smittskydd både på statlig, regional och kommunal nivå. Det skulle också öka likvärdigheten över landet och borga för att verksamheten bedrivs utifrån aktuell vetenskap och beprövad erfarenhet.

Socialstyrelsens rapport bereds i Regeringskansliet och i direktiven till Utredningen om stärkt beredskap inför framtida pandemier (S 2023:08) ingår bl.a. att analysera och ta ställning till hur kontinuiteten och robustheten för smittskyddsläkare kan stärkas och att analysera och föreslå hur ett nationellt samordningsansvar för vårdhygienfrågor bör utformas.

6.4.2 Riksrevisionen

Riksrevisionens granskning av det nationella smittskyddet som redovisades i maj 2023 utmynnade bl.a. i en rekommendation till regeringen att ge en lämplig myndighet samlat ansvar för vårdhygienfrågor. Vårdhygien är en viktig del i det förebyggande smittskyddsarbetet och det bör återspeglas i den statliga styrningen, menade Riksrevisionen. I sin granskning fann Riksrevisionen att det delade nationella ansvaret för vårdhygienfrågor mellan Socialstyrelsen och Folkhälso-

myndigheten lett till en otydlig styrning som blev uppenbart under covid-19-pandemin. Ett samlat nationellt ansvar för vårdhygienfrågor kan enligt Riksrevisionen stärka smittskyddets förebyggande arbete, men det förutsätter att även regioner och kommuner tar sitt ansvar för att se till att vård- och omsorgsverksamheter arbetar långsiktigt och förebyggande, för att mer effektivt kunna hantera större utbrott av smitta och omfattande smittspridning.¹²

I direktiven till Utredningen om stärkt beredskap inför framtida pandemier (S 2023:08) ingår att lämna förslag på utformning av ett nationellt samordningsansvar för vårdhygienfrågor.

6.4.3 Förslaget till äldreomsorgslag

Utredningen om en äldreomsorgslag och stärkt medicinsk kompetens i kommuner (S 2020:16) föreslog i juni 2022 en särskild äldreomsorgslag för att komplettera SoL och förtydliga äldreomsorgens uppdrag och innehåll och kommunernas ansvar samt skapa förutsättningar för en nationellt mer likvärdig äldreomsorg av god kvalitet. En av de föreslagna bestämmelserna anger att personers behov av kontinuitet, trygghet och säkerhet ska beaktas vid planering och organisering av verksamheten. Förutsättningar för trygghet och säkerhet kan enligt utredningen bl.a. handla om att planera och organisera verksamheten för att ha ett gott smittskydd.¹³ Utredningen lämnade därutöver en rad andra författningsförslag i syfte att stärka den medicinska kompetensen i kommunerna och den kommunala hälso- och sjukvården som helhet.

Folkhälsomyndigheten skrev i sitt yttrande över förslagen bl.a. att utredningen inte tillräckligt belyser behovet av en stärkt vårdhygien i vård och omsorg av äldre personer och att den fortsatta handläggningen av utredningens förslag bör inkludera frågan om hur arbetet för att förebygga vårdrelaterade infektioner kan stärkas.¹⁴

Utredningens förslag bereds (i augusti 2023) inom Regeringskansliet.

¹² Riksrevisionen. (2023). *Det nationella smittskyddet – inte anpassat för en storskalig smittspridning*. RiR 2023:9, s. 77–78 och s. 82.

¹³ SOU 2022:41, s. 292.

¹⁴ Folkhälsomyndigheten. (2022.11.14). *Remissyttrande – Nästa steg – Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer* (SOU 2022:41).

6.5 Tillgång till vård för vuxna i LSS-boenden

Socialstyrelsen fick i februari 2022 regeringens uppdrag¹⁵ att kartlägga och analysera möjligheterna för personer i LSS-boende för vuxna att tillgång till hälso- och sjukvård och vilken påverkan som pandemin har haft. Av tidigare analyser från Socialstyrelsen framgår bl.a. att trots att det i ansvaret för omvårdnad enligt 9 e § LSS ligger att hjälpa den enskilde som bor i bostad med särskild service att få den hälso- och sjukvård som han eller hon behöver, visar statistik att det finns stora brister. Personer med funktionsnedsättning blir generellt diagnostiserade i ett senare skede än andra, vilket gör att de har sämre chanser att kunna bli botade från exempelvis bröstcancer.¹⁶

I mars 2023 redovisade Socialstyrelsen det nya uppdraget.¹⁷ Socialstyrelsen bedömde att det finns behov av att vidta åtgärder för att säkerställa att omvårdnad och tillgång till hälso- och sjukvård finns för vuxna som bor i bostad med särskild service. Konkret pekade Socialstyrelsen bl.a. på att

- det finns behov av att kommunen och regionen ser till att de som saknar tillgång till internet eller inte har förmåga att använda digitala tjänster har möjlighet att komma i kontakt med och få tillgång till vård,
- det finns behov av generella kompetenshöjande insatser för hälso- och sjukvårdspersonal om framför allt bemötande av målgruppen,
- det finns behov av att personalen på LSS-boenden får kompetenshöjande insatser avseende hälso- och sjukvård (läkemedelshantering och delegering) och avseende att tolka och känna igen tecken på smärta, sjukdom eller skada hos brukarna,
- det finns behov av att förtydliga vad som är omsorg/omvårdnadsinsatser och vad som är hälso- och sjukvårdsuppgifter i kommunerna, och
- avtal och samverkansavtal mellan kommuner och regioner inte är enhetliga i landet och reglerar i varierande grad vårdkontakter för personer på LSS-boenden, att ansvaret mellan region och kommun upplevs som otydligt och att huvudmännen behöver tydliggöra och

¹⁵ Dnr S2022/01055 (delvis).

¹⁶ Socialstyrelsen. (2018). *Bostad med särskild service för vuxna enligt LSS*, s. 40.

¹⁷ Socialstyrelsen. (2023). *Vårdkontakter i LSS-boende*.

förankra avtal och samverkansavtal mellan region och kommun, såväl för avtalsparterna själva som för verksamheter och personal.

Resultaten visade också att förekomsten av årliga hälsokontroller, som kan vara ett sätt att identifiera behov av hälso- och sjukvård och på så sätt bidra till en jämlik vård, varierar över landet. Vad gäller tillgång till sjukvård under pandemin visade resultaten att vuxna på LSS-boenden i stort sett verkade ha fått tillgång till den hälso- och sjukvård de hade behov av. De fick vid behov tillgång till akut- och intensivvård, men undanträngningseffekter syntes på vissa områden, t.ex. hälsoundersökningar och remisser till specialistmottagningar.

Socialstyrelsen konstaterade att oavsett åtgärder kommer troligen personer i LSS-boenden ha fortsatta svårigheter att få tillgång till vård. Det handlar primärt om att många i gruppen har svårigheter att kommunicera symtom på sjukdom, smärta eller skada och det saknas kunskap för att kunna tolka tecken på sådana symtom. Socialstyrelsen ansåg därför att det finns anledning att utreda hur målgruppen kan erbjudas årliga hälsokontroller. Frågorna bereds (i augusti 2023) i Regeringskansliet.

6.6 Från IVO:s tillsyn

6.6.1 Kort om IVO:s uppdrag

IVO:s främsta uppgift är att svara för tillsyn och tillståndsprövning inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och verksamhet enligt LSS. Myndighetens tillsyn innebär en granskning av att hälso- och sjukvårdsverksamhet samt personal uppfyller krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter (se 1–2 §§ förordning [2013:176] med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg och 7 kap. PSL).

Händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada ska enligt PSL snarast anmälas av vårdgivaren till IVO med ingivande av en utredning av händelsen (3 kap. 5 § första och andra styckena PSL). Förfarandet benämns *lex Maria*.

PSL innehåller också bestämmelser om klagomål från enskilda. Här har vårdgivaren det största utredningsansvaret och IVO:s skyldighet att utreda har genom en lagändring 2018 begränsats (se 7 kap. 10–11 §§ PSL).

Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd prövar, på anmälan av IVO, bl.a. frågor om provotid och återkallelse av legitimation (9 kap. 1 § och 8 kap. 1–3 §§ PSL).

Bestämmelserna om *lex Sarah* i SoL och LSS har kort beskrivits i avsnitt 4.6.3. Antalet *lex Sarah*-anmälningar har enligt IVO:s statistik legat mellan 1 100 och 1 300 per år sedan 2015. Under 2022 inkom 1 132 anmälningar till IVO. Av de 1 177 ärenden som avslutades under 2022 stod de verksamhetsområden som benämns *äldreomsorg*, *funktionsnedsättning LSS* och *funktionsnedsättning SoL* tillsammans för 769 stycken (68 procent). De vanligaste orsakerna till anmälan handlar om rättssäkerhet eller att en insats inte blivit utförd eller utförts felaktigt.

En särskild utredare har sedan juni 2022 regeringens uppdrag att bl.a. se över möjligheterna att förbättra förutsättningarna för IVO att utöva tillsyn och ha möjlighet att ingripa när tillsynen visar på brister inom socialtjänst eller verksamhet enligt LSS.¹⁸

6.6.2 Brister i vård och behandling under pandemin

IVO konstaterade i november 2020 allvarliga brister hos regionerna vad gällde medicinsk vård och behandling av personer på särskilda boenden för äldre under pandemin. IVO:s bedömning var att ingen av landets 21 regioner tagit det fulla ansvaret för att säkerställa en individuellt behovsanpassad vård och behandling vid misstänkt eller konstaterad covid-19. Utifrån den granskning av journaler som IVO genomfört hade ungefär en femtedel av personerna på äldreboendena inte fått någon individuell läkarbedömning. Ingen region nådde heller fullt ut lagstiftningens krav på kvalitet i brytpunktsamtal, behandling enligt ordination och dokumentation.¹⁹

IVO fördjupade under 2022 granskningen av närmare 2 000 särskilda boenden i hela landet. IVO fann i augusti 2022 att den lägsta nivån för medicinsk vård och behandling var för låg på särskilda boenden för äldre. De risker och systematiska brister som identifierades var enligt IVO så allvarliga att de påverkade patientsäkerheten i dessa boenden i hela landet. De viktigaste iakttagelserna gällde:

¹⁸ Utredningen om en effektivare tillsyn över socialtjänsten (S 2022:05), dir. 2022:65.

¹⁹ Inspektionen för vård och omsorg. (2020-11-24). *Ingen region har tagit sitt fulla ansvar för individuell vård och behandling*.

- Svag efterlevnad av regler om vård i livets slutskede genom att alltför många patienter inte ges en individuell medicinsk bedömning samt vård och behandling enligt ordination.
- Brister i läkemedelshantering, exempelvis olämplig läkemedelsanvändning, samt brister gällande kompetens.
- Bristande tillgång till sjuksköterskor och läkare.
- Brister i kontinuitet och dokumentation, vilket leder till patientsäkerhetsrisker.

Vad gäller den bristande tillgången till sjuksköterskor och läkare konstaterade IVO att många livsavgörande bedömningar gällande patienter på SÄBO görs av den personal som har lägst utbildning. Det saknas även sjuksköterskor och läkare för att tillgodose patienternas behov. Vid journalgranskningen framkom att endast 66 procent av patienterna hade en dokumenterad läkarkonsultation under en kalendermånad. Av sjuksköterskorna som svarade på enkäten angav 66 procent att det finns patientsäkerhetsrisker som orsakas av det stora antal patienter varje sjuksköterska ansvarar för.

IVO:s bedömning var att det inte handlar om enstaka olycksfall i arbetet utan grundläggande brister i vårdgivarnas förmåga att säkerställa en godtagbar kvalitet och säkerhet för brukarna som bor på särskilt boende.

Tillsynen har fortsatt under 2023.^{20 21}

6.6.3 Uppföljning av besöksföreskrifter

IVO fick i november 2020 regeringens uppdrag att följa upp tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2020:46) om besök i särskilda boendeformer för äldre under covid-19-pandemin, vilka närmare beskrivits i avsnitt 5.2.2. IVO redovisade sitt uppdrag i december 2021. Av redovisningen framgår bl.a. att IVO bedömer att följsamheten till föreskrifterna har varit god i de verksamheter som granskats. Det fanns dock verksamheter som utan samtycke från de boende begränsat möjligheten att ta emot besökare, eller helt

²⁰ Inspektionen för vård och omsorg. (2022). *Tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre*.

²¹ Inspektionen för vård och omsorg. (2023). *Vad har IVO sett 2022?*

förbjudit besök. Det hade också förekommit isolerande åtgärder, såsom att brukare som har lämnat boendet för att träffa vänner och familj eller för att göra ärenden har uppfattat att de därefter varit tvungna att vistas isolerade i sina lägenheter under viss tid. Av personalen uppgav 29 procent att boendet hade tillämpat denna form av åtgärd. IVO skriver att smittskyddslagstiftningen inte har använts för att hantera situationen som rått inom äldreomsorgen, utan det är i stället verksamheterna själva som i vissa fall har använt sig av förbud eller begränsande regler utan mandat eller samtycke.²²

6.6.4 Tvång och begränsningar i LSS-boenden

Under 2020 gjorde IVO en särskild granskning av inkomna lex Sarah-anmälningar och anmälningsärenden som rör tvångs- och begränsningsåtgärder inom LSS. Risken för att utsättas för tvångs- och begränsningsåtgärder och andra missförhållanden i LSS-bostäder har enligt IVO ett samband med att personal och/eller föreståndare på LSS-verksamheter inte har tillräcklig kompetens eller förutsättningar för att kunna utföra sitt arbete utan att vidta otillåtna åtgärder. Såväl lex Sarah-ärenden som upplysningar och klagomål till IVO där tvångs- och begränsningsåtgärder förekommer ökade från 2019. Exempel på återkommande händelser som rapporteras och anmäls till IVO är att begränsa åtkomsten till gemensamma utrymmen, som att låsa dörren till boendets kök, med motivet att det där finns farliga redskap eller för att boende inte ska kunna äta som de vill. Under 2020 fanns även exempel på besöksförbud och förbud att göra hembesök till anhöriga. Trots att LSS-insatser är frivilliga konstaterade IVO att begränsningsåtgärder införts inom LSS-bostäder i syfte att stoppa covid-19-spridning. Såväl anhöriga som anställda är enligt IVO osäkra på vad som är lagenligt.

I 74 procent av lex Sarah-ärenden angavs bristande kompetens hos personal som en orsak till missförhållandet. Cirka 45 procent av de granskade klagomålen (anmälan till IVO) innehöll uppgifter om brister i kompetens hos personalen. Missförhållandena som anges i lex Sarah-anmälningarna handlar om att personer blir inlåsta, fasthållna eller att nedläggning har förekommit. Det händer även att de

²² Inspektionen för vård och omsorg. (2021). *Smittsäkra besök – Redovisning av regeringsuppdrag att följa upp tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter om besök i särskilda boendeformer för äldre under covid-19-pandemin.*

boende utsätts för andra typer av kränkningar, som verbala hot och grovt språk från personalen, som inte är god vård och omsorg och som skulle vara brottsliga. I cirka 49 procent av lex Sarah-anmälningarna gäller missförhållanden i kategorin ”annat”, t.ex. fastspänning, fasttejpning, fastbindning, fysiskt tvång från personal, tvångsmedicinering och matbegränsningar.

Bristande ledning och styrning anges som en bidragande orsak till att tvångs- och begränsningsåtgärder förekommer. Det är ledningens ansvar att säkerställa att personalen har rätt kompetens. I cirka 49 procent av granskade lex Sarah-ärenden angav vård- och omsorgsgivarna att brister i ledning och styrning är en orsak till att missförhållandet kunde uppstå. I granskningen av klagomålen (anmälan till IVO) handlade 64 procent om brister i ledning och styrning.²³

Även under 2021 uppmärksammade IVO allvarliga brister och fattade flera skarpa beslut. Bristerna rörde tvångs- och begränsningsåtgärder där enskilda utsatts för inlåsning eller olaga frihetsberövande, fasthållning, användning av handfängsel, bildövervakning och inlåsning av personliga tillhörigheter eller liknande.²⁴

6.7 Kompetensförsörjning inom vård och omsorg

Utredningen Nationell samordnare för kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre hade i uppdrag att tillsammans med kommuner initiera förändringsarbete som främjar en god arbetsmiljö och som tar tillvara teknikens möjligheter i syfte att underlätta för personalen och ge ökad kvalitet för patienter och brukare.

I sitt betänkande²⁵ presenterade utredningen ett antal analyser, bedömningar och rekommendationer. Avsikten var att få i gång förändringsprocesser i landets kommuner.

De flesta av utredningens rekommendationer riktade sig till kommunerna då det är kommunerna som skapar förutsättningar för en hållbar kompetensförsörjning. Rekommendationer till kommunerna strukturerades i fyra temaområden som handlade om att förnya, behålla och utveckla kompetens, stärka ledarskapet, skapa trygga anställ-

²³ IVO gjorde detta som en del i samverkan med Socialstyrelsens regeringsuppdrag om kompetens i LSS-boenden, se avsnitt 4.4.3. Se också Inspektionen för vård och omsorg. (2021). *Vad har IVO sett 2020?*, s. 43.

²⁴ Inspektionen för vård och omsorg. (2022). *Vad har IVO sett 2021?*, s. 28–29.

²⁵ SOU 2021:52.

ningsförhållanden och en god arbetsmiljö samt ny teknik i vårdens och omsorgens tjänst.

Utredningen lämnade också rekommendationer till regeringen eftersom utvecklingen av kompetensförsörjningen kräver nationellt stöd. I rekommendationerna till regeringen framhölls behovet av nationellt stöd för fortsatt utvecklingsarbete på kort och lång sikt men även att regeringen bör överväga att tillsätta en funktion för att samordna och följa upp det fortsatta utvecklingsarbetet när det gäller kompetensförsörjning inom vården och omsorgen om äldre. Utredningen föreslog vidare att regeringen bör överväga att inrätta ett kompetenscentrum för utveckling av äldreomsorgen, exempelvis vid Socialstyrelsen.

Utredningens förslag bereds (i augusti 2023) inom Regeringskansliet.

6.8 Stärkt medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård

Nuvarande reglering i HSL innebär i praktiken ett förbud för kommuner att anställa egna läkare. Ansvar för behövliga läkarresurser inom den kommunala hälso- och sjukvården ligger på regionerna.

I den utredning som bl.a. föreslog en ny äldreomsorgslag gjordes bedömningen att kommunernas möjlighet att utföra läkarinsatser inte bör utökas. Däremot föreslogs en rad andra regeländringar för att stärka tillgången till läkare och annan medicinsk kompetens inom den kommunala hälso- och sjukvården.²⁶

I juni 2023 beslutade regeringen att tillsätta en utredning om stärkt medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård.²⁷ I uppdraget ingår bl.a. att föreslå en ordning där kommuner kan anställa läkare och analysera kommunernas nuvarande förutsättningar att anlita läkare på regionernas bekostnad och effektiviteten i nuvarande system.

Uppdraget ska redovisas senast den 1 november 2024.

²⁶ SOU 2022:41, se bl.a. kapitel 8.

²⁷ Dir. 2023:98.

6.9 Utredning om språkrav

Den 30 mars 2023 beslutade regeringen att tillsätta en utredning om språkrav för personal i äldreomsorgen. I direktiven hänvisar regeringen till vad som framkommit i bl.a. Coronakommissionens första delbetänkande och IVO:s tillsyn av äldreomsorgen, samt beskriver andra initiativ på området, däribland införandet av undersköterska som skyddad yrkestitel och regeringsuppdrag till bl.a. Socialstyrelsen.²⁸

I utredningens uppdrag ingår bl.a. att analysera och ta ställning till vilken nivå på kunskaper i svenska som är lämplig för undersköterskor och vårdbiträden som arbetar i äldreomsorgen och om kraven bör skilja sig åt mellan yrkesgrupperna, att analysera och vid behov föreslå krav och lämplig nivå på kunskaper i svenska även för andra yrkesgrupper som arbetar i äldreomsorgen, och att analysera och föreslå hur språkraven kan utformas, bedömas och skyndsamt införas, samt hur kraven kan följas upp och långsiktigt kvalitetssäkras.

Uppdraget ska redovisas senast den 1 september 2024.

6.10 Uppdaterad demensstrategi

I maj 2023 gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att uppdatera den så kallade demensstrategin från 2018.²⁹ För att möta utmaningen i form av ett förväntat ökat antal personer med demenssjukdomar behöver den nya strategin enligt regeringen breddas och, utöver omsorg, även innefatta viktiga delar av både hälso- och sjukvården och socialtjänsten.³⁰ Uppdraget ska redovisas i februari 2024.

6.11 Utformning av kommunala vård- och omsorgslokaler

I en rapport från SKR konstateras att covid-19-pandemin innebar att den kommunala vården och omsorgen ställdes i en situation som ur ett fastighetsperspektiv inte tidigare beaktats. Förutsättningarna att begränsa smittspridning genom lokalernas egenskaper och utform-

²⁸ Socialstyrelsen redovisade uppdraget under våren 2023, se Socialstyrelsen. (2023). *Språkbedömningsstöd till verksamheter inom äldreomsorg*.

²⁹ Dnr S2023/01713 (delvis).

³⁰ Regeringen. (2023-05-17). *Regeringen ger Socialstyrelsen i uppdrag att uppdatera demensstrategin*.

ning har inte varit en tillräckligt högt prioriterad fråga vid förstudie, planering, projektering, upphandling av renoveringar och nyproduktion av vård- och omsorgslokaler. Covid-19 skapade enligt rapporten en situation som inte förutsetts eller planerats för vid utformningen av vård- och omsorgsboenden. I rapporten dras slutsatsen att det finns tre huvudsakliga områden för utveckling och förbättring gällande lokalernas utformning inför en framtida pandemi:

- flexibla, men också hemlika, vård- och omsorgsboenden,
- byggnadsutformning och flödeslösningar, samt
- kunskapsstöd till kommuner kring ventilation, luftkonditionering och smarta lösningar (teknologiska lösningar såsom beröringsfri dörrautomatik och toaletter med teknik som ökar självständighet samt minskar smittorisk).

Det klart största behovet av förändringar av lokalerna ses enligt rapporten inom särskilt boende för äldre.

Ett antal utrymmen eller faktorer upplevdes inte hålla tillräckligt god standard för att hantera covid-19-pandemin på ett tillfredsställande sätt. De utrymmen som bedömdes vara otillräckliga var följande:

- allmänna ytor för att underlätta besök,
- lokaler som är flexibla och som kan ställas om vid behov,
- allmänna ytor för boenden,
- förvaring i form av förråd samt
- personalrum såsom omklädningsrum och övriga personalytor.³¹

6.12 Gränsdragningsvärigheter inom omsorgen

Det har under flera år framförts synpunkter från olika myndigheter, statliga utredningar och organisationer att det ytterligare bör klargöras i lagstiftning när olika begränsningsåtgärder kan vidtas inom hälso- och sjukvården och omsorgen eller hur vård kan ges när samtycke inte kan inhämtas. Flera förslag har presenterats genom åren.³²

³¹ Sveriges Kommuner och Regioner. (2023). *Utformning av kommunala vård- och omsorgslokaler – erfarenheter från Covid-19*.

³² Här kan bl.a. nämnas SOU 2013:2, *Patientlag*, SOU 2015:80, *Stöd och hjälp till vuxna vid ställningstagande till vård, omsorg och forskning* samt Socialstyrelsen. (2015). *Vård och omsorg om personer med nedsatt beslutsförmåga*.

Utifrån SOU 2006:110 (*Regler för skydd och rättssäkerhet för personer med demenssjukdom*) utarbetades en lagrådsremiss som beslutades 2012. Lagrådsremissen innehöll förslag rörande möjliggörande av tvingande skyddsåtgärder och då bl.a. bortförande, användning av larmanordning och inlåsning.³³

Inget av de presenterade förslagen har lett till lagstiftning. I beredningen av några av förslagen har det framförts behov av en generell lagstiftning och inte en lagstiftning som försöker lösa frågan om begränsningsåtgärder för ett specifikt område eller en specifik situation.

I SOU 2020:14 (*Framtidens teknik i omsorgens tjänst*) lämnades förslag som syftade till att underlätta användningen av välfärdsteknik inom äldreomsorgen. Författningsförslaget hade dock ett bredare angreppssätt och förslag fanns även avseende frågan om samtycke inom vård och omsorg för personer med nedsatt beslutsförmåga. För detta riktades kritik i remissrundan mot utredningens förslag, bl.a. av Statens medicinsk-etiska råd (Smer):

Inledningsvis vill Smer framföra att rådet anser att det är mycket allvarligt både ur rättssäkerhetssynpunkt och från ett etiskt perspektiv att det fortfarande i Sverige saknas lagreglering av hur insatser inom hälso- och sjukvård till enskilda som har en varaktigt nedsatt beslutsförmåga får göras. Smer anser att det är anmärkningsvärt att förslag om vård och insatser till personer med varaktigt nedsatt beslutsförmåga lämnas i ett betänkande om införande av välfärdsteknik i äldreomsorgen och inte i en särskild utredning avsedd enbart för frågor om insatser till beslutsförmögna. Det är dock förklarligt att frågan kommer upp i betänkandet eftersom det ännu inte finns en reglering.³⁴

Justitieombudsmannen uttalade följande på samma tema:

Mot bakgrund av det ganska begränsade uppdraget i denna del är det överraskande att utredningen har ansett sig ha tillräckligt underlag för att lämna förslag till en allmän bestämmelse i patientlagen, avsedd att tillämpas vid beslutsfattande i alla former av hälso- och sjukvård, när det står klart att den enskilde inte endast tillfälligt saknar förmåga att samtycka till en viss insats.³⁵

³³ Lagrådsremiss. *God vård och omsorg om personer med demenssjukdom samt regler för skydd och rättssäkerhet*, beslutad av regeringen 2012-11-29.

³⁴ Statens medicinsk-etiska råd. (2020-08-13). *Remissvar avseende betänkandet Framtidens teknik i omsorgens tjänst (SOU 2020:14)*, s. 7.

³⁵ Justitieombudsmannen. (2020-07-10). *Yttrande över betänkandet Framtidens teknik i omsorgens tjänst (SOU 2020:14)*, s. 2.

I propositionen *Välståndsteknik inom äldreomsorgen*³⁶ konstaterar regeringen bl.a. att frågan om insatser till personer med nedsatt beslutsförmåga är komplex och berör flera områden, t.ex. hälso- och sjukvården och att frågan kräver ytterligare beredning. Den behandlades därför inte ytterligare i propositionen.³⁷

I sammanhanget kan även nämnas Myndigheten för vård- och omsorgsanalys rapport om den nordiska äldreomsorgen. Med hänvisning till betänkandet SOU 2020:14 anförde myndigheten att frågan om behovet av att reglera förutsättningarna att ge vård och omsorg vid nedsatt beslutsförmåga behöver analyseras ytterligare och att i en sådan analys bör lagstiftningen i Danmark, Norge och Finland, som reglerar hur och under vilka omständigheter det är möjligt att ge vård och omsorg utan samtycke, vara ett av flera underlag. Avsaknaden av sådan reglering i Sverige skapar enligt Vård- och omsorgsanalys ett i viss mån oklart rättsläge. Konsekvensen kan enligt myndigheten bli såväl bristande rättssäkerhet, eftersom gränserna för självbestämmanderätten inte är helt tydliga, som risk för att vissa äldre personer i Sverige inte får den vård och trygghet som ligger i deras intresse. Det kan enligt myndigheten också skapa ett dilemma för personal som har ansvar för att hjälpa den som behöver.³⁸

³⁶ Prop. 2022/23:131.

³⁷ Se vidare i Ds 2022:4. *Ökade möjligheter till användning av välfärdsteknik inom äldreomsorgen*, s. 38, där regeringen skriver att en central del i SOU 2020:14 var författningsförslag med fokus på reglering av samtycke från personer med nedsatt beslutsförmåga i syfte att underlätta användningen av välfärdsteknik inom äldreomsorgen.

³⁸ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. (2021). *Den nordiska äldreomsorgen – en jämförande kartläggning av struktur, organisation och innehåll*. 2021:7, s. 179. Det kan i sammanhanget nämnas att det både i Norge och Finland finns möjlighet att isolera personer på det särskilda boendet.

7 Smittbärappenning

I detta kapitel beskrivs bakgrunden till smittbärappenningens tillkomst och hur covid-19-pandemin påverkade ersättningen. Avslutningsvis redogörs för ett antal utvärderingar av hur smittbärappenningen fungerade under pandemin samt utvecklingsområden som har lyfts fram.

7.1 Historik och användning innan pandemin

De nu gällande bestämmelserna om smittbärappenning har sitt ursprung i lagen (1956:293) om ersättning åt smittbärare. Den nya smittskyddslag som trädde i kraft 1 juli 1989 (smittskyddslag [1988:1472]) samt förändringar i sjukförsäkringen ansågs motivera att lagen från 1956 ersattes med en ny lag. Även redaktionella skäl ansågs tala för en ny lag. Däremot var bedömningen att grundprinciperna i lagstiftningen borde behållas.¹

1956 års lagstiftning tillkom bl.a. på grund av en stor paratyfus-epidemi (epidemi av en allvarlig typ av salmonella) som hade brutit ut i Sverige 1953 och som pågick från mitten av juni till slutet av december det året. Totalt insjuknade 8 845 personer med salmonella av vilka 2 400 lades in på sjukhus och cirka 90 personer avled.² Ett stort antal personer drabbades av förlust av arbetsinkomst m.m. till följd av att de avstängts från arbetet eller haft inskränkt rörelsefrihet då de misstänktes eller konstaterats föra smitta av smittsam sjukdom.

I samband med epidemin infördes särskilda tillfälliga regler som innebar att ersättning till enskilda för förlorad arbetsinkomst kunde

¹ Prop. 1988/89:112, s. 22.

² Folkhälsomyndigheten (2022-03-07). *Salmonellautbrottet 1953*. En kombination av hög slaktfrekvens, otillräckliga kylutrymmen och värmebölja var orsaken till utbrottet. En arbetskonflikt som varade i fem veckor medförde att fler djur än normalt slaktades när arbetet återupptogs och kylrummen blev därför överfyllda med höga temperaturer som följd. Samtidigt pågick en värmebölja vilket gjorde att det inte gick att kyla transportkedjan för köttet.

utgå i större omfattning och efter andra grunder än enligt tidigare praxis. Antalet ersättningsärenden uppgick under epidemin till knappt 1 000.³ Åtgärden ansågs dock som en nödlösning och begränsades till paratyfusedepidemin. Tidigare hade ersättning utgått i enskilda fall till ”bacillbärare”.⁴

Vid behandlingen av de tillfälliga bestämmelserna framhölls behovet av generella regler rörande ersättning till smittbärare vilket sedermera resulterade i lagen om ersättning åt smittbärare.

Smittbärrpenningen har sedan reglernas tillkomst använts i begränsad omfattning genom åren. Mellan år 2000 och 2019 erhöll cirka 200–470 personer per år ersättning. Antalet personer som fått ersättning minskade successivt under denna period. Under de sex år som föregick pandemin betalades ersättning ut till i medeltal 250 personer per år. De två diagnoser som sticker ut i ersättningsärendena, jämfört med övriga diagnoser under perioden 2000–2019 är MRSA⁵ och salmonella.⁶

7.2 Smittbärrpenningen under pandemin

I februari 2020 fattade regeringen beslut om en förordning som innebar att covid-19 betraktas som en allmänfarlig och samhällsfarlig sjukdom enligt definitionen i smittskyddslagen, SmL.⁷ Det innebar att den som inte kunde arbeta för att den var smittad, varit utsatt för smitta eller kunde antas ha varit utsatt för smitta av covid-19 kunde ha rätt till smittbärrpenning (se 46 kap. 3 § p. 1–3 socialförsäkringsbalken, SFB).⁸

³ Prop. 1956:126, s. 24 f. och s. 33.

⁴ Prop. 1956:126, s. 24 och s. 44. Antalet ärenden uppgick mellan 1932 och 1955 till 130 stycken.

⁵ Meticillinresistent *Staphylococcus aureus* – stafylokocker som är resistent mot meticillin, som är ett antibiotikum.

⁶ Uppgifter från Försäkringskassan till utredningen 2022-09-29 via mejl.

⁷ Förordning (2020:20) om att bestämmelserna i smittskyddslagen (2004:168) om allmänfarliga och samhällsfarliga sjukdomar ska tillämpas på infektion med 2019-nCoV.

⁸ I sammanhanget kan också nämnas att år 2020 lades covid-19 till i listan över sådana sjukdomar som anses utgöra arbetsskada enligt 39 kap. 6 § SFB. Covid-19 skulle därmed anses utgöra arbetsskada om sjukdomen ådragits i vissa typer av arbeten, bl.a. visst laboratoriearbete samt arbete inom sjukvården. År 2022 ändrades 5 § förordningen (1977:284) om arbetsskade-försäkring och statligt personskadeskydd på så sätt att det anges att som arbetsskada ska sådan sjukdom anses vara ”som är eller som när skadan inträffade var klassificerad som en samhällsfarlig sjukdom enligt smittskyddslagen (2004:168) och sjukdomen har ådragits i arbetet”, dvs. inget krav på att sjukdomen ådragits i vissa anställningar om sjukdomen är klassad som samhällsfarlig. Dessa ändringar var inte tillfälliga utan är permanenta.

I en andra extra ändringsbudget som presenterades av regeringen den 19 mars 2020⁹ föreslogs att regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, vid extraordinära händelser i fredstid ska kunna meddela särskilda föreskrifter om undantag från bestämmelserna i SFB om sjukpenning och karens, smittbärappenning och tillfällig föräldrapenning samt handläggning av ärenden. Med en extraordinär händelse i fredstid avses en sådan händelse som avviker från det normala, innebär en allvarlig störning eller överhängande risk för en allvarlig störning i viktiga samhällsfunktioner och kräver skyndsamma insatser. Det kan enligt propositionen t.ex. handla om en pågående smittspridning av en samhällsfarlig sjukdom. Lagändringarna som togs in i 2 kap. 5 a § SFB trädde i kraft den 7 april 2020.

Enligt smittskyddslagen (2004:168), SmL, ska en behandlande läkare besluta om individuellt utformade förhållningsregler för den som bär på eller misstänks bära på en allmänfarlig sjukdom (4 kap. 2 § SmL). Under hösten 2020 gick Folkhälsomyndigheten ut med rekommendationen om att även friska vuxna personer som bor i samma hushåll som en person med bekräftad covid-19 skulle få förhållningsregler om att hålla sig i hemmet. Om sådana förhållningsregler utfärdades skulle det innebära en skyldighet att stanna hemma under en begränsad tid även för dessa personer.¹⁰ Rekommendationen innebar att alla hushållskontakter skulle betraktas som misstänkta fall enligt SmL vilket innebär att läkare som följer rekommendationen måste meddela förhållningsregler för hushållskontakter. Skyldigheten följer av förhållningsregeln, som är beslutet enligt SmL enligt 46 kap. 5 § 1 SFB. Konsekvensen blev att den som fått förhållningsregler i egenskap av hushållskontakt och därmed misstänkt fall, och som inte kunde arbeta hemifrån, kunde ansöka om smittbärappenning.

Med anledning av ett stort antal ansökningar om smittbärappenning beslutade regeringen vid två tillfällen att tillfälligt ta bort kravet på läkarintyg för ansökningar om smittbärappenning som gällde covid-19. Undantagen gällde från och med den 6 februari fram till och med den 30 september 2021¹¹ samt från och med den 27 december 2021

⁹ Prop. 2019/20:132.

¹⁰ Folkhälsomyndigheten. (2020-10-01). Personer som bor med smittade av covid-19 ska betraktas som möjliga fall.

¹¹ Förordning (2021:60) om viss sjukpenning i förebyggande syfte och viss smittbärappenning med anledning av sjukdomen covid-19.

fram till och med den 31 mars 2022.¹² Kravet om individuellt utformade förhållningsregler kvarstod dock.

7.2.1 Antalet ersättningsärenden

Som konstaterats ovan är smittbärappenningen normal sett en liten förmån. Antalet ansökningar om smittbärappenning ökade dock mycket kraftigt i och med covid-19-pandemin.

Av Försäkringskassans årsredovisningar framgår att det under 2019 totalt inkom cirka 1 700 ansökningar om förmånen, varav 350 gällde smittbärappenning och cirka 1 400 ersättning för resekostnader. Till följd av pandemin ökade antalet ansökningar om smittbärappenning till cirka 29 400 under 2020 och till cirka 106 300 under 2021. Under 2022 accelererade ökningen och bara under det första kvartalet kom det in cirka 109 000 ansökningar.

I januari 2022 hade covid-19 på nytt fått stor spridning i samhället. Rekommendationerna om ”hushållskarantän” för sammanboende med covid-19 smittade medförde att Försäkringskassan under det första halvåret 2022 fick hantera exceptionellt många ansökningar om smittbärappenning.

För hela 2022 blev utfallet 113 000 ansökningar. Antalet ansökningar om ersättning för resekostnader ökade marginellt, från cirka 1 100 under 2021 till cirka 1 400 under 2022.

Under 2022 fattades beslut i cirka 109 000 ärenden om smittbärappenning, vilket var 12 procent fler än under 2021. Cirka 101 100 personer fick ersättning, vilket var 22 procent fler än 2021. Av dessa var 52 procent kvinnor och 48 procent män.

Förmånsutgifterna uppgick till 410,7 miljoner kronor 2022, att jämföra med 392,9 miljoner kronor under 2021, 126,6 miljoner kronor under 2020 och 4,5 miljoner kronor under 2019.

Trots att ökningen var kraftig för smittbärappenning under pandemin utgjorde förmånen fortfarande en liten del av de totala försäkringsutgifterna. Utgifterna för ersättning till arbetsgivare för höga

¹² Förordning (2021:1238) om undantag från bestämmelser om ansökan om smittbärappenning med anledning av sjukdomen covid-19.

sjuklönekostnader ökade också, både på grund av fler sjukfall och att regelverket blivit mer generöst för att mildra effekterna av pandemin.¹³

Viss smittbärappenning

Viss smittbärappenning kunde enligt 5 § förordningen (2020:582) om viss sjukpenning i förebyggande syfte och viss smittbärappenning med anledning av sjukdomen covid-19 betalas ut till personer som var tvungna att avstå från arbete för att undvika att smitta en närstående som ingår i en riskgrupp. Det gäller exempelvis anhöriga som arbetar som personlig assistent till en vuxen person i riskgrupp eller som till viss del får närståendepenning för vård av vuxen person i riskgrupp.

Försäkringskassan fattade under 2021 beslut i cirka 2 400 ärenden om viss smittbärappenning, en kraftig ökning från cirka 700 ärenden under 2020. Antalet försäkrade som fick ersättningen var cirka 1 200, varav 56 procent kvinnor och 44 procent män. Under 2020 var motsvarande siffror cirka 300 personer, varav 73 procent kvinnor och 27 procent män. Den genomsnittliga handläggningstiden ökade från 16 till 27 dagar.

Viss förebyggande sjukpenning

Viss förebyggande sjukpenning enligt 2 § förordningen (2020:582) om viss sjukpenning i förebyggande syfte och viss smittbärappenning med anledning av sjukdomen covid-19 omfattar personer som har en anställning eller är egenföretagare och helt eller delvis måste avstå från att arbeta för att undvika att smittas på arbetet. Ett villkor är också att arbetsgivaren inte kan erbjuda möjligheter att arbeta hemifrån eller erbjuda andra arbetsuppgifter.

Det har varit möjligt att ansöka om viss förebyggande sjukpenning sedan den 24 augusti 2020. När förmånen introducerades fanns

¹³ Se exempelvis Försäkringskassan. (2021). *Försäkringskassans årsredovisning 2020*. I sammanhanget kan nämnas att det är arbetsgivare som betalar ut sjuklön för sina anställda under sjukfallens första två veckor och först därefter Försäkringskassan vilket regleras i sjuklönelagen. Under pandemin infördes tillfälliga mer generösa regler om rätt till ersättning för höga sjuklönekostnader – se förordningen (2020:195) om vissa sjukpenningförmåner med anledning av sjukdomen covid-19 samt förordningen (2022:79) om vissa sjukpenningförmåner med anledning av sjukdomen covid-19. Syftet var att undvika ekonomiska problem för arbetsgivare som både kan drabbas av att betala sjuklön i två veckor för ett större antal anställda med följden att antingen vikarier måste anställas vilket ökar arbetsgivarens kostnadsbörda eller verksamheten minskas med minskade intäkter som följd.

beslut om att den skulle vara tidsbegränsad tre månader och gälla för högst 90 kalenderdagar. Regeringen beslutade dock att förlänga ersättningsperioden vid ett antal tillfällen. Antalet dagar utökades med ersättning utökades till 184 dagar. Under tiden har även målgruppen utökats genom att fler diagnoser kunde ligga till grund för att tillhöra en riskgrupp.

7.3 Granskningar av smittbärappenningen

I avsnittet återges några utvärderingar som gjorts av användningen av smittbärappenningen under covid-19-pandemin samt förslag på initiativ avseende smittbärappenningen. Utvärderingarna visar bl.a.:

- att de åtgärder som vidtogs gällande smittbärappenning under covid-19-pandemin har varit särskilt viktiga för grupper som har kontaktyrken och inte har kunnat arbeta hemifrån,
- att ersättningen delvis har nått nya och större grupper,
- att borttagandet av krav på intyg har underlättat både för Försäkringskassan och de som har ansökt om ersättning samt minskat belastningen på hälso- och sjukvården,
- att tillströmningen av nya ärenden har ställt stora krav på Försäkringskassan och deras tekniska system och att handläggningstiderna har ökat,
- att eftersom fler har kunnat vara hemma kan smittbärappenningen ha bidragit till en minskad smittspridning, och
- att även om användningen av smittbärappenningen ökade kraftigt under pandemin stod den för en liten del av inkomstskyddet jämfört med exempelvis sjukpenningen och ersättningen för karensavdraget.

7.3.1 Coronakommissionens analys av smittbärappenningen under covid-19-pandemin

Coronakommissionen konstaterar i sitt slutbetänkande att sjukföråner som sjukpenning och smittbärappenning har varit en viktig del i det ekonomiska skyddet för enskilda under pandemin. Möjlig-

heten till smittbärappenning fanns före pandemin men utnyttjandet var tidigare så lågt att ersättningen enligt kommissionen ändå kan betraktas som en coronaåtgärd.¹⁴

Även om andelen personer med smittbärappenning ökade kraftigt i procent under pandemin, stod den för en liten del av inkomstskyddet för befolkningen som helhet. Det gällde även den nya ersättningen till riskgrupper och deras anhöriga, även om den ansågs vara något viktigare för att skydda inkomsterna än smittbärappenningen. Framför allt var det ersättningen för karensavdrag som var av betydelse och som ensamt stod för 70 procent av utgiftsökningarna inom sjukförmånerna.¹⁵

Coronakommissionen framhåller i sitt slutbetänkande att kompletteringen och förstärkningarna av det existerande välfärdssystemet med särskilda pandemiåtgärder var välgrundade. Kommissionen anser vidare att det var rimligt att under pandemin lägga större vikt vid försäkringsaspekten. Den specifika åtgärden att tillfälligt ersätta viss del av karensavdraget i sjukförsäkringen kan ses just på detta sätt. Ersättningen för karensavdrag ansågs även ha fördelar från ett smittskyddsperspektiv. Kommissionen anser också att åtgärderna att lätta på kraven på läkarintyg för sjukpenning och tillfällig föräldrapenning under perioder då hälso- och sjukvården var som mest belastad var väl avvägda.¹⁶ Under större delen av 2021 och delar av 2022 fanns heller inget krav på läkarintyg för smittbärappenning.

Handläggningen av vissa stöd till enskilda har enligt kommissionen bitvis dragit ut på tiden. Enligt Coronakommissionen berodde de stundtals längre handläggningstiderna för vissa förmåner inom socialförsäkringssystemet till en del på det stora inflödet av ärenden till Försäkringskassan i perioder, och till en del på den stora pressen på de självständiga a-kassor som blev särskilt arbetsbelastade på grund av smittspridningens ojämna effekter över olika branscher och yrken.

Coronakommissionen nämner specifikt problem gällande hanteringen av smittbärappenningen. Enligt kommissionen tycks problemen bero på att många sökande saknade ett beslut från läkare om avstängning från arbete enligt smittskyddslagen i sin ansökan. Detta var först obligatoriskt men kravet togs senare tillfälligt bort.¹⁷ Hand-

¹⁴ SOU 2022:10, s. 189 f.

¹⁵ SOU 2022:10, s. 191.

¹⁶ SOU 2022:10, s. 598.

¹⁷ SOU 2022:10, s. 598 f.

läggningsstiderna för smittbärrpenning var under 2020 i genomsnitt 17 dagar och under 2021 i genomsnitt 28 dagar.¹⁸

7.3.2 Försäkringskassans erfarenheter av smittbärrpenningen under covid-19-pandemin

Försäkringskassan fick i uppdrag av regeringen att analysera och följa effekter som covid-19 har haft på sjukförsäkringen. Myndigheten konstaterar i sin återrapportering att fler personer än tidigare fått sjukpenning eller smittbärrpenning under perioden 2020–2021 vilket enligt Försäkringskassan beror både på ökad sjuklighet till följd av covid-19 och på de rekommendationer som syftat till att motverka smittspridningen. Personer som har drabbats av covidliknande symtom har exempelvis rekommenderats att isolera sig i hemmet. Regeländringar har också gjort att fler och nya grupper har omfattats av förmåner inom sjukförsäkringen, vilket också förklarar den ökade användningen under pandemin. Fler grupper än tidigare har bl.a. kunnat få smittbärrpenning när de gått miste om arbetsinkomst på grund av smittorisk. Före pandemin var behovet störst bland personer som arbetade inom vård och omsorg. Under pandemin har ersättningen också använts av andra yrkesgrupper inom skola, handel och transport.¹⁹

Enligt Försäkringskassan har sjukpenning, ersättning för karens, och smittbärrpenning varit viktiga för samma grupper av försäkrade som hade störst behov av sjukförsäkringen redan före pandemins utbrott. Under pandemin har sjukförsäkringen enligt Försäkringskassan haft särskild betydelse för att ge ekonomisk trygghet för de grupper på arbetsmarknaden som inte har kunnat utföra förvärsarbete hemifrån och som har drabbats av nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom eller smitta.²⁰

¹⁸ Den genomsnittliga handläggningstiden ökade från 28 dagar 2021 till 56 dagar 2022, se Försäkringskassan. (2023). *Försäkringskassans årsredovisning 2022*.

¹⁹ Försäkringskassan. (2022). *Effekter som covid-19 har på sjukförsäkringen. Delrapport 3*, s. 5 f.

²⁰ Försäkringskassan. (2022). *Effekter som covid-19 har på sjukförsäkringen. Delrapport 3*, s. 7.

Närmare om vilka grupper som erhållit smittbärappenning

Under perioden september 2020 till december 2021 har delvis andra grupper än tidigare kunnat få smittbärappenning, vilket har påverkat gruppens sammansättning med avseende på kön, ålder och yrke. Före pandemin var en majoritet av mottagarna kvinnor (runt 70 procent). Efter september 2020 blev könsfördelningen mer jämn, och mellan januari och december 2021 utgjorde män i genomsnitt 48 procent av mottagarna. Även åldersfördelningen bland de personer som har smittbärappenning har ändrats något. Före september 2020 var runt 39 procent av mottagarna 50 år och äldre; därefter har denna åldersgrupp utgjort 27 procent. Före pandemin var behovet av smittbärappenning störst bland personer som arbetade inom vård och omsorg. Under pandemin har ersättningen också nyttjats av andra typer av yrkesgrupper.

Från januari 2020 till december 2021 var behovet av smittbärappenning stort bland personer som arbetade inom vård, skola och omsorg.

Bland kvinnor har antalet personer som haft smittbärappenning varit störst i yrkesgruppen undersköterskor som arbetar inom hemtjänst, hemsjukvård och på äldreboenden. I denna yrkesgrupp har 4 500 kvinnor haft smittbärappenning, vilket motsvarar 3,8 procent av de förvärvsarbetande.

Under perioden har smittbärappenning också använts av personer som arbetar inom stora kvinnodominerade yrkesgrupper inom förskola och grundskola, som barnskötare, förskollärare och grundskollärare.

Ersättningen har också nyttjats av andra större yrkesgrupper med mer jämn könsfördelning, som butikssäljare inom fackhandel och dagligvaruhandel.

Yrke påverkar både huruvida en person exponeras för smitta, och huruvida lämpliga åtgärder för att minska smittspridningen införs på arbetsplatsen (exempelvis i form av skyddsutrustning, rutiner och instruktioner). Risken för smittspridning har varit större för personer som har ett större kontaktnät genom sitt yrke, vilket både kan handla om kollegor och kunder eller patienter.

Gemensamt för de kvinnodominerade yrkena där ett stort antal, eller en hög andel haft smittbärappenning, är enligt Försäkringskassan

att de inkluderar hög grad av kontakt med andra människor, så kallade kontaktyrken.

De män som haft smittbärrpenning under pandemin har även haft andra yrken än kontaktyrken. Ersättningen har bl.a. använts av män som arbetar som lager- eller terminalpersonal, snickare, metallarbete, eller i föraryrken såsom lastbils-, buss- eller spårvagnsförare.

En förklaring till att försäkrade inom även sådana yrkesgrupper haft behov av ersättningen är att de vid konstaterad smitta inte har kunnat arbeta hemifrån. En del av användningen kan också förklaras av att även friska vuxna som bodde i samma hushåll som en person med bekräftad covid-19, rekommenderades att stanna hemma från och med oktober 2020.²¹

Anpassning av Försäkringskassans handläggning av smittbärrpenning med anledning av pandemin

För att kunna hantera den stora ökningen av mängden ansökningar inom vissa förmåner och de regeländringar som pandemin lett till genomförde Försäkringskassan ett stort antal tillfälliga åtgärder under 2020, åtgärder som även kvarstod under 2021.

Under perioden februari 2021–september 2021 fanns ett tillfälligt undantag från bestämmelsen om krav på läkarintyg vid ansökan om smittbärrpenning. Undantaget innebar att Försäkringskassan kunde fatta beslut om rätt till smittbärrpenning utan att efterfråga läkarintyg eller avstängningsbeslut. Den förenklade utredningen ledde enligt Försäkringskassan till ett minskat behov av att begära in kompletterande uppgifter och kortade handläggningstider inom sjukpenning, smittbärrpenning, tillfällig föräldrapenning och föräldrapenning.²²

Medarbetare som normalt arbetat med förmåner som inte direkt påverkats av pandemin stöttade med handläggning och telefoni inom förmåner som haft ett ökat antal ansökningar. Åtgärderna har i huvudsak varit tillfälliga och tillämpats under perioder av särskilt högt inflöde av ansökningar. Efterkontroller har gjorts av ett urval av beslut om sjukpenninggrundande inkomst som fattats utifrån den särskilda hanteringen.

²¹ Försäkringskassan. (2022). *Effekter som covid-19 har på sjukförsäkringen. Delrapport 3*, s. 29.

²² Försäkringskassan. (2022). *Effekter som covid-19 har på sjukförsäkringen. Delrapport 3*, s. 7 f.

Har användningen av socialförsäkringen bidragit till att begränsa spridningen av covid-19?

Försäkringskassan anger att Folkhälsomyndighetens rekommendationer under pandemin att stanna hemma redan vid milda förkylningssymtom tillsammans med en ökad sjuklighet i befolkningen till följd av covid-19, bidrog till en kraftig ökning av användningen av socialförsäkringen. Framför allt har användningen av försäkringar som ersätter inkomstbortfall vid sjukdom varit omfattande, såsom sjukpenning, tillfällig föräldrapenning, ersättning för karens och smittbärappenning. En stor del av befolkningen har använt karensersättningen som infördes i april 2020 och det gällde främst personer i branscher där det kan vara svårt att arbeta hemifrån.

Eftersom smittspridningen enligt Försäkringskassan kan antas minska om fler stannar hemma vid sjukdom, är det positivt att de som använt ersättningen allra mest arbetar i branscher där det kan vara svårt att arbeta hemifrån och där fysiska kontakter är vanliga. Även Försäkringskassans beslut att avvakta med läkarintyg i sjukförsäkringen och det tillfälligt helt slopade kravet på intyg i föräldraförsäkringen, har enligt Försäkringskassan underlättat och bidragit till att fler varit hemma och under längre tid.

Fler än tidigare har också fått smittbärappenning efter Folkhälsomyndighetens rekommendation att även den som delar hushåll med personer som bekräftats smittade med covid-19 skulle stanna hemma. Precis som karensersättningen har dessa anpassningar av socialförsäkringen enligt Försäkringskassan troligtvis bidragit till att begränsa smittspridningen. Vidare anför Försäkringskassan att om färre blivit sjuka därför att fler haft ekonomiska möjligheter att stanna hemma från sina arbeten, har detta sannolikt även begränsat behovet av sjukvård. Därtill har, enligt Försäkringskassan, besluten om de förändrade kraven på läkarintyg för sjukpenning och tillfällig föräldrapenning bidragit till att minska belastningen på vården, eftersom behovet av dessa ersättningar ökade kraftigt under 2020.

Vikten av kännedom om ersättningsformen

Försäkringskassan skriver i en rapport att smittbärappenning var ett viktigt ekonomiskt stöd för att möjliggöra för personer som inte kunde arbeta hemifrån att avstå från arbete i syfte att minska smitt-

spridning. Försäkringskassan konstaterar dock att användandet av smittbärrpenning kom igång först under hösten 2020. Det är enligt myndigheten oklart om det relativt låga användandet av smittbärrpenningen under första halvåret 2020 speglade det faktiska behovet av ersättningen, eller om den hade kunnat nyttjas av fler personer under den perioden. I syfte att minska smittspridning vid pandemier och att personer får den ersättning de har rätt till, är det enligt Försäkringskassan av stor vikt att beslutsfattare, myndigheter, vårdgivare och arbetsgivare känner till, samverkar och tydligt kommunicerar vad en klassning av en sjukdom som samhällsfarlig innebär i praktiken. För att smittbärrpenningen ska bidra till att hålla smittspridning av samhällsfarliga sjukdomar på en låg nivå är det viktigt att framför allt yrkesgrupper utan möjlighet att arbeta hemifrån känner till ersättningen och vet att den kan användas för att kompensera för inkomstbortfall.²³

7.3.3 Inspektionen för socialförsäkringen – Smittbärrpenning i pandemins tid

Inspektionen för socialförsäkringen, ISF, har granskat smittbärrpenning före och under covid-19-pandemin. Granskningen är egeninitierad och har fokuserat på hur smittbärrpenningen fungerade. ISF har dock även granskat hur de många tillfälliga anpassningarna av regelverken för socialförsäkringen och sjuklönen samt Folkhälsomyndighetens råd och rekommendationer kan ha påverkat användningen av socialförsäkringen.

ISF konstaterar att smittbärrpenning vanligtvis är en liten förmån inom socialförsäkringen men att det under pandemin blev tydligt att förmånen kan fylla en viktig funktion, framför allt för vissa yrkesgrupper. Smittbärrpenning var dock enligt ISF inte den förmån som i första hand gav det ekonomiska skydd som många behövde under pandemin, även om användningen av smittbärrpenning ökade. De ersättningar som främst kom att användas var sjuklön, sjukpenning och ersättning för karensavdrag, det vill säga förmåner för tillfälligt nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom. Enligt ISF kan det till stor del ha berott på att många blev sjuka. Men anpassningen av regelverken för sjukförmånerna och sjuklönen kan ha bidragit till

²³ Försäkringskassan. (2022). *Kraftigt ökad användning av smittbärrpenningen under pandemin*. (Korta analyser 2022:1), s. 5 f.

att även personer med milda symtom sjukanmälde sig när de i stället skulle ha kunnat få smittbärappenning.

Det relativt låga nyttjandet av smittbärappenning jämfört med sjukförmånerna kan enligt ISF även förklaras av att förmånens konstruktion inte är anpassad för en storskalig smittspridning. ISF bedömer att det finns ett behov att se över hur regelverket för smittbärappenning ska kunna fungera på ett träffsäkert sätt även vid en storskalig smittspridning.

De viktigaste resultaten och slutsatserna enligt ISF är:

- De tidiga tillfälliga anpassningarna av sjukförmånerna i kombination med Folkhälsomyndighetens allmänna råd kan ha medfört att även personer med milda symtom sjukanmälde sig.
- Villkoren i socialförsäkringen kan göra det svårare för de som har osäkra anställningsförhållanden att följa rekommendationer om att stanna hemma.
- Smittbärappenningen har en funktion att fylla för personer som har arbetsuppgifter som inte går att utföra på distans. Det blev särskilt tydligt när även symtomfria personer omfattades av rekommendationen om att stanna hemma.
- Vid en storskalig smittspridning innebär smittbärappenningens regelverk en stor administrativ belastning för både hälso- och sjukvården och Försäkringskassan.
- Under pandemin införde regeringen ett undantag från kravet på att lämna in beslut eller intyg enligt SmL i ärenden om smittbärappenning. Försäkringskassan styrde också mot att förenkla hanteringen av socialförsäkringen och att utföra färre utredningsåtgärder. Detta ledde till en effektiv hantering av smittbärappenningen, men den blev också mindre rättssäker.
- Försäkringskassan anser att det saknas stöd för att myndigheten ska kunna göra en självständig bedömning av smittbärappenningens behov av att avstå från att arbeta.

I rapporten rekommenderar ISF regeringen att i beredningen av denna utrednings förslag beakta både kort- och långsiktiga konsekvenser av att genomföra tillfälliga förändringar i befintliga förmåner. Vidare rekommenderar ISF Försäkringskassan att:

- Utvärdera hur den automatiserade handläggningen av smittbärappenning har fungerat.
- Säkerställa att det även i mindre förmåner finns tillräckligt utvecklat handlägnings- och administrativt stöd för att hanteringen av dessa förmåner inte ska vara sårbar.

Försäkringskassans yttrande över ISF:s rapport

Försäkringskassan har svarat på ISF:s rapport genom en skrivelse till regeringen och framhåller bl.a. att myndigheten instämmer med ISF om att smittbärappenningen har en funktion att fylla i socialförsäkringen och hade en samhällsviktig funktion under pandemin för att hålla nere smittspridningen. Försäkringskassan instämmer vidare i ISF:s bedömning att det med anledning av den pågående översynen av SmL finns ett behov av att regelverket för smittbärappenning ses över. Det gäller dels kravet på att det ska finnas beslut om förhållningsregler för att vara berättigad förmånen, dels vilken nödvändig information som ska kunna utläsas utifrån beslutet om förhållningsregler. Försäkringskassan framhåller också svårigheten med gränsdragning mellan sjukdom och smitta i regelverket.

Försäkringskassan delar dock inte ISF:s slutsats om att undantaget från kravet på att lämna in beslut eller intyg enligt SmL och styrningen mot färre utredningsåtgärder under pandemin ledde till en mindre rättssäker handläggning av smittbärappenningen. Det framgår enligt Försäkringskassan inte i rapporten vad ISF lagt i begreppet rättssäkerhet och slutsatsen blir därför svår att bemöta. Myndighetens interna granskning har inte visat på stora variationer i avvikelser jämfört med tidigare år avseende frågan om fler beslut blev materiellt inkorrekta. Försäkringskassan vill också understryka att undantaget skedde efter att regeringen fattat beslut om en tidsbegränsad förordning och att liknande undantag även gjordes i andra förmåner. Försäkringskassan anser därför att det inte finns något som understödjer att tillämpningen ledde till fler materiellt inkorrekta beslut, utan snarare att den mer effektiva handläggningen såg till den enskildes bästa, att ärendena fortfarande utreddes i den omfattning dess beskaffenhet krävde och därmed även minskade belastningen på den hårt belastade vårdsektorn. Avslutningsvis framhålls att myndighetens internrevision genomför en övergripande granskning av förmånen

med syfte att bedöma den interna styrningen och kontrollen avseende hanteringen av smittbärappenning under pandemin. Försäkringskassan framhåller vidare att det för alla förmåner ska finnas såväl handläggningsstöd som administrativt stöd och att ett kontinuerligt och prioriterat arbete pågår för att rusta myndighetens handläggningssystem för att klara framtida kriser, och i det avseendet därmed också bli mindre sårbara.²⁴

7.3.4 Framställan om utredning av socialförsäkringen vid krig, krigsfara och allvarliga fredstida kriser

I oktober 2022 inkom Försäkringskassan med en framställan till regeringen med ett förslag om att regeringen bör tillsätta en utredning avseende socialförsäkringen vid krig, krigsfara och allvarliga fredstida kriser. Framställan togs fram i samråd med Pensionsmyndigheten.²⁵

I framställan framhåller Försäkringskassan att socialförsäkringen har stor betydelse för befolkningens trygghet och välfärd och det därför behövs en god beredskap så att handläggning och utbetalning av socialförsäkringsförmåner så långt möjligt kan upprätthållas även i krislägen. Enligt myndigheten behövs en grundlig och samlad analys av behovet av författningsberedskap inom socialförsäkringen för olika typer av allvarliga krissituationer.

Enligt Försäkringskassan är det inte tillräckligt att det redan inom ramen för gällande rätt finns utrymme för regeringen att, i vissa fall och i vissa avseenden, föreskriva om undantag från ordinarie regler. För att myndigheten på bästa sätt ska kunna hantera en krissituation när den väl uppstår krävs förutseende och framförhållning. Regler om vad som i sak ska gälla vid krissituationer bör så långt möjligt beredas grundligt och beslutas på förhand, under normala förhållanden.

Försäkringskassan föreslår därför att regeringen tillsätter en utredning som analyserar behovet av regeländringar och tar fram förslag på hur ett förutsebart, systematiskt sammanhängande och robust socialförsäkringsregelverk vid krig, krigsfara och allvarliga fredstida kriser bör utformas.

²⁴ Försäkringskassan. (2023-07-03). *Svar på ISF-rapport*, dnr FK 2023/007410.

²⁵ Försäkringskassan. (2022-10-24). *Framställan om en utredning avseende socialförsäkringen vid krig, krigsfara och allvarliga fredstida kriser*.

Försäkringskassan anger i framställan ett antal frågor som behöver analyseras inom ramen för den föreslagna utredningen. Som exempel nämns följande.

- Tillämpningsområdet för undantagsreglerna, det vill säga vilka typer av krissituationer som bör omfattas, samt var reglerna bör placeras. Det behöver också analyseras vilka undantagsregler som är relevanta generellt vid olika typer av allvarliga krissituationer och i vilken uträkning det behövs specifika regler för vissa typer av kriser.
- Förfarandet för att aktualisera undantagsreglerna, det vill säga i vilken mån och i så fall på vilket sätt ett särskilt beslut om att de ska träda i kraft bör fattas.
- Vilka prioriteringar som bör göras när ordinarie handläggning och utbetalning av socialförsäkringsförmåner inte kan upprätthållas fullt ut.
- Om det inom socialförsäkringen finns behov av en särskilt ”krisersättning”, som kan aktualiseras i situationer då ordinarie förmåner inte kan handläggas eller betalas ut eller då dessa förmåner inte täcker in den krissituation som uppstått. En sådan krisersättning skulle i så fall behöva utformas på ett sätt som gör det möjligt att administrera den på ett enkelt och resurseffektivt sätt och som möjliggör robusta reservrutiner.
- Om det behövs undantagsregler avseende sättet och tiden för ansökan av socialförsäkringsförmåner samt om det vid krissituationer bör göras avsteg från ordinarie utrednings- och bevisregler. Det bör därvidlag övervägas i vilken mån sådana undantag bör utformas på ett generellt och övergripande sätt eller om de bör vara mer detaljerade och specifika.
- Om det finns anledning att införa undantagsregler som förenklar prövningen av försäkringstillhörighet och beräkningen av ersättningens storlek, särskilt gällande dag ersättning som beräknas utifrån sjukpenninggrundande inkomst (SGI).
- Om det finns behov av särskilda undantagsregler för det fall att det uppstår finansiella brister i socialförsäkringssystemet till följd av en krissituation och hur sådana regler i så fall bör utformas.

- Vad som bör gälla när krissituationen har upphört, bl.a. beträffande efterkontroller, tilläggsutbetalningar och återkrav.
- Vilka bemyndiganden som regeringen och berörda förvaltningsmyndigheter behöver för att ha tillräckliga befogenheter för att kunna hantera oförutsedda och komplexa situationer vid krig, krigsfara och allvarliga fredstida kriser.

Försäkringskassan har därefter i juni 2023 kompletterat framställan från 2022 med ytterligare tre skrivelser till regeringen. I en av skrivelserna framhåller myndigheten att den tidigare föreslagna utredningen bör tillsättas så snart som möjligt. Det ytterligare försämrade säkerhetspolitiska läget gör att det enligt Försäkringskassan föreligger fara i dröjsmål och att resultatet av en utredning inte kan inväntas. På kort sikt kan därför beredskapen på socialförsäkringsområdet behöva stärkas genom att så kallade vilande förordningar tas fram, som snabbt kan träda i kraft när situationen så kräver. För att sådana undantagsregler snabbt ska kunna införas föreslår Försäkringskassan att regeringens bemyndigande enligt 2 kap. 5 a § SFB att föreskriva om undantagsregler vid extraordinära händelser i fredstid, ska utvidgas till att omfatta samtliga förmåner som administreras av Försäkringskassan och Pensionsmyndigheten, på motsvarande sätt som den bestämmelse i 117 kap. 9 § SFB som avser regeringens föreskrifträtt vid krig och krigsfara.²⁶

I en annan av skrivelserna lämnar Försäkringskassan förslag till vilande förordningar gällande ett antal förmåner. Det handlar bl.a. om bestämmelser rörande utökat skydd för den sjukpenninggrundande inkomsten (SGI-skydd), tillfällig föräldrapenning när verksamheter på skolområdet är stängda och aktivitetsersättning vid förlängd skolgång när verksamheter på skolområdet är stängda. Gällande den tillfälliga föräldrapenningen föreslår Försäkringskassan bl.a. ett undantag i förordningen på kravet på ett läkarutlåtande för att styrka det särskilda vård- eller tillsynsbehovet. Det särskilda vård- eller tillsynsbehovet ska fortfarande styrkas, men att det får ske på annat sätt än genom ett sådant utlåtande.

Förordningarna ska, när behov uppkommer, kunna meddelas med stöd av befintlig bemyndigandebestämmelse i 117 kap. 9 § SFB och den föreslagna utvidgade bestämmelsen i 2 kap. 5 a § SFB. Enligt

²⁶ Försäkringskassan. (2023-06-26). *Framställan om utvidgad föreskrifträtt om undantag från socialförsäkringslagstiftningen vid extraordinära händelser i fredstid.*

Försäkringskassan kan den föreslagna särregleringen bidra till att myndigheten kan upprätthålla den mest kritiska verksamheten även i kris- och krigssituationer och till att begränsa den ekonomiska skada som krisen eller kriget riskerar att åsamka enskilda.²⁷

7.4 Närliggande utredningar på socialförsäkringsområdet

Regeringen har tillsatt ytterligare utredningar som har i uppdrag att utreda olika ersättningar från socialförsäkringssystemet och hur de har fungerat under covid-19-pandemin men även hur de har påverkat smittspridningen. Dessa utredningar har dock senare fått förändrade uppdrag och covid-19-perspektivet har tonats ned.

7.4.1 S 2022:02 Översyn av karens och sjuklön samt S 2023:A arbetsgrupp med uppdrag att se över karensavdraget

En särskild utredare fick i mars 2022 i uppdrag att se över reglerna för karens och sjuklön. Syftet med översynen var att reglerna för karens och sjuklön skulle få en utformning som bidrar till att inkomstbortfall under sjukdom bärs på ett mer solidariskt och fördelningspolitiskt träffsäkert sätt samt motverkar riskerna för sjuknärvaro.

I direktiven framhölls att staten med anledning av covid-19-pandemin tillfälligt betalat ut ersättning för karensavdraget för att underlätta för människor att stanna hemma vid sjukdom. Särskilda skäl att stanna hemma kan finnas om arbetstagare i sitt yrkesutövande möter personer som på grund av sin ålder, funktionsnedsättning eller sjukdom riskerar antingen att bli allvarligt sjuka eller att ett redan allvarligt tillstånd förvärras om de insjuknar i en infektionssjukdom, som t.ex. covid-19. Undantaget från karensavdrag bedömdes i första hand gälla anställda inom vård och omsorg. Det bedömdes också kunna gälla andra grupper som i sin yrkesutövning träffar många personer i de ovannämnda riskgrupperna. Av direktiven framgick att utredaren bl.a. skulle analysera konsekvenserna av de tillfälliga

²⁷ Försäkringskassan. (2023-06-26). *Framställan om vissa undantagsbestämmelser inom socialförsäkringen vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.*

regler som gällt under pandemin utifrån hur de påverkat smittspridningen samt analysera de ekonomiska fördelningseffekterna.

Vidare framhölls i direktiven att karensavdraget påverkar den enskilde olika beroende på hans eller hennes yrke, arbetsuppgifter, inkomst och ställning på arbetsmarknaden. Vissa kan arbeta hemifrån vid milda symtom medan andra inte kan det. För att undvika inkomstbortfall till följd av karensavdraget finns en risk att anställda går till arbetsplatsen trots symtom eller sjukdom. Sådan s.k. sjuknärvaro riskerar att bidra till ökad smittspridning. Konsekvenserna av karensavdraget och de tillfälliga regler som gällt under pandemin behöver analyseras närmare, bl.a. vad gäller de hälsoekonomiska konsekvenserna och påverkan på sjukfrånvaron.²⁸

Karensutredningen avvecklades i januari 2023 och det huvudsakliga uppdraget ska nu genomföras av en arbetsgrupp i Regeringskansliet (S 2023:A). I arbetsgruppens uppdrag ingår inte explicit att utreda hur karensavdraget påverkade smittspridningen under covid-19-pandemin. Dock ska arbetsgruppen bl.a. särskilt analysera förutsättningarna att förändra karensavdraget för att förbättra villkoren för avgränsade yrkesgrupper som är särskilt utsatta för nära mänskliga kontaktytor i sin yrkesroll och som har svårt att arbeta hemifrån, t.ex. vissa anställda inom vård, skola och omsorg, och ta fram en modell för detta. Uppdraget ska redovisas den 15 december 2023.²⁹

7.4.2 S 2022:07 Utvärdering av förändringarna i sjukförsäkringens regelverk

Utredningen om utvärdering av förändringarna i sjukförsäkringens regelverk fick i uppdrag att analysera ändamålsenligheten, effektiviteten och kostnaderna för de tillfälliga åtgärderna inom socialförsäkringen som genomfördes under pandemin. Åtgärder som nämndes i direktiven var bl.a. att individer fick kompensation för karensavdrag och egenföretagare fick ersättning för karensdagar, att kravet på läkarintyg sköts från den 8:e dagen till den 15:e dagen i en sjukperiod och att personer som tillhör riskgrupper fick möjlighet att i vissa fall kunna stanna hemma med förebyggande sjukpenning.³⁰

²⁸ Dir. 2022:23.

²⁹ Tilläggsuppdrag till arbetsgrupp med uppdrag att se över karensavdraget (S 2023:A), 2023-01-26, dnr S2023/00439.

³⁰ Dir. 2022:64.

Enligt tilläggsdirektiv som regeringen beslutade i februari 2023 behöver utredningen endast genomföra deluppdraget att analysera vissa tillfälliga åtgärder som genomfördes med anledning av covid-19-pandemin under åren 2020–2022 i mån av tid.³¹

³¹ Dir. 2023:20.

8 Förslag och överväganden – stärkt smittskydd för vissa grupper inom socialtjänsten

I detta kapitel följer utredningens förslag och överväganden avseende den del av uppdraget som gäller att stärka smittskyddet för vissa grupper inom socialtjänsten.

Denna utredning tillsattes som ett av flera initiativ till följd av covid-19-pandemin. Vid den tidpunkten, september 2021, var Coronakommissionens arbete ännu inte avslutat. Ytterligare initiativ som en följd av pandemin har initierats av regeringen under utredningstiden. Socialstyrelsen har slutfört ett regeringsuppdrag om smittskyddsenheternas förutsättningar. Socialstyrelsen har också beslutat nya föreskrifter om smittskyddsåtgärder samt stöddokument som gäller för de verksamheter som utredningsuppdraget avser. Därutöver tog Riksrevisionen initiativ till en granskning av det nationella smittskyddet som publicerades i maj 2023. Utredningens arbete har påverkats dels av nämnda rapporter och föreskrifter, dels av tilläggsdirektiv (se bl.a. avsnitt 2.8).

8.1 Tillfällig isolering bör inte kunna ske inom SoL- och LSS-boenden

Utredningens bedömningar: Befintliga bestämmelser i smittskyddslagen som innefattar att hålla smittade, exponerade och osmittade personer åtskilda är inte anpassade för SoL- och LSS-boenden och de personer som bor där.

Det bör dock av principiella, etiska och praktiska skäl inte införas en möjlighet att enligt 5 kap. 3 § smittskyddslagen (2004:168), SmL, tillfälligt isolera boende i de boendeformer som anges i 5 kap. 5 § eller 7 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL, 7 kap. 1 § första stycket 2 och 3 samma lag eller 9 § 8 och 9 lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.

8.1.1 Utredningens direktiv om tillfällig isolering

Utredningen har till uppgift att utreda behovet av och, om det bedöms lämpligt, lämna förslag som möjliggör tillfällig isolering av boende i de boendeformer som anges i 5 kap. 5 § eller 7 § SoL, eller motsvarande boendeform i 7 kap. 1 § första stycket 2 samma lag samt i de boendeformer som anges i 9 § 8 och 9 LSS. Av skäl som anges i avsnitt 2.3.1 har utredningen valt att omfatta även 7 kap. 1 § första stycket 3 SoL i uppdraget. Utredningen uppfattar direktiven i denna del som att det är fråga om justeringar av bestämmelsen om tillfällig isolering i 5 kap. 3 § SmL som i nuläget endast får ske på en vårdinrättning som drivs av en region.

8.1.2 Befintliga bestämmelser om karantän och isolering i smittskyddslagen är inte anpassade för SoL- och LSS-boenden

Enligt SmL kan individer, för att minska risken för smittspridning, hållas åtskilda från andra vid misstänkt eller bekräftad smitta (isolering) eller redan vid exponering för smitta (karantän).

Bestämmelsen om karantän är huvudsakligen utformad efter risken för spridning av smittkoppor och SARS. Ett scenario som målades upp i förarbetena var att en passagerare på ett flygplan eller fartyg som kommer till Sverige uppvisar symtom under resan eller efter ankomst i landet. Utöver att den som insjuknat behöver tas om hand och isoleras på sjukhus finns också behov av att hålla de personer som vistats i närheten av den insjuknade isolerade i karantän under viss tid. Denna tid bör normalt motsvara den längsta kända inkubationstiden för sjukdomen. Begreppet karantän är reserverat för personer som kan antas ha utsatts (exponerats) för smitta, men används normalt inte när det gäller isolering av misstänkt smittade eller be-

kräftat smittade personer. Eftersom det är fråga om personer som inte nödvändigtvis är sjuka bör karantänsvistelsen kunna äga rum i andra lokaler än vårdinrättningar, t.ex. i för ändamålet anskaffade lokaler såsom mindre hotell, pensionat eller kursgårdar. I viss utsträckning bör även vistelse i egen bostad kunna ses som en form av karantän men det bör då framstå som uppenbart att den som beslutet gäller har bostadsförhållanden som möjliggör isolering och att han eller hon avser att respektera beslutet.¹

Den som har satts i karantän men insjuknar under tiden (i en samhällsfarlig sjukdom) bör enligt förarbetena omgående isoleras på sjukhus. För det fall den insjuknade inte frivilligt låter sig isoleras får isolering ske med stöd av bestämmelserna i 5 kap. SmL.² Eftersom isolering under tvång medför en yttersta rätt att bruka våld i enskilda fall ska isolering ske i offentligt driven verksamhet, dvs. på en vårdinrättning som drivs av en region.³

Som nuvarande bestämmelser om karantän och isolering är utformade skulle det för personer som bor på t.ex. ett äldreboende innebära att den som exponerats för smitta måste flyttas från sitt boende till en karantänplats, detta eftersom möjligheten att besluta om karantän i egen bostad torde vara begränsad framför allt när det gäller personer med nedsatt beslutsförmåga. Den som sedan insjuknar måste därefter isoleras. Tvångsisolering får dock bara förekomma på vårdinrättning i regionens regi. Förfarandet skulle alltså innebära minst en flytt av den enskilde. Den befintliga systematiken i SmL tar alltså inte tillräcklig hänsyn till behovet av anpassade smittskyddsåtgärder inom SoL- och LSS-boenden utifrån de speciella förutsättningar som gäller där och behovet av att samtidigt tillgodose de enskildas rätt till trygghet, kontinuitet och god vård och omsorg.

Socialstyrelsen framhöll under pandemin att SmL:s bestämmelser om karantän och isolering i praktiken var svåra eller omöjliga att tillämpa på särskilda boenden. Coronakommissionen anförde att gällande regelverk inte är tillräckligt eller tillräckligt tydligt och att lagstiftaren därför måste säkerställa att det i äldreomsorgen finns lagliga möjligheter att vidta de åtgärder som krävs för att skydda omsorgsmottagarna vid en pandemi och i andra extraordinära krissituationer. Kommissionen anförde också att det inte går att upprätthålla kravet

¹ Prop. 2003/04:158, s. 68 ff.

² Prop. 2003/04:158, s. 105.

³ Prop. 2003/04:30, s. 229.

på att isolering ska ske på en vårdinrättning när vården samtidigt är upptagen med att behandla allvarligt sjuka, dvs. att isolering av sjuka som inte är i behov av sjukhusvård då måste kunna ske på annat sätt.⁴ Folkhälsomyndigheten uttryckte att det borde ses över om någon annan möjlig åtgärd än isolering på en vårdinrättning som drivs av en region skulle vara lämplig att införa, se också avsnitt 5.4.2. SKR hemställde om att regeringen skulle införa en möjlighet till begränsningsåtgärder i särskilda boenden som bl.a. skulle innebära att man kunde låsa dörrar till exempelvis lägenheter och kohortavdelningar i syfte att minska smittspridningen.

Utredningen konstaterade i delbetänkandet i maj 2022 att bestämmelserna om extraordinära smittskyddsåtgärder inte är tydligt avsedda för att hantera en inhemsk, långvarig och storskalig smittspridning som den som inträffat under covid-19-pandemin.⁵ Detta kan även sägas om bestämmelserna om isolering, särskilt i relation till personer som bor i särskilda boendeformer för äldre eller på LSS-boenden. Utredningens uppfattning är vidare att det inte finns något tydligt äldre- och funktionshinderperspektiv i utformningen av SmL och särskilt inte utifrån risken för en pandemi som covid-19.

Eftersom tvångs- och begränsningsåtgärder inte är tillåtna utan lagstöd har bl.a. Socialstyrelsen utarbetat förslag om arbetssätt vid smittsamma infektionssjukdomar som inte kräver samtycke och för att förebygga svåra situationer. I omsorgen används dessutom redan i dag olika arbetssätt för att minska risken för spridning av smittsamma sjukdomar, varav kohortvård (se beskrivning i avsnitt 4.7) är ett.

Erfarenheterna från covid-19-pandemin talar för att personer som bor på SoL- eller LSS-boenden i vissa fall kan ges nödvändig vård även för samhällsfarliga sjukdomar på det befintliga boendet. Därtill kan det i många fall vara bättre ur den enskildes perspektiv att inte behöva flyttas till en karantänsplats eller till en vårdinrättning i regionens regi utan kunna stanna i hemmiljön.

Frågan är om det är lämpligt att införa en möjlighet till tillfällig isolering på ett boende enligt SoL eller LSS i stället för på en vårdinrättning som drivs av en region.

⁴ SOU 2020:80, s. 258 och SOU 2022:10, s. 666.

⁵ SOU 2022:26, s. 57.

8.1.3 Isolering ur den enskildes perspektiv

Ett beslut om isolering med tvång innebär att den enskildes rörelsefrihet får underkastas den begränsning som är nödvändig för att genomföra isoleringen (5 kap. 12 § SmL). Det är alltså fråga om fler inskränkningar än vad som följer av ett beslut om karantän. I praktiken kommer behovet av att begränsa den enskildes rörelsefrihet att påverkas av vilken sjukdom som är aktuell. Ett beslut om tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 § SmL är mycket ingripande för den enskilde som beslutet riktas mot. I boendeformer enligt SoL och LSS skulle det medföra att den boende får låsas in i sin bostad, och att han eller hon kan utsättas för fysiskt tvång för att hållas kvar i bostaden eller återföras dit. Sådana åtgärder kan orsaka ett stort obehag för den som utsätts, men kan ändå i vissa fall vara försvarliga när det gäller att förhindra spridning av allvarliga sjukdomar. Därför är det i dagsläget möjligt att använda sådana åtgärder för att isolera människor på vårdinrättningar drivna av en region. Den möjligheten har utredningen inte i uppdrag att föreslå ändringar av. Utredningen noterar dock att något ärende om isolering som avsett personer boende inom SoL eller LSS inte har aktualiserats under pandemin. Däremot har flera andra åtgärder vidtagits, bl.a. kohortvård. Som framgår av avsnitt 4.7.1 har detta ibland varit utmanande.

Ett argument för att möjliggöra tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 § SmL inom vissa SoL- eller LSS-boenden är att det kan vara bättre för den enskilde som ska isoleras att fortsätta vistas i en bekant miljö. I utredningens samverkan med olika aktörer inom den kommunala hälso- och sjukvården har dock framförts att det för många personer med nedsatt kognitiv förmåga tvärtom kan vara ett större trauma att frihetsberövas i den hemmiljö där personen även efter tillfrisknandet ska bo, i många fall resten av livet. Det finns dessutom särskilda problem med att begränsa rörelsefriheten för personer med demenssjukdom. Ett exempel är att personer med vandringsbeteende som inte tillåts att vandra kan försämrats väsentligt avseende beteendemässiga och psykiska symtom.⁶ Det finns också en risk att isolering av en person på ett sådant boende kan bli störande och till och med traumatiskt för andra på boendet, särskilt om det leder till ökad oro eller ångest hos den som isoleras.

⁶ Vårdföretagarna. (2020). *Äldreomsorgen – den svaga länken i Sveriges coronastrategi?*, s. 17.

Personer som beviljats boendeinsatser enligt SoL eller LSS är alltså i stor utsträckning särskilt sårbara för det trauma ett genomförande av ett beslut om tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 § SmL kan innebära. Det förhållandet talar med styrka mot att införa en möjlighet att genomföra tillfällig isolering inom någon av de boendeformer som omfattas av utredningens uppdrag.

8.1.4 Tvångsbefogenheter

Ett beslut om tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 § SmL innebär att den person som isoleras får underkastas begränsningar i rörelsefriheten i den mån det är nödvändigt för isoleringen eller behövs av säkerhetsskäl, att besök kan förbjudas och att viss egendom får omhändertas (5 kap. 10, 12 och 15 §§ SmL). Vidare får den isolerade kroppsvisiteras eller ytligt kroppsbesiktigas, och försändelser till den isolerade kontrolleras, för att säkerställa att den isolerade inte innehar sådan egendom (5 kap. 14–15 §§ SmL). Upptäcks sådan egendom får den säljas eller förstöras (5 kap. 17 § SmL).⁷

Det finns i dag inget lagstöd för tvångsåtgärder inom den kommunala hälso- och sjukvården. Vidare är den uttalade utgångspunkten inom socialtjänstens område att verksamheten ska bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet (1 kap. 1 § SoL).⁸ Motsvarande gäller i verksamheter enligt LSS (6 § LSS). Utredningen vill inledningsvis betona att detta är sedan länge gällande grundläggande principer, och att det måste krävas tungt vägande skäl för att göra undantag från dem. Vidare måste de undantag som ändå kan bli aktuella vara så begränsade som möjligt.

Utredningen har övervägt möjligheten att genomföra tillfällig isolering inom vissa SoL- och LSS-boenden, men att undanta flertalet av tvångsbefogenheterna från tillämpning där. Kärnan i smittskyddsåtgärden tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 § SmL är enligt utredningens uppfattning i detta sammanhang möjligheten att begränsa rörelsefriheten. Vid tillfällig isolering inom SoL- eller LSS-boenden skulle

⁷ Den egendom som det är fråga om är bl.a. narkotika, alkoholhaltiga drycker, injektions-sprutor och kanyler (5 kap. 13 § SmL).

⁸ Olika former av insatser kan genomföras utan samtycke med stöd av speciallagstiftning enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU, eller lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM. För att begränsa en enskilds rörelsefrihet krävs dock att den enskilde har placerats på ett hem för särskilt noggrann tillsyn (15 § LVU, 34 § LVM) som drivs av Statens institutionsstyrelse eller befinner sig på sjukhus (24 § LVM).

det innebära att med tvång kvarhålla någon på ett rum eller på en avdelning.

En sådan ordning skulle innebära att personal inom den kommunala hälso- och sjukvården ges arbetsuppgifter som innefattar tvångsanvändning. Detta är enligt utredningens uppfattning olämpligt av främst två skäl. För det första finns det sedan länge en självklar utgångspunkt att arbeta med samtycke inom de aktuella verksamheterna (se avsnitt 4.1). Utredningen har bl.a. redogjort för kunskapsunderlag som Socialstyrelsen utarbetat om förebyggande arbetssätt och bemötandestrategier m.m. för undvika situationer där frågor om begränsningsåtgärder kan komma att aktualiseras.⁹ För det andra har det i flera analyser av covid-19-pandemin framförts oro för att resurserna inom SoL- och LSS-boendena är otillräckliga (se kapitel 6). Coronakommissionen bedömer att äldreomsorgen har uppenbara och stora strukturella problem bl.a. när det gäller bemanning, kompetens och anställningsförhållanden.¹⁰ Även om det i stor utsträckning torde vara en resursfråga talar dessa förhållanden mot att införa arbetsuppgifter som innefattar tvångsanvändning, särskilt med hänsyn till problematiken kring ledningsansvaret som diskuteras nedan.

8.1.5 Ledningsansvar

Ytterligare ett problem för att genomföra tillfällig isolering enligt SmL inom kommunala verksamheter enligt SoL och LSS är ansvarsfördelningen. Det är enligt nu gällande lagstiftning smittskyddsläkaren som fattar beslut om tillfällig isolering, men ansvaret för ledningsuppgifter vid isoleringen ligger därefter på en chefsöverläkare eller befattningshavare utsedd att utföra chefsöverläkarens uppgifter (4 kap. 3 hälso- och sjukvårdslagen [2017:30], HSL, respektive 5 kap. 24 § SmL). Inom de aktuella boendeformerna finns det inte någon chefsöverläkare. Det finns emellertid samma behov av en befattningshavare som ansvarar för ledningsuppgifter och fattar behövliga beslut om förhållandena under isoleringen.

Utredningen har övervägt flera olika möjliga lösningar. En möjlighet skulle vara att låta verksamhetschefen vid boendet vara ansvarig

⁹ Socialstyrelsen. (2022-04-22). *Arbetssätt vid smittsamma infektionssjukdomar, såsom covid-19 hos personer med demenssjukdom i särskilda boendeformer för äldre – praktiska förslag om arbetssätt till personal och arbetsledning*.

¹⁰ SOU 2020:80, s. 255.

för isoleringen. Det finns dock i dagsläget inget krav på att en sådan verksamhetschef har någon medicinsk kompetens. Det är inte heller lämpligt att inom ramen för denna utredning föreslå ett krav som skulle riskera att få mycket långtgående konsekvenser för såväl kommunala som privata aktörer. En annan möjlighet är att lägga chefsöverläkaransvaret för ett boende på chefsöverläkaren vid den närmaste infektionskliniken med isoleringsavdelning. Det skulle medföra den nackdelen att en sådan läkare i normalfallet helt torde sakna insyn i förutsättningarna för genomförande av sådan isolering på boendet. Det kan också förutses att utförandet av ledningsuppgifter skulle försvåras av att det rör sig om ledning över huvudmannagränsen. En tredje möjlighet är att låta smittskyddsläkaren ta över chefsöverläkaransvaret. De nyss nämnda invändningarna gör sig dock gällande med samma styrka för smittskyddsläkaren. Vidare är smittskyddsläkaren inte en vårdgivare och bör inte heller ges sådana uppgifter.

Ytterligare möjligheter är att förordna en sjuksköterska som är anställd på boendet alternativt den medicinskt ansvariga sjuksköterskan (MAS) för boendet att utöva chefsöverläkaransvaret. I tidigare lagstiftningsarbete har det ansetts vara av vikt att verksamheter som har inslag av myndighetsutövning som är förenad med medicinska eller liknande bedömningar leds av en läkare med specialistkompetens.¹¹ Möjligheten att förordna någon annan än en specialistläkare att fullgöra chefsöverläkarens uppgifter enligt 5 kap. 24 § SmL infördes som ett undantag från den principen och var avsedd att gälla vid situationer då sjukdomens smittväg medför att behovet av specialistkompetens inom infektionsmedicin är mindre framträdande än behovet av psykiatrisk och psykologisk expertis.¹² Det är enligt utredningens uppfattning osannolikt att en sådan situation uppstår vid en framtida pandemi. Det principiella argumentet att verksamheter som har inslag av myndighetsutövning som är förenad med medicinska eller liknande bedömningar bör ledas av en läkare med specialistkompetens talar därför mot att förordna en sjuksköterska anställd på boendet eller en MAS att fullgöra chefsöverläkarens uppgifter vid tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 § SmL.

Utredningen kan sammanfattningsvis konstatera att svårigheterna med att identifiera en lämplig befattningshavare för att utöva ledningsansvaret för tvångsåtgärder inom de boendeformer som omfattas

¹¹ Prop. 1995/96:176, s. 104.

¹² Prop. 1990/91:152, s. 12 f.

av uppdraget talar mot att införa en möjlighet att genomföra tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 § SmL där.

8.1.6 Sammanfattning

Befintliga regler i SmL om isolering och karantän är inte utformade med beaktande av SoL- och LSS-boenden och de grupper av människor som bor där. Den befintliga systematiken i SmL tar inte tillräcklig hänsyn till behovet av anpassade smittskyddsåtgärder inom dessa boendeformer, de speciella förutsättningar som gäller där och behovet av att samtidigt tillgodose de enskildas rätt till trygghet, kontinuitet och god vård.

Utredningen har övervägt om det vore en lämplig åtgärd att införa en möjlighet att genomföra tillfällig isolering inom de boendeformer som omfattas av uppdraget i stället för på en vårdinrättning som drivs av en region. Utredningen anser dock att det av principiella, etiska och praktiska skäl vore olämpligt att där införa en möjlighet att genomföra tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 § SmL. Genomförandet av tillfällig isolering bör fortsatt enbart ligga inom regionens ansvar.

8.2 Förslag som möjliggör kohortvård utan samtycke

Utredningens förslag: Det bör införas en ny extraordinär smittskyddsåtgärd som innebär en möjlighet att utan samtycke flytta den som bor i vissa boendeformer enligt SoL eller LSS och som är eller kan antas vara smittad av en samhällsfarlig sjukdom och som genom sitt beteende riskerar att smitta andra boende från sin ordinarie bostad till en annan motsvarande bostad.

Utredningens bedömning: Det kommer i vissa fall inte vara möjligt att med samtycke hålla personer åtskilda av smittskyddsskäl inom SoL- eller LSS-boenden samtidigt som de möjligheter att använda tvång som finns i lagstiftningen inte är tillräckligt väl anpassade för att uppnå det syftet med lindrigast möjliga tvångs-ingripande. Flyttning utan samtycke kan bl.a. underlätta genomförandet av vissa moment av kohortvård.

8.2.1 Utredningens direktiv om kohortvård

Utredningen har till uppgift att ta ställning till om det finns behov av regler och, vid behov, lämna förslag som möjliggör tillfällig kohortvård för personer som bor i bostäder med särskild service enligt LSS. Vidare ska utredningen lämna förslag som möjliggör att äldre personer med nedsatt beslutsförmåga tillfälligt kan omfattas av kohortvård när det av smittskyddsskäl anses nödvändigt.

I utredningens direktiv anför bl.a. att personal på de aktuella boendeformerna i dag inte har möjlighet att hindra de boende från att röra sig i lokalerna. För att begränsa smittspridning vid en pandemi eller epidemi kan det enligt direktiven därför finnas behov av att bedriva kohortvård.

Utredningen har tolkat uppdraget avseende kohortvård som att det omfattar samma boendeformer som uppdraget om tillfällig isolering, dvs. alla boendeformer enligt 9 § 8 och 9 LSS och 5 kap. 5 och 7 §§ SoL, samt de enskilt drivna motsvarigheterna.

8.2.2 Kohortvård kan kräva samtycke

Som framgår av bl.a. avsnitt 4.7 kan kohortvård kräva flera olika åtgärder. Med anledning av covid-19-pandemin har det uppmärksamats utmaningar vid genomförande av kohortvård. Det handlar t.ex. om personalbrist, bristande kompetens och att lokalernas utformning inte varit ändamålsenligt utformade. Det har också uppstått situationer där det har varit svårt att inhämta samtycke från den enskilde avseende olika moment i kohortvården. Samtidigt har bl.a. Coronakommissionen, SKR och Kommunal konstaterat att kohortvård i stor utsträckning har kunnat bedrivas på särskilda boenden under pandemin.¹³

Svårigheterna med att inhämta samtycke samt lagstiftningens begränsningar har lyfts av flera organisationer, utredningar och myndigheter, bl.a. SKR, Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen och Attendo (se bl.a. avsnitt 5.4.2). Coronakommissionen anför exempelvis att det är åtminstone osäkert om den lagstiftning som finns ger utrymme för samtliga de åtgärder som behöver vidtas på särskilda boenden. Det gäller enligt kommissionen t.ex. att anordna kohortvård.¹⁴ Under

¹³ SOU 2020:80, s. 217 ff.

¹⁴ SOU 2020:80, s. 257.

covid-19-pandemin förekom det att kommuner inrättade särskilda avdelningar inom de särskilda boendena för äldre dit personer som bar eller misstänktes bära på covid-19 kunde flyttas. Utmaningar har enligt kommissionen bl.a. uppstått där det inte går att inhämta samtycke. Samtidigt är åtgärden angelägen eftersom möjligheten att flytta personer på ett boende enligt Coronakommissionen kan ha minskat dödligheten.¹⁵ Kohortvård är dessutom ett arbetssätt som är väl etablerat och beskrivet.

Det är angeläget att aktörer inom omsorgen följer redan gällande regler och rekommendationer avseende patientsäkerhet, hygienrutiner, utformning av lokaler osv. Långsiktigt handlar det också om att höja standarden på boendena och göra dem mer ändamålsenliga för exempelvis ett effektivt smittskyddsarbete.¹⁶ Därutöver krävs flera andra åtgärder för att komma till rätta med strukturella problem som finns inom omsorgen och som har belysts av flera olika utredningar. Coronakommissionen lyfter bl.a. att faktorer som tillfredsställande bemanning, tillsvidareanställningar, hög personalkontinuitet samt god kompetens för omsorg och hälso- och sjukvård ger bättre förutsättningar att klara kriser som en pandemi men att det också är grundläggande för en välfungerande äldreomsorg.¹⁷ Det ligger dock utanför utredningens direktiv att lämna förslag i dessa frågor.

Flera av de åtgärder som behöver vidtas för att kunna genomföra kohortvård är riktade mot den enskilde. Åtgärderna kan innebära en inskränkning av den enskildes rörelsefrihet. Det kan handla om att den boende måste hålla sig på sitt rum och inte kan röra sig fritt på boendet och uppsöka gemensamma utrymmen. Kohortvård kan också förutsätta att den enskilde placeras i ett annat rum eller en annan del av boendet. Därutöver kan det krävas att personalen vidtar andra åtgärder för att upprätthålla kohortvården, t.ex. att återföra boende till sina rum, se till att de boende håller distans och följer hygienrutiner, erbjuda provtagning, avleda den boende m.m.

De beskrivna åtgärderna kräver typiskt sett samtycke från den boende. Flera av situationerna skiljer sig inte från andra utmaningar som omsorgen dagligen ställs inför och som inte handlar om smittskydd. För att underlätta för personalen vid särskilda boenden att avgöra om samtycke krävs och hur man kan arbeta förebyggande för

¹⁵ SOU 2020:80, s. 245.

¹⁶ Se t.ex. Sveriges kommuner och regioner. (2023). *Utformning av kommunala vård- och omsorgslokaler – erfarenheter från Covid-19*.

¹⁷ SOU 2020:80, s. 255.

att undvika svårbedömda situationer har, som nämnts i avsnitt 5.4.1, bl.a. Socialstyrelsen tagit fram olika kunskapsstöd.

Kohortvård som sker med behövligt samtycke är ett etablerat arbetssätt inom den kommunala hälso- och sjukvården och kräver inget ytterligare lagstöd.

8.2.3 En ny extraordinär smittskyddsåtgärd bör införas

Den boende kan behöva flyttas till ett annat rum eller en annan lägenhet för att kohortvård ska kunna genomföras. Om samtycke inte kan inhämtas eller om den boende motsätter sig åtgärden, kan det bli svårt att upprätthålla den för kohortvården nödvändiga uppdelningen mellan de som är osmittade och de som är smittade eller kan antas ha blivit smittade. Eftersom det ofta handlar om personer som har en nedsatt beslutsförmåga på grund av exempelvis en demenssjukdom, kan det vara än mer utmanande att inhämta ett nödvändigt samtycke.

Utgångspunkten för socialtjänsten är att verksamheten ska bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet. Under en pandemi kan det dock uppstå situationer där det kan vara nödvändigt att inskränka den personliga friheten och integriteten. Smer skriver exempelvis i sin rapport om etiska vägval vid en pandemi att åtgärder som begränsar människors integritet och frihet i sådana fall bör vara proportionella, nödvändiga och relevanta, och minimeras i relation till vad man önskar åstadkomma. Utredningen för ett resonemang om etiska ställningstaganden vid en pandemi i delbetänkandet.¹⁸

För att det under en pandemi ska vara möjligt att bedriva kohortvård bör det under vissa förutsättningar vara möjligt att utan en persons samtycke kunna flytta denne till ett annat rum, en annan lägenhet eller ett annat boende. Utredningens bedömning är att en sådan möjlighet till viss del kan svara på de brister och otydligheter i regelverket som har uppmärksammats under pandemin. En åtgärd utan samtycke får dock inte genomföras för att kompensera för personalbrist, bristande anpassning av lokaler eller brister i efterlevnaden av hygienrutiner m.m.

¹⁸ SOU 2022:26, s. 47.

Vid en epidemi eller pandemi av en samhällsfarlig sjukdom kan det krävas att personer som uppvisar symtom på den aktuella sjukdomen snabbt kan flyttas för att undvika smittspridning. Detsamma gäller för personer som exponerats för smittan, dvs. personer som vistats i den smittades närhet. Utredningen anser därför att det bör vara möjligt att besluta om flytt till ett annat rum, en annan lägenhet eller ett annat boende redan om det kan antas att en person har varit utsatt för smitta av sjukdomen. Om personen sedan insjuknar i sjukdomen får bedömningen av om personen kan stanna kvar i det tillfälliga boendet göras i det enskilda fallet utifrån om det aktuella vårdbehovet kan tillgodoses där. Detta innebär i praktiken att flyttning kan utgöra ett alternativ till såväl ett beslut om karantän som ett beslut om isolering. Vilken typ och grad av exponering för smittan och vilka symptom som kan ligga till grund för flyttning avgörs bl.a. av hur den aktuella smittan sprids och sjukdomens karaktär. Grundläggande för om flyttning kan aktualiseras är om den enskilde kommer att utsätta någon annan för omedelbar risk att smittas och den risken inte kan hanteras på det befintliga boendet. Syftet är alltså inte att alla som kan antas ha blivit smittade ska bli föremål för flyttning utan det gäller enbart i de fall där vanliga arbetssätt inte räcker till.

Beslutet inskränker sig till själva flytten av den enskilde och medger inga ytterligare tvångsåtgärder riktade mot denne. Däremot medför beslutet dels ett generellt besöksförbud, dels ett förbud att resa utomlands. I de fall då flera personer flyttas under samma tidsperiod måste boendet tillse att personer som kan antas ha blivit smittade och bekräftat smittade hålls separerade.

Nedan följer en utförligare redogörelse för den föreslagna åtgärden.

Tvångsbefogenheter

Den nya bestämmelsen om flyttning som extraordinär smittskyddsåtgärd bör utformas på ett sätt som minimerar det fysiska tvång som kan utövas med stöd av den. Med hänsyn till den problematik om ledningsansvar och de grundläggande principerna för socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården som har diskuterats i avsnitt 8.1 bör bestämmelsen inte innebära några tvångsbefogenheter för personalen på boendet i fråga. Med bestämmelsen om karantän som förebild bör det dock vara möjligt att begära biträde av Polis-

myndigheten för att föra den som ska flyttas till den plats dit flyttningen ska ske, eller återföra den som olovligen har avvikit från den plats dit flyttningen har skett. Det bör liksom vid karantän och isolering vara smittskyddsläkaren som ansvarar för att framställa en sådan begäran. Detta förutsätter givetvis samverkan med personal på boendet. I sammanhanget bör påpekas att den flyttade kan ha behov av att i viss utsträckning vistas utomhus för att tillförsäkras en skäligen levnadsnivå eller goda levnadsförhållanden. Kommunens ansvar för att säkerställa att sådan utevistelse sker förändras inte av ett beslut om flyttning och sådan utevistelse ska inte betraktas som olovlig.

Utredningens avsikt är inte att biträde av Polismyndigheten ska vara det normala förfarandet vid beslut om flyttning som extraordinär smittskyddsåtgärd. Även i de fall där ett sådant beslut är nödvändigt torde det i de allra flesta fall vara möjligt för boendets personal att förmå den som ska flyttas att medverka till en förflyttning utan att använda fysiskt tvång.

Med bestämmelsen om karantän som förebild bör ett beslut om flyttning innebära ett förbud mot att ta emot besök. Beslut om undantag från det förbudet bör fattas av smittskyddsläkaren. Med hänsyn till att den föreslagna bestämmelsen om flyttning främst syftar till att skydda andra personer som bor på boendena, och att det i många fall kommer att röra sig om personer som ofta har ett mycket stort behov av kontakt med anhöriga, bör det inte på samma sätt som vid karantän vara ett ovillkorligt krav att besöket kan ske utan risk för spridning av sjukdomen. Däremot bör besöket ske på ett så säkert sätt som möjligt ur smittskyddssynpunkt.

Enligt 3 kap. 12 § SmL råder utreseförbud för den som på grund av en samhällsfarlig sjukdom är föremål för vissa tvångsåtgärder, bl.a. karantän. Det saknas skäl att göra ett undantag för den nya tvångsåtgärd som utredningen föreslår. Utreseförbud ska därför gälla för den som flyttats enligt den föreslagna bestämmelsen.

Beslutsinstans

För att det från smittskyddssynpunkt ska vara effektivt att separera smittade och exponerade personer från osmittade krävs bl.a. att det genomförs så snabbt som möjligt för att minska risken att ytterligare personer smittas. Bestämmelsen om flyttning som extraordinär smitt-

skyddsåtgärd bör därför utformas med bestämmelsen om karantän i 3 kap. 9 § SmL som förebild. Det innebär att frihetsberövandet sker som en följd av ett beslut av smittskyddsläkaren och kan överklagas. Liksom andra beslut enligt SmL ska beslutet gälla omedelbart.

Samhällsfarlig sjukdom

Med hänsyn till att utredningens förslag rör en ny tvångsåtgärd finns det skäl att utforma förslaget restriktivt. Likaså talar det förhållandet att bestämmelsen måste utformas på så sätt att tvångsåtgärden verkställs innan en domstolsprövning har skett för en restriktiv utformning. Bestämmelsen bör därför endast gälla för samhällsfarliga sjukdomar. Det innebär att bestämmelsen bl.a. kan användas vid epidemier och pandemier likt covid-19.

Regionala respektive kommunala huvudmäns ansvar

Den som bor på ett SoL- eller LSS-boende är normalt sett beviljad platsen genom ett biståndsbeslut av en kommun enligt respektive lag. Ett beslut om flyttning som extraordinär smittskyddsåtgärd innebär inte att kommunens ansvar att tillförsäkra den flyttade en skälig levnadsnivå enligt 4 kap. 1 § SoL eller goda levnadsförhållanden enligt 7 § LSS upphör. Ett beslut om flyttning som extraordinär smittskyddsåtgärd innebär alltså inte att regionen övertar ansvaret som vårdgivare. Det bör därför inte införas någon ny bestämmelse om regionens ansvar för den som är föremål för ett beslut om flyttning som extraordinär smittskyddsåtgärd. Inte heller bör det införas någon bestämmelse om att någon annan instans än kommunen ska ansvara för kostnaderna för att verkställa ett sådant beslut.

Att möjligheten till flyttning som extraordinär smittskyddsåtgärd införs innebär inte någon inskränkning i möjligheten att besluta om karantän enligt 3 kap. 9 § SmL eller isolering enligt 5 kap. SmL, även om flyttning i många fall torde vara en mindre ingripande åtgärd för den enskilde. För vissa sjukdomar kan dock hanteringen av smittspridningen kräva exempelvis specialanpassade lokaler, särskild kompetens eller särskild utrustning. I dessa fall är karantän enligt 3 kap. 9 § SmL eller isolering på sjukvårdsinrättning enligt 5 kap. SmL lämpligare åtgärder.

Vidare bör poängteras att möjligheten till flyttning inte på något sätt påverkar det ansvar regionen har för att tillhandahålla hälso- och sjukvård. Om den som har flyttats har behov av sådan vård som inte kan tillgodoses på boendet, oavsett om det är till följd av den sjukdom som föranlett flyttningen eller av något annat skäl, ska regionen erbjuda sådan vård.

En förutsättning för att flyttning som extraordinär smittskyddsåtgärd ska vara effektiv är att det finns praktiska möjligheter att placera den smittade, misstänkt smittade eller exponerade personen åtskild från andra boende som inte är smittade. Det innebär att det måste finnas såväl lokaler som personal för att tillhandahålla vård och omsorg för den som flyttas.

Utredningen föreslår inte att det bör införas någon lagregel som innebär en skyldighet för kommunerna att hålla lokaler i beredskap inför ett framtida utbrott eller en pandemi av samhällsfarlig sjukdom. Även om sådana resurser kunde frigöras framstår det som lämpligare att de används i verksamheten utan att invänta en extraordinär situation. Detta gäller särskilt med tanke på de situationer med bristande personal- och lokalresurser som diskuteras i kapitel 6. Vidare varierar kommunernas förutsättningar, särskilt vad gäller möjligheten att ta fram lämpliga lokaler med kort varsel. För en del kommuner torde det exempelvis vara möjligt att använda lokaler som annars används för korttidsboenden. Det finns inte heller något hinder mot att kommuner samverkar för att ta fram lokaler och bemanning, eller mot att anlita privata aktörer. Dock bör huvudmännen ta höjd för behovet av lokaler i sin pandemiplanering. Avslutningsvis får det redan i dag anses ligga inom huvudmännens ansvar att kunna separera personer på boenden från varandra om det krävs av smittskyddsskäl, oavsett om det är en pandemi eller inte. Kohortvård är som tidigare har beskrivits ett etablerat arbetssätt på boendena och ställer krav redan i dag på flexibilitet när det gäller tillgång till lokaler, lokalernas utformning samt bemanningen.

I sammanhanget kan nämnas att utredningen om stärkt beredskap inför framtida pandemier (S 2023:08) har i uppdrag att lämna underlag till en nationell strategi för hantering av pandemier och att en sådan strategi bör beakta alla relevanta sektorers del i pandemiberedskapen och tydliggöra ansvarsfördelningen mellan regeringen, myndigheter och regionala och lokala aktörer.

Förfarandet

Eftersom möjligheten att flytta en smittad, misstänkt smittad eller exponerad person från sin ordinarie bostad är avhängig hur kommunen organiserar sitt smittskyddsarbete inom de aktuella boendeformerna bör frågan om att flytta en boende utan samtycke väckas av kommunen genom en anmälan till smittskyddsläkaren. Även det förhållandet att det bör vara ett kommunalt ansvar att ta fram underlag för beslutet talar för att initiativet att inleda ärendet bör tas av kommunen. Det ankommer därmed på kommunen att besluta om rutiner och principer för i vilka lägen en anmälan till smittskyddsläkaren ska göras. Med hänsyn till att det är smittskyddsläkaren som därefter fattar beslutet om tvångsåtgärd bör det inte finnas något hinder för kommunen att delegera ansvaret för att göra anmälan enligt reglerna om delegation i kommunallagen (2017:725).

Utredningen anser att det som redan i dag gäller för den extraordinära smittskyddsåtgärden karantän avseende domstolsprövning bör kunna tjäna som förebild för den nya extraordinära smittskyddsåtgärden flyttning. Beslut om flyttning, liksom beslut att avslå en begäran om att ett beslut om flyttning inte längre ska gälla ska därför kunna överklagas till allmän förvaltningsdomstol. Även beslut om att avslå en ansökan om undantag från förbud att besöka den som har flyttats bör kunna överklagas av den som vill besöka den flyttade personen. Samma regler för handläggningen vid domstol bör gälla för flyttning som extraordinär smittskyddsåtgärd som för karantän.

Eftersom det rör sig om ett frihetsberövande bör den som överklagar ett beslut om flyttning som extraordinär smittskyddsåtgärd ha rätt till offentligt biträde på samma sätt som gäller för den extraordinära smittskyddsåtgärden karantän. Det bör av samma skäl inte heller krävas prövningstillstånd vid överklagande till kammarrätt.

Med de nuvarande reglerna om karantän som förebild bör det finnas en skyldighet för smittskyddsläkaren att på begäran pröva frågan om beslutet om flyttning som extraordinär smittskyddsåtgärd fortsatt ska gälla. Det bör även framgå direkt av lag att beslutet ska upphävas om det inte längre behövs.

Utredningens förslag gäller personer som bär på eller kan antas bära på en samhällsfarlig sjukdom. Eftersom den föreslagna lagstiftningen är avsedd att gälla även för i dagsläget okända sjukdomar är det inte möjligt att förutspå hur lång tid som krävs för att den smitt-

samma fasen ska upphöra. Ett beslut om flyttning som extraordinär smittskyddsåtgärd bör dock av rättssäkerhetsskäl inte gälla längre än tre veckor. Eftersom det är möjligt att risken för smittspridning även efter den tiden kvarstår bör det införas en möjlighet för smittskyddsläkaren att förlänga ett pågående beslut om flyttning som extraordinär smittskyddsåtgärd med tre veckor. Därefter får ytterligare beslut om förlängning fattas förutsatt att förutsättningarna att tillämpa bestämmelsen fortfarande föreligger. Hur lång tid någon som längst kommer att kunna vara flyttad med stöd av den föreslagna bestämmelsen beror alltså på hur lång inkubationstiden och den smittsamma fasen är för den aktuella sjukdomen.

8.2.4 Boendeformer som bör omfattas av bestämmelsen

Utredningen gör följande överväganden vad gäller vilka boendeformer som bör omfattas av förslaget om flyttning som extraordinär smittskyddsåtgärd.

I utredningens uppdrag finns sammantaget flera olika boendeformer enligt SoL och LSS, vilka drivs kommunalt eller enskilt, och som närmare beskrivs i avsnitt 4.2. Insatsernas målgrupper varierar vad gäller ålder, omsorgsbehov och funktionsnedsättning. Det är fråga om insatser som ska anpassas efter den enskildes behov och där ansvariga huvudmän och utförare ska anpassa insatserna till lokala förhållanden och genom att t.ex. skapa boenden där personer med likartade diagnoser eller funktionshinder bor tillsammans.

Det är en uttalad utgångspunkt för smittskyddsarbetet att var och en har vilja och förmåga att skydda sig själv och andra från smitta. Behovet av ytterligare bestämmelser för att skydda enskilda från risken att smittas av andra i närmiljön är mer framträdande i de boendeformer där det bor personer med kognitiv funktionsnedsättning. Ett exempel som uppmärksammats under covid-19-pandemin är personer med demens och BPSD med vandringsbeteende, vilka framför allt bor på äldreboenden. Det finns emellertid personer med demens även på LSS-boenden. Personer i målgruppen för LSS lever som genomsnitt också allt längre vilket ökar risken för demens. Det finns också andra typer av funktionsnedsättningar som kan innebära svårigheter att förstå och följa exempelvis instruktioner om att undvika nära kontakt med t.ex. andra på boendet eller besökare. Personer med

sådana svårigheter kan finnas i samtliga de boendeformer som omfattas av uppdraget. Det kan naturligtvis inte heller uteslutas att även personer utan kognitiva funktionsnedsättningar avstår från att lämna samtycke till en viss behövlig åtgärd för att minska risken för spridning av en samhällsfarlig sjukdom.

Familjehem (9 § 8 LSS) och annan särskilt anpassad bostad för vuxna (9 § 9 LSS) skiljer sig från övriga boendeformer som omfattas av uppdraget genom att det typiskt sett inte finns andra personer med likartade funktionsnedsättningar i den enskildes närmiljö. Det finns således inte samma behov som i övriga boendeformer att skilja enskilda från varandra av smittskyddsskäl. Det finns heller ingen personal knuten till dessa boendeformer som skulle kunna uppmärksamma behovet av flyttning. Familjehem och annan särskilt anpassad bostad bör därför inte omfattas av förslaget.

I bostad med särskild service för barn och ungdomar bodde den 1 oktober 2022 inga barn mellan 0 och 6 år, 73 barn mellan 7 och 12 år, och 776 barn och unga mellan 13 och 22 år. Runt 91 procent var alltså 13 år eller äldre.¹⁹ Insatsen har ingen formell övre åldersgräns. Utredningen har övervägt en åldersgräns för förslaget om flyttning, t.ex. att exkludera underåriga. Utredningen omfattar emellertid framtida pandemier av hittills okända smittämnen. Det går inte att utesluta att barn eller ungdomar kan utgöra en riskgrupp för någon i dag okänd sjukdom. I ett sådant scenario är det naturligtvis av högsta prioritet att även barn och unga inom LSS kan skyddas på bästa sätt. Det framstår inte som lämpligt att ange en viss ålder vid vilken flyttning inte ens ska vara en möjlig smittskyddsåtgärd. En annan sak är att barn och ungdomar åtnjuter ett rättsligt skydd som innebär att ett beslut om flyttning som omfattar barn kräver andra överväganden än vad som gäller för vuxna. Utredningen stannar således vid att bostad med särskild service för barn och ungdomar ska omfattas av förslaget.

De boende i biståndsbedömt trygghetsboende är till skillnad från de boende på äldreboenden inte i behov av heldygnsvård. Hur mycket personal som finns på ett biståndsbedömt trygghetsboende kan variera. De enskildas aktuella behov ska enligt SoL och SoF vara styrande. Däremot finns det ofta olika gemensamhetsytor i biståndsbedömt trygghetsboende på liknande sätt som i äldreboenden. Det

¹⁹ Socialstyrelsen. *Statistik om insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade 2022* [Dataset].

går enligt utredningens bedömning inte att utesluta att det skulle kunna uppstå en situation där enskilda som bor i biståndsbedömt trygghetsboende kan behöva bli föremål för flyttning som extraordinär smittskyddsåtgärd. Så skulle t.ex. kunna vara fallet om den enskildes tillstånd snabbt har försämrats jämfört med vad som gällde vid tidpunkten för beslutet om insatsen. Det kan också tänkas att han eller hon har beviljats ett nytt boende på ett äldreboende, men att det nya beslutet inte har hunnit verkställas. Denna boendeform bör därför omfattas av förslaget.

Med undantag för boende i familjehem och annan särskilt anpassad bostad för vuxna bör alltså förslaget om flyttning som extraordinär smittskyddsåtgärd omfatta samtliga de boendeformer som omfattas av uppdraget.

En annan sak är att behovet av att utnyttja flyttning i praktiken kommer att variera mellan olika boendeformer, liksom förutsättningarna att alls utnyttja möjligheten. Antalet platser är generellt fler och medianvistelsetiden kortare i de särskilda boendeformerna för äldre än inom bostad med särskild service enligt SoL eller LSS. I en bostad med särskild service kan en person bo i flera decennier. Omfattningen är lägre på LSS-bostäder vilket innebär att kommunerna i allmänhet skulle ha svårare att med kort varsel flytta en boende enligt LSS till ett annat boende med bibehållen kvalitet i insatsen. En annan faktor är tillgången till medicinsk kompetens. En enskild person som blir föremål för flyttning kan behöva en aktiv tillsyn för att, i händelse av att tillståndet snabbt försämras, kunna tas till sjukhus för mer kvalificerad vård än vad som kan ges i boendet. Det bör därmed inte komma i fråga att ansöka om flyttning till ett boende där den medicinska kompetens som krävs i det individuella fallet inte kan säkerställas. Vidare är antalet platser i SoL-boenden i genomsnitt högre än antalet platser i bostad med särskild service enligt LSS. Detta torde ha viss betydelse för möjligheterna att genom andra åtgärder begränsa risken för smittspridning, vilket minskar behovet av tillfällig isolering enligt SmL och flyttning. Slutligen kan det finnas boenden där de enskilda enbart har fysiska funktionsnedsättningar och boenden där de enskilda har kognitiva funktionsnedsättningar som är sådana att de genom anpassning av information och kommunikation kan klara av att anpassa sitt agerande så att smittrisker minimeras. I servicebostäder enligt LSS bor t.ex. typiskt sett personer

med mindre stödbehov än inom gruppboendestäder. I sådana boenden torde det enbart i undantagsfall alls kunna bli aktuellt med flyttning.

8.2.5 Proportionalitetsavvägningar

Som utredningen har konstaterat ovan innebär ett beslut om flyttning som extraordinär smittskyddsåtgärd en mycket ingripande åtgärd för den enskilde som det riktas till. Det är därför av vikt att de olika intressen som gör sig gällande vägs mot varandra. Den enskildes intresse av att inte utsättas för tvångsåtgärder väger givetvis tungt i den ena vågskålen. I samma vågskål ligger också intresset av att i största möjliga mån undvika att tvångsåtgärder förekommer inom såväl socialtjänst som hälso- och sjukvård. I den andra vågskålen ligger smittskyddsintresset.

Smittskyddsåtgärder har bl.a. som syfte att hindra spridning av smitta för att skydda den som inte är smittad. Därför måste även sådana personers intressen beaktas vid avvägningen av lämpligheten av tvångsanvändning. Inom de aktuella boendeformerna vistas i stor utsträckning personer som är särskilt sårbara för infektionssjukdomar. Vidare kan de på grund av olika former av nedsatt kognitiv och fysisk förmåga ha svårt att själva vidta åtgärder för att skydda sig från smitta. Det är därför av stor vikt att det finns möjligheter för personalen på boendena att vidta tillräckliga åtgärder för att skydda dem. Coronakommissionen framhåller exempelvis i sitt delbetänkande att en vård- och omsorgsgivare i en undantagssituation måste kunna vidta de begränsningsåtgärder som krävs för ett effektivt smittskyddsarbete. Utredningen anser därför att den enskildes intresse av att inte utsättas för tvång i vissa fall kan behöva stå tillbaka för andra enskildas intresse av att skyddas från smitta. Vidare kan utredningen konstatera att det redan i dag är möjligt att flytta personer i den aktuella situationen med stöd av tvång men då till en sjukvårdsinrättning i regionens regi. Flyttning som extraordinär smittskyddsåtgärd innehåller i jämförelse med sådan isolering ett begränsat mått av tvång. Det har vidare den fördelen att den person som flyttas alltså kvar på ett boende inom den omsorgsform som har beviljats. Förslaget har därmed den fördelen att det i så liten utsträckning som möjligt påverkar den rätt till omsorg av god kvalitet som följer av ett biståndsbeslut enligt SoL eller LSS.

8.2.6 Förslagets förenlighet med regeringsformen och Europakonventionen

Regeringsformen

Var och en är enligt 2 kap. 8 § regeringsformen, RF, gentemot det allmänna skyddad mot frihetsberövanden. Den rörelsefriheten kan enligt 2 kap. 20 § RF begränsas genom lag. Sådana begränsningar får enligt 2 kap. 21 § RF göras endast för att tillgodose ändamål som är godtagbara i ett demokratiskt samhälle.

Utredningens förslag om flyttning som extraordinär smittskyddsåtgärd utgör ett frihetsberövande i RF:s mening och ska därför regleras i lag. Ändamålet med frihetsberövandet är att hindra smittspridning av samhällsfarliga sjukdomar, i synnerhet på platser där många hälsomässigt sårbara personer vistas. Det rör sig alltså inte enbart om att förebygga risker för smittspridning i allmänhet, utan om att skydda särskilt utsatta personer från att smittas. I sammanhanget bör också påpekas att den som bor på ett särskilt boende och inte är smittad kan ha mycket svårt att själv vidta åtgärder för att undvika kontakt med andra boende som är smittade.

Av 2 kap. 9 § RF följer att den som omhändertagits tvångsvis av någon annan anledning än brott eller brottsmisstanke ska kunna få omhändertagandet prövat av domstol utan oskäligt dröjsmål. Genom införande av de bestämmelser om prövning inom vissa tidsfrister som diskuterats ovan uppfylls det kravet.

Utredningens bedömning är att förslaget om flyttning som extraordinär smittskyddsåtgärd är förenligt med RF:s bestämmelser om skydd mot frihetsberövande och rätt till domstolsprövning av frihetsberövande.

Europakonventionen

I avsnittet redogörs närmare för de artiklar i den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna, Europakonventionen,²⁰ som är av störst intresse för SML:s bestämmelser om tvångsåtgärder, nämligen art. 5 om rätten

²⁰ Europakonventionen gäller som lag i Sverige enligt 1 § lagen (1994:1219) om den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna.

till personlig frihet, art. 6 om rätten till domstolsprövning och art. 8 om rätten till skydd för privat- och familjeliv m.m.

Innebörden av Europakonventionens artiklar tolkas och bestäms av Europadomstolen som har slagit fast att konventionen är ett levande instrument som måste tolkas i enlighet med rådande förhållanden. Domstolen väger därvid många gånger in vad som kan anses vara en gemensam europeisk syn på förhållanden. Av betydelse är då bl.a. Europarådets rekommendationer och hur frågan bedömts i de olika europeiska länderna.

Skyddet mot olagliga och godtyckliga frihetsberövanden är ett centralt moment i Europakonventionen. I art. 5 garanteras rätten till personlig frihet och säkerhet. Artikelns reglerar alla slags frihetsberövanden men inte andra begränsningar i rörelsefriheten. Artikelns innehåller en uttömmande uppräkningslista av i vilka fall frihetsberövande är tillåtet. Enligt Europadomstolens praxis ska uppräknade fall ges en restriktiv tolkning. De särskilda fallen tas upp under sex punkter. Härutöver innehåller artikeln bestämmelser som ska ge garantier för rättssäkerhet vid frihetsberövandet.

För samtliga fall av frihetsberövande gäller att frihetsberövandet ska äga rum i den ordning lagen föreskriver och dessutom vara lagligt (lawful). I Europadomstolens praxis har dessa begrepp i många fall inte behandlats separat. Vad som avses härmed är att frihetsberövandet ska stå i överensstämmelse med bestämmelserna i den nationella lagen (såväl när det gäller den materiella grunden som när det gäller det processuella förfarandet) och med bestämmelserna i konventionen samt att det inte är godtyckligt. Det ställs således krav på rimliga rättssäkerhetsgarantier vid frihetsberövandet. Att frihetsberövandet ska stå i överensstämmelse med konventionen innebär även att den nationella lagen i sig måste vara förenlig med konventionen.

Vid prövningen av huruvida frihetsberövandet har ägt rum i enlighet med den nationella lagen accepterar Europadomstolen oftast statens tolkning. Huvudsakligen anses ett frihetsberövande vara godtyckligt om det inte står i överensstämmelse med det i artikeln särskilt godtagna ändamålet eller med artikeln i övrigt. Även om frihetsberövandet är lagligt i konventionens mening kan det vid vissa av de uppräknade fallen i artikeln ändå anses vara godtyckligt om frihetsberövandet inte bedöms vara proportionerligt i förhållande till ändamålet. När det gäller straffrättsliga frihetsberövanden har domstolen varit obenägen att ifrågasätta den nationella straffrättsliga bedöm-

ningen. På motsvarande sätt har man inte ansett sig kunna ifrågasätta den materiella grunden för beslut om utvisning eller utlämnande vid frihetsberövande. Däremot har Europadomstolen i mål som avsett frihetsberövande av psykiskt sjuka vid prövningen av godtycklighet granskat frihetsberövandet med grund i de materiella omständigheterna i det enskilda fallet, t.ex. huruvida det finns tillförlitliga bevis om personens hälsotillstånd och om frihetsberövandet i övrigt är motiverat med hänsyn till omständigheterna (se mer om detta nedan). I de fall granskningen även omfattar en bedömning av den materiella grunden tillåts staterna dock en viss tolkningsmarginal ("margin of appreciation"). Av de fall där frihetsberövande får äga rum enligt artikel 5 är det främst de som anges i p. 1.b och p. 1.e som är av intresse i smittskyddssammanhang. I p. 1.b medges frihetsberövande med anledning av att någon har underlåtit att uppfylla föreläggande av domstol eller som syftar till fullgörande av en i lag föreskriven skyldighet medan p. 1.e tillåter frihetsberövande till förhindrande av smittsam sjukdom eller av en person som är psykisk sjuk, alkoholmissbrukare, missbrukare av droger eller lösdrivare.

Europadomstolen har i ett fall (Enhorn mot Sverige, 566529/00) ansett att tillämpningen av reglerna om tvångsisolering i 1988 års smittskyddslag (1988:1472) inneburit en överträdelse av art. 5. Av avgörandet kan utläsas att följande villkor måste vara uppfyllda för att ett frihetsberövande av smittskyddsskäl ska vara förenligt med art. 5.1.e, utöver att det ska vara förenligt med nationell rätt. För det första ska spridning av smitta utgöra en fara för den allmänna hälsan eller säkerheten ("public health or safety"). För det andra ska frihetsberövandet utgöra en sista utväg för att förebygga smittspridning, eftersom mindre ingripande åtgärder har övervägts och konstaterats vara otillräckliga för att säkerställa det allmänna intresset. När villkoren inte längre uppfylls upphör grunden för frihetsberövandet.

Målet rörde en hivsmittad person som under sju år löpande hade domstolsbeslut om tvångsisolering, och som på grund av de besluten var faktiskt frihetsberövad på sjukhus under närmare ett och ett halvt år. Europadomstolen ansåg med hänsyn till omständigheterna i målet att frihetsberövandet inte utgjorde en sista utväg för att förhindra smittspridning, och att myndigheterna dessutom inte hade gjort en rättvis avvägning mellan risken för smittspridning och den enskildes rätt till frihet.

Utredningens förslag om flyttning som extraordinär smittskyddsåtgärd innebär ett frihetsberövande i Europakonventionens mening. Genom att regleringen görs i lag är den grundläggande förutsättningen för konventionsenlighet uppfylld. Rätten till domstolsprövning säkerställs genom att beslutet kan överklagas till förvaltningsrätten. Ytterligare rättssäkerhetsgarantier ges genom att den som överklagar ett beslut om flyttning som extraordinär smittskyddsåtgärd har rätt till offentligt biträde.

Utredningens förslag innebär att flyttning får ske när det finns en omedelbar risk för smittspridning av en samhällsfarlig sjukdom. Kriteriet att spridning av smitta utgör en fara för den allmänna hälsan eller säkerheten torde därmed vara uppfyllt. Frågan om frihetsberövandet är en sista utväg måste naturligen avgöras i det enskilda fallet, utifrån den enskildes vilja och förmåga att frivilligt vidta behövliga smittskyddsåtgärder.

Förslaget innehåller ett förbud mot besök, vilket aktualiserar frågor om förenlighet med skyddet för privatlivet i Europakonventionen art. 8. Inskränkningar i rätten till privatliv får göras endast om det sker med stöd av lag och om det i ett demokratiskt samhälle är nödvändigt med hänsyn till bl.a. skyddet för hälsan. Vad gäller begränsning av besök ligger det i sakens natur att ett besöksförbud kan vara nödvändigt för att förebygga smittspridning. Genom att smittskyddsläkaren kan medge undantag från förbudet säkerställs att rätten till respekt för privatlivet balanseras mot intresset av att förebygga smittspridning. Det måste därvid i det enskilda fallet övervägas om risken för smittspridning i tillräcklig grad kan förebyggas genom att boendet och besökaren vidtar nödvändiga smittskyddsåtgärder.

8.2.7 Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

Utredningens bedömningar: Lagändringarna bör träda i kraft den 1 januari 2025.

Det saknas behov av övergångsbestämmelser.

Lagförslagen kräver enligt utredningens bedömning ingen nämnvärd förberedelse- eller omställningstid för de som berörs, se dock förslag i avsnitt 8.2.8 om framtagande av en vägledning. Sett till den tid som kan beräknas gå åt för remissförfarande och beredning i Regerings-

kansliet samt riksdagsbehandling av lagförslagen kan författningsändringarna träda i kraft den 1 januari 2025. Förslagen bör därför träda i kraft detta datum.

Det saknas enligt utredningens bedömning behov av övergångsbestämmelser med anledning av utredningens förslag.

8.2.8 Uppdrag till Socialstyrelsen att ta fram en vägledning för den extraordinära smittskyddsåtgärden flyttning

Utredningens förslag: Socialstyrelsen får i uppdrag att ta fram en vägledning för den föreslagna extraordinära smittskyddsåtgärden. Materialet ska vara riktat både mot beslutsfattare och personal.

Utredningens förslag innebär att en person på en sådan boendeform som omfattas av uppdraget under vissa omständigheter och utan samtycke kan flyttas till en viss byggnad eller en avgränsad del av en byggnad inom en sådan boendeform. Åtgärden kan bl.a. användas för att underlätta genomförande av kohortvård för samhällsfarliga sjukdomar. Förslaget innebär att socialtjänsten får andra möjligheter att initiera anpassade tvångsåtgärder. För att den nya åtgärden ska kunna användas på ett effektivt och rättssäkert sätt, krävs att berörda personalgrupper och beslutsfattare har kunskap om smittskyddsåtgärden och hur och i vilka situationer den kan och bör användas.

Socialstyrelsen har tagit fram ett omfattande material om tvångs- och skyddsåtgärder inom vård och omsorg för vuxna. Materialet är riktat mot både personal och verksamheter. Under covid-19-pandemin utarbetade bl.a. Socialstyrelsen ett särskilt material om arbetssätt vid smittsamma infektionssjukdomar, såsom covid-19 hos personer med demenssjukdom i särskilda boendeformer. Detta material har reviderats löpande.

Utredningen föreslår att Socialstyrelsen får i uppdrag att utifrån nämnda material men även andra underlag som myndigheten tagit fram om tvångs- och skyddsåtgärder, utarbeta förslag till arbetssätt och rutiner som även omhändertar den föreslagna extraordinära smittskyddsåtgärden flyttning. En central del i ett sådant underlag är rekommendationer kring arbetssätt och rutiner för att förebygga situationer där tvångsåtgärden kan aktualiseras.

De föreslagna vägledningarna bör bl.a. göras tillgängliga på Kunskapsguiden och ska vara riktade både mot personal och verksamheter. Vägledningen bör tas fram i dialog med bl.a. vårdens huvudmän, smittskyddsläkarna men även brukar- och anhörigföreträdare. För att kunna fullgöra uppdraget föreslår utredningen att Socialstyrelsen tillförs 500 000 kronor, se avsnitt 10.2.4. Vägledningen bör vara färdigställd i samband med det att lagstiftningen träder i kraft.

8.2.9 Behov av en generell översyn av frågan om samtycke inom socialtjänsten

Svårigheterna med att inhämta samtycke inom socialtjänsten samt lagstiftningens begränsningar har som nämnts i tidigare avsnitt lyfts av flera organisationer och myndigheter under pandemin. De utmaningar som finns gäller inte bara inom smittskyddet och som lyfts bl.a. i kapitel 4, 5, 6 och 8, utan även inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården generellt.

Utredningen anser att det inte är lämpligt att lämna förslag på en särskild reglering för att omhänderta generella tvångs- och begränsningsåtgärder som kan komma att bli aktuella vid genomförandet av exempelvis kohortvård. Undantaget är förslaget i avsnitt 8.2.3.

Förslag om ett utvecklat regelverk avseende skyddsåtgärder och samtycke har lämnats i tidigare utredningar och i en lagrådsremiss, som om de hade genomförts, hade kunnat omhänderta många av de frågeställningar om samtycke som uppkom under pandemin, se avsnitt 6.12. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys nordiska jämförelse av äldreomsorgen visar att Sverige, till skillnad från de andra nordiska länderna, inte har en lagstiftning som reglerar hur och under vilka omständigheter det är möjligt att ge vård och omsorg utan samtycke.

Regeringen konstaterar vidare i propositionen om välfärdsteknik att frågan om insatser till personer med nedsatt beslutsförmåga är komplex och berör flera områden, t.ex. hälso- och sjukvården, och kräver fortsatt beredning. En utförligare redogörelse görs i avsnitt 6.12.

Även om det finns kunskapsstöd att tillgå om förebyggande arbetsätt, var gränsen för tvång går och hur samtycke kan inhämtas, är utredningens bedömning att den övergripande frågan om allmänna skyddsåtgärder och samtycke inom socialtjänsten fortsatt behöver utredas brett, vilket också tidigare har anförts av flera myndigheter,

utredningar och organisationer. Översynen bör således omfatta flera andra frågor än smittskyddsrelaterade åtgärder. Detta för att öka rätts-säkerheten för de personer som tar emot vård- och omsorgsinsatser samt öka tydligheten för den personal som arbetar inom omsorgen samt andra befattningshavare.²¹

8.3 Regler om nödvändiga smittskyddsåtgärder

Utredningens bedömning: Befintlig reglering av smittskyddsåtgärder inom de boendeformer som omfattas av utredningens uppdrag behöver inte kompletteras på annat sätt än genom de förslag som lämnas i avsnitt 8.2.

Detta avsnitt avser andra smittskyddsåtgärder än sådana som redovisas i andra avsnitt i slutbetänkandet (överväganden kring smittskyddsåtgärder som kan innebära ingrepp i enskildas rörelsefrihet finns i avsnitt 8.1 och 8.2 och överväganden om provtagning i avsnitt 8.4).

Vårt uppdrag i denna del betecknas i direktiven som nödvändiga smittskyddsåtgärder. Vad som i en given situation utgör en nödvändig åtgärd är en avvägning mellan flera faktorer, bl.a. vilket smittämne det är fråga om och vilka konsekvenser som riskeras om åtgärden inte vidtas. Vad som är nödvändigt beror också på vad det önskade resultatet är. I en verksamhet där målet är att eliminera all smittspridning kommer fler åtgärder att anses nödvändiga än i en verksamhet där viss smittspridning kan, eller kanske måste, accepteras. Uppdraget avser framtida epidemier och pandemier, inklusive sådana av ännu okända smittämnen. För ännu okända smittämnen är resone-mang på förhand om en viss åtgärds effektivitet, nödvändighet och proportionalitet förenade med stor osäkerhet.

Denna del av utredningsuppdraget kan också läsas som att det avser om nuvarande reglering ger huvudmännen och utförarna *tillräckliga* verktyg för att med tydligt stöd i lag kunna vidta smittskyddsåtgärder vid en framtida epidemi eller pandemi i de aktuella

²¹ Se bl.a. Coronakommissionen, SOU 2020:80, s. 258: Kommissionen anser att en vård- och omsorgsgivare i en undantagssituation måste kunna vidta de begränsningsåtgärder som krävs för ett effektivt smittskyddsarbete. Det är dock självklart att sådana begränsningar i den enskildes frihet och rättigheter måste ha stöd i lag och det är orimligt att lämna anställda och lokala politiker ensamma i att själva fatta dessa svåra beslut.

boendeformerna. Det skulle t.ex. kunna vara fråga om att ange vissa minimikrav i lag eller att justera i någon av bestämmelserna av mer övergripande karaktär.

8.3.1 Direkta och indirekta krav på smittskyddsåtgärder

SmL innehåller en rad bestämmelser som avser direkta smittskyddsåtgärder, med utgångspunkt i det individuella ansvaret. SmL kan ses som en särreglering av hälso- och sjukvårdens uppdrag att enligt 3 kap. 2 § HSL arbeta för att förebygga ohälsa.²² Som framgår av genomgången i kapitel 4 bildar SmL i kombination med en rad allmänt formulerade krav i lagstiftningen – god hygienisk standard och förebyggande av ohälsa inom hälso- och sjukvården, god kvalitet och säkerhet i omsorgen och undvikande av vårdskador – grunden för smittskyddet inom de boendeformer som omfattas av utredningens uppdrag. Viktiga komplement är Socialstyrelsens olika föreskrifter som dels innehåller regleringar om konkreta smittskyddsåtgärder²³, dels ålägger verksamheterna att genom rutiner och strukturer säkerställa att målen i lagstiftningen nås.²⁴

Ytterligare indirekt skydd mot smittspridning mellan de boende och hög kvalitet inom omsorgen åstadkoms genom arbetsmiljöregleringen och reglerna om bl.a. behörighet, legitimation och skyddad yrkestitel inom och hälso- och sjukvården och omsorgen. Detsamma gäller krav på annat håll i lagstiftningen, som inte närmare har berörts i detta slutbetänkande, t.ex. avseende innehållet i högskoleutbildningar för yrken inom hälso- och sjukvården.

Det finns alltså bindande regler som ställer krav på att nu aktuella verksamheter vidtar smittskyddsåtgärder. Därutöver finns en rad olika stöddokument tillgängliga för verksamheterna som konkretiserar hur reglerna kan omsättas i praktiken. Socialstyrelsen har exempelvis tagit fram dokumentet *Arbetsätt vid smittsamma infektionssjukdomar*, såsom covid-19 hos personer med demenssjukdom i särskilda boendeformer för äldre – praktiska förslag om arbetsätt till personal och arbetsledning som beskrivs bl.a. i avsnitt 4.1.1. Dokumentet syftar till att ge stöd till personal och chefer i särskilda boendeformer för

²² Johnsson, L-Å. (2021). *Hälso- och sjukvårdslagen* (11 uppl.). Norstedts Juridik, s. 74.

²³ Se t.ex. HSLF-FS 2022:44 och SOSFS 2015:10.

²⁴ Se t.ex. SOSFS 2011:9.

äldre om hur arbetsätt kan anpassas då personer med demenssjukdom bär på coronavirus eller andra smittsamma infektionssjukdomar.

Vidare finns dokument *Vägledning för vårdhygieniskt arbete* som är framtaget inom Nationellt system för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård där Sveriges regioner samverkar. Vägledningen visar hur svensk vård och omsorg kan uppfylla de krav som berör det vårdhygieniska området i de befintliga författningar som rör hälso- och sjukvården och till viss del omsorgen.²⁵

8.3.2 Hälso- och sjukvård kontra omsorg inom boendena

Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Lagstiftningen har karaktären av skyldighetslagstiftning för huvudmän, vårdgivare och personal. De författningskrav som reglerar den kommunala hälso- och sjukvården ska för den enskilde inte innebära någon skillnad mot vad som gäller i hälso- och sjukvård som har regioner som huvudmän.

Kraven på en god vård av god kvalitet och med god hygienisk standard i HSL är kvalitetskrav som systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras. Följsamhet till reglerna om patientsäkerhet i PSL är en förutsättning för att nå upp till kravet på god vård av god kvalitet i HSL. Därutöver finns systemet för utredning och anmälan av incidenter och vårdskador som – förutom att garantera insyn och en oberoende granskning – syftar till att möjliggöra ett kollektivt lärande och att undanröja systematiska risker för patienterna.

De boenden som omfattas av utredningens uppdrag är i flera avseenden en speciell miljö. Hälso- och sjukvård ges ofta i de enskildas hem och miljön innebär att det ofta finns en möjlighet för de boende att interagera – och därmed öka smittspridningen – som inte finns på samma sätt inom hälso- och sjukvården i övrigt. HSL och PSL omfattar inte omsorgsdelen i verksamheter enligt SoL och LSS. De som bor på ett särskilt boende har alltså inte ett skydd mot vårdskador i egenskap av omsorgstagare som motsvarar det skydd som de har i egenskap av patienter inom den kommunala hälso- och sjukvården. Vidare innebär personer med demenssjukdom att det ställs särskilda krav framför allt i de särskilda boendeformerna för äldre,

²⁵ Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård. *Vägledning för vårdhygieniskt arbete*.

t.ex. vad gäller möjligheterna för den enskilde att själv ta ansvar genom att följa skyddsplikten i SmL.²⁶

8.3.3 Överväganden

Det saknas en legaldefinition av vad som ingår i kravet på god kvalitet enligt SoL och LSS. Kvalitetskravet omfattar med andra ord inte uttryckligen ett gott smittskydd. En tänkbar författningsändring skulle kunna vara att i SoL och LSS införa ett stadgande om att god kvalitet inbegriper ett gott smittskydd. SmL och äldre HSL²⁷ justerades på ett sådant sätt 2006 för att betona vikten en god hygienisk standard och för att stävja vårdrelaterade infektioner.²⁸ Socialstyrelsen är av uppfattningen^{29 30} att det ingår i kravet på god kvalitet att verksamheterna förebygger och förhindrar smitta och smittspridning. Socialstyrelsens föreskrifter som trädde i kraft i november 2022, HSLF-FS 2022:44 (se avsnitt 4.5.4), är beslutade med den förutsättningen. Föreskrifterna gäller tills vidare och är inte begränsade till att enbart tillämpas vid en epidemi eller en pandemi. Föreskrifterna förtydligar på vilket sätt verksamheterna behöver arbeta för att kunna förebygga och förhindra smitta och smittspridning. Föreskrifterna innebär dock inte ett krav att, så som i verksamhet enligt HSL, arbeta med en god hygienisk standard.³¹ Föreskrifterna är relativt nya och i den uppföljning som är bruklig får det förutsättas att föreskrifterna vid behov kan revideras. Riktlinjer och stöddokument från central eller regional nivå kan också ha en utfyllande effekt och kan klargöra vad som bör gälla för tillämpningen.

Vidare talar SoL:s karaktär av ramlagstiftning emot att där införa detaljerade regleringar om t.ex. smittskyddsåtgärder. Kommunerna och regionerna har långtgående frihet att utforma insatserna efter lokala förhållanden och insatserna ska anpassas efter den enskildes

²⁶ För att kunna omsätta författningskraven i praktiken specifikt i denna miljö finns stöddokument och vägledningar, t.ex. Socialstyrelsens *Arbetsätt vid smittsamma infektionssjukdomar, såsom covid-19 hos personer med demenssjukdom i särskilda boendeformer för äldre – praktiska förslag om arbetsätt till personal och arbetsledning*.

²⁷ SFS 1982:763.

²⁸ Se prop. 2005/06:50.

²⁹ Socialstyrelsen. (2020). *Åtgärder inom socialtjänsten vid smittspridning av covid-19. Undersökning av behov av föreskrifter*.

³⁰ Socialstyrelsen. (2022). *Nya regler om smittförebyggande åtgärder i vissa verksamheter inom äldre- och funktionshinderomsorgen* [Meddelandeblad], s. 2.

³¹ Se också Socialstyrelsens kommentar i Riksrevisionen. (2023). *Det nationella smittskyddet – inte anpassat för en storskalig smittspridning*. RiR 2023:9, bilaga 4, s. 13 f.

behov. Att byggnader och lokaler av olika skäl har varierande standard begränsar också möjligheterna att hitta en gemensam reglering som är genomförbar överallt.

Riksrevisionen har i sin granskning av det nationella smittskyddet bl.a. rekommenderat att en lämplig myndighet ges ett samlat ansvar för vårdhygienfrågor. Utredningen om Stärkt beredskap inför framtida pandemier (S 2023:08) som beslutades i juni 2023 har i sina direktiv att analysera och föreslå hur ett nationellt samordningsansvar för vårdhygienfrågor bör utformas. I direktiven framhåller regeringen att ett samlat nationellt ansvar för vårdhygienfrågor kan bidra till ett mer effektivt förebyggande arbete, underlätta arbetet för aktörerna inom vårdhygien och smittskydd och ge möjlighet till ökad likvärdighet över landet.³²

Utredningens bedömning är att de förslag som Socialstyrelsen lämnat avseende vårdhygien, smittskydd och samordning och samverkan mellan regionen och kommunalt finansierad vård (se avsnitt 6.4) kan stärka smittskyddet inom SoL- och LSS-verksamheter i landet om de genomförs.

Utredningen bedömer också att det finns utrymme att inom ramen för det pågående arbetet med en ny äldreomsorgslag ytterligare stärka frågorna om vårdhygien och smittskydd (se en kort redogörelse för äldreomsorgsutredningens arbete i avsnitt 6.4). Samma utredning lämnade en rad författningsförslag i syfte att stärka den medicinska kompetensen i kommunerna som, om de genomförs, kan stärka smittskyddet. Frågan är central. Denna utrednings bedömning är att en förstärkning av den medicinska kompetensen i kommunal vård och omsorg är viktig för att förändringar i verksamheterna ska komma till stånd.

Utredningen har liksom bl.a. Coronakommissionen fått sig till del att de främsta utmaningarna inom omsorgen handlar om personaltäthet och personalens kompetens. Detta leder i sin tur till att redan befintliga regleringar om t.ex. basala hygienrutiner inte följs. Förbättringar i dessa avseenden framstår mot de bakgrunden som avsevärt viktigare för att uppnå en bättre följsamhet till befintliga regler och därmed stärkt smittskydd inom omsorgen. Av SKR:s utvärdering av covid-19-pandemin framgår bl.a. att det finns kommuner som har uppnått en hundraprocentig efterlevnad av korrekta hygienrutiner medan vissa kommuner är på en nivå under 20 pro-

³² Dir. 2023:108, s. 16.

cent.³³ Även på det området finns det således ett betydande förbättringsutrymme inom befintlig reglering. Utredningen bedömer att det inte ryms inom uppdraget att lämna förslag avseende t.ex. minimibemanning eller personalens kompetens.³⁴

Under utredningstiden har utredningen också fått sig till del att möjligheterna att följa gällande föreskrifter om t.ex. basala hygienrutiner och skyddsutrustning redan nu kan vara mycket utmanande på grund av bostädernas beskaffenhet, brist på beredningsrum med mera. Denna problematik gör sig särskilt gällande i LSS-bostäder som ofta är än mer hemlika än äldreboendena. Dessa synpunkter illustrerar svårigheterna med att reglera smittskydd inom den speciella miljön som omsorgen utgör. Det är självklart aldrig tillfredsställande att det finns bindande regler som i praktiken inte kan följas.

Vidare har det under utredningen framkommit att kommunikation och samverkan mellan å ena sidan den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen om äldre och funktionshindrade och å andra sidan smittskyddsläkarna har varierat i hög grad mellan olika regioner. Denna samverkan kan stärkas t.ex. genom ökade resurser eller bättre rutiner för samverkan. Utredningen bedömer emellertid att det rättsliga stödet för att en sådan samverkan ska ske redan finns framför allt genom befintliga krav på samverkan för aktörerna inom smittskyddet och regionernas och smittskyddsläkarnas samlade ansvar för smittskyddet, se särskilt 1 kap. 8 §, 1 kap. 10 § och 6 kap. 2 § SmL.

De utredningar och analyser som gjorts med anledning av covid-19-pandemin pekar främst på behov av lagstöd för andra smittskyddsåtgärder än sådana som riktas mot individer. I övrigt förefaller det saknas efterfrågan på regler eller åtgärder som skulle kunna rymmas inom direktiven i denna del.

Sammantaget kan det alltså konstateras att det finns en rad åtgärder som kan vidtas inom äldreomsorgen som skulle kunna stärka smittskyddet för samhällets äldsta och sköraste. Brist på lagstöd för sådana direkta eller indirekta smittskyddsåtgärder är dock inte det huvudsakliga problemet. Detta leder till slutsatsen att utredningen inom ramen för den här detta uppdrag inte lämnar andra förslag på nödvändiga smittskyddsåtgärder än de som framgår av avsnitt 8.2.

³³ Sveriges kommuner och regioner. (2023). *Att lära av en kris*.

³⁴ I mars 2023 beslutade regeringen att tillsätta en särskild utredare för att utreda språkkrav för personal i äldreomsorgen (dir. 2023:44), se också avsnitt 6.9 i detta slutbetänkande.

8.4 Provtagning på SoL- och LSS-boenden

Utredningens bedömningar: Det finns nödvändigt lagstöd för att erbjuda och utföra provtagning av personer som bor i boenden enligt SoL eller LSS.

Det bör inte införas en möjlighet att förena provtagning med tvång utan misstanke om allmänfarlig sjukdom.

Utredningen har i uppdrag att utreda behovet av och, om det bedöms lämpligt, lämna förslag som möjliggör testning av individer även när indikationen för provtagning inte faller under nuvarande regleringar i SmL eller HSL. Direktiven anger också att en möjlighet att genom testning avgöra om den enskilde är smittad är en förutsättning för att kunna bedriva kohortvård (se vidare avsnitt 8.2).

Utredningen uppfattar att det som avses är provtagning utan att den enskilde är misstänkt smittad av eller har varit exponerad för en viss sjukdom, s.k. screening. En snarlik situation skulle kunna gälla för provtagning för att påvisa antikroppar efter genomgången infektion (serologisk provtagning). För resonemanget som här följer finns det inga avgörande skillnader mellan screening och serologisk provtagning.

Direktiven inrymmer två frågeställningar: finns det behov av ytterligare lagstöd när det gäller provtagning som inte ryms inom SmL eller HSL, och finns det behov av att införa något särskilt lagstöd för provtagning av individer med nedsatt beslutsförmåga?

8.4.1 Behovet av nya bestämmelser för provtagning

Vid misstanke om allmänfarlig sjukdom eller smittspåringspliktig sjukdom finns det en skyldighet för individen att låta sig provtas och för läkare att ta de prover som behövs. En patient som misstänks bära på en allmänfarlig sjukdom och som motsätter sig den undersökning som behövs för att konstatera om smittsamhet föreligger får undersökas med tvång efter beslut av förvaltningsdomstol. Eftersom samhällsfarliga sjukdomar definitionsmässigt också är allmänfarliga omfattar denna skyldighet även sådana sjukdomar.

Det finns ingen skyldighet för den enskilde att låta sig provtas eller skyldighet för läkare att provta en patient när det gäller miss-

tanke om sjukdomar som enbart är anmälningspliktiga, eller som omfattas av SmL såsom smittsam sjukdom. Det finns heller ingen sådan skyldighet i fall där det saknas misstanke om allmänfarlig sjukdom. Misstanke om allmänfarlig sjukdom kan exempelvis finnas då kliniska symtom uppträder eller om man utsatts för risk att smittas vid kontakter med någon som man vet eller får reda på är smittad, eller om man underrättas i ett smittspårningsärende.³⁵

Åtgärder för att förhindra smittspridning till eller mellan människor är inte exklusivt reglerat i SmL. Provtagning för smittsamma sjukdomar kan också ske inom hälso- och sjukvården som en del av kravet på att erbjuda en god vård enligt 5 kap. 1 § HSL. En god vård innefattar särskilt att vården ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard. Det uttryckliga kravet på god hygienisk standard infördes 2006 för att markera vikten av att samtliga vårdgivare så långt som möjligt förebygger och motverkar förekomsten av vårdrelaterade smittsamma sjukdomar³⁶ i vård och behandling. Kravet på god hygienisk standard gäller hela vårdkedjan och oavsett om landsting, kommuner eller privata aktörer är vårdgivare. Vårdgivarna är skyldiga att vidta samtliga de åtgärder som är nödvändiga för att uppfylla kravet på en god hygienisk standard. Utöver tillgång till vårdhygienisk kompetens krävs exempelvis att utrustning och lokaler som används i vården svarar mot behoven och att verksamheten är planerad och organiserad så att vårdrelaterade sjukdomar i största möjliga utsträckning kan förebyggas eller begränsas.³⁷

Patientsäkerhet definieras i patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, som skydd mot vårdskada. En vårdskada är bl.a. kroppslig skada, sjukdom och dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården. Vårdgivaren ska vidta de åtgärder som behövs för att förebygga vårdskador (1 kap. 5 och 6 §§ och 3 kap. 2 § PSL). En smittsam sjukdom som kan leda till allvarlig sjukdom eller död är självklart en vårdskada som vårdgivaren har att förebygga.

³⁵ Prop. 2003/04:30, s. 217.

³⁶ Vårdrelaterade sjukdomar är sjukdomar som uppkommer i samband med vård, undersökning eller behandling inom hälso- och sjukvården eller tandvården och kan vara av olika typ, t.ex. sårinfektioner orsakade av stafylokokker, urinvägsinfektioner uppkomna i samband med bruk av urinblåsekatter, kräkningar och diarré orsakad av norovirus eller MRSA (prop. 2005/06:50, s. 13).

³⁷ Prop. 2005/06:50, s. 28 och 53.

SmL kan ses som en särreglering av hälso- och sjukvårdens uppdrag att enligt 3 kap. 2 § HSL arbeta för att förebygga ohälsa.³⁸ Fler-talet åtgärder som vidtas inom hälso- och sjukvården har effekten att de både behandlar patienten och hindrar smittspridning. Regionernas skyldighet att bedriva förebyggande verksamhet enligt HSL sammanfaller till viss del med SmL:s syfte att hindra och förebygga smittspridning. Detta var ett av flera skäl till att smittskyddsläkaren blev regionernas ansvar genom 1988 års smittskyddslag.³⁹

Ansvar enligt HSL avser enbart hälso- och sjukvårdsverksamhet, dvs. annan screening än inom hälso- och sjukvårdsverksamhet, i kommunal eller regional regi, omfattas inte. Varje region har emellertid enligt 1 kap. 8 § SmL ansvar för att behövliga smittskyddsåtgärder vidtas inom regionens område, i den utsträckning annat inte följer av samma lag. Ansvar för det regionala smittskyddet är alltså inte begränsat till hälso- och sjukvårdsområdet utan kan omfatta vilken del av samhället som helst. Regionens ansvar innebär en skyldighet att på olika sätt förebygga uppkomsten och hindra spridningen av smittsamma sjukdomar, bl.a. inbegripet att undersöka och behandla sjuka och andra smittbärare, fortlöpande övervaka smittskyddssituationen, vidta åtgärder för smittspårning och att utföra andra epidemiologiska insatser som kräver främst medicinsk kompetens.⁴⁰ Regionen ansvarar för att anställa en smittskyddsläkare som inte är vårdgivare men som har ett samlat ansvar för regionens smittskyddsarbete och en rad i lagen utpekade uppgifter.

Screening av symptomfria personer i syfte att hitta smitta på andra grunder än att symptom på sjukdom uppstått i det enskilda fallet nämns i Smittskyddskommitténs betänkande som en åtgärd som ibland erbjuds, såvitt framgår även då enligt smittskyddslagen och som regel frivilligt.⁴¹

Det finns således ingen generell skyldighet för regionerna att erbjuda screening av smittsamma sjukdomar enligt SmL, men under en epidemi eller pandemi skulle screening kunna anses utgöra en behövlig smittskyddsåtgärd, exempelvis i vissa grupper eller i vissa miljöer. Under covid-19-pandemin provtogs personer på särskilda boenden i samband med inflyttning på boendet eller i samband med utskrivning

³⁸ Se Johnsson, L-Å. (2021). *Hälso- och sjukvårdslagen* (11 uppl.). Norstedts Juridik. s. 74.

³⁹ SOU 1985:37, s. 49 och 68 ff.

⁴⁰ Prop. 1988/89:5, s. 40.

⁴¹ SOU 1999:51, s. 121.

från sjukhusvistelse för att återvända hem. Detta torde i de flesta fall betecknas som screening.

Som beskrivits i avsnitt 6.1 menade Coronakommissionen att diskussionen om ansvar och finansiering för provtagningen under pandemin bidrog till att storskalig provtagning inte kom till stånd förrän den första vågen var över. Kommissionen konstaterade att även om Folkhälsomyndigheten kunde ha varit tydligare i ansvarsfrågan gällande den nationella teststrategin står det klart att regionerna ansvarar för att provta alla misstänkta fall av allmän- eller samhällsfarlig sjukdom, oavsett vilken prioritetsgrupp denne tillhör.⁴²

Regionen har ansvar enligt smittskyddslagen att provta alla misstänkta fall och att vidta behövliga smittskyddsåtgärder. Under en pandemi kan detta ansvar omfatta screening i t.ex. vissa situationer eller miljöer i smittskyddssyfte och när det finns ett epidemiologiskt värde av åtgärden. Screening skulle också kunna utgöra en åtgärd i syfte att upprätthålla patientsäkerheten och en god hygienisk standard inom hälso- och sjukvården. Screening av smittsamma sjukdomar bör alltså anses falla antingen under regionens ansvar enligt SmL eller under hälso- och sjukvårdshuvudmännens ansvar att erbjuda en god vård och förebygga ohälsa och vårdskador enligt hälso- och sjukvårdslagstiftningen i övrigt. Det har under utredningen inte framkommit att det under covid-19-pandemin har uppstått behov av att utföra testning på individer som varken gått att hänföra till SmL eller till hälso- och sjukvårdslagstiftningen. De problem som identifierats under covid-19-pandemin gällande provtagningen har framför allt handlat om otydligheter i rekommendationer, brist på provtagningsmaterial och att smittskyddslagens bestämmelser om undersökningsplikt (vari provtagning ingår) inte är anpassade för en pandemi. Det finns alltså nödvändigt lagstöd för att erbjuda och utföra provtagning av personer som bor i SoL- eller LSS-boenden.

8.4.2 Utökad möjlighet att förena provtagning med tvång

Det finns inget generellt krav på positivt provsvar för att kohortvård ska få bedrivas. I utredningens direktiv anges dock även att det kan vara en utmaning att provta individer med nedsatt beslutsförmåga, då de i vissa fall saknar förmåga att förstå syftet med provtagningen

⁴² SOU 2021:89, s. 31.

och vad det kan innebära. Detta aktualiserar frågan om det finns behov av att införa ytterligare lagstöd för provtagning när det gäller dessa individer.

Tvångsprovtagning vid misstanke om allmänfarlig sjukdom är under vissa förutsättningar möjligt med stöd av SmL. Att utöka möjligheten till att besluta om tvångsåtgärder utan misstanke om smitta av allmänfarlig sjukdom är enligt utredningens uppfattning av flera skäl olämpligt. Det är utredningens uppfattning att en sådan möjlighet skulle innebära ett stort avsteg från den grundläggande principen om frivillighet som gäller inom hälso- och sjukvården och omsorgen, där en förtroendefull relation mellan sjukvårds- och omsorgspersonal och patienter och omsorgstagare är en grundpelare och en förutsättning för att kunna genomföra den behövliga provtagning och medicinering som dagligen sker på t.ex. särskilda boenden. Vidare skulle screeninginstrumentet vid en pandemi kunna behöva användas frekvent. Det skulle således kunna bli fråga om upprepad och närmast systematisk provtagning med tvång. En enskild skulle kunna komma att underkastas sådan provtagning med tvång enbart på den grunden att han eller hon bor med individer med hög risk för allvarlig sjukdom eller död, till skillnad från vad som gäller övriga samhället. Det skulle också uppstå en skevhet i SmL i relation till befintliga extraordinära smittskyddsåtgärder, t.ex. karantän, där en förutsättning för åtgärden är att den som omfattas kan ha varit utsatt för smitta, men där möjlighet till provtagning med tvång inte finns.

Andra mindre ingripande åtgärder får därför, i de fall ett giltigt samtycke till provtagning inte kan inhämtas, användas för att uppnå det som var syftet med screeningen. I den mån provtagning bedöms vara en förutsättning för kohortvård får vårdgivaren vidta andra åtgärder för att begränsa smittspridningen. Ett sätt kan vara att betrakta den som inte provtagits som smittad tills provtagning har skett på frivillig väg eller efter ansökan om tvångsundersökning har beslutats av förvaltningsdomstol.

Det finns sammanfattningsvis inte skäl att utvidga den befintliga möjligheten till tvångsprovtagning i SmL till att omfatta annat än misstänkta fall av allmänfarlig sjukdom.

9 Överväganden – smittbärrpenning

9.1 Bestämmelserna om smittbärrpenning under covid-19-pandemin

Utredningens bedömningar: De analyser som har gjorts av hur smittbärrpenningen fungerade under covid-19-pandemin visar att ersättningen har fyllt en viktig funktion bl.a. när det gäller att ge ekonomisk trygghet.

Även om smittbärrpenningen ökade kraftigt under covid-19-pandemin, stod förmånen för en liten del av de ökade socialförsäkringsutgifterna. De ersättningar som främst kom att användas var sjuklön, sjukpenning och ersättning för karensavdrag, det vill säga förmåner för tillfälligt nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom.

Covid-19 klassificerades från och med februari 2020 som en samhällsfarlig sjukdom och utbrottet av viruset betraktades av regeringen som ett extraordinärt förhållande i fredstid. Pandemin aktualiserade behovet av förändringar och anpassningar av socialförsäkringssystemet bl.a. avseende tillfällig föräldrapenning, sjukpenning och karens, smittbärrpenning och handläggning av ärenden i socialförsäkringsbalken, SFB. Genom en ändring i SFB, gavs regeringen möjlighet att meddela särskilda föreskrifter inom dessa områden.¹

Flera utvärderingar har gjorts av hur socialförsäkringsförmånerna, inklusive smittbärrpenningen, fungerat under pandemin. I avsnitt 7 görs en redogörelse för analyser gjorda av Coronakommissionen (som utgår från en rapport gjord av Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering – IFAU), Inspektionen för social-

¹ Prop. 2019/20:132, s. 27.

försäkringen (ISF) samt Försäkringskassan. ISF:s rapport fokuserar på smittbärrpenningen och är den mest omfattande analysen gällande denna förmån. I de andra rapporterna utgör smittbärrpenningen främst en del i mer övergripande analyser av socialförsäkringsförmånerna under pandemin.

Utvärderingarna visar bl.a. att:

- de åtgärder som vidtogs gällande smittbärrpenningen under covid-19-pandemin var särskilt viktiga för grupper som hade kontaktyrken och inte kunde arbeta hemifrån,
- ersättningen delvis har nått nya och större grupper,
- smittbärrpenningens regelverk innebar en stor administrativ belastning för både hälso- och sjukvården och Försäkringskassan och att handläggningstiderna ökade,
- tillfälligt borttagande av krav på att lämna in beslut eller intyg enligt smittskyddslagen, SmL, i ärenden om smittbärrpenning underlättade både för Försäkringskassan och de som ansökte om ersättning samt minskade belastningen på hälso- och sjukvården,
- tillströmningen av nya ärenden ställde stora krav på Försäkringskassans tekniska system,
- möjligheten till ekonomisk kompensation för förlorad arbetsinkomst kan bidra till ökad efterlevnad till rekommendationer,
- eftersom flera har kunnat vara hemma kan smittbärrpenningen ha bidragit till en minskad smittspridning i samhället, och
- behov finns av en samlad översyn av socialförsäkringen under kris och krig för att Sverige på ett bättre sätt än i dag ska kunna hantera socialförsäkringen i en krissituation.

Trots att ökningen av antalet ärenden för smittbärrpenningen var kraftig under covid-19-pandemin, stod förmånen för en liten del av de ökade socialförsäkringsutgifterna. Smittbärrpenning var inte den förmån som i första hand gav ekonomiskt skydd under pandemin. De ersättningar som främst kom att användas var sjuklön, sjukpenning och ersättning för karensavdrag, det vill säga förmåner för tillfälligt nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom. Under perioden februari 2020 till och med september 2021 fick nästan hälften av den

förvärvsarbetande befolkningen, 2,2 miljoner personer, ersättning för karensavdrag vid sjuklön. Detta ska jämföras med att det var nästan 90 000 personer som hade smittbärrpenning någon gång under samma period, vilket motsvarar drygt 1,8 procent av den förvärvsarbetande befolkningen.²

Nedan följer ett antal överväganden och bedömningar avseende smittbärrpenningen, bl.a. mot bakgrund av de utvärderingar som har gjorts av ersättningen.

9.2 Socialförsäkringsförmåner i kris och krig bör utredas samlat

Utredningens bedömningar: Förslag avseende förändringar av smittbärrpenningen under en pandemi måste sättas i relation till nödvändiga förändringar av andra socialförsäkringsförmåner. Enbart justeringar i smittbärrpenningen rörande handläggningsrutiner, krav på intyg m.m. gör socialförsäkringssystemet endast delvis bättre förberett inför en framtida pandemi. Tillfälliga förändringar i en förmån kan även leda till otydligheter.

Utredningen anser att ett samlat grepp måste tas om socialförsäkringen vid krig, krigsfara och allvarliga fredstida kriser. En särskild utredning, i enlighet med det Försäkringskassan anfört i sina skrivelser till regeringen, bör därför tillsättas för att omhänderta frågan. Smittbärrpenningen under en pandemi bör omfattas av uppdraget till en sådan utredning. I den pågående översynen av smittskyddslagen och förhållningsreglerna bör även smittbärrpenningen beaktas eftersom frågan om förhållningsreglernas utformning är central för förmånen.

Några ändringar av bestämmelserna om smittbärrpenningen i en normalsituation bedöms inte som nödvändiga i det korta perspektivet.

² Inspektionen för socialförsäkringen. (2023). *Smittbärrpenning i pandemins tid*. (Rapport 2023:5), s. 49.

9.2.1 Reglerna om smittbärrpenning är inte anpassade till en pandemi

De nuvarande bestämmelserna om smittbärrpenning har som beskrivits i avsnitt 7.1 sin grund i lagstiftning från 1956. Lagstiftningen togs fram mot bakgrund av erfarenheterna från en stor salmonella-epidemi 1953 där vissa yrkesgrupper på grund av risken för att föra smitta vidare inte kunde utföra sitt arbete, trots att arbetsförmågan i sig inte var nedsatt hos dessa personer. Det ansågs rimligt att även den person som i syfte att hindra smittspridning måste avstå från att arbeta, trots att personen inte var sjuk, skulle få kompensation för förlorad inkomst på motsvarande sätt som den som avstår från att arbeta på grund av att den är sjuk. Dessutom framhölls i propositionen att det ur ett preventivt syfte var angeläget att ersättning kunde beredas de skadelidande eftersom man kan ”räkna med att den enskilde beredvilligare ställer sig till förfogande i kampen mot en epidemi, om han ej riskerar att därvid få göra kännbara ekonomiska uppoffringar” och att ”myndigheterna kan ingripa med större kraft och konsekvens, om samhället ekonomiskt stöder åtgärderna”.³

Salmonellaepidemin var till sin omfattning i antal smittade, tidsutdräkt och ekonomiska konsekvenser betydligt mer begränsad än covid-19-pandemin.⁴

Regelverket kring smittbärrpenningen är i allt väsentligt oförändrat sedan 1950-talet. I de revideringar av lagstiftningen som har gjorts har inga resonemang förts kring scenarier liknande covid-19-pandemin. Inte heller har några anpassningar gjorts av lagstiftningen för att förbättra förutsättningar för ansvariga myndigheter att med kort framförhållning kunna hantera en stor ärendetillströmning och där även andra delar av samhället och hälso- och sjukvården påverkas. Vissa ändringar gjordes i SFB i början av covid-19-pandemin genom införandet av bestämmelsen i 2 kap. 5 a § SFB som innebär att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan meddela föreskrifter om undantag från bestämmelserna om bl.a. smittbärrpenning och handläggningen av sådan ärenden och då exempelvis kraven på de handlingar som ska bifogas en ansökan om ersättning. Sådana föreskrifter kan endast meddelas vid extraordinära händelser i fredstid.

³ Prop. 1956:126, s. 20.

⁴ Antalet ärenden angående ersättning åt bacillbärare i samband med 1953 års paratyfusedemi uppgick till knappt 1 000 (se prop. 1956:126, s. 30 och avsnitt 7.1 i detta betänkande).

Det är enligt utredningen uppenbart att bestämmelserna om smittbärappenning inte är anpassade för en pandemi av sådan omfattning som covid-19-pandemin. Att förmånens konstruktion inte är anpassad för en storskalig smittspridning återkommer ISF flera gånger till i sin granskning av smittbärappenningen och lyfts även Coronakommissionen och Försäkringskassan (se avsnitt 7).⁵ ISF skriver bl.a. att smittbärappenningens regelverk förutsätter att hälso- och sjukvården har kapacitet att provta, smittspåra och utfärda individuella beslut om förhållningsregler men att dessa förutsättningar inte var uppfyllda under framför allt pandemins första halvår.⁶ I sammanhanget kan nämnas att smittskyddslagens (2004:168), SmL:s bestämmelser om läkares skyldighet att undersöka patienter och besluta om förhållningsregler ska utredas av Utredningen om stärkt beredskap inför framtida pandemier (S 2023:08), bl.a. för att anpassas till situationer med omfattande smittspridning och den belastning för vården som kan uppstå i en sådan situation.⁷ En förändring av SmL:s bestämmelser om förhållningsregler kommer enligt utredningen även att påverka regelverket för smittbärappenningen.

Gällande smittbärappenningen i en normalsituation är bedömningen att bestämmelserna i huvudsak fungerar väl och att det i regel är en enkel förmån att hantera, vilket utvecklas i avsnitt 9.2.3. Förmånens regelverk har dock också beskrivits som ”fyrkantigt” och mindre flexibelt än exempelvis sjukpenningens regelverk.⁸

9.2.2 Flera socialförsäkringsförmåner påverkas vid en kris

Smittbärappenningen är en av många förmåner inom socialförsäkringen som ökade i användning under pandemin för att kompensera för inkomstbortfall. Vilken socialförsäkringsförmån som var aktuell berodde på den enskildes situation. ISF uttrycker det på detta sätt i sin rapport:

⁵ Inspektionen för socialförsäkringen. (2023). *Smittbärappenning i pandemins tid*. (Rapport 2023:5).

⁶ Inspektionen för socialförsäkringen. (2023). *Smittbärappenning i pandemins tid*. (Rapport 2023:5), s. 101.

⁷ Dir. 2023:106, s. 6. Av direktiven följer att utredningen bl.a. ska analysera och ta ställning till om bestämmelserna i SmL om utredning av sjukdomsfall ska anpassas till situationer med omfattande spridning av smittsamma sjukdomar, t.ex. skyldigheten för den enskilde att uppsöka läkare och skyldigheten för läkare att undersöka patienten och smittspåra. Vidare ska utredaren analysera och ta ställning till om bestämmelserna i SmL om förhållningsregler ska anpassas till situationer med omfattande spridning av smittsamma sjukdomar.

⁸ Inspektionen för socialförsäkringen. (2023). *Smittbärappenning i pandemins tid*. (Rapport 2023:5), s. 81.

- Smittbärappenning kan ges till den som kan arbeta, men som genom ett myndighetsbeslut inte får det på grund av att hen är eller kan antas vara smittad av en allmän- eller samhällsfarlig sjukdom.
- Sjuklön eller sjukpenning kan den som är sjuk och inte kan arbeta få.
- Tillfällig föräldrapenning kan den som stannar hemma med ett sjukt eller smittat barn få.⁹

Utifrån hur socialförsäkringsförmånerna är konstruerade kan det därmed bli aktuellt med olika förmåner under den period som en person behöver avstå från att arbeta på grund av att denne är smittad eller sjuk. Den som t.ex. i början är smittad utan att ha symtom kan senare bli sjuk, eller behöva stanna hemma för att vårda barn. Det kan innebära att en person som först är i behov av smittbärappenning sedan kan behöva ersättning i form av sjuklön, sjukpenning eller tillfällig föräldrapenning. Om en person skulle ha rätt till två eller flera förmåner för samma tid ska utbetalningarna dessutom samordnas.¹⁰

Utvärderingarna gjorda av Coronakommissionen, Försäkringskassan och ISF visar att de ersättningar som främst kom att användas under pandemin var sjuklön, sjukpenning och ersättning för karensavdrag, det vill säga förmåner för tillfälligt nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom. Betydligt färre personer fick sitt ekonomiska skydd genom smittbärappenningen. Enligt ISF kan anpassningen av regelverken för sjukförmånerna och sjuklönen ha bidragit till att även personer med milda symtom sjukanmälde sig när de i stället skulle ha kunnat få smittbärappenning.¹¹

Under pandemin gjordes flera anpassningar av andra socialförsäkringsförmåner utöver smittbärappenningen för att underlätta handläggningen men även minska trycket på hälso- och sjukvården. Att göra sådana olika anpassningarna är dock inte helt okomplicerat. De åtgärder som regeringen och Försäkringskassan vidtog under pandemin bidrog enligt ISF till att förenkla hanteringen av flera socialförsäkringsförmåner, vilket kan ha varit nödvändigt under de förutsättningar som rådde. Coronakommissionen drar samma slutsatser.¹²

⁹ Inspektionen för socialförsäkringen. (2023). *Smittbärappenning i pandemins tid*. (Rapport 2023:5), s. 31.

¹⁰ Inspektionen för socialförsäkringen. (2023). *Smittbärappenning i pandemins tid*. (Rapport 2023:5), s. 31 f.

¹¹ Inspektionen för socialförsäkringen. (2023). *Smittbärappenning i pandemins tid*. (Rapport 2023:5), s. 9.

¹² SOU 2022:10, s. 220.

Stora, om än tillfälliga, anpassningar av befintliga förmåner riskerar enligt ISF emellertid att minska förutsebarheten i socialförsäkringen och kan medföra att förmånernas villkor uppfattas som otydliga. Vidare kan tillfälliga anpassningar leda till att förmåner täcker situationer som de egentligen inte är avsedda för, vilket riskerar att på sikt påverka enskilda personers förväntningar på socialförsäkringen.

ISF anför vidare att socialförsäkringens konstruktion med en uppdelning på olika förmåner för de som hade nedsatt arbetsförmåga och de som var smittbärare under pandemin innebar en ytterligare belastning för Försäkringskassan. Det kunde vara svårt för enskilda personer att veta vilken förmån som var aktuell för dem, vilket skapade merarbete för Försäkringskassan. Försäkringskassan instämmer i ISF:s bedömning att det finns en viss svårighet med gränsdragningen mellan sjukdom och smitta i regelverket.¹³

En beredskap som bygger på lösningar som inte är kopplade till befintliga förmåner skulle enligt ISF kunna minska risken för att villkoren i befintliga förmåner uppfattas som otydliga. För att åstadkomma en hållbar socialförsäkring bedöms det därför som viktigt att tillämpningen av förmånerna är stabil och förutsebar, såväl i normalläge som under en kris.¹⁴

9.2.3 En samlad översyn bör göras av socialförsäkringen i kris och krig

Försäkringskassan anför i en skrivelse 2022 till regeringen att det inte är tillräckligt att det inom ramen för gällande rätt finns utrymme för regeringen att i vissa fall och i vissa avseenden föreskriva om undantag från ordinarie regler. För att myndigheten på bästa sätt ska kunna hantera en krissituation när den väl uppstår krävs förutseende och framförhållning enligt Försäkringskassan. Försäkringskassan föreslår därför, som utvecklats i avsnitt 7.3.4, att regeringen tillsätter en utredning som analyserar behovet av regeländringar och tar fram förslag på hur ett förutsebart, systematiskt sammanhängande och robust socialförsäkringsregelverk vid krig, krigsfara och allvarliga fredstida kriser bör utformas.¹⁵ Försäkringskassan har i skrivelser till

¹³ Försäkringskassan. (2023-07-03). *Svar på ISF-rapport*.

¹⁴ Inspektionen för socialförsäkringen. (2023). *Smittbärarpenning i pandemins tid*. (Rapport 2023:5), s. 103 f.

¹⁵ Försäkringskassan. (2022-10-24). *Framställan om en utredning avseende socialförsäkringen vid krig, krigsfara och allvarliga fredstida kriser*, s. 1.

regeringen i juli 2023 åter lyft frågan och anger att det är angeläget att en sådan utredning kommer till stånd så snart som möjligt, se vidare i avsnitt 7.3.4.

Enligt Försäkringskassan bör den föreslagna utredningen bl.a. analysera tillämpningsområdet för undantagsregler, dvs. vilka typer av krissituationer som bör omfattas, förfarandet för att aktualisera undantagsreglerna, om det inom socialförsäkringen finns behov av en särskild krisersättning som kan aktualiseras i situationer då ordinarie förmåner inte kan handläggas och om det vid krissituationer bör göras avsteg från ordinarie utrednings- och bevisregler.¹⁶ De frågor som Försäkringskassan lyfter är också sådana frågor som aktualiserats och diskuterats under pandemin gällande smittbärrpenningen.

Utredningen kan konstatera, vilket också framhålls i Försäkringskassans skrivelse, att regeringen, utöver denna utredning, har tillsatt flera parallella utredningar som har relevans för beredskapen på socialförsäkringsområdet, se avsnitt 7.4. Dessa utredningar har dock fått förändrade uppdrag och pandemiperspektivet har tonats ned. De ursprungliga direktiven till exempelvis Karensutredningen visar dock tydligt att flera frågeställningar är gemensamma för smittbärrpenningen och karensavdraget, bl.a. när det gäller påverkan på smittspridningen och vilka grupper som har haft störst nytta av förmånerna. Förmånerna kompletterar också varandra delvis på ett sätt som kan vara svårt att hantera administrativt under en pandemi. I sammanhanget kan också nämnas att ISF i sin rapport resonerar om att en tillfällig och begränsad förmån som inte kräver eller förutsätter en strikt gränsdragning mellan smitta och sjukdom kanske hade varit enklare att hantera (under en pandemi). Samordning med andra förmåner angavs också som en faktor som gjorde handläggningen av smittbärrpenningen mer tidskrävande.¹⁷

Sammanfattningsvis anser utredningen att det finns ett behov av förändringar i bestämmelserna om smittbärrpenning för att göra förmånen bättre anpassad till en pandemisituation. För att kunna göra en mer genomgripande förändring krävs dock en allsidig analys där hänsyn även tas till bl.a. bestämmelser om karens, sjukpenning och föräldrapenning och som också påverkas i samband med en freds-

¹⁶ Försäkringskassan. (2022-10-24). *Framställan om en utredning avseende socialförsäkringen vid krig, krigsfara och allvarliga fredstida kriser*, s. 5 f.

¹⁷ Inspektionen för socialförsäkringen. (2023). *Smittbärrpenning i pandemins tid*. (Rapport 2023:5), s. 82 och s. 104.

tida kris som en pandemi. En sådan betydligt bredare analys ryms inte inom denna utrednings uppdrag.

Utredningen ställer sig således bakom Försäkringskassans förslag om att regeringen bör tillsätta en utredning som tar ett samlat grepp om socialförsäkringen, analyserar behovet av regeländringar och tar fram förslag på hur ett socialförsäkringsregelverk vid krig, krigsfara och allvarliga fredstida kriser bör utformas. De bedömningar som utredningen lämnar nedan, ska därför ses mot bakgrund av Försäkringskassans förslag.

Avslutningsvis anser utredningen att det inte finns samma uppenbara och omedelbara behov av en förändring av reglerna om smittbärappenning för att kunna hantera ersättningen när det råder ett normaltillstånd. Som anförts ovan är bedömningen att smittbärappenningen i ett normalläge i huvudsak fungerar väl. Regelverket är förvisso gammalt men är också nära kopplat till SmL och den systematik som finns där, bl.a. avseende förhållningsregler. Utredningen framhåller i delbetänkandet behovet av en översyn av hela SmL och anser att en större översyn av smittbärappenningen i en normalsituation bör göras i ett sådant sammanhang.¹⁸ Frågor som har en påverkan på smittbärappenningen är exempelvis SmL:s definitioner av smittsamma sjukdomar och hur förhållningsregler ska ges. Dessa frågor ligger, som nämnts ovan, även i uppdraget till Utredningen om stärkt beredskap inför framtida pandemier.¹⁹ Det är därför viktigt att även smittbärappenningen beaktas i den nya utredningen. Om en ny utredning tillsätts för att göra en översyn av socialförsäkringen i kris och krig, måste en samverkan ske med Utredningen om stärkt beredskap inför framtida pandemier, eftersom frågan om förhållningsregler är central.

¹⁸ SOU 2022:26, s. 52.

¹⁹ Av direktiven till Utredningen om stärkt beredskap inför framtida pandemier (S 20223:08) framgår att om utredaren finner att smittskyddslagens definitioner av smittsamma sjukdomar behöver ändras eller kompletteras får utredaren lämna sådana förslag (dir. 2023:106, s. 6).

9.3 Personer som delar hushållsgemenskap med någon som är smittad omfattas av smittbärrpenningen

Utredningens bedömningar: De nu gällande bestämmelserna i socialförsäkringsbalken rörande ersättning till smittbärare kan även omfatta enskilda som delar hushållsgemenskap med någon som är smittad, förutsatt att kriterierna i socialförsäkringsbalken för att vara smittbärare är uppfyllda. Avgörande är hur en sjukdom smittar.

De utmaningar som har funnits avseende handläggningen av sådana ärenden har enligt utredningen främst gällt krav på intyg, individuella förhållningsregler och hur rekommendationer från Folkhälsomyndigheten har kommunicerats i relation till handlägningsregler som Försäkringskassan har haft att förhålla sig till.

9.3.1 Utredningens tolkning av lagstiftningen

Av utredningens direktiv framgår att utredningen ska analysera behovet av och, om det bedöms lämpligt, lämna förslag på att utvidga bestämmelserna om smittbärrpenning till att omfatta enskilda som delar hushållsgemenskap med någon som är smittad och som inte har möjlighet att arbeta hemifrån. Nedan följer en redogörelse för lagstiftningen samt en bedömning om vilka i ett hushåll som kan omfattas. Vidare görs en redogörelse för vilka administrativa utmaningar som fanns under covid-19-pandemin avseende smittbärrpenningen och som kunde påverka personer som delade hushållsgemenskap med någon som var smittad.

Begreppet smittbärare kan omfatta personer som delar hushållsgemenskap med någon som är smittad

Av 46 kap. 2 § SFB följer att smittbärrersättning kan lämnas till en smittbärare i samband med åtgärder för smittskydd eller skydd för livsmedel. Med smittbärare avses enligt 46 kap. 3 § SFB, 1. den som har eller kan antas ha en smittsam sjukdom utan att ha förlorat sin arbetsförmåga till följd av sjukdomen, 2. den som för eller kan antas

föra smitta utan att vara sjuk i en smittsam sjukdom, och 3. den som i annat fall har eller kan antas ha varit utsatt för smitta av en samhällsfarlig sjukdom som avses i smittskyddslagen utan att vara sjuk i en sådan sjukdom.

Vad som menas med hushållsgemenskap är inte definierat i SFB eller i SmL.²⁰ I propositionen om en ny sambolag sägs exempelvis om sambor att personerna ska ha ett gemensamt hushåll. Med detta menas att de som bor ihop delar på sysslor och utgifter och har en gemensam ekonomi, åtminstone ett sådant ekonomiskt samarbete att man kan tala om hushållsgemenskap.²¹ I en promemoria framtagen i Socialdepartementet under pandemin förklaras begreppet hushållsgemenskap som att den närstående ska vara sammanboende med en försäkrad. Folkbokföringen kan i detta fall vara vägledande för om den försäkrade är sammanboende med den närstående.²²

I oktober 2020 angav Folkhälsomyndigheten att personer som bor tillsammans med någon som konstaterats vara smittad av covid-19, ska betraktas som möjliga sjukdomsfall. Med hushållskontakter avsågs personer som delat boende med den smittade någon gång under perioden som hen varit smittsam. Om de nya rekommendationerna efterlevdes, ansågs risken för smittspridning i samhället minska.²³

Under covid-19-pandemin bedömdes, enligt Försäkringskassan, personer som delade hushållsgemenskap med en covid-19-smittad person, uppfylla kriterierna enligt 46 kap. 3 § p. 2 SFB, dvs. personen ansågs kunna föra eller kunna antas föra smitta.²⁴

Kraven för att uppfylla kriterierna som smittbärare kan vidare anses vara ännu lägre i 46 kap. 3 §, p. 3 SFB (bortsett från att det enligt denna bestämmelse måste handla om en samhällsfarlig sjukdom). Här räcker det att en person anses ha varit eller kan antas ha varit utsatt för smitta av en samhällsfarlig sjukdom. Bestämmelsen tillkom genom den ändring av SmL som gjordes när bestämmelserna om extraordinära smittskyddsåtgärder infördes 2005. Tillägget avsåg ursprungligen situationer där en smittskyddsläkare fattat beslut om karantän enligt 3 kap. 9 § SmL för personer som har eller kan antas ha

²⁰ Försäkringskassan. *Kontrollutredares beslut om rätten till ersättning*. (Rättslig kvalitetsuppföljning 2019:5), s. 13.

²¹ Prop. 2002/03:80, s.44.

²² Regeringskansliet, Socialdepartementet. (2020-06-16). *Tillfälliga bestämmelser om viss smittbärarpenning med anledning av sjukdomen covid-19* [Promemoria], s. 9 och s. 22.

²³ Folkhälsomyndigheten. (2020-10-01). *Personer som bor med smittade av covid-19 ska betraktas som möjliga fall*.

²⁴ Muntlig uppgift till utredningen från Försäkringskassan, 2023-04-21.

varit utsatt för smitta av en samhällsfarlig sjukdom och att dessa personer därför skulle kunna vara betraktade som smittbärare. Som exempel på vad det kan innebära att vara utsatt för smitta nämns i propositionen en situation där en passagerare på ett flygplan eller ett fartyg visar sig vara smittad av smittkroppor. I en sådan situation ansågs att personer som under färden vistats i närheten av den smittade också kunde antas ha smittats och att det i regel också kunde vara nödvändigt att hålla dessa personer isolerade i karantän under viss tid.²⁵

Sammanfattningsvis är utredningens tolkning av bestämmelserna i SFB och SmL att en enskild person som delar hushållsgemenskap med någon som är smittad av en allmänfarlig eller samhällsfarlig sjukdom redan enligt gällande lydelse i lagstiftningen kan uppfylla kriterierna i 46 kap. 3 § SFB för att vara smittbärare. Avgörande är om det genom hushållsgemenskapen finns en risk för smittspridning, vilket det ofta finns när det handlar om ett smittämne som orsakar en pandemi, likt exempelvis covid-19.

När har en smittbärare rätt till smittbärrpenning?

Den andra frågan som utredningen har att ta ställning till är om personer som delar hushållsgemenskap med någon som är smittad och därmed är betraktade som smittbärare, även kan vara berättigade till smittbärrpenning.

En smittbärare har enligt 46 kap. 5 § SFB rätt till smittbärrpenning om han eller hon måste avstå från förvärvsarbete på grund av beslut enligt SmL. Ett beslut enligt SmL kan vara ett beslut om en individuell förhållningsregel enligt 4 kap. 2 § SmL. En förhållningsregel som kan utfärdas är inskränkningar som gäller arbete, skolgång eller deltagande i viss annan verksamhet (se 4 kap. 2 § p. 1 SmL). Syftet är att hindra smittspridning för den som bär på eller misstänks bära på en allmänfarlig sjukdom. Förhållningsreglerna ska meddelas skriftligt så snart det är möjligt samt tas in i den undersöktes patientjournal. Läkaren ska så långt det är möjligt se till att förhållningsreglerna följs. Allmän- eller samhällsfarliga sjukdomar kan smitta på flera olika sätt. Kunskapsläget om de smittsamma sjukdomarna påverkar dessutom bedömningen av vilka personer som kan sprida en sjukdom vidare och hur. Handlar det om en ny smitta kan dessutom

²⁵ Prop. 2003/04:158, s. 68 f, se även avsnitt 8.1.2 i detta betänkande.

kunskapsläget förändras snabbt under en pågående pandemi, vilket covid-19 är ett exempel på. I mars 2020 rekommenderades alla som var sjuka i förkylning eller hade influensaliknande symtom att stanna hemma men den 1 oktober 2020 var den generella rekommendationen från Folkhälsomyndigheten att hushållskontakter till en smittad person skulle kunna ges förhållningsregler i form av att inte gå till arbetet.

Även om Folkhälsomyndigheten rekommenderade att hushållskontakter till en smittad person inte skulle gå till arbetet krävdes ett beslut om en individuell förhållningsregel från en läkare. Enligt utredningens bedömning finns det heller ingenting i nuvarande lagstiftning som förhindrar att en läkare ger förhållningsregler även till en person som delar hushållsgemenskap med någon som är bekräftat smittad under förutsättning att denna person är att betrakta som smittbärare.

Det finns således inga legala hinder mot att bevilja en person som delar hushållsgemenskap med någon som är smittad, smittbärrpenning. Avgörande är om det bedöms finnas ett behov av förhållningsregler för att förhindra smittspridning på en arbetsplats och om personer som delar hushållsgemenskap typiskt sätt, beroende på smittämnet, sannolikt är att betrakta som smittbärare.

I de utvärderingar som har gjorts av smittbärrpenningen under covid-19-pandemin framhålls att förmånens regelverk innebar en stor administrativ belastning för både hälso- och sjukvården och Försäkringskassan. Det tillfälliga borttagandet av kravet på att lämna in beslut eller intyg enligt SmL i ärenden om smittbärrpenning underlättade både för Försäkringskassan och de som ansökte om ersättning. Folkhälsomyndighetens rekommendation den 1 oktober 2020 om att hushållskontakter till en smittad person skulle kunna ges förhållningsregler i form av att inte gå till arbetet medförde att förmånen smittbärrpenning blev mer känd. Fler och nya grupper ansökte om ersättning.²⁶ Grunden för åtgärden var att begränsa smittspridningen. Lättnader gällande krav på intyg infördes dock först i februari 2021.

Utredningens bedömning är därför att det vid nästa pandemi främst är aktuellt med en förändring av de krav som ställs på intyg m.m. för att kunna hantera ett utökat antal ärenden, inte hur en smittbärare definieras. Rekommendationer från Folkhälsomyndig-

²⁶ Inspektionen för socialförsäkringen. (2023). *Smittbärrpenning i pandemins tid*. (Rapport 2023:5), s. 88.

heten bör också samordnas med anpassningar av de krav som ställs i Försäkringskassans handläggning av en förmån. Utredningen resonerar vidare om detta i avsnitt 9.4.

En central fråga för framtiden är om förhållningsregler enligt SmL, som i dag, måste vara individuella eller om en förhållningsregel under en pandemi kan vara generell eller utfärdas för en definierad grupp. En rekommendation från Folkhälsomyndigheten kan uppfattas som en bindande förhållningsregel men kan inte betraktas som en sådan vid handläggningen av smittbärrpenning. Förhållningsregler som inte är individuella skulle under en pandemi kunna ge förutsättningar att förenkla handläggningen av ärenden om smittbärrpenning och då bl.a. där hushållsgemenskap föreligger. Kravet på ett individuellt utformat beslut skulle kunna tas bort, vilket kan minska den administrativa bördan för hälso- och sjukvården. Det ligger emellertid utanför denna utrednings uppdrag att utreda frågan om förhållningsreglerna i SmL. Frågeställningen omfattas dock av direktiven till Utredningen om stärkt beredskap inför framtida pandemier, se resonemang i avsnitt 9.2.3.

9.4 Bedömningar av hur handläggningen av smittbärrpenning kan utvecklas

Utredningens bedömningar: Vid en pandemi bör det inte ställas samma krav på intyg m.m. som i en normalsituation vid handläggningen av ärenden om smittbärrpenning om situationen kräver det. Undantag från krav på intyg kan dessutom även omfatta andra socialförsäkringsförmåner.

Den förordning som utarbetades under covid-19-pandemin och som medgav undantag från kravet på att inkomma med ett intyg bedöms ha fungerat väl och ha tjänat sitt syfte i den givna situationen. Lösningen kan, ur ett kortsiktigt perspektiv, även användas vid en framtida pandemi. Utredningen förordar dock andra lösningar som kräver en helhetsöversyn av socialförsäkringen i kris och krig men även av smittskyddslagens bestämmelser om förhållningsregler.

9.4.1 Undantag från krav på intyg effektiviserar handläggningen och minskar belastningen på vården

Under covid-19-pandemin fanns det flera omständigheter som påverkade användningen av smittbärrpenningen och i vilken utsträckning ersättning beviljades. Begränsningar i provtagningskapaciteten ledde exempelvis till att få personer kunde ansöka om ersättning. Ersättningsformen var dessutom relativt okänd. Enligt Coronakommissionen tycks problemen ha berott på att många sökande saknade ett beslut från läkare om avstängning från arbete enligt SmL i sin ansökan.²⁷ En av de vanligaste orsakerna till att ansökningar inledningsvis inte beviljades var att tillräckligt underlag i form av exempelvis medicinska intyg saknades och att ansökningar därför avvisades.

Redan under pandemins första halvår konstaterade regeringen att det i ett läge med hög risk för spridning av en samhällsfarlig sjukdom kan förutsättningarna för att bl.a. beviljas smittbärrpenning behöva ändras.²⁸ Det kan t.ex. handla om att ändra kraven på de handlingar som ska bifogas en ansökan om smittbärrpenning och att regeringen bör kunna besluta om sådana bestämmelser genom en förordning. Kompletterande föreskrifter om exempelvis smittbärrpenning kunde enligt regeringen underlätta handläggningen för såväl den enskilde som för Försäkringskassan. Undantaget gällde inte bara smittbärrpenningen utan även tillfällig föräldrapenning, sjukpenning och karens.

Regeringen beslutade vid två tillfällen under 2021 genom förordning att tillfälligt ta bort kraven på att inkomma med intyg för ansökningar om smittbärrpenning.²⁹ Borttagandet av kravet föregicks av en framställan från Försäkringskassan.³⁰ I framställan framhöll myndigheten att sjukvården liksom Försäkringskassan befann sig i en pressad och extraordinär situation med anledning av det extremt höga trycket på sjukvården, sjukvårdens behov av att kunna prioritera arbetet med massvaccinering och det mycket höga inflödet av ansökningar om smittbärrpenning.

²⁷ SOU 2022:10, s. 599.

²⁸ Prop. 2019/20:132, s. 91.

²⁹ Undantagen gällde från och med den 6 februari fram till och med den 30 september 2021 samt från och med den 27 december 2021 fram till och med den 31 mars 2022.

³⁰ Försäkringskassan. (2020-12-18). *Framställan om undantag från 100 kap. 24 § socialförsäkringsbalken genom införande av en ny tillfällig förordning.*

Utvärderingar som senare har gjorts av insatserna inom socialförsäkringsområdet under covid-19-pandemin, och då bl.a. smittbärrpenningen, framhåller att åtgärder som lättnader när det gäller kraven på intyg, var lämpliga (se avsnitt 7.3). Denna bedömning gäller även för andra förmåner där krav på intyg togs bort. Den förenklade utredningen av smittbärrpenningen ledde enligt Försäkringskassan också till ett minskat behov av att begära in kompletterande uppgifter och förkortade handläggningstiderna.

Anpassningarna av karensersättningen och smittbärrpenningen bidrog enligt Försäkringskassan troligtvis till att begränsa smittspridningen. Vidare anför Försäkringskassan att om färre blivit sjuka därför att fler haft ekonomiska möjligheter att stanna hemma från sina arbeten, har detta sannolikt även begränsat behovet av sjukvård. Därtill har, enligt Försäkringskassan, besluten om de förändrade kraven på läkarintyg för sjukpenning och tillfällig föräldrapenning bidragit till att inte belasta vården, eftersom behovet av dessa ersättningar ökade kraftigt under pandemin, se avsnitt 7.3.2.

Ett grundläggande skäl till att införa lättnader handlar om att smittbärrpenningens regelverk förutsätter att hälso- och sjukvården har kapacitet att provta, smittspåra och utfärda individuella beslut om förhållningsregler. Som ISF framhåller i sin granskning var dessa förutsättningar inte uppfyllda under framför allt pandemins första halvår.

Som nämnts ovan har Utredningen om stärkt beredskap inför framtida pandemier (S2023:08) i uppdrag att se över SmL:s bestämmelser om patienters skyldighet att uppsöka läkare, läkares skyldighet att undersöka patienter samt bestämmelserna om förhållningsregler. I direktiven framhålls att den här typen av regler kan bli administrativt betungande eller bli en belastning för vården i en situation med omfattande smittspridning. Det finns enligt utredningen således generella utmaningar med nuvarande bestämmelser under en pandemi och som handlar om flera andra frågor än handläggningen av smittbärrpenningen eller andra sjukförsäkringsförmåner. Eventuella förändringar av SmL när det gäller förhållningsregler kommer också att påverka hur en undantagsbestämmelse vid en framtida pandemi bör utformas.

9.4.2 Vikten av rättssäker handläggning

Positiva konsekvenser av lättnader av intygskrav, som minskad belastning på hälso- och sjukvården och minskad smittspridning, måste även under en pandemi vägas mot vikten av en rättssäker handläggning och korrekta utbetalningar.

ISF framhåller i sin granskning av smittbärappenningen att undantaget från intyg ledde till att myndighetens utredare ofta bedömde ansökningarna om smittbärappenning enbart utifrån den sökandes egna uppgifter och generella rekommendationer men att den rådande situationen och intentionen med förmånen talade för att det var rimligt att myndigheten hanterade situationen så. Samtidigt anser ISF att det ur ett rättssäkerhetsperspektiv är problematiskt att undantaget från att lämna in det beslut eller intyg enligt SmL som utgör grundförutsättningen för rätten till smittbärappenning i praktiken blev ett undantag från att ha fått ett sådant beslut eller intyg. Undantaget från kravet på att lämna in beslut eller intyg enligt SmL i ärenden om smittbärappenning och Försäkringskassans styrning gjorde hanteringen av smittbärappenningen effektiv men mindre rättssäker enligt ISF.³¹ I detta sammanhang kommenterade ISF även Försäkringskassans automatiserade handläggning och konsekvenser för utbetalningarna, se avsnitt 9.4.5.

Försäkringskassan har framfört till regeringen i ett svar på rapporten att de inte delar ISF:s slutsats om att undantagsbestämmelserna avseende intyg ledde till en mindre rättssäker handläggning av smittbärappenningen. Myndighetens interna granskning har enligt Försäkringskassan inte visat på stora variationer i avvikelser jämfört med tidigare år avseende frågan om fler beslut blev materiellt inkorrekta. Försäkringskassan anser därför att det inte finns något som understödjer att tillämpningen ledde till fler materiellt inkorrekta beslut, utan snarare att den mer effektiva handläggningen såg till den enskildes bästa, att ärendena fortfarande utreddes i den omfattning dess beskaffenhet krävde och därmed även minskade belastningen på den hårt belastade vårdsektorn, se även avsnitt 7.3.3.³²

Försäkringskassan har i sina årsredovisningar redovisat antalet felaktiga utbetalningar för olika förmåner och då bl.a. smittbärappenningen. Inom de flesta förmånerna utgör de upptäckta felaktiga ut-

³¹ Inspektionen för socialförsäkringen. (2023). *Smittbärappenning i pandemins tid*. (Rapport 2023:5), s. 10.

³² Försäkringskassan. (2023-07-03). *Svar på ISF-rapport*.

betalningarna mindre än en procent av de totala utbetalningarna. De felaktiga utbetalningarna inom smittbärrersättningen understeg en procent åren 2020, 2021 och 2022.³³

9.4.3 Utredningens bedömningar

Av 110 kap. 24 § första stycket SFB följer att det till en ansökan om smittbärrpenning ska fogas en kopia av ett beslut enligt SmL eller ett intyg med uppgift om beslutets innehåll, dvs. ett intyg från en läkare som ska påvisa att individen inte får arbeta på grund av risken för smitta. Det undantag från intyg som gällde under delar av 2021 och 2022 innebar att denna bestämmelse inte behövde tillämpas (se exempelvis 1 § förordning SFS 2021:1238).³⁴ Det krävdes dock fortfarande att en läkare fattat beslut om avstängning, dvs. gett förhållningsregler om att personen inte får gå till arbetet.

Utredningens bedömning är att undantagsbestämmelsens utformning fyllde sin funktion under rådande omständigheter och således även skulle kunna fungera under en framtida pandemi likt covid-19-pandemin. Undantag från vissa krav på intyg bör aktualiseras om ärendetillströmningen är omfattande, åtgärderna potentiellt kan minska smittspridningen och att samhällets resurser måste prioriteras på ett annat sätt. De utvärderingar som har gjorts visar vidare att förmånen har nått fler och bredare grupper och då bl.a. sådana personer som har kontaktyrken där det finns en större risk för smitta och arbetet inte går att utföra på distans, se avsnitt 7.

En markant ökad ärendetillströmning kombinerad med lättnader i intygskrav, kan potentiellt leda till ett ökat antal felaktiga utbetalningar. Utifrån det material som utredningen har tillgång till framgår inte att undantaget på intyg bidragit till en väsentlig ökning av andelen felaktiga utbetalningar när det gäller smittbärrpenningen. Frågan är dock angelägen och behöver förstås beaktas vid en samlad utredning om socialförsäkringen i kris och krig där flera förmåner kan komma att omfattas av olika undantag på intyg m.m. för att förenkla

³³ Försäkringskassan. (2023). *Försäkringskassans årsredovisning 2022*, s. 100 och s. 113.

³⁴ 1 §: När det gäller ansökan om smittbärrpenning som grundas på ett beslut eller förhållande som avses i 46 kap. 5 § första stycket socialförsäkringsbalken med anledning av sjukdomen covid-19, ska bestämmelsen i 110 kap. 24 § samma balk inte tillämpas. Detsamma gäller ansökan om resekostnadsersättning enligt 46 kap. 20 § socialförsäkringsbalken med anledning av sjukdomen covid-19. Första stycket gäller endast när det är fråga om beslut eller andra åtgärder för smittskydd.

handläggningen. I sammanhanget kan också nämnas ISF:s frågor rörande den automatiserade handläggningen av smittbärrpenningen 2022, se avsnitt 9.4.5.

Även om den konstruktion på undantagsbestämmelse som infördes under pandemin förefaller ha fungerat, är det en lösning som tillkom under en kort tidsrymd och mitt under en pandemi. ISF påpekar exempelvis att det är problematiskt att undantaget från att lämna in det beslut eller intyg enligt smittskyddslagen som utgör grundförutsättningen för rätten till smittbärrpenning i praktiken blev ett undantag från att ha fått ett sådant beslut eller intyg.

För mer ändamålsenliga undantagslösningar krävs enligt utredningen och som framförs i avsnitt 9.2 att ett samlat grepp i enlighet med Försäkringskassans förslag tas om hur socialförsäkringsförmånerna ska vara utformade i en allvarlig krissituation som en pandemi. SmL:s nuvarande bestämmelser om individuella förhållningsregler behöver sannolikt också ändras för att en mer ändamålsenlig lösning ska kunna uppnås.

9.4.4 Andra frågor att beakta vid en framtida pandemi

Redan i inledningen av en pandemi bör det, i den mån det är möjligt, finnas ett anpassat och tydligt regelverk inom socialförsäkringen som både underlättar myndigheternas handläggning av ärenden liksom befolkningens möjligheter att följa olika smittskyddsrekommendationer. Ett tydligt regelverk ökar även förutsättningarna för att befolkningen har kännedom om de möjligheter till ersättning för inkomstbortfall som finns, vilket också bör kunna påverka smittspridningen positivt.

Lättnader när det gäller intyg och andra förenklade handlägningsrutiner bör införas i ett sådant tidigt skede i en pandemi att det gynnar smittskyddet och potentiellt minskar smittspridningen. ISF refererar i sin rapport exempelvis till olika internationella studier som visar att möjligheten till ekonomisk kompensation för förlorad inkomst kan påverka i vilken utsträckning personer följer rekommendationer, ett resonemang som även fördes vid tillskapandet av smittbärrpenningen 1956. En försenad eller ineffektiv handläggning kan således rimligen ha en negativ påverkan på benägenheten att följa

smittskyddsrekommendationer eftersom det kan upplevas som osäkert om kompensation kommer att gå ut.

Rekommendationer från exempelvis Folkhälsomyndigheten som kan påverka ärendetillströmningen till Försäkringskassan kraftigt, bör så långt det är möjligt samordnas mellan inblandade myndigheter så att ärendehantering, krav på intyg kan anpassas samt kommunikationen samordnas. Dessutom bör ett undantag om intygskrav avseende smittbärrpenning samordnas med undantag inom andra förmåner som också kan påverkas under en pandemi.

Försäkringskassan konstaterar exempelvis att användandet av smittbärrpenning kom igång först under hösten 2020 och att det är oklart om det relativt låga användandet av smittbärrpenningen under första halvåret 2020 speglade det faktiska behovet av ersättningen, eller om den hade kunnat nyttjas av fler personer.

I syfte att minska smittspridningen vid pandemier och att personer får den ersättning de har rätt till, är det enligt Försäkringskassan av stor vikt att beslutsfattare, myndigheter, vårdgivare och arbetsgivare känner till, samverkar och tydligt kommunicerar vad en klassning av en sjukdom som samhällsfarlig innebär i praktiken. För att smittbärrpenningen ska bidra till att hålla smittspridning av samhällsfarliga sjukdomar på en låg nivå, är det viktigt att framför allt yrkesgrupper utan möjlighet att arbeta hemifrån känner till ersättningen och vet att den kan användas för att kompensera för inkomstbortfall.³⁵

9.4.5 Resonemang kring alternativa lösningar och åtgärder avseende handläggning m.m.

Utredningens bedömning är som nämnts att ett helhetsgrepp bör tas om socialförsäkringen i kris och krig och att en översyn behöver göras av bestämmelserna om förhållningsregler i SmL. Nedan följer dock några resonemang om alternativa lösningar som tidigare förts fram av bl.a. Försäkringskassan samt initiativ som har vidtagits på Försäkringskassan för att ha en bättre beredskap. Vidare redogörs för några av de rekommendationer ISF riktade mot Försäkringskassan i sin rapport.

³⁵ Denna aspekt framhölls redan vid införandet av smittbärrpenningen 1956, se prop. 1956:126, s. 20.

Positivt testresultat som underlag till smittbärappenning

I Försäkringskassans framställan om undantag från bestämmelserna om intyg, föreslogs en lösning som innebar att den försäkrade skulle kunna uppvisa ett positivt testresultat för covid-19 eller en uppgift från sjukvården som visar att en person som denne har haft kontakt med har fått ett positivt testresultat för covid-19 för att rätt till smittbärappenning skulle kunna föreligga. Det borde enligt Försäkringskassan i sådant fall vara tillräckligt med en kopia av ett positivt testresultat för covid-19, journalutdrag eller liknande. Enligt Försäkringskassan fanns det emellertid inte någon teknisk lösning för att ta emot den typen av handlingar digitalt och det skulle innebära att Försäkringskassan skulle behöva delvis bygga om systemen vid handläggningen av smittbärappenning. Detta bedömdes av Försäkringskassan vara alltför tidskrävande och medföra kostnader. Vidare ansågs det kunna medföra merarbete för sjukvården. Försäkringskassan valde därför att inte föreslå denna lösning.

En sådan alternativ lösning skulle enligt utredningen också kunna kombineras med att det är tillräckligt att en hänvisning görs till generella rekommendationer om förhållningsregler beslutade av Folkhälsomyndigheten. Detta ställer dock krav på att en rekommendation tas fram enligt en mer formaliserad process. En rekommendation skulle då snarast vara att betrakta som en generell förhållningsregel, en fråga som nu ska utredas.

Ytterligare en alternativ lösning skulle kunna vara att kravet på läkarintyg först ställs efter ett antal dagar efter det att en person uppfyller kraven på att vara smittbärare enligt SFB. Nackdelen är att en sådan lösning i många fall ändå skulle leda till att ett intyg behöver utfärdas av sjukvården i en pressad situation. Det måste också finnas tydliga rekommendationer om förhållningsregler som den som söker ersättning har att förhålla sig till. Eftersom lösningen också ligger nära den lösning som valts för sjukpenningen skulle ett logiskt steg kunna vara att under en pandemi samordna hanteringen av smittbärappenning och sjukpenning och lägga mindre vikt vid om en ned-satt arbetsförmåga föreligger eller inte. Försäkringskassan har också framhållit svårigheten med gränsdragning mellan sjukdom och smitta i regelverket. Här kan tilläggas att utmaningarna med att dra gränser också är beroende på smittämnet. Vid covid-19 kan många personer

gå omkring symtomfria men andra framtida smittor skulle kunna påverka arbetsförmågan på ett tydligare sätt.

Automatiserad handläggning

Vid en hög tillströmning av ärenden kan automatiserad handläggning underlätta för ansvariga myndigheter. ISF:s granskning avsåg perioden 1 februari 2020–30 september 2021. Enligt ISF har många av de reflektioner som intervjupersonerna bidragit med behandlat hur förmånen administrerades under våren 2022, en period där det enligt rapporten hände mest inom smittbärappenningen. Hanteringen automatiserades i hög grad och Försäkringskassan beslutade att gå över från att arbetstidsberäkna till att kalenderdagsberäkna ersättningen i samtliga ärenden om smittbärappenning, och att inte utreda den sökandes sjukpenninggrundande inkomst. Enligt ISF har flera av intervjupersonerna uppgivit att detta ledde till felaktiga utbetalningar både till fördel och till nackdel för sökande.

ISF rekommenderar i sin rapport att Försäkringskassan utvärderar hur den automatiserade handläggningen av smittbärappenningen fungerat.³⁶

Försäkringskassan har i sitt yttrande till regeringen över ISF:s rapport anført att myndigheten både under och efter pandemin har genomfört utvärderingar om socialförsäkringen i stort och mer specifikt hur olika socialförsäkringsförmåner nyttjades och påverkades under pandemin. Smittbärappenningen har studerats särskilt i en separat kort analys. I nuläget genomför Försäkringskassans internrevision en övergripande granskning av förmånen med syfte att bedöma den interna styrningen och kontrollen avseende hanteringen av smittbärappenning under pandemin.³⁷

Utvecklat administrativt stöd för hantering av mindre förmåner

Smittbärappenningen var en liten förmån före pandemin och kommer sannolikt vara det efter pandemin. Det måste enligt utredningens bedömning finnas kapacitet och förmåga att snabbt kunna ställa om

³⁶ Inspektionen för socialförsäkringen. (2023). *Smittbärappenning i pandemins tid*. (Rapport 2023:5), s. 103 ff.

³⁷ Försäkringskassan. (2023-07-03). *Svar på ISF-rapport*.

en verksamhet om användningen av en förmån ökar kraftigt i samband med en kris. ISF skriver i sin rapport att Försäkringskassans organisering kring smittbärrpenningen när det gäller administrativt stöd och övrigt stöd till handläggningen var sårbar när antalet ärenden ökade kraftigt. I rapporten framhålls att Försäkringskassan därför även bör säkerställa att det även i mindre förmåner finns uppdaterat handläggnings- och administrativt stöd för att hanteringen av dessa förmåner.³⁸

Försäkringskassan anför i sitt svar till regeringen att det för alla förmåner ska finnas såväl handläggningsstöd som administrativt stöd. Prioriteringar och resurser är det som enligt myndigheten i slutänden avgör i vilken takt och ordning stöden uppdateras. Ett kontinuerligt och prioriterat arbete pågår på Försäkringskassan för att rusta handläggningssystemen för att klara framtida kriser, och i det avseendet därmed också bli mindre sårbara.³⁹

³⁸ Inspektionen för socialförsäkringen. (2023). *Smittbärrpenning i pandemins tid*. (Rapport 2023:5), s. 76 och 103 ff.

³⁹ Försäkringskassan. (2023-07-03). *Svar på ISF-rapport*.

10 Konsekvensutredning

10.1 Konsekvensutredningens innehåll

En redovisning av förslagets konsekvenser ska lämnas i enlighet med bestämmelserna i kommittéförordningen (1998:1474).

Om förslagen i ett betänkande påverkar kostnaderna eller intäkterna för staten, kommuner, regioner, företag eller andra enskilda, ska enligt 14 § kommittéförordningen en beräkning av dessa konsekvenser redovisas i betänkandet. Om förslagen innebär samhällsekonomiska konsekvenser i övrigt, ska dessa redovisas. När det gäller kostnadsökningar och intäktsminskningar för staten, kommuner eller regioner, ska kommittén föreslå en finansiering.

Om förslagen har betydelse för den kommunala självstyrelsen, ska konsekvenserna i det avseendet enligt 15 § kommittéförordningen anges i betänkandet. Detsamma gäller när ett förslag har betydelse för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet, för sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet, för små företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt i förhållande till större företags, för jämställdheten mellan kvinnor och män eller för möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen.

Om ett betänkande innehåller förslag till nya eller ändrade regler, ska förslagets kostnadsmissiga och andra konsekvenser enligt 15 a § anges i betänkandet. Konsekvenserna ska anges på ett sätt som motsvarar de krav på innehållet i konsekvensutredningar som finns i 6 och 7 §§ förordningen (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning.

Utöver vad som följer av nämnda bestämmelser har regeringen i enlighet med 16 § kommittéförordningen i utredningens direktiv angett sammanfattningsvis följande.

I synnerhet ska konsekvenserna för näringsliv, föreningsliv, staten, kommuner och regioner samt för enskilda individer beskrivas.

Om något av utredningens förslag påverkar den kommunala självstyrelsen (14 kap. 3 § regeringsformen) ska, utöver förslaget konsekvenser, de särskilda avvägningar som lett fram till förslaget särskilt redovisas.

Utredaren ska även analysera samtliga förslags förhållande till EU-rätten och Europakonventionen, beakta förslagets relation till folkrätten i övrigt samt beakta reglering kring offentlighet och sekretess och behandling av personuppgifter.

Om förslagen kan leda till olika utfall för kvinnor och män, eller för vissa grupper av kvinnor och män, eller om de särskilt berör kvinnor eller män, flickor eller pojkar, ska konsekvenserna i det avseendet anges i betänkandet.

För eventuella förslag som rör smittbärrapporten ska de administrativa och ekonomiska konsekvenserna för Försäkringskassan särredovisas. Utredningen ska göra en samlad bedömning av den administrativa bördan och de ekonomiska konsekvenser som kan uppkomma för företag och andra privata aktörer. Konsekvenser avseende smittbärrapporten och Försäkringskassan görs i avsnitt 10.3.

I de två tilläggsdirektiv varigenom utredningens uppdrag har begränsats (se bilaga 2 och 3) har frågan om konsekvensutredningens innehåll inte ytterligare berörts.

10.2 Förslaget till lag om ändring i smittskyddslagen

10.2.1 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen samt finansieringsprincipen

Den kommunala självstyrelsen

Utredningen gör i kapitel 8 ett antal bedömningar avseende bestämmelser som kommuner och regioner har att förhålla sig till i smittskyddsarbetet. I avsnitt 8.1 gör utredningen bedömningen att tillfällig isolering på de aktuella boendeformerna inte är en lämplig åtgärd. I avsnitt 8.2 lämnas ett förslag som ger en möjlighet för socialtjänsten att som en extraordinär smittskyddsåtgärd och utan samtycke flytta en person som bor i vissa boendeformer till annan plats för vård och omsorg inom det kommunala ansvarsområdet. Detta kan ske efter en anmälan till smittskyddsläkaren. Förslaget innebär bl.a. en möjlighet att genomföra kohortvård när samtycke inte finns. Under

pandemin efterfrågades nytt lagstöd för visst tvång av smittskyddsskäl inom framför allt äldreomsorgen.

En viktig utgångspunkt är att huvudmännens ansvar för att bedriva ett fullgott smittskyddsarbete som det beskrivs i bl.a. kapitel 4–6 i slutbetänkandet inte ändras med utredningens förslag. Om utredningens förslag inte genomförs, måste huvudmännen vidta andra åtgärder för att motverka smittspridning. Som utredningens analys visar kan sådana lösningar dessutom innebära en större rättsosäkerhet för personer på boendena.

Utredningens förslag ryms inom ramarna för den grundläggande ansvarsfördelningen mellan staten och huvudmännen och innebär inte några nya ålägganden för huvudmännen. Förslaget om en ny extraordinär smittskyddsåtgärd innebär snarare bättre förutsättningar för kommunen att tillsammans med regionerna bedriva ett fullgott och rättssäkert smittskyddsarbete under exempelvis en pandemi.

Finansieringsprincipen

Som har konstaterats i bl.a. avsnitt 8.1.2 är de befintliga bestämmelserna om tvångsisolering och karantän i smittskyddslagen, SmL, inte anpassade för förhållandena i SoL- och LSS-boenden. Bestämmelserna är dock möjliga att tillämpa på personer som bor på sådana boenden. Den bestämmelse om flyttning som utredningen föreslår innebär ingen egentlig utökad möjlighet till tvångsåtgärder. Däremot är bestämmelsen enligt utredningens uppfattning bättre anpassad för de personer som bor på boendena och deras särskilda behov. Om inte den nya bestämmelsen införs måste huvudmännen använda andra smittskyddsåtgärder som exempelvis kan kräva fler personalresurser, vilket i sig är kostnadskrävande.

Därutöver ingår det redan i dag som en naturlig del i smittskyddsarbetet inom omsorgen att vid behov separera enskilda från varandra eller på annat sätt skapa miljöer som förhindrar smittspridning (se exempelvis utredningens resonemang om kohortvård i avsnitt 8.2). Detta gäller oavsett om det handlar om en samhällsfarlig sjukdom eller inte. Utredningens förslag innebär således inte något nytt arbetssätt som skiljer sig från de som används i dag. Några omfattande kompetenshöjande åtgärder utöver de huvudmännen redan i dag är skyldiga att genomföra när det gäller att förebygga och förhindra smitta

och smittspridning i verksamheten bedöms därför inte heller nödvändiga (se avsnitt 8.3 angående Socialstyrelsens föreskrifter HSLF-FS 2022:44 samt avsnitt 8.2.7 med förslag till vägledning för socialtjänsten). Däremot är det som utredningen konstaterar i avsnitt 8.2 av yttersta vikt att huvudmännen kommer till rätta med strukturella problem som finns inom omsorgen och som har belysts av flera olika utredningar. Det handlar bl.a. om faktorer som tillfredsställande bemanning, tillsvidareanställningar, hög personalkontinuitet, god kompetens för omsorg och hälso- och sjukvård. Satsningar inom sådana områden ger bättre förutsättningar att klara kriser som en pandemi men det är också grundläggande för en välfungerande omsorg.

Syftet med utredningens förslag om flyttning är att minska smittspridningen. Genom en minskad smittspridning minskar antalet sjukdomsfall och belastningen på hälso- och sjukvården. En minskad belastning på hälso- och sjukvården innebär att resurserna kan användas mer adekvat vilket i sig kan medföra minskade kostnader för huvudmännen.

Sammanfattningsvis bedömer utredningen att förslaget om en ny extraordinär smittskyddsåtgärd inte har några kostnadsmässiga konsekvenser för regioner och kommuner och att finansieringsprincipen inte heller blir tillämplig. I sammanhanget kan också framhållas att den föreslagna bestämmelsen främst kommer att bli aktuell under en pandemi och då för sjukdomar som liknar covid-19. Vid en pandemi kommer huvudmännens kostnader för hälso- och sjukvården samt omsorgen generellt att vara högre på grund av konsekvenserna av en ökad smittspridning i samhället.

Konsekvenser för smittskyddsläkarna

Smittskyddsläkarna utgör en del av regionernas organisation och behandlas därför under detta avsnitt. För smittskyddsläkarna innebär förslaget att en ny ärendetyp tillförs. Utredningens bedömning är dock att den nya bestämmelsen kommer att tillämpas i begränsad omfattning och inte medföra någon nämnvärt ökad arbetsbelastning. Dels kan den föreslagna åtgärden endast användas för samhällsfarliga sjukdomar och då endast vid tillstånd som inte kräver inläggning på sjukvårdsinrättning. Dels har det kunnat konstateras att närbesläktade tvångsåtgärder i SmL, som isolering och karantän, inte tillämpades i

de aktuella boendemiljöerna under covid-19-pandemin och i mycket liten utsträckning överhuvudtaget.

Vid en ny pandemi kommer belastningen på smittskyddsläkarna att öka. En ökad arbetsbelastning kommer att uppstå oavsett om de föreslagna ändringarna i SmL genomförs eller inte. Den ökade arbetsbelastningen under covid-19-pandemin var dock inte hänförlig till en ökad användning av tvångsbestämmelserna i SmL.

I sammanhanget kan också framhållas att utredningen föreslår att Socialstyrelsen ska ta fram en vägledning för den nya extraordinära smittskyddsåtgärden. Vägledningen kommer även att kunna fungera som ett stöd för smittskyddsläkarna. Därutöver kan också nämnas att Utredningen om stärkt beredskap inför framtida pandemier (S 2023:08) har i uppdrag att analysera vissa organisatoriska frågor som rör smittskyddsläkare och hur deras sårbarhet kan minska.

10.2.2 Konsekvenser för enskilda

Förslagets förenlighet med regeringsformen och Europakonventionen

För den enskilde som blir föremål för beslut om flyttning som extraordinär smittskyddsåtgärd innebär förslaget en avsevärd inskränkning av rörelsefriheten som bl.a. innebär att han eller hon tillfälligt måste lämna sin bostad mot sin vilja. Samtidigt innebär förslaget en möjlighet att skydda andra enskilda boende inom de boendeformer som omfattas av förslaget från att smittas av en samhällsfarlig sjukdom. Som framhålls i avsnitt 8.2.3 kan det under en pandemi uppstå situationer där det kan vara nödvändigt att inskränka den personliga friheten och integriteten men att åtgärderna i sådana fall bör vara proportionella, nödvändiga och relevanta, och minimeras i relation till vad man önskar åstadkomma.

Utredningens bedömning är att förslaget är förenligt med regeringsformen och Europakonventionen. Ett resonemang om detta förs i avsnitt 8.2.6.

Konsekvenser för jämställdhet

Utredningens förslag är könsneutrala och bedöms inte ha någon inverkan på frågor som rör jämställdhet. Förslagen om flyttning kommer dock troligen att beröra kvinnor i något större utsträckning än män eftersom kvinnor totalt sett är i majoritet bland de boende på de boendeformer som omfattas av uppdraget.

Ett nytt smittämne skulle kunna drabba kvinnor och män olika, med följderna att könsfördelningen får en annan betydelse än om köns-tillhörighet inte har någon betydelse. Eftersom förslagen i förlängningen syftar till att minska smittspridningen generellt, kommer båda könen att påverkas positivt. En ökad tydlighet i lagstiftningen avseende åtgärder som kan vidtas utan samtycke ökar dessutom förutsättningarna för en jämlik och rättssäker vård för båda könen.

Konsekvenser för barn och unga

Den föreslagna bestämmelsen om flyttning i SmL omfattar boendeformer där barn och unga bor.

Enligt SmL gäller redan att när åtgärden rör barn ska det särskilt beaktas vad hänsynen till barnets bästa kräver (1 kap. 4 § andra stycket SmL). Som barn räknas i SmL alla under 18 år. Bestämmelsen tillkom mot bakgrund av att regeringen framhållit vikten av att beakta Barnkonventionen, som vid tidpunkten inte var svensk lag, i smittskyddsarbetet. En grundläggande princip i Barnkonventionen är principen om barnets bästa.¹

Barn och unga kan beviljas boende både enligt 9 § 8 lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, och 5 kap. 7 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL. I bostad med särskild service för barn och ungdomar enligt 9 § 8 LSS bodde den 1 oktober 2022 inga barn mellan 0 och 6 år, 73 barn mellan 7 och 12 år, och 776 barn och unga mellan 13 och 22 år. Vid samma tidpunkt bodde 36 barn och unga upp till 19 år i bostad med särskild service enligt 5 kap. 7 § SoL. Utvecklingen har under de senare åren gått mot att allt färre barn bor i bostad med särskild service för barn enligt 9 § 8 LSS. Det är sammantaget ett förhållandevis begränsat antal barn och unga som kan komma att omfattas av förslagets tillämpningsområde.

¹ Prop. 2003/04:30, s. 73 och 172 f.

Mot bakgrund av att det är ett begränsat antal barn och unga som omfattas, kommer bestämmelsen ha enbart marginella konsekvenser för denna grupp som helhet. Som beskrivs i avsnitt 8.2.4 omfattar utredningens uppdrag även framtida pandemier av hittills okända smittämnen. Det går inte att utesluta att barn eller unga kan utgöra riskgrupp för någon i dag okänd sjukdom. I ett sådant scenario skulle bestämmelsen, relativt sett, kunna komma att aktualiseras oftare för barn och unga än för vuxna.

Personer som omfattas av LSS-personkretsen kan vara extra sårbara för infektionssjukdomar till följd av t.ex. funktionsnedsättningar eller kommunikationssvårigheter (se vidare avsnitt 5.1.1 för vad som gällde med avseende på covid-19). Även om LSS-målgruppen är heterogen vad gäller ålder, funktionsnedsättning och diagnos bör den omständigheten tillmätas betydelse i detta sammanhang.

Utgångspunkten för allt arbete på de aktuella boendena är att anpassa insatserna för att förebygga situationer där begränsningsåtgärder kan komma i fråga. Samtidigt är det av stor vikt att även barn och unga som bor i SoL- eller LSS-boenden kan skyddas på bästa sätt vid en pandemi. Även när det gäller barn och unga kan det under en pandemi uppstå situationer där det kan vara nödvändigt att inskränka den personliga friheten och integriteten för vissa enskilda för att skydda barn och unga som riskerar att smittas av en samhällsfarlig sjukdom. Åtgärderna bör i sådana fall vara proportionella, nödvändiga och relevanta, och minimeras i relation till vad man önskar åstadkomma.

SmL:s befintliga bestämmelser om isolering och karantän kan omfatta även barn och unga. Utredningens förslag om flyttning till annat boende är bättre anpassat för den målgrupp som bor på boendena. En möjlig effekt av införande av utredningens förslag är att underåriga som annars skulle bli föremål för isolering på sjukvårdsinrättning i stället kan flyttas med stöd av den nya bestämmelsen, dvs. att undvika tillfällig isolering som skulle kunna upplevas som mer ingripande för den enskilde. I ett sådant fall innebär utredningens förslag en förbättring för den enskilde.

I de fall bestämmelsen om flyttning används med avseende på barn och unga är det förstås av största vikt att hänsyn tas till de särskilda behov barn och unga kan ha, utöver de nödvändiga hänsyn som krävs till följd av de enskildas funktionsnedsättning.

I arbetet har utredningen beaktat Barnkonventionen och dess grundprinciper: artikel 2 om icke-diskriminering, artikel 3 om barnets

bästa, artikel 6 om rätt till liv, överlevnad och utveckling och artikel 12 om rätten att uttrycka sina åsikter m.m., samt övriga artiklar i konventionen.

10.2.3 Konsekvenser för företag

Inom socialtjänsten är ett stort antal privata vårdgivare verksamma. Precis som för verksamhet i kommunal regi innebär utredningens förslag inte att de privata utövarna åläggs nya skyldigheter eller att de måste tillämpa ett annat arbetssätt. Den föreslagna bestämmelsen om flyttning (avsnitt 8.2) får snarare ses som en möjlighet att under exempelvis en pandemi kunna bedriva verksamheten på ett boende på ett mer rättssäkert sätt samt förbättrade möjligheter att minska smittspridningen, vilket i sig är positivt för verksamheterna. Därutöver kan tilläggas att Socialstyrelsen föreslås få i uppdrag att ta fram en vägledning till den nya bestämmelsen, vilket kommer att underlätta för berörda verksamheter att tillämpa bestämmelsen.

Sammanfattningsvis anser utredningen att förslagen inte har några särskilda konsekvenser för företagen som verkar inom sektorn och bedöms således inte kunna få effekter av betydelse för företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt (7 § förordning [2007:1244]).

10.2.4 Konsekvenser för berörda myndigheter

Socialstyrelsen

Utredningen föreslår i avsnitt 8.2.7 att Socialstyrelsen får i uppdrag av regeringen att ansvara för framtagandet av en vägledning till den föreslagna lagändringen i SmL om en ny extraordinär smittskyddsåtgärd.

Av Socialstyrelsen instruktion följer bl.a. att myndigheten ska ansvara för kunskapsutveckling och kunskapsförmedling inom sitt verksamhetsområde liksom arbete med och ge stöd till metodutveckling inom sitt verksamhetsområde (se bl.a. 4 § förordningen [2015:284] med instruktion för Socialstyrelsen). Uppdraget att ta fram en vägledning får enligt utredningen anses inrymmas inom Socialstyrelsens befintliga uppdrag när det gäller att ta fram kunskapsstöd avseende

tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten. Det dokument om arbetssätt vid smittsamma infektionssjukdomar hos personer med demenssjukdom i särskilda boendeformer som redan är framtaget och som har reviderats regelbundet är ett av flera underlag som kan användas som utgångspunkt för ett utvecklat kunskapsunderlag.

För att kunna fullgöra det föreslagna uppdraget är utredningens bedömning att Socialstyrelsen bör tillföras nya medel. Kostnaden uppskattas till 500 000 kronor. Utredningen föreslår att uppdraget till Socialstyrelsen finansieras genom anslaget 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård (Utgiftsområdet 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg). Detta anslag får bl.a. användas för utgifter för insatser inom regeringens arbete med hälso- och sjukvård och folkhälsa. Eftersom förslaget avser en vägledning till en bestämmelse i SmL, är utredningens bedömning att det föreslagna uppdraget ligger inom ramarna för ändamålet med anslaget.

Folkhälsomyndigheten

Det ingår i Folkhälsomyndighetens uppdrag att samordna, följa och utveckla smittskyddet på nationell nivå. Att ha kunskap om och utarbeta underlag utifrån SmL är en del av det uppdraget. Utredningens förslag till ändring av SmL medför att ändringar införs som myndigheten har att förhålla sig till i sitt arbete men innebär ingen förändring av myndighetens uppdrag. Förslaget bedöms därför inte ha några konsekvenser för myndigheten.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

IVO utövar redan i dag tillsyn över sådana särskilda boenden som avses i 5 kap. 5 § eller 7 § eller 7 kap. 1 § 2 eller 3 SoL eller en bostad med särskild service enligt 9 § 8 eller 9 LSS.

Utredningens lagförslag innebär att IVO får några nya bestämmelser att förhålla sig till men innebär ingen förändring av IVO:s roll. Förslaget bedöms därför inte ha några konsekvenser för myndigheten.

Domstolsväsendet

Beslut enligt den föreslagna bestämmelsen om att kunna flytta en person till en viss byggnad eller en avgränsad del av en byggnad inom en sådan boendeform ska kunna överklagas till förvaltningsdomstol. En ny måltyp tillförs således domstolarna. Bestämmelsen kommer endast att kunna tillämpas för samhällsfarliga sjukdomar. Mot bakgrund av detta och hur sällan befintliga bestämmelser om exempelvis isolering har tillämpats är utredningens bedömning att det är ett mindre antal mål som kan komma att tillföras domstolarna. Noteras kan dock att det handlar om en måltyp där tidsfristerna kommer att vara korta. De eventuellt ökade kostnaderna som uppstår för förvaltningsdomstolarna bör kunna hanteras inom ramen för befintliga anslag.

Polismyndigheten

Utredningens förslag innebär att biträde av Polismyndighet kan lämnas för att säkerställa vissa av de åtgärder som beslutats. Utredningens bedömning är även här att det kan komma att handla om ett begränsat antal ärenden. Även denna bedömning är bl.a. baserad på hur SmL:s tvångsåtgärder historiskt har tillämpats. De handräckningsåtgärder som kan komma i fråga bör därför kunna hanteras inom ramen för befintliga anslag.

10.2.5 Övriga konsekvenser enligt kommittéförordningen

Ekonomiska konsekvenser för samhället

Utredningar ska bedöma ekonomiska konsekvenser av förslagen som lämnas. Ekonomiska konsekvenser avser t.ex. bedömningar av intäkter och kostnader för förslagen men kan också avse samhällsekonomiska bedömningar.

Intäkterna för regioner och kommuner bedöms inte påverkas av utredningens förslag, se resonemanget i avsnitt 10.2.1. Vidare bedöms inte staten och andra enskilda beröras varken vad gäller intäkter eller kostnader, utöver kostnaden för det uppdrag till Socialstyrelsen som redogörs för i avsnitt 10.2.4.

Den föreslagna bestämmelsen kan användas för samhällsfarliga sjukdomar och då sannolikt vid en pandemi. Förslagen kan snarast leda till en minskad smittspridning, vilket i sig är positivt för samhället och samhällets resurser. Några samhällsekonomiska konsekvenser bedöms inte uppstå.

Konsekvenser för Sveriges medlemskap i EU

Utredningens bedömning är att förslagen överensstämmer med de skyldigheter som följer av Sveriges anslutning till Europeiska unionen och att de inte medför några konsekvenser för det svenska EU-medlemskapet. Hälso- och sjukvård och socialtjänst är en nationell befogenhet och medlemsstaterna finansierar, förvaltar och organiserar sina hälso- och sjukvårdssystem och sociala omsorgssystem. Förslagen är inom hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens område och de författningsändringar som föreslås gäller svensk hälso- och sjukvårdslagstiftning och socialtjänstlagstiftning.

Utredningen bedömer vidare att förslagen inte berör Europeiska unionens inre marknad eller på annat sätt medför några konsekvenser för det svenska EU-medlemskapet. Relationen till folkrätten aktualiseras inte heller.

Övriga konsekvenser

Förslagen bedöms därutöver inte ha några konsekvenser för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet, för sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet, för små företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt i förhållande till större företags eller för möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen enligt 15 § kommittéförordningen.

10.3 Bedömningar om smittbärrapenningen

10.3.1 Inledning

Av direktiven följer att det för eventuella förslag som rör smittbärrapenningen ska de administrativa och ekonomiska konsekvenserna för Försäkringskassan särredovisas. Utredningen ska göra en samlad

bedömning av den administrativa börda och de ekonomiska konsekvenser som kan uppkomma för företag och andra privata aktörer.

Utredningen lämnar inga förslag i form av författningsändringar som för med sig ekonomiska konsekvenser för samhället eller Försäkringskassan. Däremot är utredningens bedömning att de justeringar av ersättningen som gjordes under covid-19-pandemin i det korta perspektivet även är ändamålsenliga vid en ny pandemi. Som utredningen dock framhåller är det angeläget att genomföra en samlad utredning av socialförsäkringen i kris och krig. En genomgripande förändring av smittbärrpenningen kräver också att grundläggande förändringar görs av SmL, vilket inte längre ingår i utredningens uppdrag.

Utredningen anser emellertid att det är motiverat att i slutbetänkandet beskriva vad som kan driva kostnader vid en ny pandemi men också sätta smittbärrpenningen i relation till andra socialförsäkringsförmåner som påverkas.

Redovisningen nedan utgår från erfarenheterna från covid-19-pandemin. Utgångspunkten är att smittbärrpenningen ska finnas kvar som en förmån.

10.3.2 Smittbärrpenningen i normaltillstånd

Utredningen lämnar inga förslag till ändringar av bestämmelserna i SmL eller socialförsäkringsbalken, SFB, avseende smittbärrpenningen när det råder normaltillstånd i samhället. Några nya ekonomiska och/eller administrativa konsekvenser uppstår därför inte.

Smittbärrersättning är normalt sett en mycket liten förmån. Under 2019, året före pandemin, kom det exempelvis totalt in cirka 1 700 ansökningar om förmånen till Försäkringskassan, varav 350 gällde smittbärrpenning och cirka 1 400 ersättning för resekostnader.² Försäkringsutgifterna för förmånen uppgick till cirka 4,5 miljoner kronor och Försäkringskassans förvaltningskostnader uppgick till cirka 1 miljon kronor.³

Regeringen har uttalat i budgetpropositionen för 2023 att smittbärrpenningen framöver förväntas ligga på samma nivå som före pandemin och anslaget har därför minskats 2023 jämfört med 2022.⁴

² Försäkringskassan. (2023). *Försäkringskassans årsredovisning 2022*, s. 74.

³ Försäkringskassan. (2022). *Försäkringskassans årsredovisning 2021*, s. 143; Försäkringskassan. (2023). *Försäkringskassans årsredovisning 2022*, s. 75.

⁴ Prop. 2022/23:1, Utgiftsområde 9, s. 61.

Förmånen har i och för sig blivit mer känd i samhället efter pandemin vilket möjligen skulle kunna medföra att antalet ärenden per år kommer att vara fler efter pandemin jämfört med situationen före pandemin. Det som ytterst avgör statens kostnader för smittbärrpenningen är dock förekomsten av sådana smittsamma sjukdomar i samhället som kan berättiga till ersättning.

10.3.3 Smittbärrpenningen vid extraordinära händelser i fredstid

Lagstiftningen medger redan i dag att undantag görs från bestämmelserna om bl.a. smittbärrpenning och handläggningen av sådan ärenden vid extraordinära händelser i fredstid (se 2 kap. 5 a § SFB). En framställan har dessutom gjorts från Försäkringskassan om att bestämmelsen ska omfatta ytterligare förmåner, se avsnitt 7.3.4.

Utredningens bedömning är att det vid en ny pandemi, där smittspridningen är omfattande, sannolikt kommer att vara nödvändigt med en förenklad handläggning av smittbärrpenningen men även andra socialförsäkringsförmåner. Dels för att ansvariga myndigheter ska ha rimliga möjligheter att handlägga ärendena på ett effektivt sätt, vilket också bör ha en positiv effekt på befolkningens förutsättningar att följa rekommendationer och därmed smittspridningen. Dels för att undvika att belasta hälso- och sjukvården med intygsskrivande m.m. i en situation där resurserna, för samhällets bästa, bör prioriteras på ett annat sätt. Följsamhet till rekommendationer och minskad smittspridning kan vidare leda till minskade kostnader för samhället, bl.a. när det gäller kostnader för sjukpenning, kostnader för omsorgen och hälso- och sjukvården, minskat produktivitetstbortfall i näringslivet m.m.

Oavsett om undantag från krav på intyg m.m. införs eller inte, kommer antalet individer med rätt till smittbärrpenning öka kraftigt vid en ny pandemi. Av Försäkringskassans årsredovisning för 2023 följer exempelvis att utgifterna för smittbärrersättningen uppgick till 410,7 miljoner kronor 2022, att jämföra med 392,9 miljoner kronor under 2021, 126,6 miljoner kronor under 2020 och 4,5 miljoner kronor under 2019 (då det inte var pandemi).⁵

⁵ Försäkringskassan. (2023). *Försäkringskassans årsredovisning 2022*, s. 75.

Kostnaderna för Försäkringskassans handläggning gick också upp kraftigt under pandemin. Från 1 miljon kronor 2019 till 22 miljoner kronor 2020, 90 miljoner kronor 2021 och 52 miljoner kronor 2022.

Det är förekomsten av en smitta i samhället som är den enskilt viktigaste faktorn för de totala kostnaderna för smittbärrpenningen. Förekomsten av en smitta och smittspridningen är dessutom faktorer som är svåra för samhället att kontrollera. Andra faktorer som påverkar smittbärrpenningen är hur långvarig en pandemi är, smittsamheten hos ett smittämne (dvs. hur en smitta kan föras över till anhöriga och på arbetsplatser), vilka grupper som främst drabbas (barn, vuxna, äldre, arbetsföra eller icke arbetsföra osv.), i vilken utsträckning smittan sätter ned arbetsförmågan (vilket avgör om en person i stället är berättigad till sjukpenning), och hur lång tid en person är smittsam (vilket påverkar hur länge smittbärrpenningen kan betalas ut).

De merkostnader för smittbärrpenningen som uppstod under covid-19-pandemin kan därför endast tjäna som en grov och osäker uppskattning av de kostnader som kan uppstå vid en framtida pandemi. Utgångspunkten för resonemanget är förstås att förmånen finns kvar, vilket inte har ifrågasatts.

10.3.4 Rättssäkerhet vid handläggningen

Även om de stora kostnadsökningarna för smittbärrpenningen vid en pandemi avgörs av omfattningen av smittspridningen, är det viktigt att handläggningen även under en kris är rättssäker och att antalet felaktiga utbetalningar är få.

ISF skriver i sin rapport om smittbärrpenningen att det var rimligt att Försäkringskassan prioriterade att effektivt betala ut ersättningar i den extraordinära situation som rådde under pandemin. Men i kombination med undantaget från kravet på att lämna in beslut eller intyg enligt SmL ledde det enligt ISF förmodligen även till en mindre rättssäker hantering av förmånen. Försäkringskassan framhåller emellertid i ett yttrande till regeringen att myndigheten inte delar ISF:s slutsats om att undantagsbestämmelserna avseende intyg ledde till en mindre rättssäker handläggning av smittbärrpenningen. Myndighetens interna granskning har enligt Försäkringskassan inte visat på stora variationer i avvikelser jämfört med tidigare år avseende frågan

om fler beslut blev materiellt inkorrekta, se vidare avsnitt 7.3.3 och avsnitt 9.4.1.

I Försäkringskassans framställan till regeringen angående undantag vid handläggningen av smittbärrpenningen framhålls dessutom att det alljämt krävs ett beslut från sjukvården men att det av utredningsskyldigheten också följer att handläggaren om det finns skäl för det kan behöva kontrollera med sjukvården att beslut är fattat, även om det i normalfallet inte behöver göras. Enligt Försäkringskassan fanns det också goda förutsättningar i verksamheten för att genomföra stickprovskontroller.

Försäkringskassan har i sina årsredovisningar redovisat antalet felaktiga utbetalningar för olika förmåner och då bl.a. smittbärrersättningen. För 2022 uppgick antalet felaktiga utbetalningar avseende smittbärrersättningen till 1 016. Andelen upptäckta felaktiga utbetalningar för förmånen anges till 0,9 procent. Enligt Försäkringskassan utgör de upptäckta felaktiga utbetalningarna mindre än en procent av de totala utbetalningarna inom de flesta förmånerna.⁶ Det är svårt att göra en direkt jämförelse med åren före pandemin eftersom antalet ärenden avseende smittbärrpenning som då handlades var så få. Några enstaka ärenden kan då få stort genomslag i statistiken. För 2019 uppskattade dock Försäkringskassan antalet felaktiga utbetalningar av smittbärrersättning till åtta stycken. 299 utbetalningar gjordes det året.⁷

Vid en pandemi kommer naturligtvis antalet ärenden inom smittbärrpenningen att öka kraftigt och därmed antalet felaktiga utbetalningar, oavsett hur väl utvecklad handläggningen är. I vilken utsträckning ett förenklat handlägningsförfarande påverkar risken för felaktigheter är svårt att uppskatta. En tydlighet i regelverkets utformning redan i inledningen av en pandemi liksom en automatisering av vissa processer bör kunna minska risken för felaktigheter. Utredningens bedömning, utifrån de underlag som finns från Försäkringskassan, är emellertid att de förenklade handlägningsrutiner och förändrade krav på intyg som förelåg under pandemin inte har lett till en minskad rättssäkerhet. Erfarenheterna från covid-19-pandemin avseende anpassning av verksamheten och ärendehandläggningen kommer dessutom vara till nytta vid en ny pandemi, vilket också bör gynna rättssäkerheten vid handläggningen.

⁶ Försäkringskassan. (2023). *Försäkringskassans årsredovisning 2022*, s. 100 och s. 113.

⁷ Försäkringskassan. (2022). *Försäkringskassans årsredovisning 2021*, s. 145 och s. 148.

10.4 Finansiering av utredningens förslag

Utredningens förslag bedöms inte medföra några merkostnader. Något förslag till finansiering lämnas därför inte. Undantaget är förslaget till regeringsuppdrag till Socialstyrelsen, se avsnitt 10.2.4.

11 Författningskommentar

11.1 Förslaget till lag om ändring i smittskyddslagen (2004:168)

3 kap.

9 a §

Smittskyddsläkaren får efter anmälan av en kommun besluta att den som bor på

1. ett sådant boende som avses i 5 kap. 5 § eller 7 § eller 7 kap. 1 § 2 eller 3 socialtjänstlagen (2001:453) eller,

2. en bostad med särskild service enligt 9 § 8 eller 9 lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade,

och som bär på eller kan antas ha varit utsatt för smitta av en samhällsfarlig sjukdom och genom sitt beteende sannolikt kommer att utsätta någon annan för omedelbar risk att smittas, ska flyttas till en viss byggnad eller en avgränsad del av en byggnad inom en sådan boendeform. Ett sådant beslut innebär förbud att lämna byggnaden eller del av byggnaden samt förbud att ta emot besök där.

Smittskyddsläkaren får i det enskilda fallet medge undantag från förbudet att ta emot besök.

Ett beslut enligt första stycket gäller som längst i tre veckor från det att beslutet fattades. Smittskyddsläkaren får förlänga ett gällande beslut om flyttning med upp till tre veckor om förutsättningarna i första stycket fortfarande är uppfyllda.

Paragrafen är ny och behandlas i avsnitt 8.2.

I första stycket anges förutsättningarna för att fatta beslut om flyttning som extraordinär smittskyddsåtgärd för den som bor i vissa boendeformer inom socialtjänstens område. I punkterna 1 och 2 anges vilka boendeformer som omfattas. Vidare anges att beslutet endast får fattas om den boende bär på eller kan antas ha varit utsatt för smitta av en samhällsfarlig sjukdom. De samhällsfarliga sjukdomarna anges i bilaga till smittskyddslagen. Vid ett utbrott av en samhällsfarlig sjukdom kan det krävas att personer som uppvisar symtom på den aktuella sjukdomen snabbt kan flyttas för att undvika smitt-

spridning. Detsamma gäller för personer som exponerats för smittan, dvs. personer som vistats i den smittades närhet. Det bör därför vara möjligt att besluta om flytt till ett annat rum, en annan avdelning eller ett annat boende redan om en boende kan antas ha varit utsatt för smitta. Vilken typ och grad av exponering för smittan och vilka symptom som kan ligga till grund för ett beslut om flyttning enligt bestämmelsen avgörs bl.a. av hur den aktuella smittan sprids och sjukdomens karaktär.

Det är smittskyddsläkaren som fattar beslutet om flyttning efter anmälan av en kommun. Befogenheten att göra en anmälan hos smittskyddsläkaren kan delegeras enligt bestämmelserna i kommunallagen (2017:725). Smittskyddsläkaren kan inte på eget initiativ inleda ett ärende om flyttning. Prövningen avser om den person som bär på eller kan antas ha varit utsatt för smitta av en samhällsfarlig sjukdom sannolikt kommer att bete sig på ett sådant sätt att någon annan utsätts för omedelbar risk att smittas. Det är alltså fråga om en framåt-syftande bedömning som måste grundas på kännedom om personens vanliga beteende och personens vilja och förmåga att undvika beteenden som medför smittrisk. Av vikt för prövningen är också att beslutet om flyttning är en åtgärd mot den enskildes vilja och därför endast får vidtas om inga andra möjligheter står till buds (1 kap. 4 § SmL). Underlaget för beslutet bör tas fram av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal på det aktuella boendet. Av underlaget måste framgå den enskilde personens förutsättningar att följa rekommendationer om smittskyddsåtgärder och bedömningen av varför personen kan antas vara smittad alternativt att personen bär på smitta.

Med ”någon annan” avses i första hand andra personer som bor på samma boende, och i andra hand privata besökare. Risken att personal smittas ska hanteras genom användning av skyddsutrustning eller andra smittskyddsåtgärder på frivillig grund.

Punkt 1 i första stycket omfattar alla boendeformer som nämns i de angivna bestämmelserna i socialtjänstlagen. Punkt 2 i första stycket omfattar endast bostäder med särskild service enligt LSS, inte familjehem enligt 9 § 8 LSS eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna enligt 9 § 9 LSS.

Flyttningen ska ske till en viss byggnad eller till en avgränsad del av en byggnad inom en sådan boendeform som avses i punkt 1 eller punkt 2. En sådan enhet ska ha tillgång till den personal som krävs för att tillgodose den flyttade personens behov av vård och omsorg

på samma sätt som i det ordinarie boendet. Enheten ska vidare inrättas i för ändamålet lämpliga lokaler. Om någon sådan enhet inte finns eller görs tillgänglig ska någon anmälan enligt bestämmelsen inte göras. I fall då flera personer flyttas under samma tidsperiod måste boendet tillse att personer som kan antas ha blivit smittade och bekräftat smittade hålls separerade.

Med begreppet besök i bestämmelsen avses besök av privat karaktär. Besök i tjänsten av bl.a. personal från hälso- och sjukvården m.m. omfattas inte. Naturligtvis är det av största vikt att arbetstagare inom vården och socialtjänsten följer de riktlinjer som finns för de aktuella sjukdomarna så att de inte riskerar att smittas. Smittskyddsläkaren får enligt *andra stycket* medge undantag från förbudet mot att ta emot besök. Till skillnad från vad som gäller vid beslut om karantän enligt nu gällande 3 kap. 9 § krävs inte att besöket kan ske utan risk för spridning av sjukdomen. I stället måste det göras en avvägning mellan vikten av att undvika att besökaren smittas och intresset av att den som flyttats ges möjlighet att ha kontakt med sina anhöriga.

Ett beslut om flyttning gäller enligt *tredje stycket* som längst tre veckor. Om förutsättningarna för ett beslut om flyttning fortfarande är uppfyllda får dock smittskyddsläkaren förlänga beslutet med ytterligare tre veckor. Ett beslut om förlängning ska fattas innan det första beslutet om flyttning har upphört att gälla. Därefter får ytterligare beslut om förlängning fattas förutsatt att förutsättningarna i första stycket fortfarande föreligger.

11 §

Begär den som på grund av beslut enligt 9 § första stycket *ska* hållas i karantän eller på grund av beslut enligt 9 a § första stycket *har flyttats* att beslutet inte längre *ska* gälla är beslutsmyndigheten skyldig att utan dröjsmål pröva frågan. Detsamma gäller om någon ansöker om undantag enligt 9 § andra stycket från förbud att besöka den som hålls i karantän, enligt 9 a § *andra stycket från förbud att besöka den som har flyttats* eller enligt 10 § andra stycket från beslut om avspärning.

Finns inte längre skäl för beslut enligt 9 § första stycket, 9 a § första stycket eller 10 § första stycket *ska* beslutsmyndigheten omedelbart häva beslutet.

Paragrafen ändras genom att hänvisning till den nya bestämmelsen i 9 a § läggs till. Ändringen behandlas i avsnitt 8.2.4.

Enligt *första stycket* är beslutsmyndigheterna skyldiga att utan dröjsmål pröva vissa framställningar. Detta gäller när någon som ska hållas i karantän begär att beslutet inte längre ska gälla, när någon ansöker om undantag från förbudet att besöka den som hålls i karantän eller när någon ansöker om undantag från beslut om avspärrning. Ändringen innebär att det även gäller när någon som har flyttats enligt 3 kap. 9 a § begär att beslutet inte längre ska gälla samt när någon ansöker om undantag från förbudet att besöka den som flyttats.

I regel bör beslut meddelas senast dagen efter det att framställningen nått myndigheten. I paragrafens *andra stycke* föreskrivs att beslutsmyndigheten omedelbart ska häva beslut om karantän, avspärrning eller flyttning om det inte längre finns skäl för beslutet. Beslutet måste i regel meddelas samma dag som det kan konstateras att skälen för beslutet upphört att gälla.

12 §

Den som på grund av en samhällsfarlig sjukdom

1. har isolerats enligt 5 kap. 1 §,
2. har isolerats tillfälligt enligt 5 kap. 3 §,
3. *ska* hållas i karantän enligt 9 §,
4. har förbjudits att lämna avspärrat område enligt beslut om avspärrning enligt 10 §, *eller*

5. *har flyttats enligt 9 a §*

får inte resa ut ur landet. Smittskyddsläkaren *ska* vidta de åtgärder som behövs för att hindra personen från att lämna landet.

I andra fall än de som avses i första stycket får den som bär på en samhällsfarlig sjukdom inte vägras att lämna landet. Han eller hon *ska* dock i god tid före avresan meddela den smittskyddsläkare som underrättats om sjukdomsfallet om tidpunkten för avresan och målet för resan. Smittskyddsläkaren *ska* underrätta berörd hälsomyndighet på ankomstorten om avresan och andra omständigheter av betydelse för att förhindra smittspridning.

Punkt 5 i första stycket är ny. Ändringen behandlas i avsnitt 8.2.3.

I paragrafen föreskrivs att personer som på grund av en samhällsfarlig sjukdom är föremål för vissa former av tvångsingripanden inte får resa ut ur landet. Genom den nya punkt 5 gäller det även för den som har flyttats enligt 3 kap. 9 a §.

8 kap.

1 §

Smittskyddsläkarens beslut enligt denna lag får överklagas till allmän förvaltningsdomstol om beslutet gäller

1. förhållningsregler enligt 4 kap. 3 §,
2. tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 §,
3. avslag på begäran om upphörande av isolering enligt 5 kap. 7 §,
4. avslag på begäran om tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område eller meddelande av villkor i samband med sådan vistelse enligt 5 kap. 18 §,
5. återkallelse av tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område enligt 5 kap. 18 §,
6. karantän enligt 3 kap. 9 §,
7. avslag på ansökan om att karantän *eller flyttning* ska upphöra enligt 3 kap. 11 §,
8. avslag på ansökan om undantag från förbud att besöka den som hålls i karantän *eller har flyttats* enligt 3 kap. 11 §, *eller*
9. *flyttning* enligt 3 kap. 9 a §.

Chefsöverläkarens beslut enligt 5 kap. 16 § får överklagas till allmän förvaltningsdomstol. Detsamma gäller beslut enligt 5 kap. 11 § i fråga om den som isolerats enligt 5 kap. 1 §.

Folkhälsomyndighetens beslut att avslå en ansökan om undantag från beslut enligt 3 kap. 10 § om avspärrning får överklagas till allmän förvaltningsdomstol.

Andra beslut av smittskyddsläkare, chefsöverläkare eller Folkhälsomyndigheten enligt denna lag får inte överklagas.

Punkterna 7 och 8 i första stycket ändras och punkt 9 är ny. Övervägandena finns i avsnitt 8.2.3.

Paragrafen reglerar vilka beslut enligt lagen som får överklagas. Genom ändringarna kan beslut om flyttning enligt 3 kap. 9 a §, beslut om avslag om att flyttning ska upphöra enligt 3 kap. 11 § och beslut om avslag på ansökan om undantag från förbud att besöka den som har flyttats med stöd av 3 kap. 9 a § överklagas till allmän förvaltningsdomstol. På samma sätt som gäller vid karantän är det den som vill besöka någon som har flyttats som har talerätt i frågan.

2 §

Prövningstillstånd krävs vid överklagande till kammarrätten i andra mål än sådana som avser

1. tvångsundersökning enligt 3 kap. 2 §,
2. isolering enligt 5 kap. 1 §,
3. tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 §,
4. fortsatt isolering enligt 5 kap. 5 §,
5. upphörande av isolering enligt 5 kap. 7 §,
6. karantän enligt 3 kap. 9 § första stycket,
7. undantag från avspärrning enligt 3 kap. 10 §,
8. upphörande av karantän *eller flyttning* enligt 3 kap. 11 §, *eller*
9. *flyttning enligt 3 kap. 9 a § första stycket.*

Punkt 8 ändras. Punkt 9 är ny. Övervägandena finns i avsnitt 8.2.3.

Bestämmelsen behandlar vilka mål som kräver prövningstillstånd i kammarrätt. Tilläggen innebär att det inte krävs prövningstillstånd i mål om flyttning enligt 3 kap. 9 a § eller om upphörande av sådan flyttning. Det krävs däremot på samma sätt som vid karantän prövningstillstånd i mål som avser undantag från besöksförbud enligt 3 kap. 9 a § andra stycket.

5 §

Förvaltningsrätten *ska* inom en vecka från den dag då ansökan eller överklagandet kom in till domstolen ta upp till avgörande mål om

1. tvångsundersökning enligt 3 kap. 2 §,
2. förhållningsregler enligt 4 kap. 3 §,
3. isolering enligt 5 kap. 1 §,
4. fortsatt isolering enligt 5 kap. 5 §,
5. upphörande av isolering enligt 5 kap. 7 §, eller
6. undantag från förbud att besöka den som hålls i karantän enligt 3 kap. 9 § *eller har flyttats enligt 3 kap. 9 a §.*

Förvaltningsrätten får dock förlänga tidsfristen enligt första stycket om det finns särskilda skäl.

Ett mål om tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 § vari beslutet underställts förvaltningsrätten *ska* tas upp till avgörande snarast och senast fyra dagar från den dag underställningen skedde. Om beslutet om tillfällig isolering inte är verkställt när det underställs, *ska* målet tas upp till avgörande inom fyra dagar från den dag beslutet verkställdes.

Mål om karantän enligt 3 kap. 9 §, *mål om flyttning enligt 3 kap. 9 a §*, mål om undantag från avspärrning enligt 3 kap. 10 § samt mål om upphörande av karantän *eller flyttning* enligt 3 kap. 11 § *ska* förvaltningsrätten ta upp till avgörande senast inom fyra dagar från det överklagandet kom in.

I mål om isolering enligt 5 kap. 1 §, tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 § och fortsatt isolering enligt 5 kap. 5 § får förvaltningsrätten fatta beslut i målet i avvaktan på att målet slutligt avgörs.

Första och fjärde stycket ändras. Övervägandena finns i avsnitt 8.2.3.

I paragrafen finns bestämmelser som rör förfarandet vid domstol. I första stycket anges de måltyper för vilka förvaltningsrättens frist för att ta upp målet till avgörande är en vecka från det att en ansökan eller ett överklagande kom in till domstolen. Mål som rör överklagande av beslut om undantag från förbud att besöka den som har flyttats enligt 3 kap. 9 a § har lagts till i punkt 6.

I *tredje stycket* anges de måltyper för vilka förvaltningsrättens frist för att ta upp målet till avgörande är fyra dagar från det att överklagandet kom in. Mål om flyttning enligt 3 kap. 9 a § har lagts till i bestämmelsen.

9 §

Offentligt biträde *ska* förordnas för den som åtgärden avser i mål i allmän förvaltningsdomstol om

1. isolering enligt 5 kap. 1 §,
2. tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 §,
3. fortsatt isolering enligt 5 kap. 5 §,
4. upphörande av isolering enligt 5 kap. 7 §,
5. karantän enligt 3 kap. 9 § första stycket,
6. beslut att inte medge undantag från avspärning enligt 3 kap. 10 §,
7. upphörande av karantän *eller flyttning* enligt 3 kap. 11 §, *eller*
8. *flyttning enligt 3 kap. 9 a §.*

Offentligt biträde *ska* dock inte förordnas om det måste antas att behov av biträde saknas.

I *första stycket* ändras *punkt 7* och *punkt 8* är ny. Övervägandena finns i avsnitt 8.2.3.

Bestämmelsen reglerar i vilka mål offentligt biträde ska förordnas. Genom ett tillägg i punkt 7 i första stycket får den som överklagar ett beslut om att flyttning som extraordinär smittskyddsåtgärd inte ska upphöra som huvudregel rätt till offentligt biträde. Enligt den nya punkt 8 i första stycket gäller samma sak för den som överklagar ett beslut om flyttning som extraordinär smittskyddsåtgärd.

12 §

Polismyndigheten ska lämna biträde på begäran av smittskyddsläkaren för att

1. genomföra tvångsundersökning enligt 3 kap. 2 §,
2. föra den som ska isoleras enligt 5 kap. 1 § eller isoleras tillfälligt enligt 5 kap. 3 § till vårdinrättningen,
3. återföra den som har avvikit från en vårdinrättning, där han eller hon enligt beslut ska vara tillfälligt isolerad eller isolerad, eller den som inte har återvänt till vårdinrättningen sedan hans eller hennes tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område har gått ut eller återkallats,
4. genomföra hälsokontroll vid inresa enligt 3 kap. 8 § och då upprätthålla ordningen,
5. föra den som ska hållas i karantän enligt 3 kap. 9 § till vårdinrättning eller annan plats där karantänsvistelsen ska äga rum,
6. återföra den som olovligen har avvikit från vårdinrättning eller annan plats för karantänsvistelsen till denna plats,
7. föra den som ska flyttas enligt 3 kap. 9 a § till den plats dit flyttning ska ske, eller
8. återföra den som olovligen har avvikit från den plats dit flyttning enligt 3 kap. 9 a § har skett till denna plats.

Polismyndigheten ska lämna biträde på begäran av Folkhälsomyndigheten med att spärra av områden enligt 3 kap. 10 § och att upprätthålla dessa avspärrningar.

Första styckets punkter 7 och 8 är nya. Övervägandena finns i avsnitt 8.2.3.

I paragrafen regleras när biträde av Polismyndigheten kan lämnas för att säkerställa vissa enligt lagen beslutade åtgärder. Genom de nya punkterna 7 och 8 i första stycket åläggs Polismyndigheten att på begäran av smittskyddsläkaren lämna biträde för att föra den som ska flyttas enligt 3 kap. 9 a § till den plats dit flyttning ska ske respektive att återföra den som olovligen har avvikit från den platsen. Det är av särskild vikt att smittskyddsläkaren innan en sådan begäran görs noga överväger om det är möjligt att genomföra flyttningen enligt 3 kap. 9 a § utan att tillgripa en så ingripande åtgärd som biträde av polis.

Referenser

Internationella konventioner

Europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna.

Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter.

Författningar

Grundlagar

Regeringsformen.

Lagar

Arbetsmiljölagen (1977:1160).

Brottsbalk.

Epizootilagen (1999:657).

Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Kommunallagen (2017:725).

Lagen (1956:293) om ersättning åt smittbärare.

Lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall.

Lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga.

Lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.

Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Lagen (1994:1219) om den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna.

Lagen (2006:806) om provtagning på djur, m.m.

- Lag (2006:1570) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa.*
- Lag (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter.*
- Lag (2020:148) om tillfällig stängning av verksamheter på skolområdet vid extraordinära händelser i fredstid.*
- Lag (2020:526) om tillfälliga smittskyddsåtgärder på serveringsställen.*
- Lag (2021:4) om särskilda begränsningar för att förhindra spridning av sjukdomen covid-19.*
- Livsmedelslag (2006:804).*
- Miljöbalk.*
- Patientdatalag (2008:355).*
- Patientlag (2014:821).*
- Patientsäkerhetslag (2010:659).*
- Skollag (2010:800).*
- Smittskyddslag (1988:1472).*
- Smittskyddslag (2004:168).*
- Socialförsäkringsbalk.*
- Socialtjänstlag (1980:620).*
- Socialtjänstlag (2001:453).*
- Zoonoslag (1999:658).*

Förordningar

- Arbetsmiljöförordning (1977:1166).*
- Förordning (1977:284) om arbetsskadeförsäkring och statligt personskadeskydd.*
- Förordning (1985:796) med vissa bemyndiganden för Socialstyrelsen att meddela föreskrifter m.m.*
- Förordning (1993:1090) om stöd och service till vissa funktionshindrade.*
- Förordning (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg.*
- Förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.*

- Förordning (2020:20) om att bestämmelserna i smittskyddslagen (2004:168) om allmänfarliga och samhällsfarliga sjukdomar ska tillämpas på infektion med 2019-nCoV.*
- Förordning (2020:114) om förbud mot att hålla allmänna sammankomster och offentliga tillställningar.*
- Förordning (2020:115) om utbildning i vissa skolformer i skolväsendet vid spridning av viss smitta.*
- Förordning (2020:127) om tillfälligt inreseförbud till Sverige.*
- Förordning (2020:163) om tillfälligt förbud mot besök i särskilda boendeformer för äldre.*
- Förordning (2020:195) om vissa sjukpenningförmåner med anledning av sjukdomen covid-19.*
- Förordning (2020:979) om tillfälligt förbud mot besök i särskilda boendeformer för äldre för att förhindra spridningen av sjukdomen covid-19.*
- Förordning (2020:1258) om tillfälligt inreseförbud vid resor från EES-stater och några andra stater till Sverige.*
- Förordning (2021:60) om viss sjukpenning i förebyggande syfte och viss smittbärrpenning med anledning av sjukdomen covid-19.*
- Förordning (2021:248) med instruktion för Folkhälsomyndigheten.*
- Förordning (2021:1238) om undantag från bestämmelser om ansökan om smittbärrpenning med anledning av sjukdomen covid-19.*
- Förordning (2022:79) om vissa sjukpenningförmåner med anledning av sjukdomen covid-19.*
- Förordning (2023:2) om tillfälliga inreserestriktioner vid resor från Kina till Sverige.*
- Hälso- och sjukvårdsförordning (2017:80).*
- Patientsäkerhetsförordning (2010:1369).*
- Smittskyddsförordning (2004:255).*
- Socialtjänstförordning (2001:937).*

Myndighetsföreskrifter

- Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 2001:3) om användning av personlig skyddsutrustning.*

- Arbetsmiljöverkets föreskrifter och allmänna råd (AFS 2018:4) om smittrisker.*
- Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 2020:1) om arbetsplatsens utformning.*
- Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 2020:2) med särskilda bestämmelser om personlig skyddsutrustning med anledning av hotet från sjukdomen covid-19.*
- Arbetsmiljöverkets föreskrifter och allmänna råd (AFS 2020:9) med särskilda bestämmelser om personlig skyddsutrustning med anledning av covid-19.*
- Folkhälsomyndighetens föreskrifter (HSLF-FS 2015:7) om anmälan av anmälningspliktig sjukdom i vissa fall.*
- Folkhälsomyndighetens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2020:12) om allas ansvar att förhindra smitta av covid-19 m.m.*
- Folkhälsomyndighetens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2020:78) om tillfälligt förbud mot besök i särskilda boendeformer för äldre för att förhindra spridningen av sjukdomen covid-19.*
- Folkhälsomyndighetens allmänna råd (HSLF-FS 2021:69) till 2 kap. 1 och 2 §§ smittskyddslagen (2004:168) om covid-19.*
- Folkhälsomyndighetens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2021:104) om allas ansvar att förhindra smitta av covid-19 m.m.*
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2002:9) om bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.*
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:5) om lex Sarah.*
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.*
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2012:6) om bostad med särskild service för barn eller ungdomar enligt LSS.*
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22) om katastrofmedicinsk beredskap.*

- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5) om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS.*
- Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2015:10) om basal hygien i vård och omsorg.*
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården.*
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården.*
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:40) om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete.*
- Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2020:46) om besök i särskilda boendeformer för äldre under covid-19-pandemin.*
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2022:44) om smittförebyggande åtgärder i vissa verksamheter enligt SoL och LSS.*

Domstolsavgöranden

RÅ 2010 ref. 91.

HFD 2011 ref. 47.

HFD 2013 ref. 54.

HFD 2018 ref. 80.

Förvaltningsrätten i Växjö dom i mål nr 5568-20.

Förvaltningsrätten i Karlstads dom i mål nr 1851-20.

Offentligt tryck

Propositioner

Prop. 1956:126. *Med förslag till lag om ersättning åt smittbärare, m.m.*

Prop. 1975/76:209. *Om ändring i regeringsformen.*

Prop. 1976/77:149. *Om arbetsmiljölag m.m.*

Prop. 1979/80:1. *Om socialtjänsten.*

Prop. 1981/82:97. *Om hälso- och sjukvårdslag, m.m.*

- Prop. 1983/84:111. *Med förslag till polislag m.m.*
- Prop. 1988/89:5. *Med förslag om ny smittskyddslag m.m.*
- Prop. 1988/89:112. *Med förslag till ny lag om ersättning till smittbärare.*
- Prop. 1990/91:14. *Om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m.*
- Prop. 1992/93:159. *Om stöd och service till vissa funktionshindrade.*
- Prop. 1993/94:130. *Ändring i brottsbalken m.m.*
- Prop. 1995/96:176. *Förstärkt tillsyn över hälso- och sjukvården.*
- Prop. 1996/97:124. *Ändring i socialtjänstlagen.*
- Prop. 2002/03:80. *Ny sambolag.*
- Prop. 2003/04:30. *Ny smittskyddslag m.m.*
- Prop. 2003/04:158. *Extraordinära smittskyddsåtgärder.*
- Prop. 2005/06:50. *Strategi för ett samordnat arbete mot antibiotika-resistens och vårdrelaterade sjukdomar.*
- Prop. 2005/06:115. *Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre.*
- Prop. 2009/10:116. *Värdigt liv i äldreomsorgen.*
- Prop. 2009/10:131. *Lex Sarah och socialtjänsten – förslag om vissa förändringar.*
- Prop. 2013/14:106. *Patientlag.*
- Prop. 2017/18:273. *Biståndsbedömt trygghetsboende för äldre.*
- Prop. 2019/20:132. *Extra ändringsbudget för 2020 – Åtgärder med anledning av coronaviruset.*
- Prop. 2019/20:144. *Covid-19 och ändringar i smittskyddslagen.*
- Prop. 2020/21:175. *Stärkt kompetens i vård och omsorg – reglering av undersköterskeyrket.*
- Prop. 2021/22:137. *Upphävande av covid-19-lagen och lagen om tillfälliga smittskyddsåtgärder på serveringsställen.*
- Prop. 2022/23:1. *Budgetpropositionen för 2023.*
- Prop. 2022/23:45. *Vissa frågor om hälso- och sjukvårdens försörjningsberedskap.*

Statens offentliga utredningar

- SOU 1985:37. *Om smittskydd.*
- SOU 1999:51. *Smittskydd, samhälle och individ.*
- SOU 2006:110. *Regler för skydd och rättssäkerhet för personer med demenssjukdom.*
- SOU 2015:80. *Stöd och hjälp till vuxna vid ställningstagande till vård, omsorg och forskning.*
- SOU 2020:14. *Framtidens teknik i omsorgens tjänst.*
- SOU 2020:47. *Hållbar socialtjänst – En ny socialtjänstlag.*
- SOU 2020:80. *Äldreomsorgen under pandemin.*
- SOU 2021:19. *En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården.*
- SOU 2021:52. *Vilja välja vård och omsorg – en hållbar kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre.*
- SOU 2021:89. *Sverige under pandemin.*
- SOU 2022:10. *Sverige under pandemin.*
- SOU 2022:26. *Extraordinära smittskyddsåtgärder – en bedömning.*
- SOU 2022:41. *Nästa steg – Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer.*

Kommittédirektiv

- Dir. 2022:23. *Översyn av karens och sjuklön.*
- Dir. 2022:64. *Utvärdering av förändringarna i sjukförsäkringens regelverk.*
- Dir. 2022:65. *Effektivare tillsyn över socialtjänsten.*
- Dir. 2022:109. *En mer ändamålsenlig och effektiv ordning för de nationella vaccinationsprogrammen och det nationella vaccinationsregistret.*
- Dir. 2023:20. *Tilläggsdirektiv till utredningen Sjukförsäkringen i förändring – en utvärdering (S 2022:07).*
- Dir. 2023:98. *Stärkt medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård.*
- Dir. 2023:106. *Stärkt beredskap inför framtida pandemier.*

Övrigt offentligt tryck

Ds 2022:4. *Ökade möjligheter till användning av välfärdsteknik inom äldreomsorgen.*

Fm 2016:1. *Förordningsmotiv för förordning om ändring i socialtjänstförordningen (2001:937).*

Lagrådsremiss (2012-11-29). *God vård och omsorg om personer med demenssjukdom samt regler för skydd och rättssäkerhet.*

Skr. 2017/18:280. *Framtidens äldreomsorg – en nationell kvalitetsplan.*

Beslut

Folkhälsomyndigheten dnr 00395-2022, 2022-02-02.

Folkhälsomyndigheten dnr 00401-2022, 2022-02-02.

Folkhälsomyndigheten dnr 02505-2023, 2023-06-26.

Folkhälsomyndigheten dnr 02506-2023, 2023-06-26.

Inspektionen för vård och omsorg dnr 3.5.1-60756/2020-4, 2021-06-07.

Justitieombudsmannen dnr 2169-2004, 2005-03-22.

Justitieombudsmannen dnr 9432-2020, 2022-05-11.

Justitieombudsmannen dnr 4268-2020 och 4848-2020, 2022-05-24.

Justitieombudsmannen dnr 77-2021, 2022-05-24.

Regeringen dnr S2019/03789/FST (delvis), 2019-09-12.

Regeringen dnr S2020/08100 (delvis), 2020-11-05.

Regeringen dnr S2022/01055 (delvis), 2022-02-17.

Regeringen dnr S2023/01713 (delvis), 2023-05-17.

Regeringen dnr S2023/02166 (delvis), 2023-06-29.

Rapporter

Attendo. (2021). *Attendo och Coronapandemin.*

Erlandsson, S., Ulmanen P. & Wittzell S. (2023). *Covid-19 på äldreboenden – personalens erfarenheter.* SNS Förlag.

- Fackförbundet Kommunal. (2020). *Pandemi på äldreboendet – en rapport om den svenska äldreomsorgen innan och under coronapandemin.*
- Folkhälsomyndigheten. (2020). *Exempel på åtgärder för att minska spridning av covid-19 på särskilda boenden för äldre.*
- Folkhälsomyndigheten. (2020). *Konsekvenser för personer 70 år och äldre av smittskyddsåtgärder mot covid-19.*
- Folkhälsomyndigheten. (2020). *Uppdrag om åtgärder inom vissa av socialtjänstens verksamheter vid smittspridning av covid-19.*
- Folkhälsomyndigheten. (2021). *Infektioner och antibiotika på särskilt boende – En sammanställning av resultat från Svenska HALT 2020.*
- Folkhälsomyndigheten. (2022). *Infektioner och antibiotika på särskilt boende – En sammanställning av resultat från Svenska HALT 2021.*
- Folkhälsomyndigheten. (2023). *Infektioner och antibiotika på särskilt boende – En sammanställning av resultat från Svenska HALT 2022.*
- Försäkringskassan. (2021). *Försäkringskassans årsredovisning 2020.*
- Försäkringskassan. (2022). *Effekter som covid-19 har på sjukförsäringen. Delrapport 3.*
- Försäkringskassan. (2022). *Försäkringskassans årsredovisning 2021.*
- Försäkringskassan. (2022). *Kraftigt ökad användning av smittbärrapporten under pandemin. (Korta analyser 2022:1).*
- Försäkringskassan. (2023). *Försäkringskassans årsredovisning 2022.*
- Inspektionen för socialförsäringen. (2023). *Smittbärrapportering i pandemins tid. (Rapport 2023:5).*
- Inspektionen för vård och omsorg. (2021). *Smittsäkra besök – Redovisning av regeringsuppdrag att följa upp tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter om besök i särskilda boendeformer för äldre under covid-19-pandemin.*
- Inspektionen för vård och omsorg. (2021). *Vad har IVO sett 2020?*
- Inspektionen för vård och omsorg. (2022). *Tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre.*
- Inspektionen för vård och omsorg. (2022). *Vad har IVO sett 2021?*

- Inspektionen för vård och omsorg. (2023). *Vad har IVO sett 2022?*
- Lagergren, M. (2017), *StockholmsSNAC. Rapport från undersökning 2017 av behov och insatser inom äldreomsorgen i Stockholms stad.* (Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum rapport 2017:5.)
- Larsson, T. (2016). *Rätt stöd i rätt tid – en kartläggning av GR-kommunernas hälsofrämjande och förebyggande arbete för äldre och orsaker till varför äldre söker bistånd från äldreomsorg första gången.* FoU i Väst.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. (2021). *Den nordiska äldreomsorgen – en jämförande kartläggning av struktur, organisation och innehåll* (2021:7).
- Riksrevisionen. (2023). *Det nationella smittskyddet – inte anpassat för en storskalig smittspridning* (RiR 2023:9).
- Socialstyrelsen. (2006). *Att förebygga vårdrelaterade infektioner. Ett kunskapsunderlag.*
- Socialstyrelsen. (2015). *Vård och omsorg om personer med nedsatt beslutsförmåga.*
- Socialstyrelsen. (2016). *Att förebygga tvångs- och begränsningsåtgärder genom det systematiska kvalitetsarbetet.*
- Socialstyrelsen. (2017). *En nationell strategi för demenssjukdom: underlag och förslag till prioriterade insatser till 2022.*
- Socialstyrelsen. (2018). *Bostad med särskild service för vuxna enligt LSS.*
- Socialstyrelsen. (2018). *Nationella riktlinjer – Utvärdering 2018. Vård och omsorg vid demenssjukdom 2018. Indikatorer och underlag för bedömningar.*
- Socialstyrelsen. (2018). *Nationella riktlinjer – Utvärdering. Vård och omsorg vid demenssjukdom. Sammanfattning med förbättringsområden.*
- Socialstyrelsen. (2019). *Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård – förstudie.*
- Socialstyrelsen. (2019). *Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2019.*
- Socialstyrelsen. (2020). *Analys av det tillfälliga förbudet mot besök inom särskilda boendeformer för äldre.*
- Socialstyrelsen. (2020). *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2020.*

- Socialstyrelsen. (2020). *Åtgärder inom socialtjänsten vid smittspridning av covid-19. Undersökning av behov av föreskrifter.*
- Socialstyrelsen. (2021). *Behov av och tillgång till särskilda boendeformer för äldre.*
- Socialstyrelsen. (2021). *Covid-19:s konsekvenser för personer med insatser enligt LSS.*
- Socialstyrelsen. (2021). *Förutsättningar och stöd för första linjens chefer. Kartläggning av första linjens chefer i äldreomsorgen.*
- Socialstyrelsen. (2021). *Kompetens i LSS-boenden.*
- Socialstyrelsen. (2021). *Slutredovisning av regeringsuppdrag om risk för särskilt allvarlig sjukdomsutveckling vid covid-19.*
- Socialstyrelsen. (2021). *Tillgång till vårdhygienisk kompetens. Vårdgivares behov av stöd i arbetet med att förebygga vårdrelaterade infektioner.*
- Socialstyrelsen. (2021). *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2021.*
- Socialstyrelsen. (2022). *En nationell strategi för demenssjukdom. Slutrapport 2022.*
- Socialstyrelsen. (2021-04-28). *Uppdrag att löpande se över och vid behov uppdatera sammanställningen över de identifierade grupperna som löper störst risk att drabbas av särskilt allvarlig sjukdomsutveckling vid insjuknande i covid-19.*
- Socialstyrelsen. (2022). *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning. Lägesrapport 2022.*
- Socialstyrelsen. (2022). *Smittskyddsenheternas och smittskyddsläkarnas förutsättningar och kapacitet – Översyn och förslag till utveckling.*
- Socialstyrelsen. (2022). *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2022.*
- Socialstyrelsen. (2023). *Vårdkontakter i LSS-boende.*
- Socialstyrelsen. (2023). *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2023.*
- Socialstyrelsen. (2023). *Språkbedömningsstöd till verksamheter inom äldreomsorg.*
- Stålö, J. m.fl. (2021). *Fördjupad analys av äldreomsorg – Utvärdering av Stockholms stads hantering av covid-19-pandemin.* Governo.
- Sveriges Kommuner och Regioner. (2023). *Att lära av en kris.*
- Sveriges Kommuner och Regioner. (2023). *Skador i somatisk vård 2013–2021.*

- Sveriges Kommuner och Regioner. (2023). *Utformning av kommunala vård- och omsorgslokaler – erfarenheter från Covid-19.*
- Szebehely, M. (2020). *Internationella erfarenheter av covid-19 i äldreboenden.*
- Szebehely, M. (2020). *The impact of COVID-19 on long-term care in Sweden. International Long Term Care Policy Network.*
- Szebehely, M., Stranz, A. & Strandell, R. (2017). *Vem ska arbeta i framtidens äldreomsorg?* Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet.
- Vårdföretagarna. (2020). *Äldreomsorgen – den svaga länken i Sveriges coronastrategi?*

Övrigt

- Autism- & Aspergerförbundet. (2020). *Medlemsundersökning om stödinsatser 2020.*
- Boverket. (2023-05-15). *Bostadsmarknadsenkäten 2023.*
- Boverket. (2023-05-15). *Fortsatt många kommuner med underskott på bostäder för personer med funktionsnedsättning.*
- Boverket. (2023-05-15). *Lika stor brist på särskilda boenden som före pandemin.*
- Folkhälsomyndigheten. *När hände vad under pandemin?*
Hämtad 2023-05-16 från
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittyddberedskap/utbrott/aktuella-utbrott/covid-19/folkhalsomyndighetens-roll-under-arbetet-med-covid-19/nar-hande-vad-under-pandemin/>.
- Folkhälsomyndigheten. *Statistik för vaccination mot covid-19.*
Hämtad 2023-07-06 från
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/vaccinationsstatistik/statistik-for-vaccination-mot-covid-19/>.
- Folkhälsomyndigheten. (2020). *Åtgärder för att minska risken för smittspridning av covid-19 från personal till äldre omsorgstagare och patienter.*

- Folkhälsomyndigheten. (2020). *Rekommendationer vid besök i särskilda boenden för äldre under covid-19* [Broschyr].
- Folkhälsomyndigheten. (2020-10-01). *Personer som bor med smittade av covid-19 ska betraktas som möjliga fall.*
- Folkhälsomyndigheten. (2020-12-11). *Ny rutin för införande av besöksförbud på SÄBO.*
- Folkhälsomyndigheten (2022-03-07). *Salmonellautbrottet 1953.*
- Folkhälsomyndigheten. (2022-11-14). *Remissyttrande – Nästa steg – Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer (SOU 2022:41).*
- Folkhälsomyndigheten. (2023). *Provtagningsindikation för påvisning av pågående covid-19.* Version 30.
- Folkhälsomyndigheten. (2023-07-01). *Testning och smittspårning för covid-19.* Hämtad 2023-08-01 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/utbrott/aktuella-utbrott/covid-19/testning-for-covid-19/>.
- Försäkringskassan. *Kontrollutredares beslut om rätten till ersättning.* (Rättslig kvalitetsuppföljning 2019:5).
- Försäkringskassan. (2020-12-18). *Framställan om undantag från 100 kap. 24 § socialförsäkringsbalken genom införande av en ny tillfällig förordning.*
- Försäkringskassan. (2022-10-24). *Framställan om en utredning avseende socialförsäkringen vid krig, krigsfara och allvarliga fredstida kriser.*
- Försäkringskassan. (2023-06-26). *Framställan om utvidgad föreskriftsrätt om undantag från socialförsäkringslagstiftningen vid extraordinära händelser i fredstid.*
- Försäkringskassan. (2023-06-26). *Framställan om vissa undantagsbestämmelser inom socialförsäkringen vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.*
- Försäkringskassan. (2023-07-03). *Svar på ISF-rapport.*
- Inspektionen för vård och omsorg. (2020). *Tillsyn för minskad smittspridning av covid-19 – särskilda boenden för äldre.*
- Inspektionen för vård och omsorg. (2020-11-24). *Ingen region har tagit sitt fulla ansvar för individuell vård och behandling.*

- Inspektionen för vård och omsorg. (2023-06-07). *Tillstånd för hem för viss annan heldygnsvård ("korttidsboende") (SoL)*. Hämtad 2023-08-02 från <https://www.ivo.se/varld-omsorgsgivare/tillstand/sol-verksamheter/korttidsboende/>.
- International Long Term Care Policy Network (2022-04-25). *International data on deaths attributed to COVID-19 among people living in care homes*. Hämtad 2023-05-15 från <https://ltccovid.org/2022/02/22/international-data-on-deaths-attributed-to-covid-19-among-people-living-in-care-homes/>.
- Johnsson, L-Å. (2021). *Hälso- och sjukvårdslagen* (11 uppl.). Norstedts Juridik.
- Justitieombudsmannen. (2020-07-10). *Yttrande över betänkandet Framtidens teknik i omsorgens tjänst (SOU 2020:14)*.
- Kunskapsguiden. *Om multisjuklighet*. Hämtad 2023-08-16 från <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/aldre/multisjuklighet-hos-aldre-personer/om-multisjuklighet/>.
- Kunskapsguiden. *Yrkesintroduktion för baspersonal inom äldreomsorgen – Hälsa*. Hämtad 2023-08-16 från <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/aldre/yrkesintroduktion-for-baspersonal-inom-aldreomsorgen/halsa/>.
- Lidingö stad. (2021-02-24). *Stark avrådan ersätter besöksförbud*.
- Lundgren, L. & Sunesson, P-A. (2023). *Nya sociallagarna. Med kommentarer i lydelsen den 1 januari 2023*. JUNO, version 36.
- Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård. *Vägledning för vårdhygieniskt arbete*.
- Regeringen (2020-09-15). *Besöksförbudet på äldreboenden upphör 1 oktober*.
- Regeringen. (2023-05-17). *Regeringen ger Socialstyrelsen i uppdrag att uppdatera demensstrategin*.
- Regeringskansliet, Socialdepartementet. (2020-06-16). *Tillfälliga bestämmelser om viss smittbärräpning med anledning av sjukdomen covid-19*.
- Statens medicinsk-etiska råd. (2020-08-13). *Remissvar avseende betänkandet Framtidens teknik i omsorgens tjänst (SOU 2020:14)*.

- Socialstyrelsen. *Statistik om avlidna i covid-19* [Dataset].
Hämtad 2023-08-02 från
<https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistik-om-covid-19/>.
- Socialstyrelsen. *Statistik om insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade 2022* [Dataset].
Hämtad 2023-08-01 från
<https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/alla-statistikamnen/personer-med-funktionsnedsattning/>.
- Socialstyrelsen. *Statistik om socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning efter regiform 2021* [Dataset].
Hämtad 2023-08-16 från
<https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/alla-statistikamnen/socialtjanstinsatser-till-aldre-och-personer-med-funktionsnedsattning-efter-regiform/>.
- Socialstyrelsen. (2014). *Lex Sarah – Handbok för tillämpningen av bestämmelserna om lex Sarah*.
- Socialstyrelsen. (2019-12-19). *Vårdrelaterade infektioner, VRI*.
Hämtad 2023-05-30 från
<https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risker-och-varvskador/varvskador/vri--vardrelaterade-infektioner/>.
- Socialstyrelsen. (2020-04-24). *Arbetsätt vid covid-19 hos personer med demenssjukdom i särskilda boendeformer för äldre*.
- Socialstyrelsen. (2020-05-25). *Arbetsätt vid covid-19 inom bostad med särskild service för vuxna enligt LSS*.
- Socialstyrelsen. (2022). *Tvångs- och skyddsåtgärder* [Frågor och svar].
Hämtad 2023-06-15 från
<https://kunskapsguiden.se/globalassets/globala-block/arbetsmetoder-och-perspektiv/tvang/fragor-och-svar-tvang-och-begransningar.pdf>.
- Socialstyrelsen. (2022). *Nya regler om smittförebyggande åtgärder i vissa verksamheter inom äldre- och funktionshinderomsorgen* [Meddelandeblad].
- Socialstyrelsen. (2022-04-22). *Arbetsätt vid smittsamma infektionssjukdomar, såsom covid-19 hos personer med demenssjukdom i särskilda boendeformer för äldre – praktiska förslag om arbetsätt till personal och arbetsledning*.

- Socialstyrelsen. (2022-05-31). *Statistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser 2021* [Faktablad].
- Svenska Intensivvårdsregistret. *Antal som intensivvårdas med Covid-19 per dag*. Hämtad 2023-07-30 från https://portal.icuregswe.org/siri/sv/report/corona_covid-dagligen.
- Svenskt Demenscentrum. (2015). *Nollvision. För en demensvård utan tvång och begränsningar*.
- Svenskt Demenscentrum. (2020-01-14). *Beteendemässiga*.
- Svenskt Demenscentrum. (2021-12-07). *Vad är demens?*
- Sveriges Kommuner och Regioner. (2020-03-23). *Hemställan om behov av regeländringar med anledning av det nya coronaviruset, covid-19*.
- Sveriges Kommuner och Regioner. (2020-04-23). *Hemställan – föreskrift om begränsningsåtgärder inom särskilda boenden för äldre*.
- SVT Nyheter Halland (2020-03-25). *Flera kommuner i Halland inför besöksförbud på boenden*.
- World Health Organization. (2016). *Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level*.
- World Health Organization. *WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard*. Hämtad 2023-07-21 från <https://covid19.who.int/>.
- World Health Organization. (2020). *Disability considerations during the COVID-19 outbreak*.
- World Health Organization. (2020-01-21). *Novel Coronavirus (2019-nCoV): situation report, 1*.
- World Health Organization. (2020-01-24). *Novel Coronavirus (2019-nCoV): situation report, 4*.

Kommittédirektiv 2021:68

Författningsberedskap inför framtida pandemier

Beslut vid regeringssammanträde den 2 september 2021

Sammanfattning

En särskild utredare ska göra en översyn av smittskyddslagen (2004:168) och analysera behovet av nya bestämmelser inför framtida pandemier. I uppdraget ingår även att utreda frågor om smittbärandepening, smittskydd för vissa grupper inom socialtjänsten och tillämpningsområdet för lagen (2012:453) om register över nationella vaccinationsprogram m.m.

Arbetet ska utföras med utgångspunkt i de behov av åtgärder som framkommit under covid-19-pandemin och med beaktande av de behov som kan uppstå i samband med andra eventuella pandemier eller epidemier med t.ex. andra smittvägar eller riskfaktorer. Utredaren ska beakta erfarenheter av hanteringen av utbrottet av sjukdomen covid-19 och särskilt tillvarata erfarenheterna av de smittskyddsåtgärder som haft verifierat goda effekter samt fånga upp det som bör utvecklas lagstiftningsmässigt i hanteringen av stora smittspridningar av allmänfarliga eller samhällsfarliga sjukdomar. Utredaren ska även beakta att grundläggande fri- och rättigheter så långt som möjligt ska upprätthållas även vid en pandemi eller epidemi. Inskränkningar ska därför inte vara mer långtgående än vad som är absolut nödvändigt för att förebygga eller motverka en omfattande smittspridning. Syftet med översynen är att utveckla en god författningsberedskap genom långsiktiga lösningar och att säkra viktiga verktyg inför eventuella kommande pandemier eller epidemier.

Utredaren ska bl.a.

- analysera bestämmelser i smittskyddslagen om ansvar för smittskydd, utredning av sjukdomsfall och vissa smittskyddsåtgärder samt föreslå eventuella ändringar av bestämmelserna för att anpassa dem till situationer med stor smittspridning,
- föreslå en flexibel, träffsäker och ändamålsenlig reglering för att motverka trängsel vid folksamlingar i syfte att minska risken för smittspridning,
- analysera bestämmelserna om smittbärarpenning för enskilda som inte kan arbeta på grund av smitta eller misstänkt smitta och vid behov lämna förslag på ändringar,
- utreda och, vid behov, lämna förslag som ställer krav på smittskyddsåtgärder inom särskilda boenden enligt socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL, och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, förkortad LSS,
- lämna förslag som möjliggör tillfällig kohortvård för äldre personer med nedsatt beslutsförmåga och vid behov lämna förslag som möjliggör tillfällig kohortvård för personer som bor i bostäder med särskild service enligt LSS när det av smittskyddsskäl anses nödvändigt,
- analysera behovet av och, om det bedöms lämpligt, lämna förslag om att utvidga tillämpningsområdet för lagen (2012:453) om register över nationella vaccinationsprogram m.m. till att omfatta även pandemivaccinationer, och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Uppdraget ska delredovisas senast den 15 maj 2022. Den del som ska delredovisas är deluppdraget om extraordinära smittskyddsåtgärder. Uppdraget ska slutredovisas senast den 1 september 2023.

Bakgrund

Världshälsoorganisationen (WHO) deklarerade den 11 mars 2020 att utbrottet av sjukdomen covid-19 är en pandemi. Det nya coronaviruset har spridits mycket snabbt och har drabbat en majoritet av

världens länder. Covid-19 är en allvarlig virussjukdom som i de svåraste fallen har en dödlig utgång. Enligt Folkhälsomyndigheten har det (t.o.m. den 27 augusti 2021) rapporterats 1 123 413 fall av covid-19-infektion i Sverige, och 14 685 personer har avlidit i Sverige med bekräftad covid-19-infektion.

Covid-19-pandemin har påvisat att kunskaperna om en ny sjukdom inledningsvis kan vara otillräckliga och att det kan vara osäkert hur olika befolkningsgrupper drabbas. När det gäller covid-19 har det visat sig att risken för allvarlig sjukdom och död ökar gradvis med stigande ålder. Om en person dessutom har vissa andra underliggande sjukdomar, ökar risken ytterligare. Dessa faktorer har haft betydelse bl.a. för vilka grupper som har prioriterats för vaccination mot covid-19.

Även socioekonomiska faktorer har haft en effekt på fördelningen av antalet fall och på konsekvenser av covid-19-pandemin, både i Sverige och i andra länder. Exempelvis har personer födda utomlands drabbats hårdare av covid-19 än personer födda i Sverige. Utrikesfödda hade under perioden den 13 mars 2020–15 februari 2021 en högre incidens av covid-19, större behov av intensivvård och högre dödlighet. Skillnaden mellan vissa grupper av utrikesfödda och svenskfödda är högst när det gäller intensivvård, men även för dödlighet finns stora skillnader. Till exempel är den relativa risken för att behöva intensivvård drygt 5 gånger så hög för personer som är födda i Afrika och Mellanöstern, jämfört med den svenskfödda befolkningen. Socioekonomiska faktorer kan förklara en del av skillnaderna mellan utrikesfödda och svenskfödda. Om det justeras för sådana faktorer och boendeförhållanden, minskar den relativa risken för att behöva intensivvård och för att avlida avsevärt för vissa grupper av utrikesfödda. Såväl inkomst som utbildning påverkar risken för att behöva intensivvård, på så sätt att lägre inkomst och kortare utbildning ökar risken. Födelseland utgör inte en riskfaktor i sig, men flera nationella och internationella studier har visat på en högre risk för allvarlig sjukdom och död i covid-19 bland personer med lägre utbildning, lägre inkomst och bland personer i vissa bostadsområden med trångboddhet. Cirka 20 procent av Sveriges befolkning är födda i ett annat land och vissa invandrargrupper är överrepresenterade med dessa riskfaktorer (främst personer födda i Afrika och Mellanöstern). Även bland personer med vissa funktionsnedsättningar finns en ökad

dödlighet på grund av covid-19, troligtvis på grund av att många av dessa personer tillhör en eller flera riskgrupper.

Därutöver har det visat sig att män och kvinnor drabbas olika. Bland de bekräftade fallen finns en högre andel kvinnor. Män däremot har en högre risk för allvarlig sjukdom och död.

Uppdraget att göra en översyn av smittskyddslagen och en översyn av behovet av nya bestämmelser för att motverka trängsel

Covid-19-pandemin fortgår såväl i Sverige som i omvärlden. Det är inte möjligt att med säkerhet förutse hur pandemin kommer att utvecklas eller hur länge den kommer att pågå. Trots det är det viktigt att påbörja arbetet med att omhänderta lärdomar som dras av vidtagna åtgärder och erfarenheterna av att hantera utbrottet av covid-19. Ett arbete behöver inledas för att hitta nödvändiga och långsiktigt hållbara lösningar på lagstiftningsmässiga utmaningar vid eventuella framtida pandemier eller epidemier.

Utredaren ska göra en översyn av smittskyddslagen och vid behov annan berörd lagstiftning som t.ex. lagen (2006:1570) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa. Utredaren ska även analysera behovet av nya bestämmelser med syfte att motverka trängsel inför framtida pandemier med utgångspunkt i de behov som uppstått under covid-19-pandemin och som gett upphov till tillfälliga lagar och förordningar.

Utredaren ska beakta erfarenheter av hanteringen av utbrottet av sjukdomen covid-19 och särskilt tillvarata de smittskyddsåtgärder som haft verifierat goda effekter samt fånga upp det som bör utvecklas lagstiftningsmässigt i hanteringen av storskaliga smittspridningar. Utredaren ska även ta hänsyn till behov som kan uppstå i samband med andra pandemier eller epidemier med t.ex. andra smittvägar eller riskfaktorer.

Det finns behov av god framförhållning och beredskap för att undvika brådskande beredningar av lagförslag under fredstida kriser. Fredstida kriser ska behandlas inom ramen för ordinarie lagstiftningsförfarande, och det är alltså inte möjligt att göra några undantag från detta förfarande vid krissituationer. Grundläggande rättsstatsprinciper såsom legalitets- och likabehandlingsprincipen gäller även i fredstida kriser. Genom så kallad författningsberedskap, dvs. genom att

ha bemyndiganden och annan reglering på plats, kan en kris hanteras mer effektivt än vad som annars hade varit fallet. Relevant lagstiftning bör också uppdateras löpande.

Vid omfattande spridning av en konstaterat eller potentiellt allmänfarlig eller samhällsfarlig sjukdom bör det alltså finnas en beredskap inom smittskyddslagen, t.ex. med utrymme för att vidta vissa extraordinära smittskyddsåtgärder som nuvarande lagstiftning inte medger. En sådan beredskap förutsätter noggranna överväganden i förhållande till vikten av att grundläggande fri- och rättigheter så långt som möjligt kan upprätthållas även vid en pandemi eller epidemi och att inskränkningar inte är mer långtgående än vad som är absolut nödvändigt för att förebygga eller motverka en omfattande smittspridning.

Det bör även beaktas att framtida pandemier eller epidemier kan ha olika smittvägar och drabba olika grupper i samhället olika hårt, dels på grund av olika levnadsvillkor och underliggande hälsotillstånd, dels på grund av olika stor mottaglighet för infektion och risk för svår sjukdom. En del epidemier kan antas drabba framför allt äldre personer, andra kan komma att drabba barn i högre utsträckning. Det är därför viktigt att i hanteringen av pandemier eller epidemier arbeta för att undvika stigmatisering och skuldbeläggande av de grupper som drabbas.

Översyn av smittskyddslagen

I smittskyddslagen finns bestämmelser som i huvudsak avser åtgärder i förhållande till enskilda personer som är eller misstänks vara smittade av en smittsam sjukdom. Med smittsamma sjukdomar avses alla sjukdomar som kan överföras till eller mellan människor och som kan innebära ett inte ringa hot mot människors hälsa. Smittskyddslagen omfattar även allmänfarliga sjukdomar och samhällsfarliga sjukdomar. Med allmänfarliga sjukdomar avses smittsamma sjukdomar som kan vara livshotande, innebära långvarig sjukdom eller svårt lidande eller medföra andra allvarliga konsekvenser och där det finns möjlighet att förebygga smittspridning genom åtgärder som riktas till den smittade. Med samhällsfarliga sjukdomar avses allmänfarliga sjukdomar som kan få en spridning i samhället som innebär en allvarlig störning eller överhängande risk för en allvarlig

störning i viktiga samhällsfunktioner och som kräver extraordinära smittskyddsåtgärder. Lagen innehåller även normgivningsbemyndiganden som ger utrymme för att meddela föreskrifter på lägre nivå än lag. Covid-19-pandemin har visat att det är viktigt att samhället har en god beredskap inför omfattande spridningar av helt nya typer av virus som påverkar stora delar av samhället. Beredskapsplaneringen för en pandemi bör begränsa sig till smittskyddsåtgärder för att minska risken för smittspridning och till att minska de negativa konsekvenserna för dem som påverkas av pandemin. Utgångspunkten är att Folkhälsomyndigheten samordnar pandemiberedskapen på nationell nivå och ger stöd till planeringen på regional och lokal nivå, där det operativa arbetet bedrivs. Myndigheten har tagit fram ett planeringsstöd som ska fungera som bakgrund och stöd i planeringen för en influensapandemi och för pandemier orsakade av andra virus.

Smittskyddslagen är i första hand reaktiv och förutsätter konstaterad eller misstänkt smitta. Lagens bestämmelser är till viss del inte anpassade till en pandemisituation. Det behöver därför, utifrån de erfarenheter som vunnits under covid-19-pandemin, göras en översyn av hur smittskyddslagens bestämmelser bör utformas för att fungera även i en pandemisituation. Det gäller framför allt bestämmelserna om ansvar för smittskydd och utredning av sjukdomsfall samt extraordinära smittskyddsåtgärder som hälsokontroll vid inresa, möjligheten att hålla människor i karantän och avgränsning av områden. Även bestämmelserna om vissa smittskyddsåtgärder som förhållningsregler och bestämmelser om isolering behöver analyseras och om möjligt anpassas för att fungera vid stora smittspridningar av allmänfarliga eller samhällsfarliga sjukdomar.

*Ansvar för smittskydd, utredning av sjukdomsfall,
vissa smittskyddsåtgärder och isolering*

Det huvudsakliga smittskyddsarbetet i Sverige genomförs med betoning på individens ansvar. Det framgår av smittskyddslagen att var och en har ett ansvar för att så långt som möjligt vidta rimliga försiktighetsåtgärder för att skydda såväl sig själv som andra mot att utsättas för risk att smittas av smittsamma sjukdomar. Enligt smittskyddslagen ska smittskyddsåtgärder bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet. Åtgärderna får inte vara mer långtgående än vad

som är försvarligt med hänsyn till faran för människors hälsa. Åtgärderna ska vidtas med respekt för alla människors lika värde och enskildas integritet. Den humanistiska grundsyn som ligger till grund för samhällets smittskydd betonas i lagens förarbeten (prop. 2003/04:30). Covid-19-pandemin har visat att det kan finnas anledning att införa bindande regler för ett effektivare smittskyddsarbete inom vissa områden inom smittskyddet. Nuvarande lagstiftning ger t.ex. inte möjlighet att koppla tillsyn och eventuella sanktioner till bestämmelserna om den enskildes skyldighet att förebygga smittspridning.

Bestämmelserna i smittskyddslagen om testning och smittspårning är inte utformade på sådant sätt att de blir praktiskt möjliga att följa vid en samhällsspridning av en smittsam sjukdom när behovet av testning och smittspårning kan vida överstiga ett normalläge. Den diagnostik som i vanliga fall utförs inom regionerna är till stor del dimensionerad för att hantera den testning som faller inom ett vårdbehov. Det innebär att regionerna har kapacitet att testa dem som söker vård inom ramen för hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) eller smittskyddslagen. Men diagnostiken är inte dimensionerad för testning vid omfattande spridningar av infektioner.

Den smittspårning som utförs inom regionerna är inte heller dimensionerad för att hantera en stor mängd potentiellt smittade där tiden mellan exponering och smittsam fas är kort. Vid storskalig smittspridning kan det finnas akut behov av att identifiera smittade för att tidigt bryta smittkedjor.

De olika målen med testning – att testa och smittspåra för att minska smittspridning på nationell nivå och att testa för individers vårdbehov – kan skapa en otydlighet i ansvar. För smittsamma sjukdomar där det sedan tidigare inte finns en utbredd etablerad diagnostik kan det finnas olika förutsättningar vad gäller laborativ metodutveckling för att snabbt påbörja nya diagnostiska metoder. Det bör därför analyseras om den ansvarsfördelning som regleras i smittskyddslagen behöver förtydligas eller förändras. Vad gäller reglering kring testning och smittspårning bör hänsyn tas till att det, i vart fall i inledningen av en pandemi eller en omfattande epidemi, kan saknas kunskap om hur den specifika sjukdomen sprids.

Utredaren ska därför göra följande:

- Analysera behovet av och lämna förslag på ändringar i bestämmelserna i smittskyddslagen om den enskildes skyldighet att förebygga smittspridning för att anpassa dem till situationer med stor

smittspridning av allmänfarlig eller samhällsfarlig sjukdom. Utredaren ska även föreslå vem som bör ansvara för tillsyn över enskilda och eventuella sanktioner.

- Analysera behovet av och lämna förslag på ändringar i bestämmelserna om utredning av sjukdomsfall för att anpassa dem till situationer med stor smittspridning av allmänfarlig eller samhällsfarlig sjukdom. I analysen ingår att utreda behovet av och, om det bedöms lämpligt, lämna förslag som ger möjlighet att meddela undantag från vissa av bestämmelserna, såsom skyldighet att uppsöka läkare. Utredaren ska föreslå vilka omständigheter som ska vara uppfyllda för att regleringen ska kunna tillämpas och vem som ska ha befogenhet att meddela undantag från bestämmelserna om utredning av sjukdomsfall samt från vilka bestämmelser undantag kan meddelas.
- Analysera behovet av och, om det bedöms lämpligt, lämna förslag på reglering av statliga myndigheters och regionernas skyldigheter att ha beredskap och tekniska förutsättningar för att vid storskaliga smittspridningar av allmänfarlig eller samhällsfarlig sjukdom skyndsamt utföra analyser av smitta, storskaliga testningar och smittspårningar för smittsamma sjukdomar.
- Analysera bestämmelserna om förhållningsregler och, om det bedöms lämpligt, lämna förslag för att anpassa dem till pandemier eller epidemier av allmänfarlig eller samhällsfarlig sjukdom med utgångspunkt i de behov av åtgärder som framträtt under covid-19-pandemin, såsom behov av att undvika fysiska kontakter i och utanför hemmet och vid behov lämna förslag på ändringar.
- Analysera behovet av och möjligheten till att anpassa bestämmelserna om isolering till storskaliga smittspridningar av allmänfarlig eller samhällsfarlig sjukdom då det kan finnas behov av isolering av smittskyddsskäl inom tvångsvården. Om det bedöms lämpligt, ska utredaren lämna förslag på ändringar av bestämmelserna.
- Analysera hur de förslag som lämnas förhåller sig till grundläggande fri- och rättigheter som rörelsefriheten, skyddet mot frihetsberövanden, religionsfriheten, mötes- och demonstrationsfriheten, näringsfriheten samt egendomsskyddet.

- Analysera hur det kan säkerställas att förslagen är förenliga med regeringsformens krav på proportionalitet och omprövas löpande.
- Bedöma om de föreslagna bestämmelserna enbart bör vara tillämpliga vid samhällsfarliga sjukdomar i vissa situationer.
- Föreslå andra ändringar i smittskyddslagen om det finns behov av det, med beaktande av erfarenheter från hanteringen av utbrottet av covid-19 och av att eventuella framtida pandemier eller epidemier kan ha t.ex. andra smittvägar eller riskfaktorer.
- Analysera behovet av och lämna förslag till ändringar eller förtydliganden av bemyndiganden eller föreslå nya bemyndiganden inom ramen för smittskyddslagen för regeringen och myndigheter under regeringen. Analysen ska innehålla en redogörelse för hur beslutsbefogenheterna bör fördelas mellan riksdagen, regeringen och myndigheterna under regeringen.
- Lämna nödvändiga författningsförslag.

Extraordinära smittskyddsåtgärder

Extraordinära smittskyddsåtgärder kan enligt nuvarande bestämmelser i smittskyddslagen vidtas vid smitta av en samhällsfarlig sjukdom. Bland annat kan smittskyddsläkaren besluta om att personer som anländer till Sverige ska genomgå en hälsokontroll om det finns skäl att misstänka att de har smittats av en samhällsfarlig sjukdom. Hälsokontrollen får dock inte vara förenad med frihetsberövande eller innefatta provtagning eller annan åtgärd som innebär kroppsligt ingrepp. Utredaren ska därför överväga om det bör finnas möjlighet till provtagning vid hälsokontroll vid inresa, för att förhindra att smitta förs in i landet, även i de fall där det inte finns något konstaterat utbrott i avreselandet. Vidare bör utredaren inom ramen för extraordinära smittskyddsåtgärder se över möjligheten att införa karantän vid inresa till landet. Dessa åtgärder ska analyseras i förhållande till grundläggande fri- och rättigheter som de kommer till uttryck i regeringsformen och den europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna (Europakonventionen).

När det gäller extraordinära smittskyddsåtgärder finns det även behov av att se över om det ska finnas möjlighet att vidta preventiva åtgärder vid en pandemi. Det kan t.ex. handla om regionala rese-

förbud inom landet som förhindrar resor till och från områden som är drabbade av smitta till områden som är smittfria eller har en mycket begränsad smittspridning. Vid dessa överväganden ska utredaren noga beakta regeringsformens regler om rörelsefrihet och att en sådan åtgärd kan betraktas som mycket inskränkande i det hänseendet.

Under covid-19-pandemin har många länder infört utgångsförbud som en åtgärd för att minska smittspridning. Utredaren ska analysera i vilken mån dessa åtgärder har haft avgörande effekt för smittspridningen i dessa länder. Om så bedöms ha varit fallet, ska utredaren överväga om det finns skäl för att i svensk lagstiftning ge utrymme för tillfälliga utgångsförbud som extraordinär smittskyddsåtgärd. Värdet av ett sådant utrymme i smittskyddshänseende ska dock vägas noga mot regeringsformens regler om rörelsefrihet och frihetsberövande. I det hänseendet ska utredaren beakta att ett beslut om utgångsförbud – ett slags isolering – eller en karantän av hela samhällen kan anses vara ett mycket ingripande och omfattande beslut.

Vid samtliga överväganden som rör ingrepp i grundläggande fri- och rättigheter ska en avvägning göras av åtgärdens lämplighet och effekt i förhållande till de intressen som grundläggande fri- och rättigheter avser att skydda. Utredaren bör beakta erfarenheter och effekter av andra länders tillämpning av åtgärderna under covid-19-pandemin men även ha i åtanke att en framtida pandemi kan ha andra smittvägar eller riskfaktorer.

Utredaren ska därför göra följande:

- Analysera bestämmelserna om extraordinära smittskyddsåtgärder i smittskyddslagen med syfte att anpassa dem till omfattande utbrott av samhällsfarliga sjukdomar. Utredaren ska bl.a. analysera behovet av och, om det bedöms lämpligt, lämna förslag som ger möjlighet att vid en hälsokontroll vid inresa till landet utföra provtagning av individer genom exempelvis blodprov eller PCR-prov (en metod som bland annat används för att söka efter sjukdomsframkallande smittämnen i provmaterial). Vidare ska utredaren analysera om det finns behov av och, om det bedöms lämpligt, lämna förslag som ger möjlighet till att vid en pandemi eller epidemi utföra en hälsokontroll vid inresa i landet, även i de fall det saknas konstaterat utbrott i avreselandet, för att förhindra att smitta förs in i landet. Utredaren ska även lämna förslag på eventuella andra extraordinära smittskyddsåtgärder som t.ex. karantän

tän vid inresa i landet, vilka omständigheter som ska innebära att bestämmelserna ska kunna tillämpas och vem som ska ha befogenhet att besluta om sådana extraordinära smittskyddsåtgärder.

- Analysera och lämna förslag på vilken reglering som behövs för att det ska kunna vidtas förebyggande åtgärder inom ramen för extraordinära smittskyddsåtgärder vid pandemier eller epidemier av samhällsfarlig sjukdom, såsom regionala reseförbud inom landet som förhindrar resor till och från områden som är drabbade av smitta till områden som är smittfria eller har begränsad smittspridning.
- Analysera i vilken mån utgångsförbud har haft avgörande effekt för smittspridningen av covid-19 i länder som har använt sig av detta inom ramen för smittskyddsarbetet. Om så bedöms ha varit fallet, ska utredaren analysera behovet av och, om det bedöms lämpligt, lämna förslag som ger möjlighet till att vid pandemier eller epidemier av samhällsfarlig sjukdom införa tillfälliga utgångsförbud i begränsade områden.
- Analysera hur de förslag som övervägs förhåller sig till grundläggande fri- och rättigheter som rörelsefriheten, skyddet mot frihetsberövanden, religionsfriheten, mötes- och demonstrationsfriheten, näringsfriheten samt egendomsskyddet.
- Analysera hur det kan säkerställas att förslagen är förenliga med regeringsformens krav på proportionalitet och omprövas löpande.
- Analysera hur bestämmelserna kan utformas så att förslagen inte leder till större negativa effekter än nödvändigt för företaget.
- Bedöma om de föreslagna bestämmelserna enbart bör vara tillämpliga vid samhällsfarliga sjukdomar i vissa situationer.
- Analysera behovet av och lämna förslag till ändringar eller förtydliganden av bemyndiganden eller föreslå nya bemyndiganden inom ramen för smittskyddslagen för regeringen och myndigheter under regeringen. Analysen ska innehålla en redogörelse för hur beslutsbefogenheterna mellan riksdagen, regeringen och myndigheterna under regeringen bör fördelas.
- Lämna nödvändiga författningsförslag.

Översyn av behovet av nya bestämmelser med syfte att motverka trängsel

Den pågående pandemin har aktualiserat behov av ett långsiktigt hållbart regelverk och tvingande åtgärder som inte kan vidtas inom ramen för smittskyddslagen.

Regeringen fattade därför den 4 juni 2020 beslut om propositionen En ny lag om tillfälliga smittskyddsåtgärder på serveringsställen (prop. 2019/20:172). Lagen (2020:526) om tillfälliga smittskyddsåtgärder på serveringsställen trädde i kraft den 1 juli 2020. Bestämmelserna i lagen och anslutande föreskrifter innebär att den som driver ett serveringsställe ansvarar för att vidta vissa åtgärder för att förhindra spridning av det virus som orsakar covid-19. Även förordningen (2020:956) om tillfälligt förbud mot servering av alkohol beslutades.

Den 4 januari 2021 beslutade regeringen om propositionen En tillfällig covid-19-lag (prop. 2020/21:79) med förslag på en tillfällig lag om begränsningar för att förhindra spridningen av covid-19. Lagen (2021:4) om särskilda begränsningar för att förhindra spridning av sjukdomen covid-19 (den s.k. covid-19-lagen eller pandemi-lagen) trädde i kraft den 10 januari 2021. Med det tillfälliga regelverket har en mer träffsäker reglering tagits fram som möjliggör smittskyddsåtgärder som är anpassade efter verksameters skiftande förutsättningar att bedriva smittskyddsäker verksamhet. Med stöd av lagen kan det införas särskilda begränsningar för verksamheter och platser som allmänna sammankomster och offentliga tillställningar, platser för fritids- eller kulturverksamhet som är öppna för allmänheten, handelsplatser som är öppna för allmänheten, kollektivtrafik och inrikes flygtrafik samt platser för privata sammankomster. Med stöd av den nya lagen har regeringen beslutat om en ny förordning, förordningen (2021:8) om särskilda begränsningar för att förhindra spridning av sjukdomen covid-19 (den s.k. begränsningsförordningen).

En grundläggande åtgärd för att minska risken för smittspridning är att motverka trängsel vid folksamlingar. Som en yttersta åtgärd kan vissa verksamheter behöva stängas ner eller folksamlingar där trängsel kan uppstå helt förbjudas. Det finns behov av att analysera i vilka verksamheter som begränsningar bör kunna införas, under vilka förutsättningar som begränsningar ska kunna beslutas, hur begränsningar ska kunna upprätthållas samt vilka typer av begränsningar

som ska kunna beslutas och av vem. Detta ska göras med beaktande av de gällande tillfälliga regelverken och erfarenheterna från tillämpningen av dem. Begränsningarna ska inte vara mera långtgående än vad som krävs för att skydda liv och hälsa.

I detta hänseende ska det beaktas att demonstrationer, opinionsbildande möten och religiösa sammankomster har särskild betydelse i ett demokratiskt samhälle. Demonstrationsfriheten, mötesfriheten, och religionsfriheten har också av detta skäl ett särskilt skydd i regeringsformen. Ju längre en inskränkning gäller, desto mer ingripande får den anses vara. Utifrån detta bör grunderna för proportionalitetsbedömningen avseende begränsningar i verksamheter som utgör allmänna sammankomster utvecklas och analyseras. Utrymmet för begränsningar ska inte heller vara större än vad som är absolut nödvändigt med hänsyn till de syften som bär upp begränsningen och bör omprövas kontinuerligt. I det här sammanhanget ska begränsningarna inte vara mera långtgående än vad som krävs för att skydda liv och hälsa. Utredaren ska därför i frågor som inskränker de grundläggande fri- och rättigheterna göra en noggrann avvägning av åtgärdens lämplighet och effekt i förhållande till dessa. Åtgärden ska också sättas i relation till i vilken mån andra typer av verksamheter kan begränsas för att motverka smittspridning.

Utredaren ska därför göra följande:

- Föreslå en flexibel, träffsäker och ändamålsenlig reglering för att vid pandemier eller epidemier av samhällsfarlig sjukdom möjliggöra begränsning av folksamlingar i syfte att minska risken för trängsel och därmed minska risken för smittspridning på platser dit allmänheten har tillträde. Utredaren ska ta ställning till och, vid behov, lämna förslag som möjliggör att folksamlingar kan begränsas även på ställen dit allmänheten inte har tillträde, t.ex. folksamlingar i hemmet. Utredaren bör beakta möjligheterna att bedriva olika verksamheter och arrangemang smittsäkert och anpassa regleringen utifrån det. Utredaren bör även beakta vilka möjligheter som verksamhetsutövare har för att se till att de restriktioner som gäller för verksamheten följs. Även det regionala perspektivet bör beaktas eftersom det kan finnas behov att kunna tillämpa reglerna olika i hela eller delar av ett län. Det ska särskilt analyseras vilka omständigheter som ska vara uppfyllda för att regleringen ska kunna tillämpas. I förslaget ska det inkluderas en

analys av behovet och förslag om tillsyn, ansvarsfördelning, befogenheter och sanktioner.

- Analysera behovet av och, om det bedöms lämpligt, lämna förslag på reglering av verksamheters ansvar i hanteringen av pandemier eller epidemier av allmänfarlig eller samhällsfarlig sjukdom. I analysen ska behovet av tillsyn och eventuella sanktioner inkluderas.
- Analysera hur regleringen kan utformas så att förslagen inte leder till högre administrativ belastning eller högre kostnader än nödvändigt för företag.
- Analysera hur förslagen om begränsningar av folksamlingar förhåller sig till grundläggande fri- och rättigheter som rörelsefriheten, religionsfriheten, mötes- och demonstrationsfriheten, näringsfriheten samt egendomsskyddet.
- Analysera hur det kan säkerställas att förslagen är förenliga med regeringsformens krav på proportionalitet och omprövas löpande.
- Bedöma om de föreslagna bestämmelserna enbart bör vara tillämpliga vid samhällsfarliga sjukdomar i vissa situationer.
- Ta ställning till om de nya bestämmelserna ska införas i smittskyddslagen, i annan lag eller i en ny lag.
- Analysera behovet av och lämna förslag på eventuella nya bemyndiganden när det gäller åtgärder för att motverka trängsel vid spontana folksamlingar eller i olika verksamheter under pandemier eller epidemier av allmänfarlig eller samhällsfarlig sjukdom. Analysen ska innehålla en redogörelse för hur beslutsbefogenheterna bör fördelas mellan riksdagen, regeringen och myndigheterna under regeringen inom detta område. Utredaren ska, om förslag på nya bemyndiganden lämnas, föreslå de följdändringar i befintliga bemyndiganden som blir aktuella.
- Föreslå andra bestämmelser om det, med beaktande av erfarenheter från hanteringen av utbrottet av covid-19 och av att eventuella framtida pandemier eller epidemier kan ha t.ex. andra smittvägar eller riskfaktorer, finns behov av det för att motverka trängsel i syfte att minska risken för smittspridning vid pandemier eller epidemier av allmänfarlig eller samhällsfarlig sjukdom.
- Lämna nödvändiga författningsförslag.

Uppdraget att göra en översyn av bestämmelserna om smittbärappenning

Smittbärappenning kan enligt nuvarande regler i 46 kap. socialförsäkringsbalken lämnas till en smittbärare i samband med åtgärder för smittskydd eller skydd för livsmedel. Smittbärappenning lämnas i form av smittbärappenning och resekostnadsersättning. De nuvarande bestämmelserna innebär att smittbärappenning betalas ut till den som kan arbeta, men inte får göra det på grund av risken för att smitta andra. Smittbärappenning kan beviljas med anledning av att en läkare har beslutat att individen inte får arbeta på grund av att denne är smittad eller kan vara smittad av en allmänfarlig sjukdom eller för att en individ avstår från förvärvsarbete för att genomgå en läkarundersökning för att utreda om denne har en smittsam sjukdom eller på grund av att en individ har en sjukdom, en smitta, ett sår eller någon annan skada som gör att denne inte får hantera livsmedel. Ett läkarintyg ska påvisa att individen inte får arbeta på grund av risken för smitta.

Under hösten 2020 gick Folkhälsomyndigheten ut med rekommendationen att friska vuxna personer som bor i samma hushåll som en person med bekräftad covid-19 bör hålla sig i hemmet, för att minska smittspridningen av covid-19. Enligt smittskyddslagen ska en behandlande läkare besluta om individuellt utformade förhållningsregler även för dessa personer.

Med anledning av stort antal ansökningar om smittbärappenning har regeringen beslutat att tillfälligt ta bort kravet på läkarintyg för ansökningar om smittbärappenning som gäller covid-19. Det gäller från och med den 6 februari fram till och med den 30 september 2021.

Utredaren ska därför göra följande:

- Analysera bestämmelserna om smittbärappenning för enskilda som inte kan arbeta på grund av smitta eller misstänkt smitta med beaktande av hur det har fungerat under covid-19-pandemin. Utredaren ska vid behov lämna förslag till ändringar med syfte att smittbärappenningen ska fungera träffsäkert och kontrollerbart även vid storskaliga smittspridningar.
- Analysera behovet av och, om det bedöms lämpligt, lämna förslag på att utvidga bestämmelserna om smittbärappenning till att omfatta enskilda som delar hushållsgemenskap med någon som är smittad och som inte har möjlighet att arbeta hemifrån.

- Analysera hur Försäkringskassans handläggning och system för utbetalning och kontroll av smittbärrpenning har fungerat under covid-19-pandemin och lämna förslag på hur handläggningen kan utvecklas för att säkerställa en kostnadseffektiv och ändamålsenlig hantering även vid storskaliga smittspridningar.
- Lämna nödvändiga författningsförslag.

Uppdraget att stärka smittskyddet för vissa grupper inom socialtjänsten

Hemtjänst och särskilt boende är insatser som beslutas med stöd av SoL. Enskilda kan även beviljas särskilt boende genom LSS. Oavsett om en insats ges enligt SoL eller LSS måste den enskilde samtycka till detta och ges möjlighet att vara delaktig vid utformandet av insatsen. Det finns inget stöd för tvångs- och begränsningsåtgärder i SoL, LSS eller i hälso- och sjukvårdslagen, förkortad HSL. Vid en pandemi eller epidemi kan det i praktiken vara svårt att ge den enskilde samma möjlighet att vara delaktig i insatsernas utformande. Ett effektivt smittskydd kan tillfälligt kräva begränsningar i den frihet som människor annars åtnjuter, både för att skydda en enskild som smittats och för att hindra den personen från att sprida smittan vidare till andra. Det gäller speciellt i särskilda boendeformer där den enskildes bostad kan vara förhållandevis liten men det finns mer tilltagna gemensamma utrymmen för den enskilde att vistas i. Trots hårda restriktioner som det besöksförbud i särskilda boenden för äldre som regeringen beslutade i mars 2020, drabbades gruppen äldre, och särskilt de äldre som bott på särskilda boenden, hårt under covid-19-pandemin. Det finns även behov av att undersöka i vilken utsträckning verksamheter som särskilda boenden enligt SoL eller LSS bör åläggas krav på att kunna vidta nödvändiga smittskyddsåtgärder, och vilka författningsstöd som samma verksamheter behöver för att kunna vidta sådana åtgärder och vilka kriterier som ska uppfyllas vid respektive åtgärd.

Personer som beviljats insatsen särskilt boende enligt SoL eller LSS har ofta ett omfattande behov av vård och omsorg och har därför ingen reell möjlighet att t.ex. hålla avstånd eller isolera sig. Det är därför av största vikt att personal har god kunskap om hur man kan arbeta smittskyddssäkert, och ges förutsättningar att hindra smitt-

spridning mellan personal och boende i vård- och omsorgssituationer. Däremot har inte personal i dag möjlighet att hindra dem som bor på ett särskilt boende att röra sig i lokalerna. För att begränsa smittspridning vid en pandemi eller epidemi kan det därför finnas behov av att bedriva så kallad kohortvård. Kohortvård innebär att en eller flera smittade vårdas avskilt av särskilt utsedd personal. En förutsättning för att kunna bedriva kohortvård är att det finns en möjlighet att genom testning avgöra om den enskilde är smittad. Detta kan vara en utmaning när det gäller individer med nedsatt beslutsförmåga, då de i vissa fall saknar förmåga att förstå syftet med testning och vad det kan innebära. För de individer som saknar förmåga att ta ställning och samtycka finns det i dag ingen möjlighet att tvinga personen att tillfälligt flytta från sitt hem.

De flesta personer som har en demenssjukdom drabbas någon gång av beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD). Det kan t.ex. innebära att personen vandrar planlöst omkring utan att komma till ro. Det är ofta inte möjligt att stoppa personen från att vandra. Personer med nedsatt beslutsförmåga kan bl.a. därför ha svårt att hålla avstånd till andra för att undvika att sprida smitta eller att själva bli smittade. Enligt smittskyddslagen kan isolering i dag endast ske på en vårdinrättning som bedrivs av en region. Det bör därför utredas om det finns ett behov av en möjlighet att besluta om isolering på något annat sätt än vad nuvarande lagstiftning medger, som är mer lämpligt för de personer som också är i behov av äldreomsorg eller insatser enligt LSS.

Utredaren ska därför göra följande:

- Utreda om det finns regler som ställer krav på att verksamheter som särskilda boenden enligt SoL och LSS vidtar nödvändiga smittskyddsåtgärder. Om sådana regler inte finns, ska utredaren lämna förslag på sådana regler. I förslaget ska det inkluderas vilka kriterier som ska uppfyllas vid respektive åtgärd.
- Ta ställning till om det finns behov av regler och, vid behov, lämna förslag som möjliggör tillfällig kohortvård för personer som bor i bostäder med särskild service enligt LSS.
- Lämna förslag som möjliggör att äldre personer med nedsatt beslutsförmåga tillfälligt kan omfattas av kohortvård när det av smittskyddsskäl anses nödvändigt.

- Utredda behovet av och, om det bedöms lämpligt, lämna förslag som möjliggör testning av individer även när indikationen för provtagning inte faller under nuvarande regleringar i smittskyddslagen eller HSL.
- Utredda behovet av och, om det bedöms lämpligt, lämna förslag som möjliggör tillfällig isolering av boende i särskilt boende som anges i 5 kap. 5 § eller 7 § SoL eller motsvarande boendeform i 7 kap. 1 § första stycket 2 samma lag samt i de boendeformer som anges i 9 § 8 och 9 LSS.
- Beakta de särskilda utmaningar och särskilda behov som personer med exempelvis demenssjukdom eller intellektuell funktionsnedsättning kan ha samt behovet av tillgång till personal med kompetens vid åtgärdernas genomförande.
- Analysera hur de förslag som lämnas förhåller sig till grundläggande fri- och rättigheter som rörelsefriheten, skyddet mot frihetsberövanden, religionsfriheten, mötes- och demonstrationsfriheten, näringsfriheten samt egendomsskyddet.
- Analysera hur det kan säkerställas att förslagen är förenliga med regeringsformens krav på proportionalitet och omprövas löpande.
- Bedöma om de föreslagna bestämmelserna enbart bör vara tillämpliga vid samhällsfarliga sjukdomar i vissa situationer.
- Lämna nödvändiga författningsförslag.

Uppdraget om eventuell utvidgning av nationella vaccinationsregistret

Nationella vaccinationsregistret (NVR) är ett verktyg för att följa upp effekten av nationella vaccinationsprogram samt för att följa upp covid-19-vaccinationer. NVR förenklar datainsamling på nationell nivå. Registret ger möjlighet till en heltäckande och kvalitetssäker nationell övervakning av vaccinationstäckning, skyddseffekt och eventuella biverkningar. Rapporteringen är obligatorisk och regleras i lagen om register över nationella vaccinationsprogram m.m. Det är Folkhälsomyndigheten som ansvarar för registret.

Tillämpningsområdet för lagen om register över nationella vaccinationsprogram m.m. utvidgades den 1 januari 2021 till att även om-

fatta behandling av uppgifter om vaccinationer mot sjukdomen covid-19. Det kan finnas anledning att kunna registrera och därmed på ett betryggande sätt följa vaccinationer vid framtida pandemiska utbrott. Det är exempelvis värdefullt att snabbt kunna få en fullständig bild över hur många som fått ett vaccin för att kunna värdera rapporter om misstänkta eller sällsynta biverkningar. Registret kan innehålla uppgifter som är värdefulla för Läke-medelsverket för säkerhetsövervakning.

Utredaren ska därför

- analysera behovet av och, om det bedöms lämpligt, lämna förslag om att utvidga tillämpningsområdet för lagen om register över nationella vaccinationsprogram till att omfatta även pandemi-vaccinationer,
- analysera och lämna förslag på hur uppgiftslämnandet till Läke-medelsverket ska kunna gå till på ett sätt som inte förutsätter att den absoluta sekretessen i NVR bryts, och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Konsekvensbeskrivningar

I uppdraget ingår att lämna konsekvensbedömningar av de förslag som ges. I synnerhet ska konsekvenserna för näringsliv, föreningsliv, staten, kommuner och regioner samt för enskilda individer beskrivas. Om förslagen påverkar kostnaderna eller intäkterna för staten, regionerna eller kommunerna, ska en beräkning av dessa konsekvenser redovisas. Om förslagen medför kostnadsökningar för staten, regionerna eller kommunerna, ska utredaren föreslå hur dessa ska finansieras. I 14 kap. 3 § regeringsformen anges att en inskränkning av den kommunala självstyrelsen inte bör gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till ändamålen. Det innebär att en proportionalitetsbedömning ska göras under lagstiftningsprocessen. Om något av utredningens förslag påverkar den kommunala självstyrelsen ska därför, utöver dess konsekvenser, de särskilda avvägningar som lett fram till förslaget särskilt redovisas. Vad gäller konsekvenser av eventuella förslag som rör smittbärarpenningen ska de administrativa och ekonomiska konsekvenserna för Försäkringskassan särredovisas. Utredningen ska göra en samlad bedömning av den administrativa

börda och de ekonomiska konsekvenser som kan uppkomma för företag och andra privata aktörer.

Utredaren ska även analysera samtliga förslags förhållande till EU-rätten och Europakonventionen, beakta förslagens relation till folkrätten i övrigt samt beakta reglering kring offentlighet och sekretess och behandling av personuppgifter.

Erfarenheter från covid-19-pandemin, och de åtgärder som vidtagits med anledning av den, har drabbat olika grupper av individer på olika sätt vilket kan få konsekvenser för jämställdheten och jämlikheten i hälsan. Det är därför viktigt att integrera ett jämställdhetsperspektiv i utredningen. Om förslagen kan leda till olika utfall för kvinnor och män, eller för vissa grupper av kvinnor och män, eller om de särskilt berör kvinnor eller män, flickor eller pojkar, ska konsekvenserna i det avseendet anges i betänkandet.

Kontakter och redovisning av uppdraget

Utredaren ska bedriva sitt arbete utåtriktat och ska i relevant omfattning inhämta kunskap, erfarenheter och synpunkter från Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen, Försäkringskassan, Arbetsgivarverket, Polismyndigheten, Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, Statens veterinärmedicinska anstalt, länsstyrelserna och andra statliga myndigheter, Sveriges Kommuner och Regioner, näringslivsorganisationer samt övriga relevanta aktörer. I relevanta delar ska utredaren även samråda med företrädare för regioner och kommuner och privata aktörer som bedriver verksamhet inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. I den mån det bedöms som motiverat ska utredaren även inhämta kunskap och erfarenheter från andra länder.

Utredaren ska beakta relevant arbete inom området, exempelvis Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap (S 2018:09) och Coronakommissionen (S 2020:09).

En delredovisning avseende deluppdraget om extraordinära smittskyddsåtgärder ska lämnas senast den 15 maj 2022.

Uppdraget ska slutredovisas senast den 1 september 2023.

(Socialdepartementet)

Kommittédirektiv 2022:110

Tilläggsdirektiv till Utredningen om författningsberedskap inför framtida pandemier (S 2021:04)

Beslut vid regeringssammanträde den 7 juli 2022

Ändring i uppdraget

Regeringen beslutade den 2 september 2021 kommittédirektiv om författningsberedskap inför framtida pandemier (dir. 2021:68).

Uppdraget ändras nu på så sätt att utredaren inte ska utreda deluppdraget om en eventuell utvidgning av nationella vaccinationsregistret.

En analys av behovet av en eventuell utvidgning av nationella vaccinationsregistret kommer att göras inom ramen för ett annat uppdrag (dir. 2022:109).

Utredningstiden ligger fast. Uppdraget ska alltså redovisas senast den 1 september 2023.

(Socialdepartementet)

Kommittédirektiv 2023:104

Tilläggsdirektiv till Utredningen om författningsberedskap inför framtida pandemier (S 2021:04)

Beslut vid regeringssammanträde den 29 juni 2023

Ändring i uppdraget

Regeringen beslutade den 2 september 2021 kommittédirektiv om författningsberedskap inför framtida pandemier (dir. 2021:68). Genom tilläggsdirektiv begränsades uppdraget (dir. 2022:110).

Uppdraget ändras nu på så sätt att utredaren inte ska utreda deluppdraget om att göra en översyn av smittskyddslagen och en översyn av behovet av nya bestämmelser för att motverka trängsel eftersom de kommer att göras inom ramen för ett annat uppdrag (dir. 2023:106).

Utredningstiden ligger fast. Uppdraget ska alltså redovisas senast den 1 september 2023.

(Socialdepartementet)

Statens offentliga utredningar 2023

Kronologisk förteckning

1. Skärpta straff för flerfaldig brottslighet. Ju.
2. En inre marknad för digitala tjänster – ansvarsfordelning mellan myndigheter. Fi.
3. Nya regler om nödlidande kreditavtal och inkassoverksamhet. Ju.
4. Posttjänst för hela slanten. Finansieringsmodeller för framtidens samhällsomfattande posttjänst. Fi.
5. Från delar till helhet. Tvångsvården som en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja. S.
6. En lag om tilläggs-skatt för företag i stora koncerner. Fi.
7. På egna ben. Utvecklad samverkan för individers etablering på arbetsmarknaden. A.
8. Arbetslivskriminalitet – arbetet i Sverige, en bedömning av omfattningen, lärdomar från Danmark och Finland. A.
9. Ett statligt huvudmannskap för personlig assistans. Ökad likvärdighet, långsiktighet och kvalitet. S.
10. Tandvårdens stöd till våldsutsatta patienter. S.
11. Tillfälligt miljötillstånd för samhällsviktig verksamhet – för ökad försörjningsberedskap. KN.
12. Förstärkt skydd för demokratin och domstolarnas oberoende. Ju.
13. Patientöversikter inom EES och Sverige. S.
14. Organisera för hållbar utveckling. KN.
15. Förnybart i tanken. Ett styrmedelsförslag för en stärkt bioekonomi. LI.
16. Staten och betalningarna. Del 1 och 2. Fi.
17. En tydligare bestämmelse om hets mot folkgrupp. Ju.
18. Värdet av vinden. Kompensation, incitament och planering för en hållbar fortsatt utbyggnad av vindkraften. Del 1 och 2. KN.
19. Statlig forskningsfinansiering. Underlagsrapporter. U.
20. Förbud mot bottentråkning i marina skyddade områden. LI.
21. Informationsförsörjning på skolområdet. Skolverkets ansvar. U.
22. Datalagring och åtkomst till elektronisk information. Ju.
23. Ett modernare socialförsäkringsskydd för gravida. S.
24. Etablering för fler – jämställda möjligheter till integration. A.
25. Kunskapskrav för permanent uppehållstillstånd. Ju.
26. Översyn av entreprenörsansvaret. A.
27. Kamerabevakning för ett bättre djurskydd. LI.
28. Samhället mot skolattacker. U.
29. Varje rörelse räknas – hur skapar vi ett samhälle som främjar fysisk aktivitet? S.
30. Ett trygghetssystem för alla. Nytt regelverk för sjukpenninggrundande inkomst. S.
31. Framtidens yrkeshögskola – stabil, effektiv och hållbar. U.
32. Biometri – för en effektivare brottsbekämpning. Ju.
33. Ett förbättrat resegarantisystem. Fi.
34. Bolag och brott – några åtgärder mot oseriösa företag. Ju.
35. Nya regler om hållbarhetsredovisning. Ju.
36. Genomförande av minimilöne-direktivet. A.

37. Förstärkt skydd för den personliga integriteten. Behovet av åtgärder mot oskuldskontroller, oskuldssintyg och oskuldssingrepp samt omvändelseför-sök. Ju.
38. Ett förstärkt konsumentskydd mot riskfylld kreditgivning och överskuldssättning. Fi.
39. En inre marknad för digitala tjänster – kompletteringar och ändringar i svensk rätt. Fi.
40. Förbättrade möjligheter för barn att utkräva sina rättigheter enligt barnkonventionen. S.
41. Förutsättningarna för en ny kollektivavtalad arbetslöshetsförsäkring. A.
42. Ett modernare regelverk för legaliseringar, apostille och andra former av intyganden. UD.
43. En samordnad registerkontroll för upphandlande myndigheter och enheter. Fi.
44. En översyn av regleringen om frihetsberövande påföljder för unga. Ju.
45. Övergångsrestriktioner – ökat förtroende för offentlig verksamhet. Fi.
46. Jakt och fiske i renbetesland. LI.
47. En utvecklad arbetsgivardeklaration – åtgärder mot missbruk av välfärdssystemen. Fi.
48. Rätt förutsättningar för sjukskrivning. S.
49. Skyddet för EU:s finansiella intressen. Ändringar och kompletteringar i svensk rätt. Fi.
50. En modell för svensk försörjningsberedskap. Fö.
51. Signalspaning i försvarsunderrättelseverksamhet – frågor med anledning av Europadomstolens dom. Fö.
52. Ett stärkt och samlat skydd av välfärdssystemen. S.
53. En ändamålsenlig arbetsskadeförsäkring – för bättre ekonomisk trygghet, kunskap och rättssäkerhet. Volym 1 och 2. S.
54. Centraliseringen av administrativa tjänster till Statens servicecenter – en utvärdering. Fi.
55. Vem äger fastigheten. Ju.
56. Några smittskyddsfrågor inom socialtjänsten och socialförsäkringen. S.

Statens offentliga utredningar 2023

Systematisk förteckning

Arbetsmarknadsdepartementet

- På egna ben.
Utvecklad samverkan för individers etablering på arbetsmarknaden. [7]
- Arbetslivskriminalitet – arbetet i Sverige, en bedömning av omfattningen, lärdomar från Danmark och Finland. [8]
- Etablering för fler – jämställda möjligheter till integration. [24]
- Översyn av entreprenörsansvaret. [26]
- Genomförande av minimilönedirektivet. [36]
- Förutsättningarna för en ny kollektivavtalad arbetslöshetsförsäkring. [41]

Finansdepartementet

- En inre marknad för digitala tjänster – ansvarsfördelning mellan myndigheter. [2]
- Posttjänst för hela slanten.
Finansieringsmodeller för framtidens samhällsomfattande posttjänst. [4]
- En lag om tilläggsskatt för företag i stora koncerner. [6]
- Staten och betalningarna. Del 1 och 2. [16]
- Ett förbättrat resegarantisystem. [33]
- Ett förstärkt konsumentskydd mot riskfylld kreditgivning och överskuldssättning. [38]
- En inre marknad för digitala tjänster - kompletteringar och ändringar i svensk rätt. [39]
- En samordnad registerkontroll för upphandlande myndigheter och enheter. [43]
- Övergångsrestriktioner – ökat förtroende för offentlig verksamhet. [45]
- En utvecklad arbetsgivardeklaration – åtgärder mot missbruk av välfärdssystemen. [47].

- Skyddet för EU:s finansiella intressen.
Ändringar och kompletteringar i svensk rätt. [49]
- Centraliseringen av administrativa tjänster till Statens servicecenter – en utvärdering. [54]

Försvarsdepartementet

- En modell för svensk försörjningsberedskap. [50]
- Signalspaning i försvars- underrättelseverksamhet – frågor med anledning av Europadomstolens dom. [51]

Justitiedepartementet

- Skärpta straff för flerfaldig brottslighet. [1]
- Nya regler om nödlidande kreditavtal och inkassoverksamhet. [3]
- Förstärkt skydd för demokratin och domstolarnas oberoende. [12]
- En tydligare bestämmelse om hets mot folkgrupp. [17]
- Datalagring och åtkomst till elektronisk information. [22]
- Kunskapskrav för permanent uppehållstillstånd. [25]
- Biometri – för en effektivare brottsbekämpning. [32]
- Bolag och brott – några åtgärder mot oseriösa företag. [34]
- Nya regler om hållbarhetsredovisning. [35]
- Förstärkt skydd för den personliga integriteten. Behovet av åtgärder mot oskuldskontroller, oskuldssintyg och oskuldssingrepp samt omvändelseförsök. [37]
- En översyn av regleringen om frihetsberövande påföljder för unga. [44]
- Vem äger fastigheten. [55]

Klimat- och näringslivsdepartementet

- Tillfälligt miljötillstånd för samhällsviktig verksamhet – för ökad försörjningsberedskap. [11]
- Organisera för hållbar utveckling. [14]
- Värdet av vinden. Kompensation, incitament och planering för en hållbar fortsatt utbyggnad av vindkraften. Del 1 och 2. [18]

Landsbygds- och infrastrukturdepartementet

- Förnybart i tanken. Ett styrmedelsförslag för en stärkt bioekonomi. [15]
- Förbud mot bottenstrålning i marina skyddade områden. [20]
- Kamerabevakning för ett bättre djurskydd. [27]
- Jakt och fiske i renbetesland. [46]

Socialdepartementet

- Från delar till helhet. Tvångsvården som en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja. [5]
- Ett statligt huvudmannaskap för personlig assistans. Ökad likvärdighet, långsiktighet och kvalitet. [9]
- Tandvårdens stöd till våldsutsatta patienter. [10]
- Patientöversikter inom EES och Sverige. [13]
- Ett modernare socialförsäkringsskydd för gravida. [23]
- Varje rörelse räknas – hur skapar vi ett samhälle som främjar fysisk aktivitet? [29]
- Ett trygghetssystem för alla. Nytt regelverk för sjukpenninggrundande inkomst. [30]
- Förbättrade möjligheter för barn att utkräva sina rättigheter enligt barnkonventionen. [40]
- Rätt förutsättningar för sjukskrivning. [48]
- Ett stärkt och samlat skydd av välfärdssystemen. [52]
- En ändamålsenlig arbetsskadeförsäkring – för bättre ekonomisk trygghet, kunskap och rättssäkerhet. Volym 1 och 2. [53]

- Några smittskyddsfrågor inom socialtjänsten och socialförsäkringen. [56]

Utbildningsdepartementet

- Statlig forskningsfinansiering. Underlagsrapporter. [19]
- Informationsförsörjning på skolområdet. Skolverkets ansvar. [21]
- Samhället mot skolattacker. [28]
- Framtidens yrkeshögskola – stabil, effektiv och hållbar. [31]

Utrikesdepartementet

- Ett modernare regelverk för legaliseringar, apostille och andra former av intyganden. [42]

2024-02-07

§§ 17-28

§ 24**Parlamentarisk grupp – mätetal**

Diarienummer: RJL 2024/640

Beslut

Presidiet föreslår nämnden för folkhälsa och sjukvård besluta att

- tillsätta en parlamentarisk grupp kopplad till nämndens mätetal.

Den parlamentariska gruppen föreslås bestå av en förtroendevald från varje politiskt parti.

Den parlamentariska gruppen föreslås sammanträda följande datum.

Onsdag 17 april 2024

Onsdag 15 maj 2024

Onsdag 22 maj 2024