

## Västra Götalandsregionen

Datum: 2026-02-27

Mötesanteckning

### Samordnande grupp chefläkare

Tid: 09:00 – 16:00

Plats: Hotell Pigalle, Södra Hamngatan 2 A, Göteborg

#### Deltagare

Samordnande grupp chefläkare

Nätverk för Patientsäkerhet och omvårdnad

Mötespunkt	Anteckning	Ansvarig
1.	<p><b>Välkommen och inledning</b></p> <p>Regionchefläkare Jacob Wulfsberg öppnar dagens möte genom att hälsa alla välkomna.</p> <p>Dagens agenda presenteras, därefter en presentationsrunda.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Information reviderad handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2025–2026 de stora förändringarna finns i avsnittet för vårdrelaterade infektioner.</li><li>Uppdrag vårdhygien avseende Regional handlingsplan för att minska vårdrelaterade infektioner</li><li>NAG Patientsäkerhetsberättelse remissrunda (15/4–16/6)</li><li>Utbildning i Lärportalen: Trycksår, undernäring och fall</li></ul>	Jacob Wulfsberg / Graciela Carlson
2.	<p><b>Trycksår, undernäring och fall</b></p> <p>Syfte: med utbildningen</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Att ge grundläggande kunskaper om trycksår, undernäring och fall. Vikten av att identifiera risker, sätta in åtgärder och utvärdera.</li></ul> <p>Mål:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>”God och säker vård, överallt och alltid”.</li><li>Förebygga och minska vårdskador inom trycksår, undernäring och fall.</li><li>Minska patientens lidande</li></ul>	Graciela Carlson Strateg Patientsäkerhet

### Målgrupp

- Omvårdnadspersonal inom sjukhus
- Den primära målgruppen är sjuksköterskor och undersköterskor.
- Sekundär målgrupp är övriga yrkeskategorier i patientnära arbete

Lärandemål, som grund för fakta.

Efter utbildningen kan deltagaren:

- reflektera kring samband mellan trycksår, undernäring och fall
- redogöra för vikten av tidig riskbedömning och när den ska påbörjas
- redogöra för hur en professionell riskbedömning genomförs
- beskriva vikten av individuell plan, hur den ska formuleras och när den ska påbörjas
- föreslå och motivera individuella åtgärder och när åtgärderna ska sättas in
- beskriva hur åtgärders effekt ska utvärderas
- tolka information om patient utifrån journal, riskbedömning och individuell plan
- motivera vikten av att dokumentera processen i journal och överrapportera i vårdens övergångar
- redogöra för vikten av att involvera och planera tillsammans med patient och närstående.

### Regional utbildning i Lärportalen

Den 18 februari lanserades utbildningen i Lärportalen.

[Trycksår, undernäring och fall](#)

Utbildningen innehåller:

- En introduktion om varför trycksår, undernäring och fall hänger ihop
- Tre fördjupande kapitel – ett för varje område
- Praktiska exempel på riskbedömning och individuella planer
- Strategier för att dokumentera och överrapportera i vårdens övergångar

Varje utbildningsdel innehåller avslutande frågor.

Graciela skickar information till

kommunikationsavdelningarna. Vi hjälps åt att sprida informationen.

	<p><b>Frågor</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hur kan vi få den till Göteborgs Universitet och andra högskolor? Graciela tar med sig den här frågan.</li> <li>• Går den att lägga obligatorisk till vissa personalgrupper? Svar: Om den ska vara obligatorisk, är ännu inte bestämt. Det är också en lång process. Endast HR-direktören kan ta ett sådant beslut. Att få den rekommenderad är däremot möjligt.</li> </ul> <p><a href="#">Utbildningsplan</a></p>	
3.	<p><b>Masskadeplan och Vård nödvändig för liv och hälsa &amp; erfarenheter från Risbergska</b></p> <p>De senaste fyra åren har Joachim arbetat med beredskapsfrågor, både krigets- och krisens händelse.</p> <p>Ny Hälso- och sjukvårdslagstiftning, och ny Hälso- och sjukvårdsförordning "Vård nödvändig för liv och hälsa".</p> <p>Bakgrund</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Försvarspolitisk inriktning sedan 2016</li> <li>• Fullskaliga invasioner av Ukraina 2022, krigets verklighet gjorde att vi identifierade brister och utmaningar i såväl våra egna system som våra förmågor och lagstiftning.</li> <li>• NATO-inträdet, nya krav på en mängd områden bland annat hälso- och sjukvården</li> <li>• Terrorhändelser i Europa, vikten av att hantera stort antal skadade</li> <li>• Pandemin, vikten av att kunna hantera stort antal sjuka och försörjningssvårigheter</li> </ul> <p>Balansen för vård har ändrats utifrån ett säkerhetspolitiskt omvärldsläge. Vi måste kunna tillse en ökad kapacitet för att möta vårdbehovet. Vad kan vi göra för att bygga ett robust och resiliert sjukvårdssystem?</p>	Joachim Lindqvist

Lättnad i vårdskyldigheten, men tvingande skyldighet att hjälpa andra, och allt är beroende av vilken vård som definieras som "Vård för nödvändig för liv och hälsa".

Skyldighet att erbjuda vård, skyldighet att lämna hjälp. Regionen ska lagerhålla sjukvårdsprodukter för sådan vård som regionen ska erbjuda enligt denna lag.

Största skillnaden i förordningen – tydligare vad som ska planeras i förväg.

Sammanfattning av vidare arbete

- Beredskapsplanering
- Vårdskyldighet – Vård nödvändig för liv och hälsa
- Katastroftillstånd
- Hjälpskyldighet
- Kvalificerat katastroftillstånd
- Planeringsanvisningar inför och under höjd beredskap
- Lagerhållningsskyldighet

Vårdskyldigheten är densamma men mängden vård ändras utifrån behoven.

Vård nödvändig för liv och hälsa med tillkommande behov vid krig, eller krisens tillkommande behov.

Vård nödvändig för liv och hälsa har tre referensgrupper i tillägg till Socialstyrelsens arbete.

Utgångspunkter i arbetet med kunskapsstöd.

Inhämtar erfarenheter kring prioriterings- och ransoneringsprojekt, inläsning av historiska dokument.

Kunskapsunderlaget ska vara klart 1 januari 2027. Remissversion tas fram under hösten. Vidare arbete med innehåll och modell. Workshops. Preliminär modell för definition av vård nödvändig för liv och hälsa kommer presenteras under kommande månader.

NSPL, organisationen startad av alla 21 regioner gemensamt för att likrikta arbetet på beredskapsområdet, kansli i Uppsala – chef för NSPL är Emma Spak.

Svåra kroniska tillstånd ska inkluderas i vård nödvändig för liv och hälsa, även smittskyddspåverkan (vaccinationer) och förlossningsvård och preventivmedel. Grader av psykiatrisk vård.

All vår egen personal är krigsplacerad. Samkört registerkontroll.  
Samtal om civilplikt och vad som trumfar.

Masskadehändelse och Masskadeplan.

**Nationella åtgärder:** ta fram en nationell masskadeplan, ta fram koncept för nationellt masskadelarm, ta fram formulär för begäran och erbjudande om hjälp vid masskadehändelse, konceptet testades under katastrofmedicinska beredskapsövning KBÖ24.

**Regionala åtgärder:** ta fram en konkret regional masskadeplan som eftersträvar att försöka upprätthålla så hög med kvalitet till så många patienter som möjligt.

Socialstyrelsens 5 rekommendationer om vilka områden som behöver vara tydlig för att stärka förmågan vid masskadehändelser.

Enhetlig nationell metod för masskadetriage.

Tydliggörande av ledningsansvar och struktur.

Förstärkt samverkan mellan regioner och andra aktörer. Kompetensförsörjning och utbildning.

Robusthet i logistik och materialförsörjning.

VGRs sjukvårdsorganisation och dess beredskapsdelar:

- Regional strategisk beredskapsorganisation
- Regional operativ händelsehantering på mandat av regiondirektören
- Lokala strategiska och operativa händelsehanteringar

Vad gör VGR kring masskadehändelser och vård nödvändig för liv och hälsa?

- Vilken vård ska utföras
- Hur mycket vård ska utföras
- Vad kan vi göra idag.
- GAP- analys identifierade utvecklingsområden

**Fakta kring Campus Risbergska.**

Lediga ambulanser skickades till skadeplatsen. De första patienterna lastas i privat bil, därefter lastas andra patienter i polisbil. Ambulansen står då 600 meter bort från Campus. En halvtimme efter att händelsen har inträffat fattas beslut om att upprätta SSL. På skadeplats saknas inledningsvis en fördelningsnyckel.  
Otydlighet på skadeplats, *vem* fattar beslut om *vad*, och *vilka* beslut får man fatta?

**Slutsatser i efterföljande analys genomförd av Socialstyrelsen och Katastrofmedicinskt centrum i Region Östergötland.**

**Framgångsfaktorer:**

**Kapacitetsförmågan** både på sjukhuset i Örebro, i region Örebro samt ifrån andra regioner som omgående var villiga att skapa vårdförmåga, för att säkerställa att denna framgångsfaktor kvarstår bör följande göras;

- PLUS-konceptet bör implementeras i sin helhet
- Rutiner med andra regioner för att snabbt kunna förstärka resurser
- Tydliga åtgärdskort på verksamhetsnivå så att kapacitetsökningen kan åstadkommas

**Individuell handlingskraft**

- Många tog egna goda initiativ innan effektiv ledning var etablerad
- Risk finns att icke koordinerade, egna initiativ, kan försvåra andra aktiviteter och processer i vårdkedjan om de inte samordnas av effektiv ledningsfunktion.

**Utbildning och övning**

- Stabsutbildning bidrag till ett välfungerande stabsarbete i SSL.
- Nyss genomgångna utbildningar och övningar för särskild sjukvårdsledning KBÖ24 har bidragit till att händelsen kunde hanteras effektivt.

	<p><b>Slutsatser i efterföljande analys genomförd av Socialstyrelsen och Katastrofmedicinskt centrum i Region Östergötland</b></p> <p><b>Utvecklingsområden</b></p> <p><b>Larmvägar</b> – förtydliga vem som ska larma och i vilken ordning, när en händelse drar i gång blir det många telefonsamtal och svårt att nå beslutsfattare, öka antalet personer involverade i händelsen tidigt.</p> <p><b>Ledningsstruktur</b> – förtydliga vilka uppgifter som ska göras av vem och vilka åtgärder/beslut som behöver fattas omgående, inkludera nationell samordning i regional hantering av en händelse</p> <p><b>Beredskapsfunktioner</b> – utveckla och förtydliga mandat hos beredskapsfunktioner samt vilka huvudsakliga uppgifter som ska genomföras av funktioner såsom RTiB/LTiB, TiB-stöd, ACiB, RIA, SVLC samt sjukvårdsledare samt medicinskt ansvarig i prehospital SL.</p> <p><b>Beslutsfattande</b> – vissa beslut fattades för sent, utveckla vilka beslut som är tidskritiska och vilka underlag som behöver finnas för att man ska kunna fatta dessa beslut, exempelvis kom beslut kring hur patienter ska fördelas först efter en timma.</p> <p><b>Västra Götalandsregionens grundläggande utbildning i krisberedskap och katastrofmedicin.</b>  Utbildning riktar sig till dig som är medarbetare inom hälso- och sjukvården. Utbildningen ger dig grundläggande teoretisk kunskap i krisberedskap och katastrofmedicin. Du får förståelse för hur hälso- och sjukvården organiseras och leds vid särskilda händelser och katastrofer, samt hur du som medarbetare kan förbereda dig och agera i sådana situationer. Finns i <a href="#">Lärportalen</a>. Filmtrailer visas.</p>	
4.	<p><b>LIV-övning NU-sjukvården</b>  Kort resumé av utfall av övningen 9 april</p>	Olof Ekre och Jesper Svärd

## Övning

Användande [MACSIM](#)-system – Mass Casualty Simulation

- Samtliga skador är från "äkta" patienter från verkliga händelser\*
- Hybridövning med fysiska skademarkörer som konverterades till table-top-övning vid visst skede

## Resultat

Uppdelat i två delar:

- Katastrofmedicinsk utvärdering
- Ledning (styrning, beslut och kommunikation)

## Resultat

- Resultat för alla övningsstationer (patientflöde, mortalitet, observationer)
- Mortalitet (Undvikbara/ej undvikbara dödsfall mm)
- Ledning, ledningsprocesser
- De övandes skriftliga utvärdering av övningen

## KATASTROFMEDICINSK UTVÄRDERING

Patientflöden, Prehospitalt, Intrahospitalt Mortalitet, Observationer.

## SKADEPANORAMA FÖR LIV-25

Totalt 163 patienter slussades in i övningen

- Skadepanorama: sprängskador, splitterskador, traumatiska amputationer, brännskador.
- 86 Röda
- 47 Gula
- 30 Gröna
- 37 patienter på civil skadeplats
- 38 patienter på militär skadeplats
- 88 Spontanevakuerade

Siffror på patientinflöde visas.

Tydlig skillnad i tid till avtransport. Tabell visas med tid från första behandling till ankomst på akutmottagningen.

Bilder visas med belastning på triage över tid, belastning på röd sektor över tid, belastning på gul sektor över tid samt belastning på grön sektor över tid.

### **Övriga sektorer**

- Röntgen, Operation, Pre-op/IVA/Post-op, MAVA, KAVA, ORT

Antalet patienter över tid var hanterbart i förhållande till resurserna (bemannade platser med tillgänglig utrustning).

### **Kirurgi**

Sammanlagt registrerades **47** ingrepp.

Plats för dödsfall, antal patienter: 48.

### **UNDVIKBARA DÖDSFALL - KÄNNETECKEN**

Hög andel missade ABC-åtgärder.

### **ÖVNINGENS VIKTIGASTE SLUTSATSER**

#### **LEDNING, STYRNING, BESLUT OCH KOMMUNIKATION**

##### **Styrkor**

- Inom SSL finns en hög nivå på stabsarbetet. Stabsarbetet genomfördes på ett mycket bra sätt, med tydlighet i rummet och effektiv ledning av stabschefen.
- Flödet fungerade över lag bra, trots gles bemanning initialt, och det fanns en tydlig ledningsstruktur som alla höll sig till, med erfarna och tänkande människor.
- Personalen organiserade sig efterhand och anpassade arbetssätt och organisation.
- RAKEL användes på tvären av lokala ledningsteam på akuten, röntgen, IVA och operation vilket gjorde att alla i dessa team fick samma information samtidigt\*.

#### **LEDNING, STYRNING, BESLUT OCH KOMMUNIKATION**

##### **Brister / Lärdomar**

- Iakttagelser som gjordes ger bilden av att SSL:s roll bör klargöras och kommuniceras i en masskadesituation (strategisk eller operativ roll).
- En utveckling bör ske av hur man formaliserar beslutsfattandet. Vissa beslut uppfattades som oklara och på tvivelaktiga grunder.
- Formerna för inhämtning, sammanställning, analys och kommunicering av lägesbilder

mellan nivåerna bör utvecklas. Lägesbilderna upplevdes olika på olika ställen i organisationen.

- Kommunikationsrutiner internt bör utvecklas i form av flöden och metod. Intern informationsbrist noterades neråt i organisationen på sjukhuset, och det var oklart hur information om "katastrofläge" kommunicerades till medarbetarna.

#### **KATASTROFMEDICINSK UTVÄRDERING (PREHOSPITALT)**

##### **Styrkor**

- Tydligt ledarskap för medicinska inriktningsbeslut
- Effektiv triage och välorganiserad militär skadeuppsamlingsplats
- God samverkan mellan ambulans, räddningstjänst och polis

##### **Brister / Lärdomar**

- Behov av snabbare initiering av avtransport för civilt skadeområde? Load-and-go Vs. Stay-and-stabilize?\*
- Inkompatibla kommunikationsstrukturer civil-militär samverkan\*\*

#### **KATASTROFMEDICINSK UTVÄRDERING (INTRAHOSPITALT)**

##### **Styrkor**

- Akutmottagningen organiserades effektivt med traumateam i sektorer.
- Patientflödet förenklades genom att ej re-triagera vid överlämning\*
- Team för behandling och logistik predisponerade på röntgen.
- Särskild behandlingsytta för instabila patienter på röntgen.
- Operation: Flexibel personalanvändning\*\*, fungerande "damage control"-strategi
- IVA: god uppskalningsförmåga, samutnyttjande av pre-/postop-tytor

#### **KATASTROFMEDICINSK UTVÄRDERING (INTRAHOSPITALT)**

##### **Brister/lärdomar**

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utomhustriage olämplig* – försämrat flöde, vårdkvalitet och ineffektivt resursutnyttjande</li> <li>• Ledningsmandat och medicinska inriktningar oklara – (svårt skalltrauma direkt till blå sektor)</li> <li>• Dokumentation av läkemedel och genomförda åtgärder visade på brister</li> <li>• Otydlighet i överrapporteringar mellan vårdteam/vårdnivåer</li> </ul> <p><b>Övergripande resultat</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stark grundförmåga i VGR</li> <li>• Professionellt agerande och stort engagemang i alla led</li> <li>• Robust organisation: Sjukhuset med akutmottagning och följande enheter klarade av att hantera flödet väl</li> <li>• Flexibilitet och improvisationsförmåga; poolade resurser, ortopedier på operation, direktinflöde till “resuscitering”)</li> <li>• MACSIM-metodiken gav mätbara data för resursåtgång och flöde</li> </ul> <p><b>För att ytterligare stärka förmågan bör man:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stärka och öva medicinska lednings- och beslutsprocesser</li> <li>• Fördjupa den civil-militära samverkan genom gemensamma utbildnings- och övningsmoment.</li> <li>• Utveckla kommunikationsstrukturer och ramverk</li> <li>• Involvera aktörer med ansvar för samhällsviktiga funktioner längs hela vårdkedjan i övning och beredskapsplanering</li> <li>• Pröva vårdsystemens uthållighet under längre tidsförlopp vid simulerad resursbrist.</li> </ul>	
5.	<p><b>Indikatorn BHK</b></p> <p>BHK står för Basala hygienrutiner och klädregler och är en central kvalitetsindikator inom svensk hälso- och sjukvård samt tandvård. Indikatorn används för att mäta hur väl personalen följer reglerna för att förhindra spridning av vårdrelaterade infektioner. (Nya ordet är BHR-basala hygienrutiner)</p>	Linda Hallberg

	<p>Följsamheten till BHK mäts ofta genom strukturerade observationer.</p> <p>Mäter och följer upp siffror regionalt för att jämföra och säkerställa likvärdighet. Förslag på rekommenderade indikatorer är under framtagande, likaså ett verktyg för detta.</p> <p>Tidsplan är ännu inte satt.</p> <p>Uppföljning VEK, det pågår arbete att ta fram modell i Plan&amp;Styr.</p>	
6.	<p><b>Omtag NEWS2</b> (ett skyddsnet för att så tydligt som möjligt identifiera patienter som oförväntat försämrats. En summa som genereras av ett antal vitalparametrar. Summan genererar ett antal åtgärder. Skillnad på att mäta NEWS2 och följa NEWS2.</p> <p>Skåne var tidiga med NEWS2, sedan dess har det rullat ut över Sverige och är nu en del i rutinerna.</p> <p>2019 drog de i gång med NEWS på SkaS.</p> <p>Kardiolog med ansvar för hjärtsparksfunktionen på SkaS genomförde analys avseende ett antal hjärtstoppsepisoder under 2024. Noterar att ett flertal patienter uppvisar illavarslande symtom/tecken dygn/timmar före hjärtstopp. I journal anges att alla patienter följs enligt befintlig NEWS2-rutin.</p> <p>Kontinuerlig statistik och återkoppling. Förstärkning av utdata NEWS2. Presenteras bland övriga indikatorer för patientsäkerhet.</p> <p>Handlingsplan med högt mandat togs fram. Alla som har med patienter att göra utbildades. Föreläsningar (inspelade). Omtag med statistik och återkoppling.</p> <p>Varje enhet kan se sina resultat för varje månad, visualiserat.</p> <p>Uppdatering av introduktionsprogram, av befintliga scenarier vid KTC, av innehåll i vidareutbildningar/förstärkt yrkesintroduktion.</p> <p>Rapport som sorterar fram enskilda patienter med höga NEWS2-poäng är framtagen. Tillgänglig för respektive läkarchef (tänkt att filtrera fram lämpliga fallpresentationer).</p> <p>Viktigt att få med sig läkargruppen för att få en förändring efter mätning.</p> <p>Parametrar per enhetsnivå visas.</p>	<p>Magnus Olsson Jesper Svärd</p>

Antal NEWS2-registreringar i snitt per vård dygn har ökat från 2024–2026, siffror visas.

#### **NEWS2 NU-sjukvården**

Genomsyrar hela verksamheten för att få en följsamhet.

NEWS2 är fysiologiska parametrar som man räknar ihop till en summa. Medvetandegrad missas ofta.

Kontrollintervaller efter poäng.

Infört patientöversikter som innehåller lite fler värden och finns i alla datorer och de är även uppsatta på avdelningarna (ex anslagstavlan i fikarummen).  
Missade NEWS2-kontroller markeras röda.

Konstaterat motstånd mot många kontroller, eftersom det innebär extra arbete. Automatiserat har bidragit till en stor förbättring. Basfrekvens, minst två NEWS2-mätningar per dygn.

Det som lyckas bäst är mätningar på NEWS2 är 0-poäng.

Läkare har varit svårast att få med i rutinen.

NEWS2 är det relevant för alla patienter? Nej, en del är för sjuka, så detta är inte rimligt.

NU-sjukvården använder sig av ”anteckning”, ”planering” i Melior med fem sökord, de ska gås igenom under alla ronder, ett av sökorden är att ta ställning till NEWS2. Man kan sätta ett kryss utan motivation om NEWS2-kontroller inte behövs, då andra ställningstaganden blir aktuella.

Förändringsarbete, lära av det som går fel.

Patientsäkerhetsindex för varje avdelning.

Vid palliativ situation är NEWS2 inte aktuellt.

Med automatiserade metoder har det identifierats problem med att förstå vad som är sjukt och frisk.  
Anpassningar för specialskalor (ex stroke).

#### **Frågor**

Ordinera antal NEWS2-mätningar per dygn? Nej, algoritmen ska följas, inte ordineras.

Förslag till utveckling: förtydliga icke vidimerat värde.

	<p>Avvikelseområdet, avsaknad av NEWS2-kontroll, vad finns det då för reservvägar att använda? Driva kulturarbete utifrån de händelser som uppstått. Ibland är det en kompetensfråga.</p>	
	<p><b>Regional rutin för läkemedelshantering</b>  <b>- Nya regler för delegering av iordningställande, administrering och överlämnande av läkemedel</b></p> <p>Ny version av Kapitel 1 Ansvar, rutiner och behörigheter i Regional rutin för läkemedelshantering i Västra Götalandsregionen.  Förtydligt ansvar för verksamhetschef och hälso- och Sjukvårdspersonal  Ändringar enligt nya föreskrifter om delegering av iordningställande, administrering och överlämnande av läkemedel (kap 1.5)  VGR:s tillämpning av föreskrifterna bestämdes på möte 2025-12-15 med bland andra Regionchefläkare Jacob Wulfsberg och Läkemedelschef Maria Carlson Brühl.</p> <p>Ändringsförslag har remitterats enligt ordinarie förfarande med representanter från berörda vårdförvaltningar och Styrgrupp Sjukvårdsapotek VGR samt att avsnitt 1.5 stämts av med deltagarna på mötet om föreskrifternas tillämpning.</p> <p>Allmänt om delegering av läkemedelshantering inom hälso- och sjukvården</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Delegering av läkemedelshantering betyder att behörig hälso- och sjukvårdspersonal ger någon annan personal rätt att utföra en arbetsuppgift som den annars inte får göra.</li> <li>• Får endast ske när det är förenligt med en god och säker vård (6 kap 3 § PSL).</li> </ul>	<p>Frida Hagnestål  Susanne Lilja</p>

- Läkare, tandläkare och sjuksköterskor får delegera uppgifter inom läkemedelshantering.

Föreskriftsändringar delegering 2026-01-01.

- Delegering av läkemedelshantering regleras i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården.
  - Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård upphör att gälla.
  - Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2002:12) om delegering inom tandvården upphör att gälla och ersätts av Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2025:51) om behörighet att utföra vissa arbetsuppgifter inom tandvården.

#### **Vad har ändrats?**

- Författningskrav om delegering gäller endast *iordningställande, administrering och överlämnande* av läkemedel.

Innebär inget förbud mot att delegera andra arbetsuppgifter.

- Vårdgivaren får bedöma om det finns behov av att ha formaliakrav för oreglerade arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården i respektive verksamhet.
- Undantag: administrering av läkemedel vid lokalanestesi genom ledningsblockad inom tandvården får inte delegeras eller överlåtas på något annat sätt.
- Det blir möjligt att delegera läkemedelshantering inom all hälso- och sjukvård och tandvård, inklusive ambulansverksamhet.
- Beslut upphör inte längre att gälla när den som fattat det slutar sin tjänst.

#### **Vad har ändrats inom ansvar för delegeringar?**

- Vårdgivaren har ett tydligare verksamhetsansvar för delegering av läkemedelshantering.

• Verksamhetschefens ansvar för läkemedelshantering regleras inte längre i föreskrift. Vårdgivaren kan i sina rutiner fördela vårdgivarens arbetsuppgifter till verksamhetschefen.

- Regional rutin för läkemedelshantering:  
Verksamhetschefen har övergripande ansvar för delegering av läkemedelshantering (ingen ändring jämfört med tidigare).

• Den som delegerar ska kontrollera att mottagaren har de kunskaper och den kompetens som krävs.

• Den som får delegering ska ha den kompetens som krävs för att utföra uppgiften på ett korrekt och patientsäkert sätt (nytt) och dokumenterade kunskaper om hantering av läkemedel och de riskerna som är förenade med hanteringen (oförändrat).

*Regional rutin för läkemedelshantering:*

- *Ansvar för delegering för verksamhetschef, den som ger en delegering respektive den som tar emot en delegering är specificerade i avsnitt 1.5 Delegering av iordningställande, administrering och överlämnande av läkemedel.*

Delegeringsbeslut

- Delegeringsbeslutet ska vara skriftligt och ange
  - vilken eller vilka uppgifter som delegerats\*
  - för vilken verksamhet som delegeringsbeslutet gäller (ny)
  - vem som delegerat uppgiften\*
  - till vem uppgiften delegerats\*
  - när delegeringsbeslutet ska följas upp (ny)
  - beslutets giltighetstid\*
  - datum då beslutet fattades\*

2026-02-27

\*) Överförd från SOSFS 1997:14

Dokumentation

- Beslutet ska dokumenteras
  - Regional mall 20 b Delegeringsbeslut avseende läkemedelshantering (Word)

- Uppgifter om utförda uppföljningar och om återkallelser av delegeringsbeslut ska dokumenteras (ny).
  - Dokumentationen ska bevaras i minst tre år från den tidpunkt då delegeringsbeslutet upphör att gälla (ny som föreskrift).
- Sparas 10 år enligt förvaltningarnas respektive informationshanteringsplan (ingen ändring jämfört med tidigare).

#### **Verksamhetens rutiner för delegering**

Enligt nya föreskrifterna ska vårdgivaren bedöma riskerna med delegering och fastställa rutiner med utgångspunkt i riskanalysen. I rutinerna ska det framgå:

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

- Regional läkemedelshanteringsrutin: Verksamhetschef ansvarar för
  - att analys utförs av risker med delegering i verksamheten.
  - att fastställa rutiner enligt ovan för aktuell verksamhet utifrån riskanalysen.

#### **Analysera risker inför delegering av läkemedelshantering.**

Bild från [Socialstyrelsens presentation](#) 15 oktober 2025 (bild 51)

En riskanalys ska utföras av delegeringsprocessen i verksamheten.

- Identifiering, analys och riskreducerande åtgärder ska göras lokalt.
- Åtgärderna kan handla om arbetssätt, den lokala utrustningen och personals kompetens med mera.
- Är ett tillfälle att se över rutiner för delegeringsprocessen

och att säkerställa att delegeringsbeslut är uppdaterade.

### **Uppföljning**

Ett beslut om delegering ska följas upp minst en gång per år.

– I uppföljningen ska det minst ingå att kontrollera att mottagarens kunskaper är aktuella.

– Delegeringsbeslut som inte längre är förenliga med en god och säker vård ska återkallas.

– Uppföljningen ska dokumenteras.

- Regional läkemedelshanteringsrutin:

Verksamhetschef ansvarar för att

utföra uppföljningen samt säkerställa att kontroll av mottagarens kunskaper har gjorts.

• Nya delegeringsbeslut kan fattas beroende på uppföljningen.

• Uppföljning av delegeringsbeslut kan ge underlag till förnyad riskbedömning.

• Avvikelse inom verksamheten kan utgöra underlag till uppföljningen och till riskanalysen.

Delegering av läkemedelshandling inom hälso- och sjukvården, allt dokumenteras: Riskanalys, rutiner, behörig att delegera, utbildning, beslut, uppföljning.

Regionala mallar för delegering finns som stöd.

### **Ingen ändring av:**

– beslut om delegering ska vara personligt

– delegeringsbeslutet ska vara tidsbegränsat (tidigare föreskriftskrav max 1 år, nu "tidsbegränsat")

- Regional rutin: fortsatt tidsbegränsat till max 1 år

(ingen ändring jämfört med tidigare).

– bemanningskrav i ambulans

– generella direktiv

– sjuksköterskas behovsbedömning

### **Tidigare beslut**

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De delegeringsbeslut som löper över årsskiftet gäller till och med det datum för giltighetstid som är angivet på delegeringsbeslutet.</li> </ul> <p><b>Handräckning</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Socialstyrelsen har tydliggjort i handboken Ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården att det inte finns någon möjlighet att genom "handräckning", eller annat liknande förfarande, få rätt att utföra de reglerade uppgifterna.</li> <li>– Antingen har man formell behörighet eller så finns beslut om delegering.</li> <li>– Handräckning/assistens för iordningställande, administrering eller överlämnande är därför inte tillåtet.</li> </ul> <p>Regionala mallar för delegering finns länkade i bildspelet på <a href="#">VGR Patientsäkerhet - SG Chefläkare - Möten</a> även länkar med mer information.</p> <p><b>Frågor</b></p> <p>Konsekvens, hur övar vi? Grundutbildning rekommenderas om man ska få delegering. Även brevidgång. Riskanalys ska göras nära inpå. Hitta problemen och finn lösning. Vi har reglerna att förhålla oss till.</p> <p>Exempel syrgas som undersköterskor hanterar i vardagen; ska alla undersköterskor ha delegering?</p> <p>Regional grundutbildning har börjat diskuteras, och att kunna följa upp regionalt, eventuell i MedControl.</p>	
8.	<p><b>Korta inspel och avslutning</b></p> <p>Jacob Wulfsberg tackar samtliga för gott deltagande samt avslutar dagens möte.</p> <p>Förslag på framtida mötesämnen: <a href="#">Förslag till ämnen att ta upp på möten.xlsx</a></p>	Jacob Wulfsberg

Information till andra grupper

Vid behov

## Nästkommande möten

2026-03-27, digitalt möte, MS Teams, kl. 09:00 – 12:00

### Sammanställande

Jacob Wulfsberg

Avdelning Patientsäkerhet och  
Medicinsk krisberedskap

Regionchefläkare

Mobilnummer: 0700822753

Mail: [jacob.wulfsberg@vgregion.se](mailto:jacob.wulfsberg@vgregion.se)

### Sekreterare

Anette Gillblad

Avdelning patientsäkerhet och  
medicinsk krisberedskap

Administrativ koordinator