

Datum
2020-11-09

Minnesanteckningar verksamhetschefsmöte 2020-10-14

Datum: 2020-10-14

Tid: 09.00-12.00

Plats: Digitalt via Teams

Närvarande:

Klas Ekström (VC Uppsala)

Elisabet Gustafson (SC Barnkir Uppsala)

Staffan Skogar (VC Värmland)

Diana Bornstein Welff (VC Sörmland)

Anna Lindén (Vårdutvecklare, Västmanland)

Erik Normann (bitr. VC Uppsala)

Anders Grawe (VC Dalarna)

Alf Kågström (VC Gävleborg)

Anna Olivecrona (VC Örebro)

Åsa Odeus (VC Värmland)

Ej närvarande:

Josefin Palle (SC Blod- och tumörsjukdomar Uppsala)

Särskilt kallade:

Eva-Lena Aspetorp (administrativ chef samverkansnämnden)

Sara Saltin (projektledare RCC)

Mats Synnergren (VC, Barnhjärtcentrum Göteborg)

1 Info från samverkansnämnden (Eva-Lena Aspetorp)

[Bilaga 1.](#)

1.1 Aktuellt från samverkansnämnden

- Uppsala – Örebro sjukvårdsregion byter namn till ”Sjukvårdsregionen Mellansverige”.
- Nytt samverkansavtal samt ny verksamhetsplan.
- Olika fokusområden inom verksamhet och utveckling; kunskapsstyrning, utbildning och kompetensförsörjning samt digitalisering och e-hälsa.
- Det sjukvårdsregionala vårdkompetensrådet har representanter från samtliga 7 regioner, 80 kommuner och 6 lärosäten.
- Vårdavtalsgruppen kan hjälpa till vid oklarheter, kontakt förmedlas via Eva-Lena Aspetorp.

Datum
2020-11-09

1.2 Sjukvårdsregionalt avtal för nationell högspecialiserad barnkirurgi – status

Vården är dyrare i Stockholm än vad den är i Uppsala. Ett projekt pågår som ser över om möjligheten att ha gemensamma priser nationellt. Projektgruppen har fått till sig är att det inte finns någon förhandlingsarena för att förhandla nationellt. Gemensamma priser är ej rimligt. Nu ser man över om man kan ta fram gemensamma riktlinjer för hur man räknar fram ett pris.

Sörmland, Västmanland och Dalarna har avtal med Karolinska, kan övriga haka på där? Hur detaljerat är avtalet? Uppdrag till vårdavtalsgruppen? *Eva-Lena tar med frågan till ledningsgruppen den 29 oktober och återkopplar.*

1.3 Hemsidan – info

Genomgång av webbsidan, www.svn uppsalaorebro.se

- Behörigheter till biblioteket.
- Omvårdnadschefgruppen bör uppdateras. *Klas pratar med representanterna för omvårdnad i Uppsala och Västerås om detta.*
- Se över dokumenten och håll dessa uppdaterade.
- Fler sidor kan skapas v.b.

2 Barnonkologi – *bilaga 2* (Sara Saltin)

Sara redovisar för hur projektet kring den stora barncancersatsningen ligger till både lokalt inom Uppsala-Örebroregionen samt nationellt.

- 2019 delades statliga medel ut på 10 mkr öronmärkta till barncancervården i Uppsala-Örebroregionen. År 2020 10,8 mkr till Uppsala-Örebroregionen.
- Genomgång av de 4 projekt som är uppstartade: SCT barnonk + kompetenslyft, 13-årsmottagning, Uppföljningsmottagning samt Neurokognitiv rehab, *se bilaga 2.*
- Möjlighet finns att ansöka om 200 tkr för lokala och sjukvårdsregionala förbättringsarbeten/delprojekt. Idébeskrivning tas emot och bedöms av styrgruppen. Ta upp detta i era verksamheter, behöver inte vara en glasklar idé. *Se bilaga 2, slice 18-19.*
- Angående nationella projekt hänvisas till handlingsplanen för de kommande åren där mer information finns vilka projekt man skall genomföra.

3 Barnkirurgiska frågor (Elisabet Gustafson)

3.1 Barnkirurgiska konsultationer i sjukvårdsregionen

I Örebro har man både barnkirurgiska och barnurologiska konsultationsdagar från UAS. Uppskattat av både vården och familjen. Konsulten träffar många patienter på kort tid och

Datum
2020-11-09

familjerna behöver inte åka. Effektiv och lärande vård. Möjlighet till konsultationsdagar finns även för andra sjukhus. Se det som en inbjudan!

3.2 Barnkirurgisk vårdskuld

”Uppskjutna vården”, cirka 200 ingrepp som skulle ha gjorts. Planen var att satsa under hösten, men tyvärr har barnoperation haft problem med lokalerna och man har fått arbeta i tillfälliga lokaler. Nu är man tillbaka på barnoperation och planerar att återuppta satsningen, man arbetar ex. längre ett par dagar i veckan, covid-19 är dock en hotbild mot detta.

Är det någon patient vars situation är ohållbar tar man gärna emot påstötning angående denna. Urologiska patienter får stå tillbaka. Ingen operationstid skall gå tillspillo varför man ibland tar in patienter som kan uppfattas som ”oprioriterade”.

4 Barnhjärtkirurgi i Göteborg (Mats Synnergren)

Uppföljning av regionsamarbetet. Ledningsgruppen från Barnhjärtkirurgi medverkar på mötet.

4.1 Mats Synnergren – *bilaga 3*

- Nytt telemedicinskt konferensrum. Som inremitterande är man välkommen att presentera sina egna patienter.
- Nytt barnsjukhus med inflyttning 2021.
- SWEDCON – ny årsrapport <http://www.ucr.uu.se/swedcon/arsrapporter>
- Innan coronakrisen hade man ingen väntelista, nu en väntelista på 20%. .
- Genomgång av Socialstyrelsens webbsida – hjärtkirurgi på barn och ungdomar: <https://www.socialstyrelsen.se/nhvuppfoljning>
Finns det någon parameter hur Sverige står sig jämfört mot nationellt? Ej i nuläget.

4.2 Håkan Wåhlander – *bilaga 4*

Genomgång högspecialiserad barnkardiologi i Göteborg 2019, se bilaga 4.

4.3 Hjärtavtal 2020 – *bilaga 5*

Ekonomichefen redovisar hjärtavtalet för år 2020.

- Fakturerar ej efter DRG-poäng.
- Har Gbg fakturerat mer än avtalssumman får man tillbaka pengar, har man fakturerat mindre blir man återbetalningsskyldig. Avstämning under feb månad. Underlaget skickas till varje landsting.
- Avtalet förlängs 1 år i taget.

4.4 Sofi Andersson – *bilaga 6*

- Flyttar tisdag 16 mars till ny byggnad, flyttkort kommer.
- Tvärprofessionell vårdplanering.

Datum
2020-11-09

- Digitalisering i verksamheten.
- Hjälper hjärna till med hospitering/auskultation.

Diskussion: Dygnsvårdskostnaden är den högsta kostnaden. Arbetar med det.

5 Nationella beslut som påverkar barnsjukvården (Erik Normann)

5.1 Migrationsverkets nya föreskrift om asylsökande 2018

Ej accepterat att man bakdaterar barn med mammor som är asylsökande. Mejl angående detta har gått ut till alla VC i regionen. Angeläget att familjen kontaktar migrationsverket och meddelar att man söker asyl även för barnet.

Diana: Arbetar för att läkarna ska kunna intyga detta själva. Hör av sig om det man kommer vidare med det.

5.2 Ansvar för assistenter för barn som har *egenvård* / vård i hemmet – [bilaga 7 och 8](#)

Blivit kontaktad av kommunen som undrar om vi tar ansvar för respiratorvården i hemmet, menar att den ej räknas som egenvård i hemmet.

I Uppsala utbildar man föräldrarna men anser det som egenvård i hemmet. Hur gör resten av regionen? Driva frågan tillsammans?

Uppsala sätter ihop en skrivelse om detta som skickas till Eva-Lena Aspetorp. Tar även upp detta i RPO.

6 VC gruppens handlingsplan:

Tar upp detta på nästa möte.

7 Övriga frågor:

7.1 Bakjournutbildning

Beslut: Startar BJ-utb 2021 september.

7.2 Skrivelse från Barn PMI ALB – Anna Olivecrona

Oroad för att BarnPMI på ALB ej kommer att ha ett barnperspektiv. Fattar man beslut som rör barn ska en barnkonsekvensanalys göras. BLF har gjort en skrivelse. Trycker på

Datum
2020-11-09

barns rättigheter. Ska vi från Region Mellansverige göra en skrivelse tillsammans?
Anna Olivecrona gör ett utkast och skickar runt till verksamhetschefgruppen.

7.3 Studierektor i neonatologi:

Synpunkter på omfattningen på 10%? Rimligt att det är ett 3-års förordnande.
Klas skriver ett kontrakt.

7.4 ST-rektor för Allergologi:

Arbetar vi för detta?
Ta med oss frågan till nästa möte.

Nästa möte:

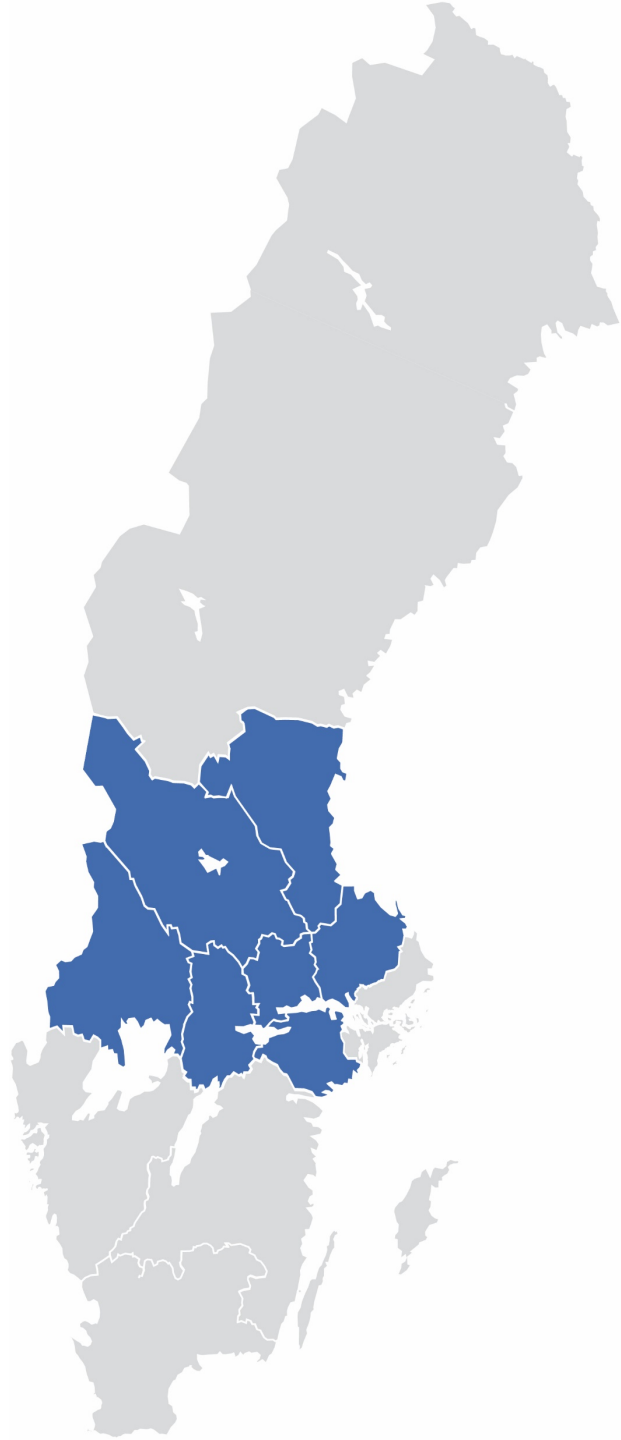
14 januari 08.30-10.30 via Teams.

- ST-rektor.
- Handlingsplan för 2021

Vid tangenterna Elin Forsberg/ Anders Grawé

Aktuellt från Samverkansnämnden 2020-10-14



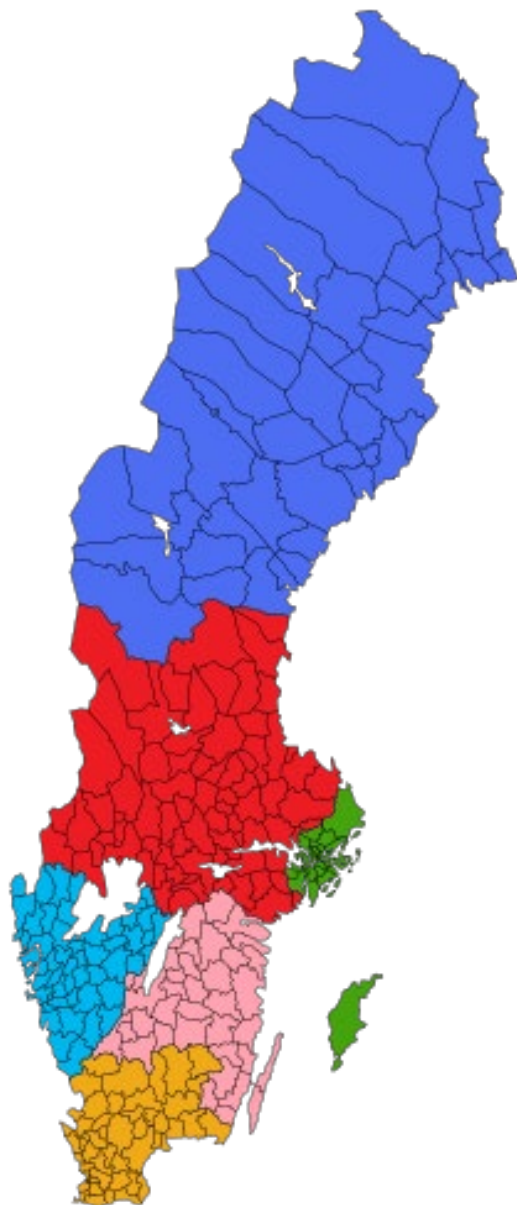


Dagens agenda

- Aktuellt från samverkansnämnden
- Ev. sjukvårdsregionalt avtal för nationell högspecialiserad barnkirurgi – status
- Hemsidan - info

Aktuellt från Samverkansnämnden

- Namnbyte
- Nytt Avtal om samverkan
inkl. Avtal om vård vid universitetssjukhus och Avtal om vård vid läns/länsdelssjukhus
- Verksamhetsplan 2021-2024
- Nationell samverkan kring kompetensförsörjning



Sex sjukvårdsregioner

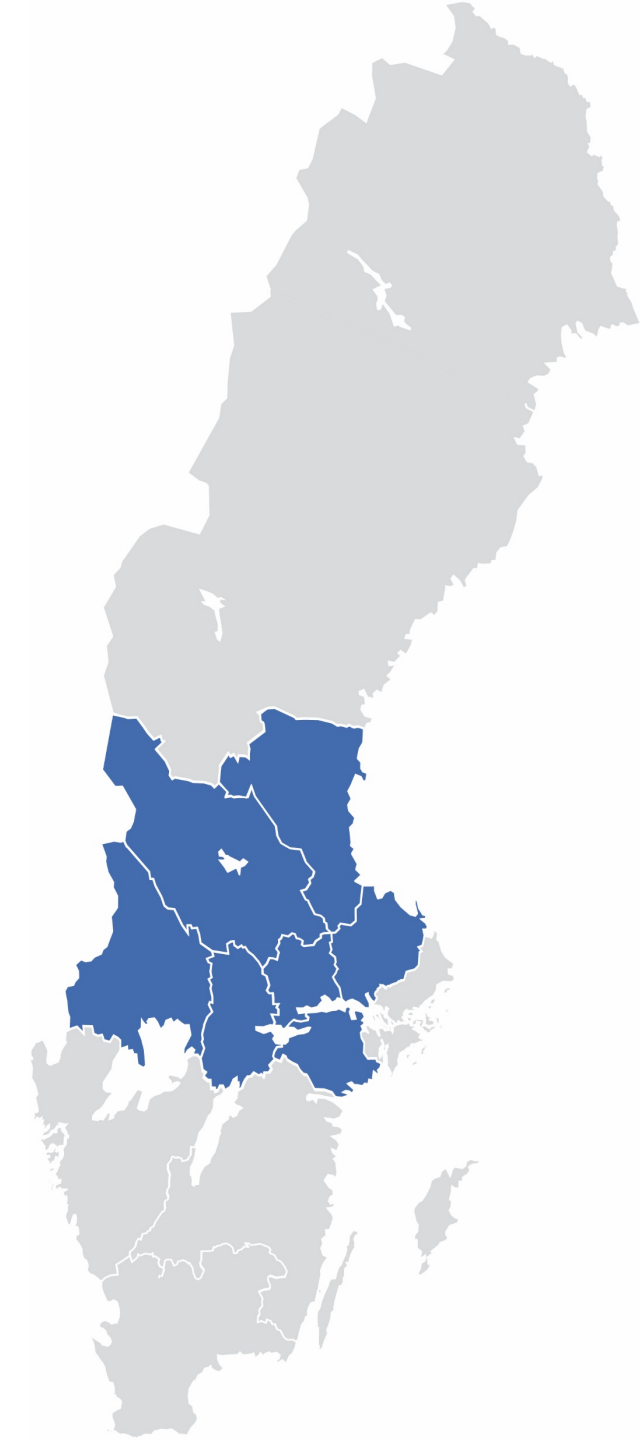
- Norra sjukvårdsregionen
- ~~Uppsala-Örebro sjukvårdsregion/~~
Sjukvårdsregion Mellansverige
- Stockholm-Gotlands sjukvårdsregion
- Sydöstra sjukvårdsregionen
- Västra sjukvårdsregionen
- Södra sjukvårdsregionen

SJUKVÅRDSREGION

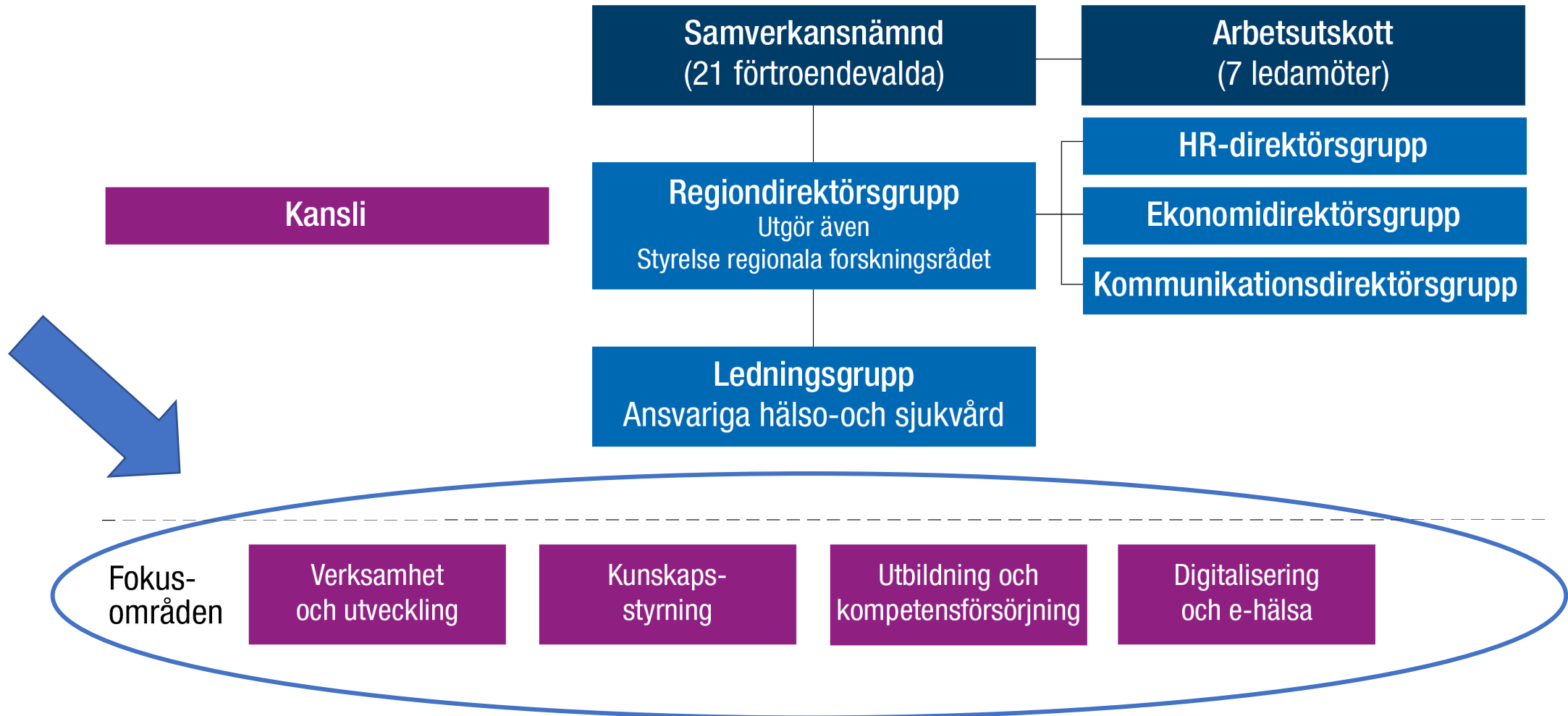
Mellansverige

Avtal om samverkan i Sjukvårdsregion Mellansverige

- Stärka Sjukvårdsregion Mellansverige som samverkansområde
- Erbjudna invånarna i Sjukvårdsregion Mellansverige tillgång till en jämlik hälso- och sjukvård av god kvalitet på lika villkor och bidra till en god hälsa, samt till ett effektivt resursutnyttjande av sjukvårdsregionens hälso- och sjukvård.



Organisation



Fokusområde Verksamhet och utveckling

- Ambulanshelikopter
- Ekonomigrupp
- Produktionsplaneringsgrupp
- Upphandlingsgrupp
- 21 Verksamhetschefsgupper
- Vårdavtalsgrupp
- Nationella samarbeten

Fokusområde Kunskapsstyrning

- Kunskapsstyrningsgrupp
- 26 sjukvårdsregionala programområden
- 7 Sjukvårdsregionala samverkansgrupper
- Sjukvårdsregionala arbetsgrupper
- Nationella samarbeten

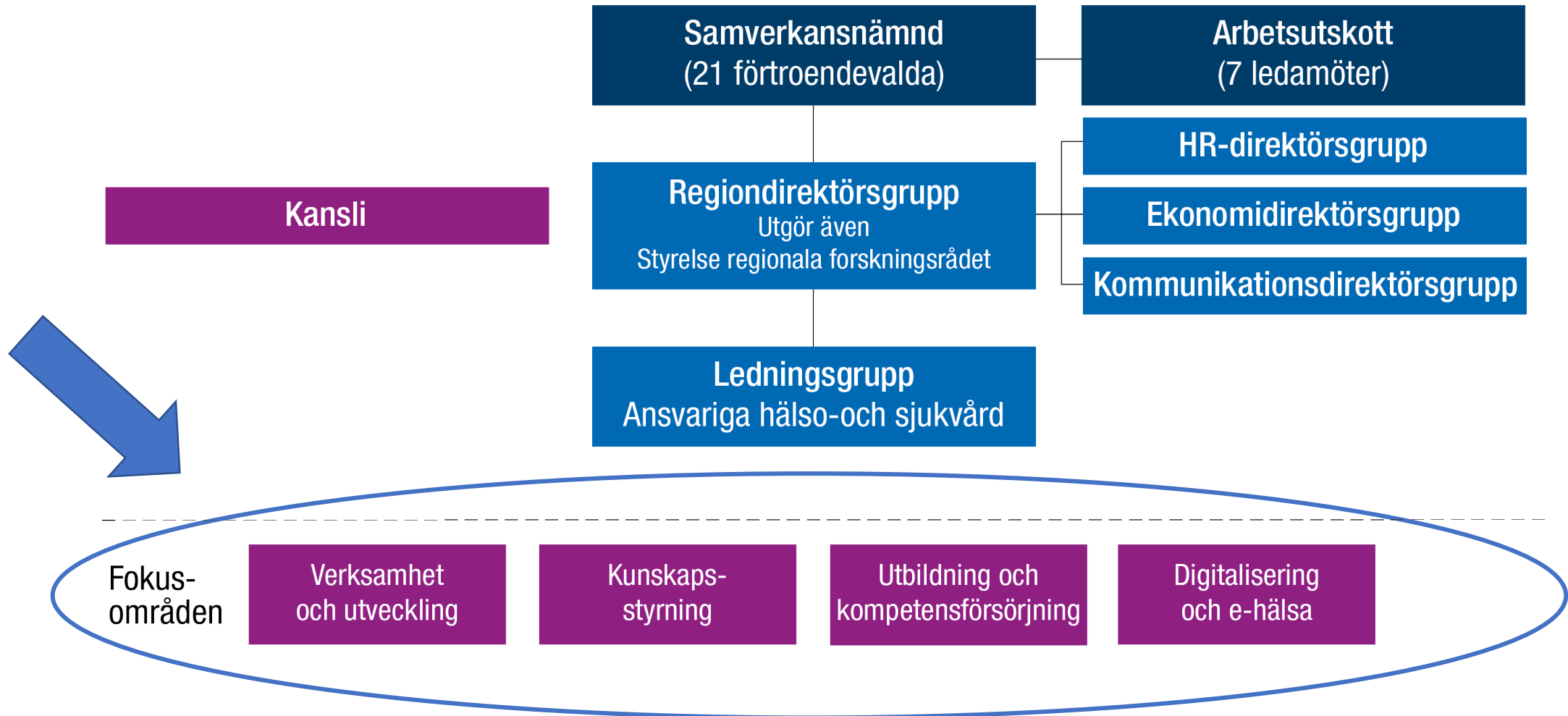
Fokusområde Utbildning och kompetensförsörjning

- Utbildnings- och kompetensförsörjningsråd
- Nationella samarbeten

Fokusområde Digitalisering och e-hälsa

- Informations-säkerhetsgrupp
- Nationella samarbeten

Organisation



Verksamhetsplan 2021-2024

- Arbeta med nationell och sjukvårdsregional nivåstrukturering
- Öka produktionssamverkan inom länssjukvård och högspecialiserad vård
- Öka samverkan inom hälsofrämjande och förebyggande åtgärder
- Utveckla samverkan inom kompetensförsörjningsområdet
- Samla och dra lärdom av erfarenheter av coronapandemin.

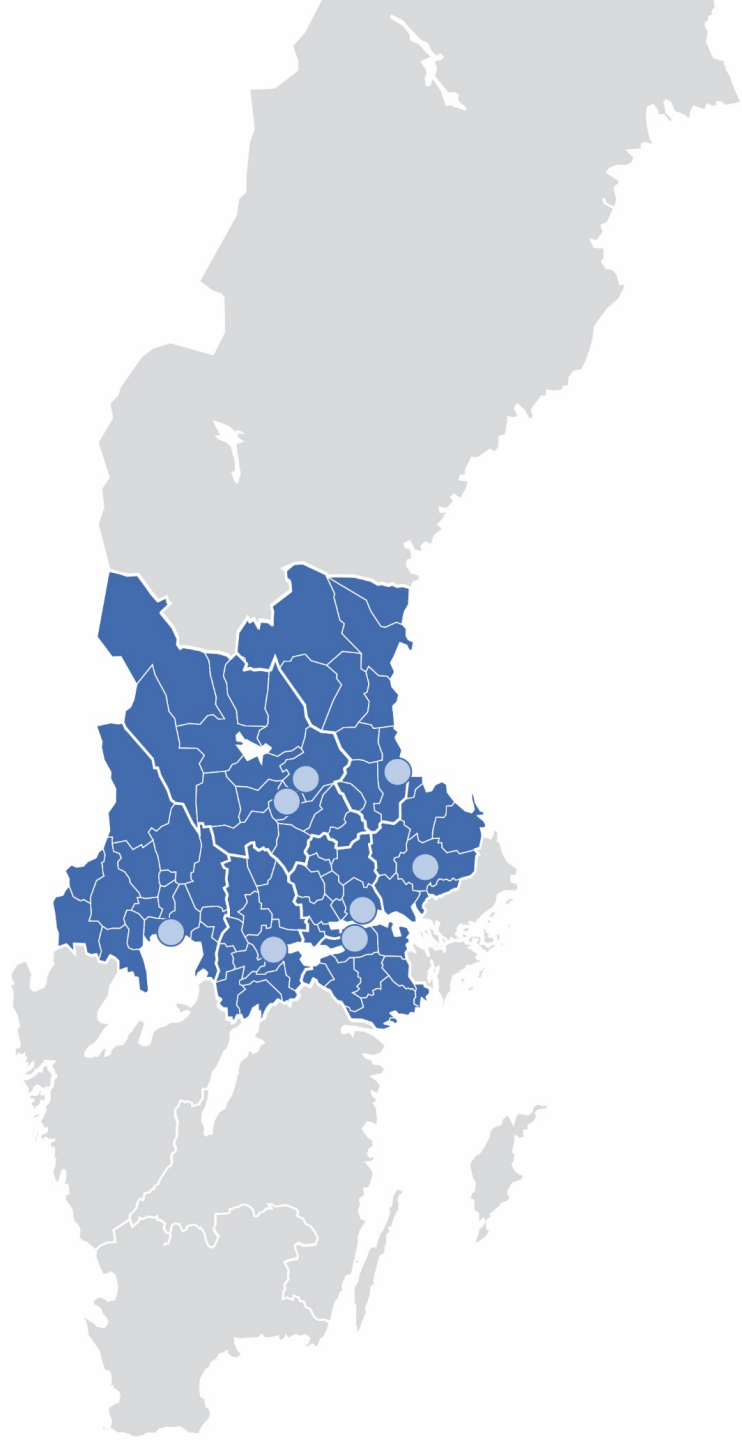
Fler punkter på webben.



Nationell samverkan kring kompetensförsörjning

”Nationella vårdkompetensrådet ska långsiktigt samordna, kartlägga och verka för att effektivisera kompetensförsörjning av personal inom vården.”

[Information på Socialstyrelsens webbplats.](#)



Sjukvårdsregionalt vårdkompetensråd

Representanter från samtliga 7 regioner, 80 kommuner och 6 lärosäten.

Viktiga aktiviteter 2020-2021

Kompetens-
försörjning

Kunskapsstyrning

Produktions-
samverkan

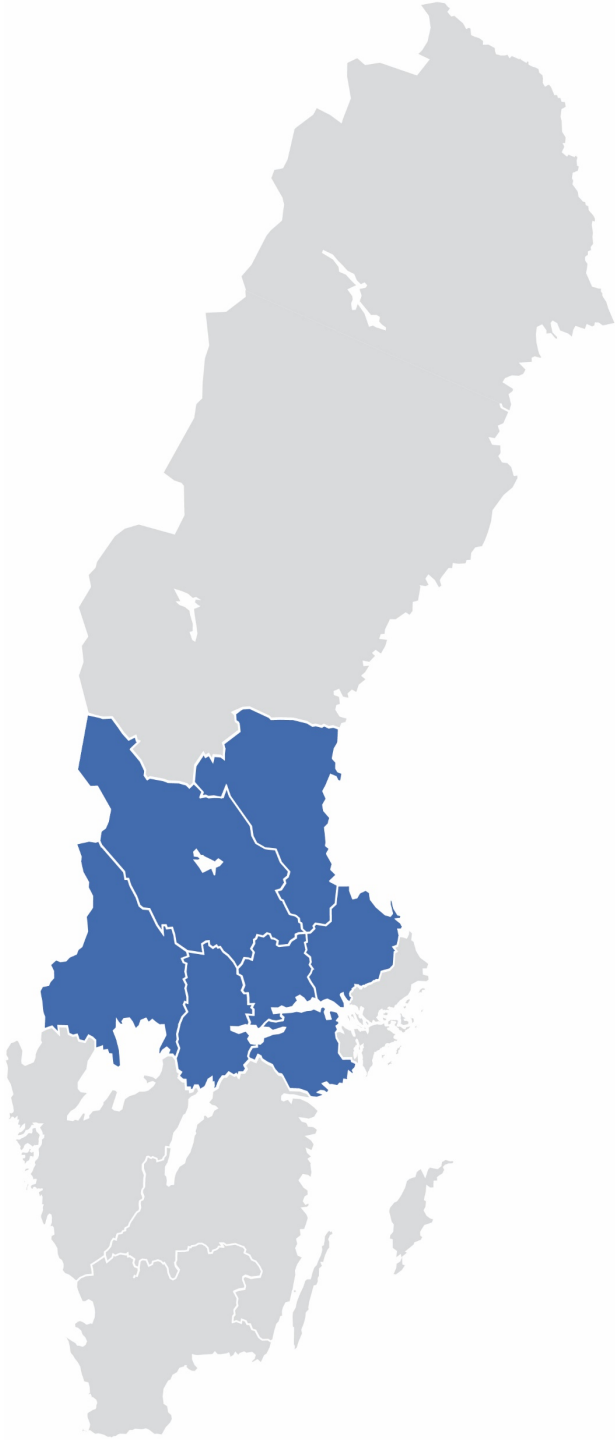
Produktions-
planering

Nivåstrukturering

Avtal

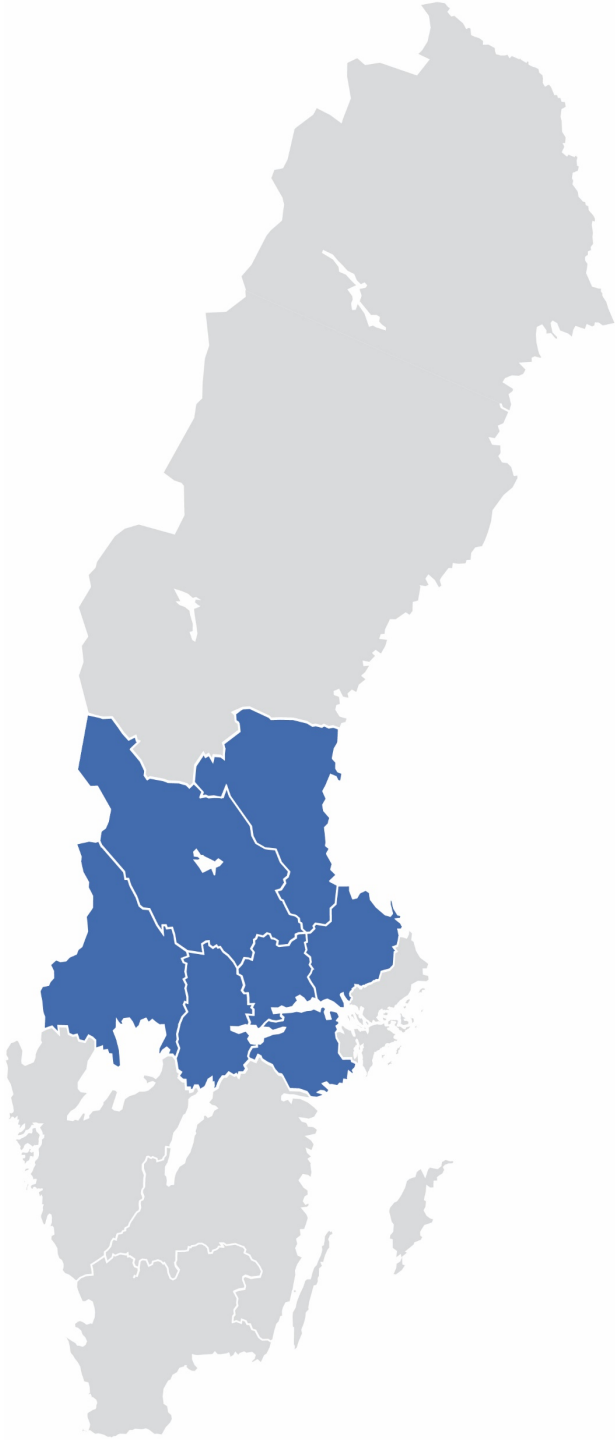
Nationell högspecialiserad vård

- Viss avancerad Barn- och ungdomskirurgisk vård
- Projekt angående prissättning
Nationell högspecialiserad vård
- Avtal med KS
- Vårdavtalsgrupp



Webb och Bibliotek

- Webbredaktör Kreshnik Dautaj
kreshnik.dautaj@regionvarmland.se
- Ansvarig för Biblioteket Dennis Jönsson
dennis.jonsson@regiongavleborg.se



Tack för mig!

Kontakt:

eva-lena.aspetorp@regionvarmland.se



Barncancersatsningen

Uppsala-Örebro och Nationellt

Statligt stöd – cancersatsningen 2019 och 2020

- **2019** 60 miljoner kr till barncancervården. 9 miljoner till varje barncancercentrum, 1 miljon per RCC
→ Uppsala-Örebro **10 mkr**
- **2020** 80 miljoner kr till barncancervården. 15 miljoner till nationellt arbete, 10.8 miljoner till varje RCC
→ Uppsala-Örebro **10,8 mkr**



2019 års överenskommelse

Varje barncancercentrum ska:

- Analysera vilka utvecklingsområden som finns nationellt och i varje sjukvårdsregion.
- Kartlägga vårdprocesserna på barncancerområdet
- Arbeta med den fortsatta implementeringen av vårdprogrammet långtidsuppföljning efter barncancer med fokus på övergången mellan barn- och vuxenvård .

En nationell rapport över utvecklingsområden togs fram av sektionscheferna vid landets barncancercentrum tillsammans med RCC och skickades till Socialdepartementet 15 nov. Inkluderade en sjukvårdsregional rapport

- [Länk till sjukvårdsregional rapport](#)



2020 års överenskommelse - Regionalt

- RCC ska **stödja det regionala arbetet** utifrån rapporten från 2019
- RCC ska stödja och följa den regionala **implementeringen av det Nationella vårdprogrammet** för långtidsuppföljning efter barncancer.

Barncancersatsningen Uppsala-Örebro

Projektorganisation Barncancersatsningen

Projektägare

Johan Ahlgren, Verksamhetschef RCC

Styrgrupp

Jessica Nordlander, Ordf.	Enhetschef, RCC
Klas Ekström	Verksamhetschef, Barnsjukhuset , AS
Honar Cherif	T.f. verksamhetschef, Blod- och tumörsjukdomar, AS
Agneta Holtz (sep 2020)	Sjukvårdsregional representant, processledare VPG barncancer, Barnläkare Västmanlands sjukhus
Åsa Jörnegren (sep 2020)	Sjukvårdsregional representant, Barnläkare Universitetssjukhuset Örebro
Anna-Carin Öberg	Pat.- och närståendeföreträdare, Barncancerfonden Mellansverige
Josefine Palle	Sektionschef, Blod- och tumörsjukdomar hos barn, AS
Ingela Kristiansen	Barnneurolog, Barnneurologi, habilitering och rehabmedicin, AS
Sara Karlsson	Avd.chef bonk, omvårdn.repr.

Nya SG-medlemmar

Annika Larsson, Vårdprocesskoordinator RCC administrativt stöd

Projektledare

Sara Saltin

P1 SCT, kompetenslyft

Delprojektägare

Klas Ekström

Delprojektledare

Sara Karlsson

P3 13-årsmott.

Delprojektägare

Josefine Palle

Delprojektledare

Johan Arvidson

P4 Uppföljningsmott.

Delprojektägare

Honar Cherif

Delprojektledare

Maria Andersson

P5 Neurokognitiv rehab

Delprojektägare

Jenny Boija Bennbom

Delprojektledare

Catherine Aaro Jonsson

Controller

BoT Barn

Marie Löfgren

Controller BoT

Carl-Magnus Näslund

Referensgrupp

RCC vårdprocessgrupp
barncancer

Föreslagna projekt

Delprojekt 1

SCT
barnonk

Delprojekt 2

Kompetens-
lyft
barnonk

Delprojekt 3

13-
årsmott

Delprojekt 4

Uppföljn-
mott
långtid

Delprojekt 5

Neuro-
kognitiv
rehab

Delprojekt 6

Re-win
health
(reh.portal)

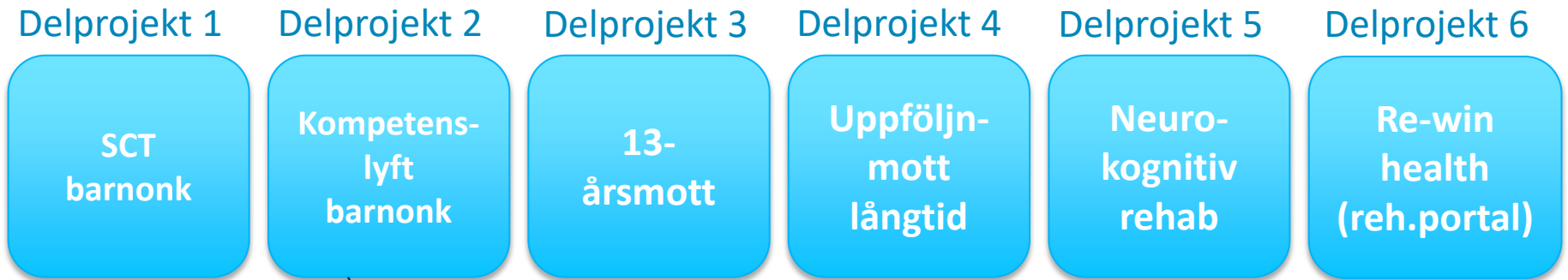
Problem:

SCT barn genomförs på vuxen-BoT eller utomläns/utomlands

Syfte med delprojektet:

Skapa förutsättningar för SCT hos BoT Barn

Föreslagna projekt



Problem:

Ökad grad av intermediärvård, behov av kompetenslyft

Syfte med delprojektet:

Utbildning, viss resursförstärkning

Föreslagna projekt

Delprojekt 1

SCT
barnonk

Delprojekt 2

Kompetens-
lyft
barnonk

Delprojekt 3

13-
årsmott

Delprojekt 4

Uppföljn-
mott
långtid

Delprojekt 5

Neuro-
kognitiv
rehab

Delprojekt 6

Re-win
health
(reh.portal)

Problem:

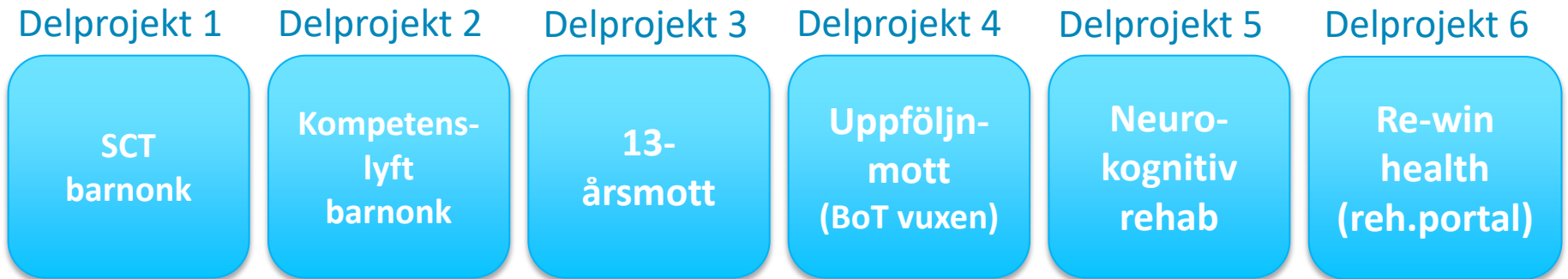
Vid SALUB:

- Okunskap hos ungdomen om sjukdom, behandling och ev. komplikationer
- Rekommenderad uppföljning inte genomförd
- Skolgång och psykosocial funktion inte omhändertagen
- Fokus på det som varit och planering framåt hinns inte med

Syfte med delprojektet:

- Förbättra processen för övergång från barnsjukvård till vuxensjukvård
- Information om tidigare sjukdom, behandling och (möjliga) komplikationer.
- Förberedelse för SALUB

Föreslagna projekt



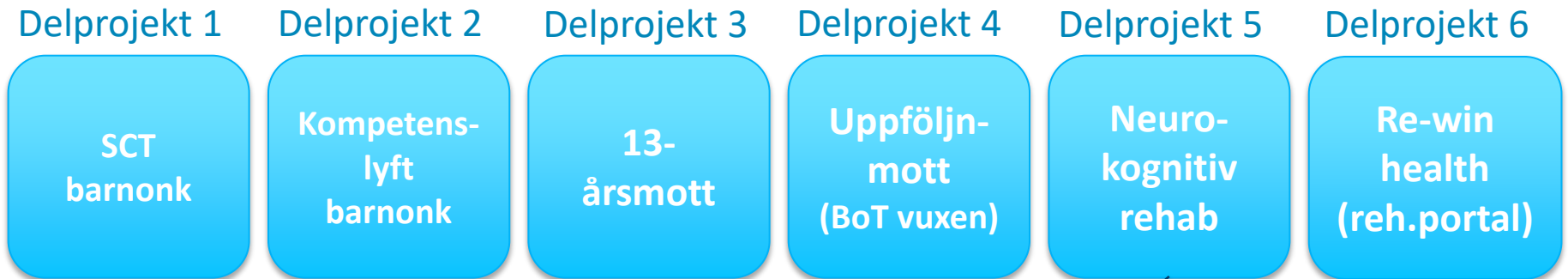
Problem:

- UFM vid onkologen ej formaliserad, beroende av engagerade individer
- UFM finns ej vid hematologen (tar emot vissa patienter)

Syfte med delprojektet:

- Beskriva vad som krävs för att etablera en gemensam UFM med standardiserade arbetsätt

Föreslagna projekt



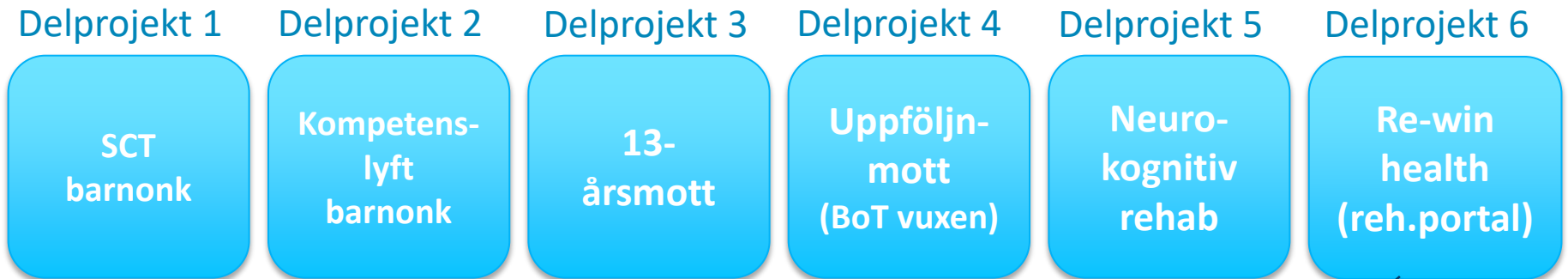
Problem:

- Hur fungerar neurokognitiv rehab i sjv-regionen
- Får alla barn den rehab de har rätt att få enligt vårdprogrammet (bilaga 1)

Syfte med delprojektet:

- Skapa ett underlag för gemensamma diskussioner om förbättrad samverkan, rutinförändringar, ev. digitala stöd för informationsöverföring, planering

Föreslagna projekt



Problem:

- Bristfälligt stöd för samverkan mellan regioner efter barncancer
- Bristfälligt stöd för barn och familjer angående rehab

Syfte med delprojektet:

- Skapa ett digitalt stöd för samverkan mellan regioner, professioner, vård, skola, familjer

Uppstartade projekt



Delprojekt 1

SCT barnonk + kompetenslyft

Delprojektägare: Klas Ekström, verksamhetschef Akademiska Barnsjukhuset

Delprojektledare: Sara Karlsson, avdelningschef BoT Barn

Aktiviteter

- Ombyggnation med förstärkt ventilation höst-20 till vår-21
- Utbildning
 - intern utbildning av ssk m.fl.
 - randning läkare (Karolinska Huddinge)
 - kunskapsöverföring från BoT vuxen
- Dokumentation (SOP enligt JACIE)
- Rekrytering

Behov av utbildning även vid
hemsjukhusen

Tidigast möjliga start av SCT vid 95A: **Q2 2021**

Delprojekt 3

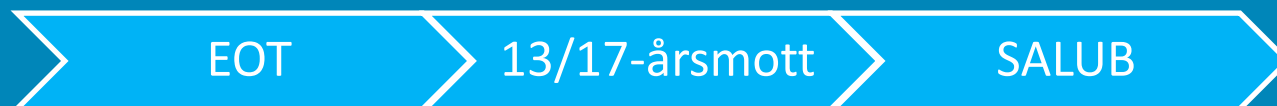
13-årsmottagning/ BRYGGAN

Delprojektägare: Josefine Palle, sektionschef BoT Barn

Delprojektledare: Johan Arvidson, pensionerad barnonkolog

Aktiviteter

- Förstudie, dokumentation BRYGGAN-processen, rutinbeskrivningar



- Pilotmottagning 14 patienter hösten 2020
- Utvärdering
- Ev. beslut om att etablera BRYGGAN i ordinarie verksamhet

Delprojekt 4

Uppföljningsmottagning

Delprojektägare: Honar Cherif, verksamhetschef BoT

Delprojektledare: Maria Andersson Ödman, verksamhetsutv. BoT

Aktiviteter

- Kartläggning av befintlig UFM onkologen och motsvarande verksamhet hematologen
- GAP-analys mellan dagens verksamhet och uppföljning enligt vårdprogrammet
- Specificera önskemål/krav på hur en gemensam UFM skulle fungera och vilka förutsättningar som krävs (resurser, lokaler, rutiner, budget)

- Ev. beslut om att etablera gemensam UFM i ordinarie verksamhet

Delprojektägare: Jenny Boija Bennbom, t.f. sektionschef barnneuro/hab/rehab
Delprojektledare: Catherine Aaro Jonsson, Neuropsykolog Region J-H

Aktiviteter

- Framtagande av två frågeformulär – ett för länssjukhusen, ett för barncancercentrum i Uppsala
- Kvalitetssäkring av formulär
 - I delprojektgruppen (neuropsykolog, konsult-ssk, specialpedagog, barnneurolog)
 - Pilotutskick (Barncancercentrum i Umeå respektive Östersunds sjukhus)
 - Användbarhetsexpert (frågornas formuleringar, får vi svar på det vi vill etc.)
- Formulär skickas ut 22 oktober, följs upp av intervjuer fr.o.m. mitten av november
- En kontaktperson tar emot formuläret, men behöver sannolikt inhämta svar från kollegor vid andra enheter. Kontaktpersonen är ansvarig för att föra in samtliga svar i det digitala formuläret. Kommentarsfälten viktiga att använda.
- Sammanställning och analys av svar ev. med förslag till förändrade rutiner eller liknande
- Gemensam workshop/diskussion om förbättringsmöjligheter

Lokala och sjukvårdsregionala delprojekt

- Beslut från styrgrupp 16 juni att 6 regioner kan ansöka om 200 tkr för lokala förbättringsarbeten/delprojekt
- Dokument "Förutsättningar för lokala delprojekt" och "Mall för idébeskrivning"
- Idébeskrivning tas emot och bedöms av styrgruppen

Lokala och sjukvårdsregionala delprojekt

Lokala

- Lokala delprojekt ska komma regionens patienter till godo
- Möjligt att ansöka om 200 tkr

Sjukvårdsregionala

- Regionala delprojekt ska komma hela sjukvårdsregionens patienter till godo
- Möjligt att ansöka om mer än 200 tkr

Även länssjukhusen kan ansöka om att bedriva sjukvårdsregionala delprojekt

[Länk till idébeskrivning lokala förbättringsarbeten](#)

Barncancersatsningen

Nationellt perspektiv

Josefine Palle
Sektionschef barnonkologen



AKADEMISKA
BARNSJUKHUSET

2020 års överenskommelse - Nationellt

- RCC i samverkan ska tillsätta och leda en **nationell arbetsgrupp** som ska utgå från den rapport som togs fram 2019.
- Arbetsgruppen ska ta fram en **handlingsplan** där insatserna utifrån rapporten prioriteras för åren 2020–2022. Till Socialdepartementet **30 september 2020**.
- RCC i samverkan ska stödja och bidra till att **utveckla kunskaps- och erfarenhetsutbytet om långtidsuppföljning** som bedrivs vid uppföljnings-/seneffektmottagningar i samtliga sjukvårdsregioner.

Vad har hänt

- Rapport "Utvecklingsområden inom barncancervården" framtagen hösten 2019

[Länk till rapporten](#)

- Nationell arbetsgrupp har under året tagit fram "Handlingsplan utvecklingsområden inom barncancervården" för insatser 2020-2022 rapporten

[Länk till handlingsplanen](#)

- Olika nätverk har bildats, "Uppföljningsnätverk", "Chefsnätverk", "RCC-nätverk"
- Under oktober presenterar företrädare för gruppen för Socialdepartementet



Projekt/områden

- Kompetensförsörjning
- Kvalitetsförbättringar i vården
- Samordning mellan regioner
- Samordning mellan barn och vuxenvård
- Barns och föräldrars egna erfarenheter och åsikter
- Kartläggning av vårdprocesserna
- Behov av standardiserade vårdförlopp och nationella vårdprogram



Samordning mellan regioner

Riktlinjer kring nationella vårdenheter – protonstrålning

Förslag till insatser

- Utvärdera de första årens verksamhet med strålbehandling av barn på Skandionkliniken.
- Formulera basrekommendationer för omhändertagandet av barn och ungdomar som får protonstrålning på Skandionkliniken i Uppsala.
- Inventera vilka resurser som behövs för att uppfylla basrekommendationerna, t.ex. i form av sjukvårdspersonal med barnkompetens.



Barnhjärtcentrum Göteborg 2019



VÄSTRA
GÖTALANDSREGIONEN
SAHLGRENKA UNIVERSITETSSJUKHUSET

Forskning

Ewa-Lena Bratt



VÄSTRA
GÖTALANDSREGIONEN
SAHLGRENKA UNIVERSITETSSJUKHUSET

Barnhjärtcentrum

Docent

- Ewa-Lena Bratt (barnsjusköterska)
- Mats Mellander (barnkardiolog)

Doktorsexamen

- Britt-Marie Ekman-Joelsson (barnkardiolog)
- Hoa Duong (barnsjusköterska)
- Hans Lidén (kirurg)
- Anders Nygren (barnkardiolog)
- Carmen Ryberg (psykolog)
- Eva Strömvall-Larsson (barnkardiolog)
- Mats Synnergren (kirurg)
- Håkan Wåhlander (barnkardiolog)
- Annika Öhman (barnkardiolog)

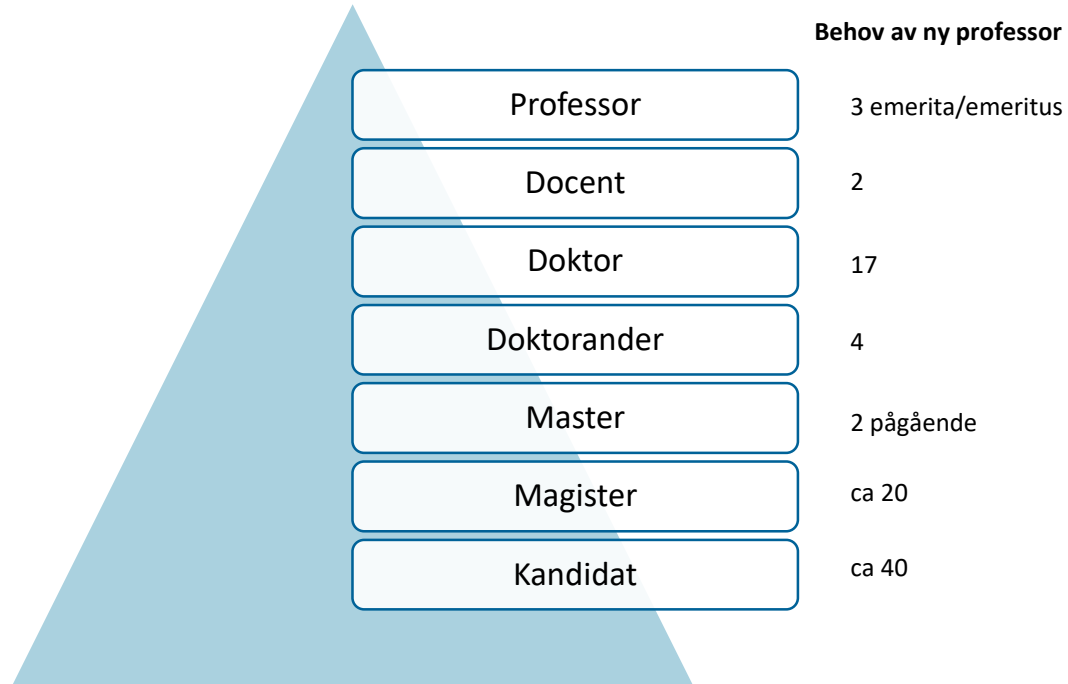
Professor emerita/emeritus/ Senior rådgivare

- Håkan Berggren (kirurg)
- Jan Sunnegårdh (barnkardiolog)
- Ingegerd Östman-Smith (barnkardiolog)

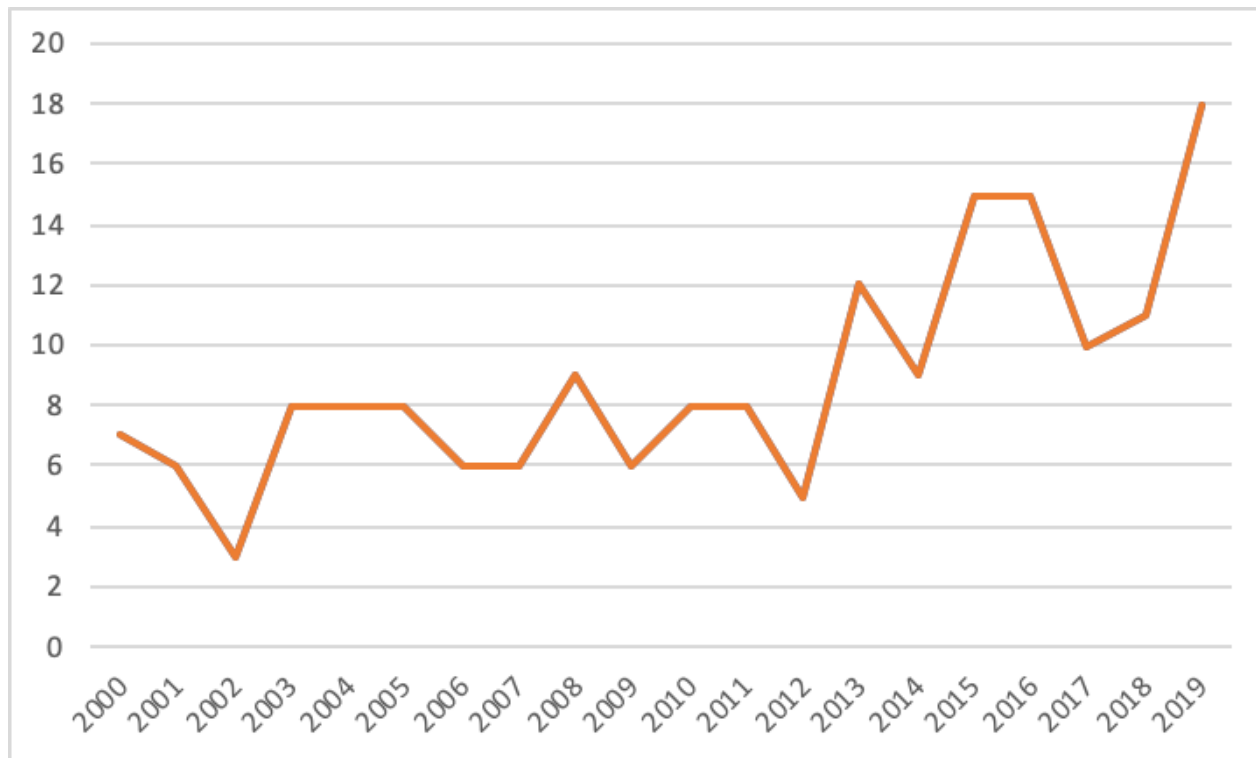
Doktorander

- Jens Böhmer (barnläkare)
- Katarina Lannering (barnläkare)
- Maria Ryd (specialistsjuksköterska)
- Sandra Skogby (barnsjusköterska)

Barnhjärtcentrum



Vetenskapliga publikationer Barnhjärtcentrum 2000-2019



Utveckling

- Forskningsmöten/seminarier
 - Bör ske tillsammans med andra professioner på regelbunden basis
 - Gemensamma och separata
- Verksamhetsförlagda examensarbeten (VFE)
 - Master, magisteruppsatser och andra examensarbeten bör ta avstamp i verksamhetens behov
- Forskning, uppsatser och andra examensarbeten ska kommuniceras internt och externt
- Behov av strategier som bidrar till att synliggöra och underlätta användning av forskningsresultat (implementering)
- Stimulera och facilitera forskning på alla nivåer
- Professor
- Fler docenter

Barnhjärtcentrum

- 25 barnsköterskor *
 - 3 specialistutbildade
- 47 sjuksköterskor *
 - 27 specialistsjuksköterskor
- 19 läkare *
 - 14 specialister i barnkardiologi,
 - 5 ST Barnkardiologi
 - 5 Kirurger (2022 3 kirurger)

*alla arbetar ej heltid



Utveckling



VÄSTRA
GÖTALANDSREGIONEN
SAHLGRENKA UNIVERSITETSSJUKHUSET

Nytt telemedicinsk konferensrum

- Thoraxkonferens
- Kardiologkonferens
- Gertrudkonsultationer
- Vårdkonferenser
- Patient och anhörigsamtal
- Forskning och utbildning
- Mötesrum barnhjärtcentrum





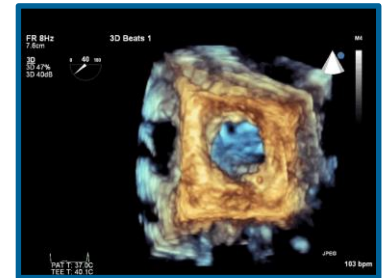
Ultraljudssektionen

Ca 6000 UCG per år

Investerat i mjukvara, Intellispace Cardiovascular (ISCV) från Philips för att skapa en fullständig plattform för insamling, bearbetning, lagring och visning av 3D ultraljud vid sidan om EchoPac.

Ny utrustning/programvara för utveckling av 3-d ultraljud

4 BMA – Europeisk certifiering



Nytt barnsjukhus – Inflyttning 2021



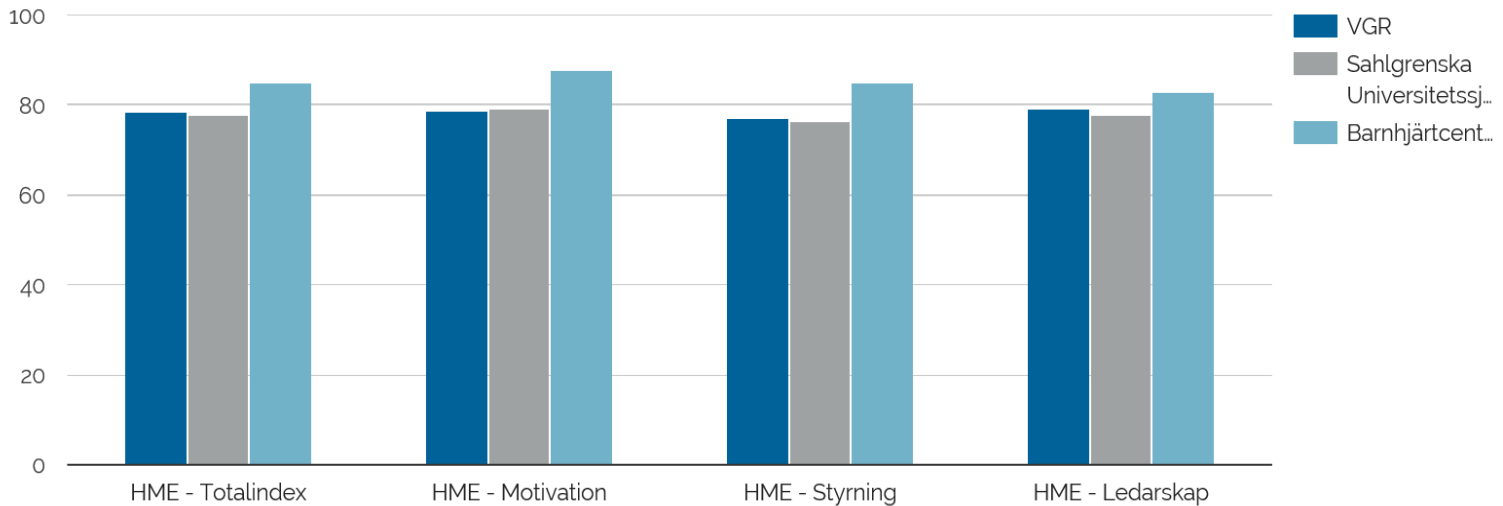
Hjärtsal - Hybridsal



- Verifiera optimalt operationsresultat
 - UCG
 - CT-robot

Arbetsmiljö

SKL - Hållbart medarbetarengagemang



Register - SWEDCON



VÄSTRA
GÖTALANDSREGIONEN
SAHLGRENKA UNIVERSITETSSJUKHUSET

Årsrapport 2019



Nationellt register för medfödda
hjärtsjukdomar

<http://www.ucr.uu.se/swedcon/arsrapporter>

Nationell högspecialiserad vård Socialstyrelsen



VÄSTRA
GÖTALANDSREGIONEN
SAHLGRENKA UNIVERSITETSSJUKHUSET

SoS

- Hjärtkirurgi på barn- och ungdomar är Nationell högspecialiserad vård sedan 20180701 och tills vidare
- Utvärdering 2014-2016 - Göteborg godkänd på alla punkter utom avseende kapacitet
 - Förbättring under 2018
 - Den särskilda uppföljningen avslutades i augusti 2018
 - Fullgod kapacitet 2019
 - Ca 80% av verksamheten 2020



<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2018/2018-8-1>

Nationell högspecialiserad uppföljning

www.socialstyrelsen.se/nhvuppfoljning



VÄSTRA
GÖTALANDSREGIONEN
SAHLGRENKA UNIVERSITETSSJUKHUSET

Hjärtkirurgi på barn och ungdomar

Hjärtkirurgi på barn och ungdomar är koncentrerad till Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Skånes Universitetssjukhus i Lund sedan 2008.

[Beslut om tillstånd för hjärtkirurgi på barn och ungdomar](#)



Tänk på att statistiken inte är tillräcklig för att värdera rikets eller enhets resultat. Den ger en indikation på om det behövs djupare analyser.

Översikt

Bakgrundsmått

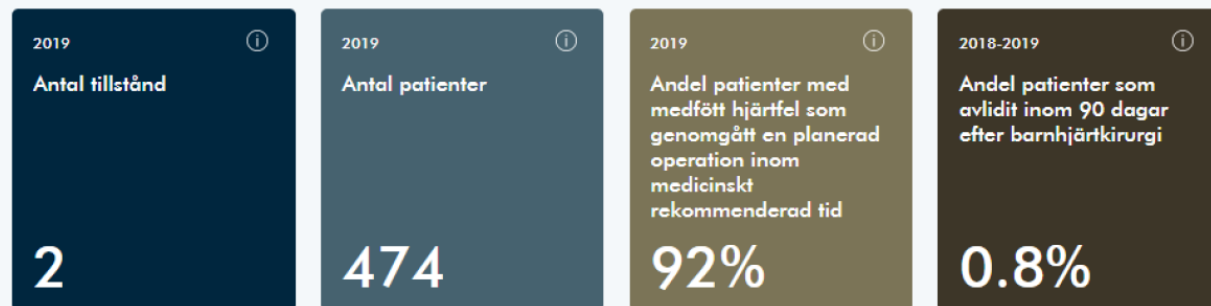
Tillgänglighet

Medicinska resultat

Övriga mått

Villkor

Översikt



Regioner med tillstånd	Enhet	Antal Patienter	Tillstånd från
Region Skåne	Skånes Universitetssjukhus	242	2008
Västra Götalandsregionen	Sahlgrenska Universitetssjukhuset	232	2008

Bakgrundsmått

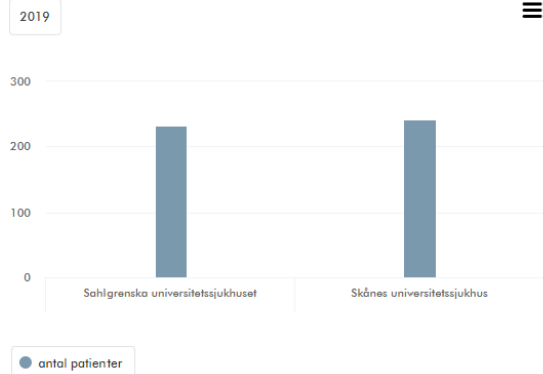
Bakgrundsmått ger en bild av patientsammansättning och vårdvolymen inom nationell högspecialiserad vård. Exempel på bakgrundsmått är antal behandlingar och patienter, ålder och kön på patienterna, samt var patienterna kommer ifrån. [Läs mer](#)

Patienter som behandlats

Antal patienter som har behandlats inom NHV-definitionen för barnhjärtkirurgi under året.

Måttenhet: antal patienter | Datakälla: Socialstyrelsen [Mer info](#)

Riket **Jämför** Tabell

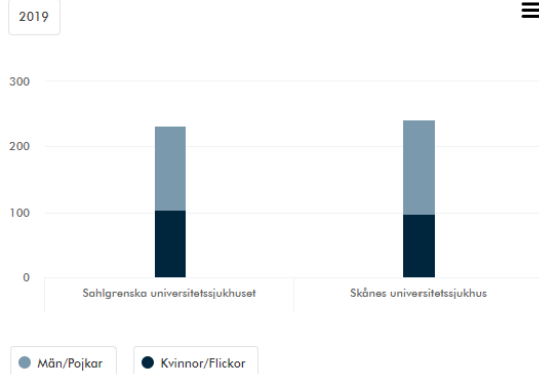


Patienter uppdelat på kön

Antal patienter som har behandlats inom NHV-definitionen för barnhjärtkirurgi under året.

Måttenhet: antal patienter | Datakälla: Socialstyrelsen [Mer info](#)

Riket **Jämför** Tabell



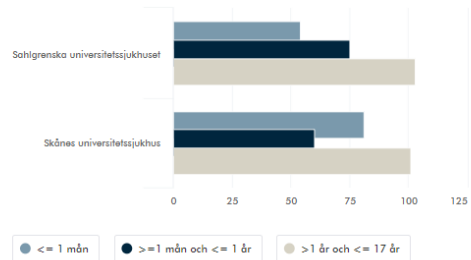
Patienter uppdelat på ålder ⓘ

Antal patienter som har behandlats inom NHV-definitionen för barnhjärtkirurgi under året.

Måttenheter: antal patienter | Datakälla: Socialstyrelsen [Mer info](#)

Riket **Jämför** Tabell

2019



Patienter uppdelat på folkbokföringsregion ⓘ

Antal patienter som har behandlats inom NHV-definitionen för barnhjärtkirurgi under året.

Måttenheter: antal patienter | Datakälla: Socialstyrelsen [Mer info](#)

Riket **Tabell**

2019



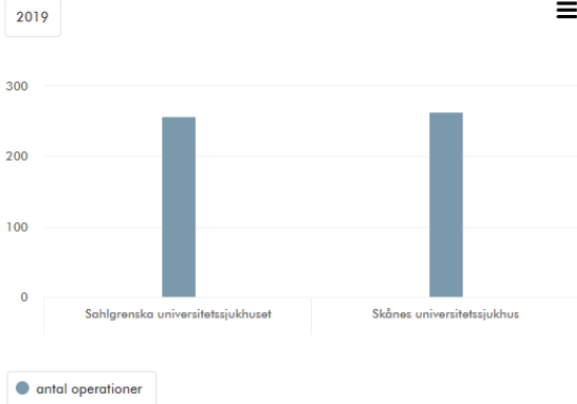
Operationer

Antal operationer som har utförts inom NHV-definitionen för barnhjärtkirurgi under året



Måttenhet: antal operationer | Datakälla: Socialstyrelsen [Mer info](#)

Riket **Jämför** Tabell



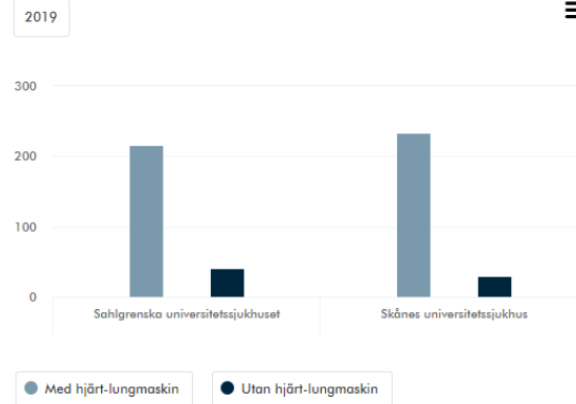
Operationer med och utan hjärt-lungmaskin

Antal operationer som har utförts inom NHV-definitionen för barnhjärtkirurgi under året



Måttenhet: antal operationer | Datakälla: Socialstyrelsen [Mer info](#)

Riket **Jämför** Tabell



Vårdtid efter barnhjärtkirurgi

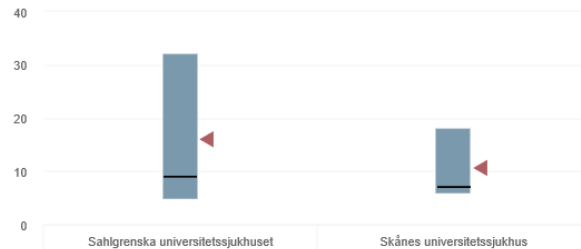


Vårdtid efter primäroperation i antal dygn

Måttenhet: dagar | Datakälla: Socialstyrelsen

Riket **Jämför** Tabell

2019



dagar

Medelvärde

Median

Tillgänglighet

Tillgänglighetsmått är indikatorer som visar hur tillgänglig vården är. Till exempel hur lång tid en patient får vänta på behandling. Eller i vilken mån en nationell vårdenhet måste remittera patienter till annan enhet. [Begrepp och definitioner](#)

Tid till barnhjärtoperation

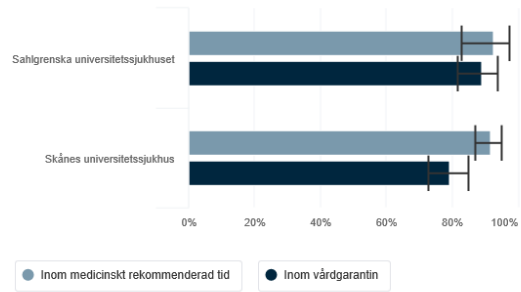
Andel patienter med medfött hjärtfel som har genomgått en planerad operation inom rekommenderad tid



Måttenhet: andel i procent | Datakälla: Socialstyrelsen

Riket **Jämför** Tabell

2019



Medicinska resultat

Indikatorer som visar hur det går för patienterna. Till exempel överlevnad, återinläggning eller komplikationer efter ett ingrepp. [Begrepp och definitioner](#)

Dödlighet efter barnhjärtkirurgi

Andel patienter som har avlidit inom 30, 90 respektive 365 dagar efter barnhjärtkirurgi



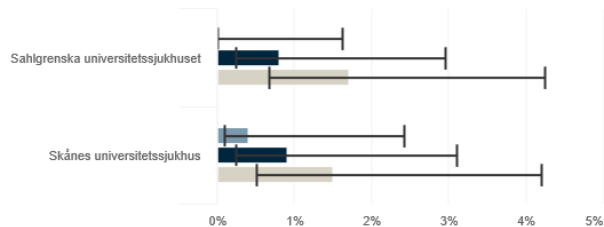
Måttenhet: andel i procent | Datakälla: Socialstyrelsen

Riket

Jämför

Tabell

2019



Inom 30 dagar från primäroperation

Inom 90 dagar från primäroperation

Inom 365 dagar från primäroperation

Oplanerade reoperationer

Andel patienter som har reopererats efter hjärtkirurgi vid samma vårdtillfälle



Måttenhet: andel i procent | Datakälla: Socialstyrelsen

Riket

Jämför

Tabell

2019

För att säkerställa att personuppgifter inte röjs visas inte uppgifter som kan peka ut ett lågt patientantal.

Livskvalitet efter barnhjärtkirurgi

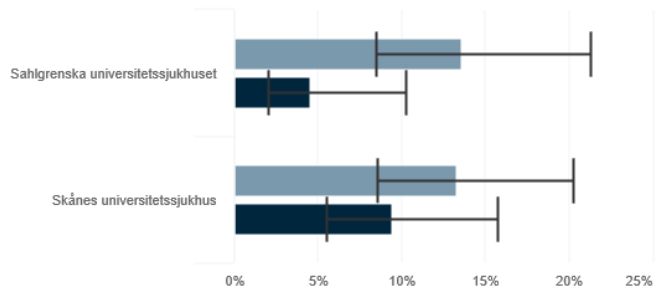


Andel patienter där uppföljning kring livskvaliteten har genomförts

Måttenhet: andel i procent | Datakälla: Socialstyrelsen

Riket **Jämför** Tabell

2019



● Uppföljning 12 års ålder

● Uppföljning 18 års ålder

Villkor

Varje tillstånd är förknippat med generella och särskilda villkor som tillståndsinnehavare är ålagda att uppfylla för att få bedriva vården. Generella villkor bestäms av Socialstyrelsens föreskrift medan särskilda villkor, så kallat tillståndsspecifika, fastställs vid beslut om tillstånd. [Begrepp och definitioner](#)

Sahlgrenska universitetssjukhuset



Skånes universitetssjukhus



[↗ Dela](#)

Publicerad: 2020-07-13

Kontakt

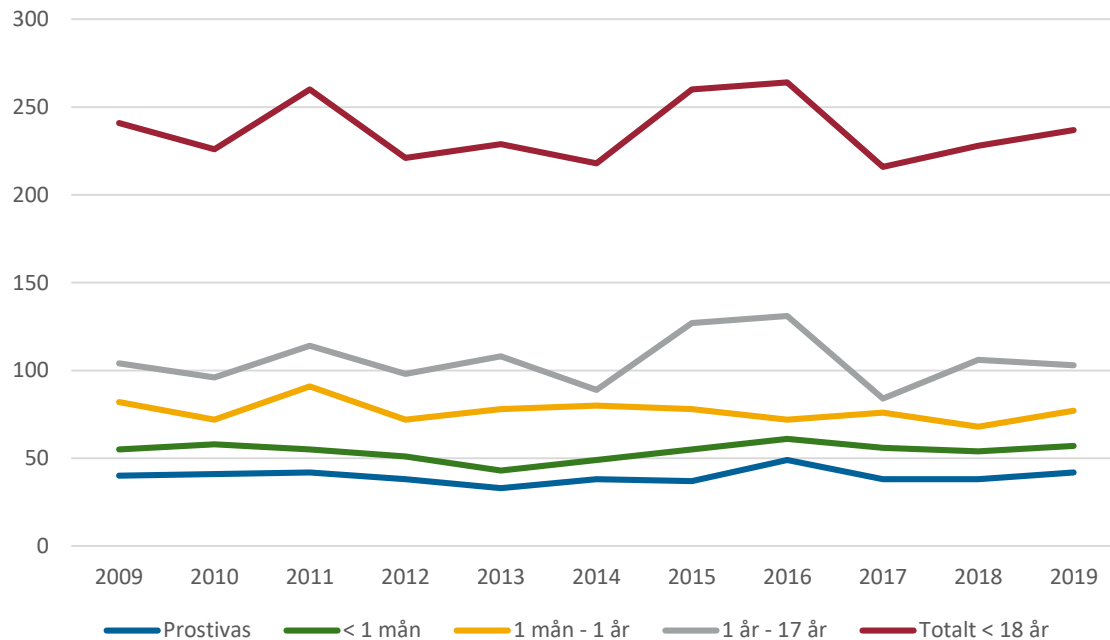
E-post: NHV@socialstyrelsen.se

Resultat och Logistik

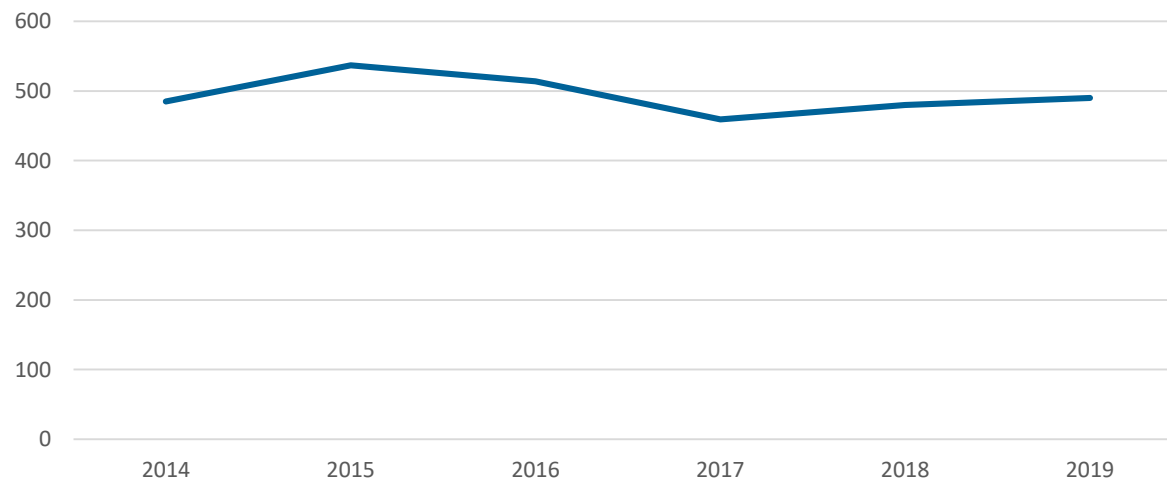


VÄSTRA
GÖTALANDSREGIONEN
SAHLGRENKA UNIVERSITETSSJUKHUSET

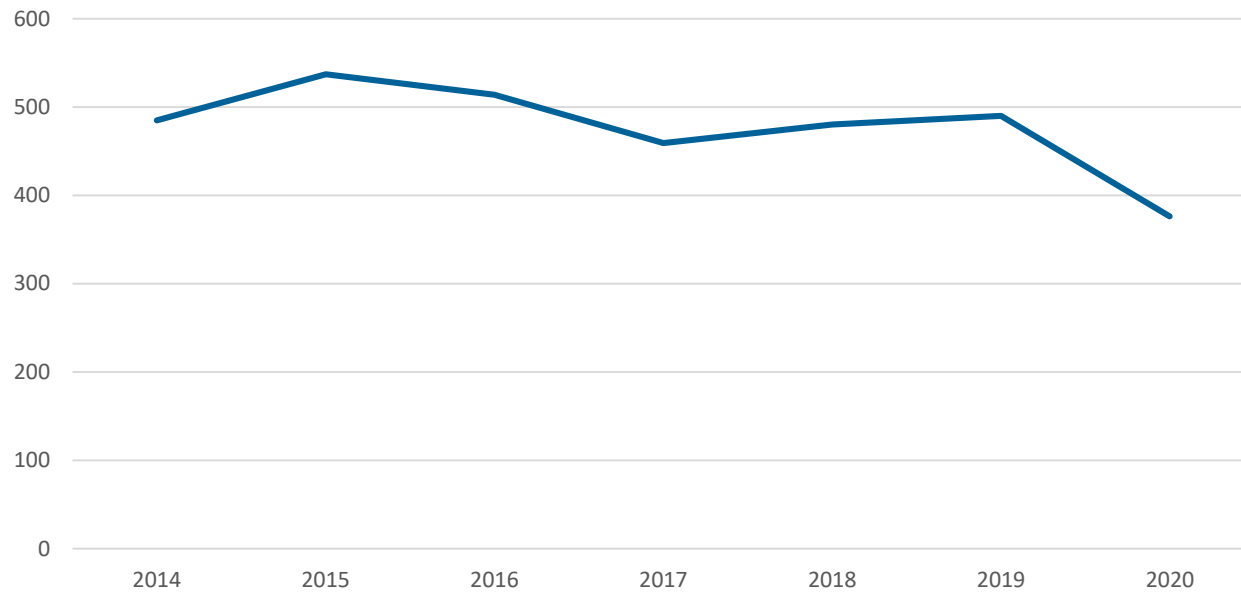
Hjärtoperation Göteborg 2009-2018 (Ej TPL, VAD/PM)



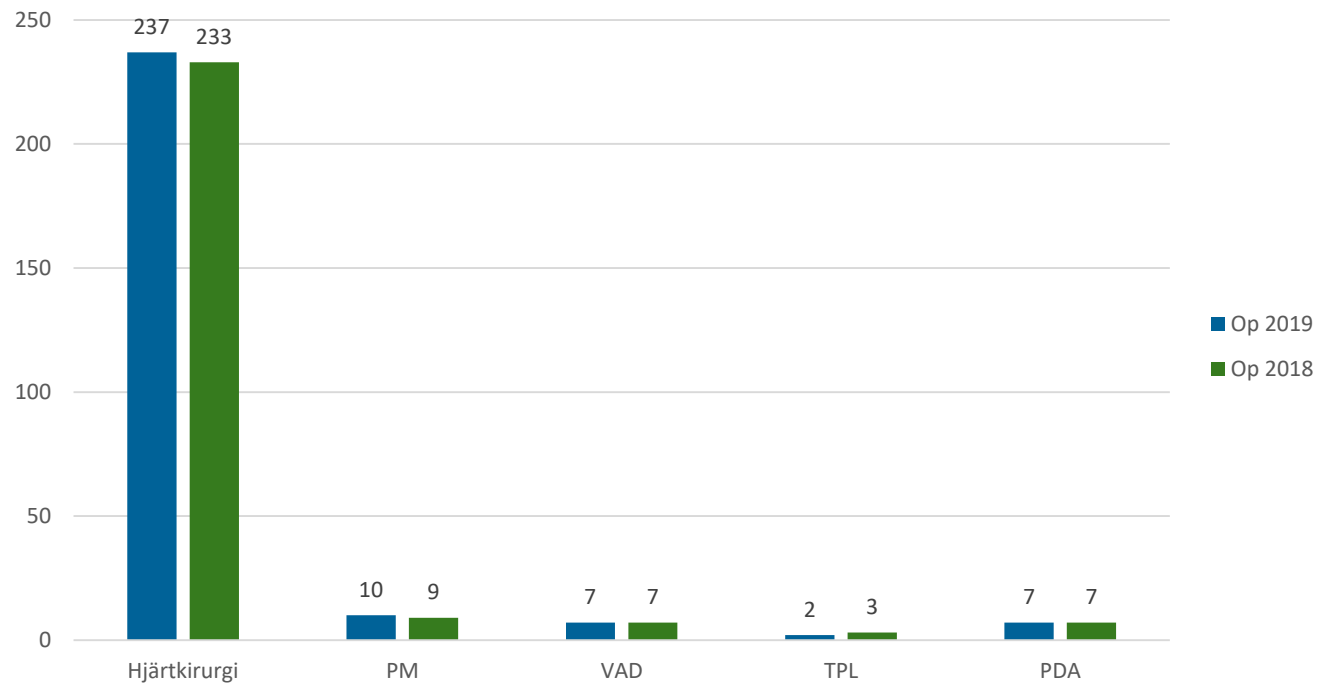
Barnhjärtkirurgi Sverige 2014-2019



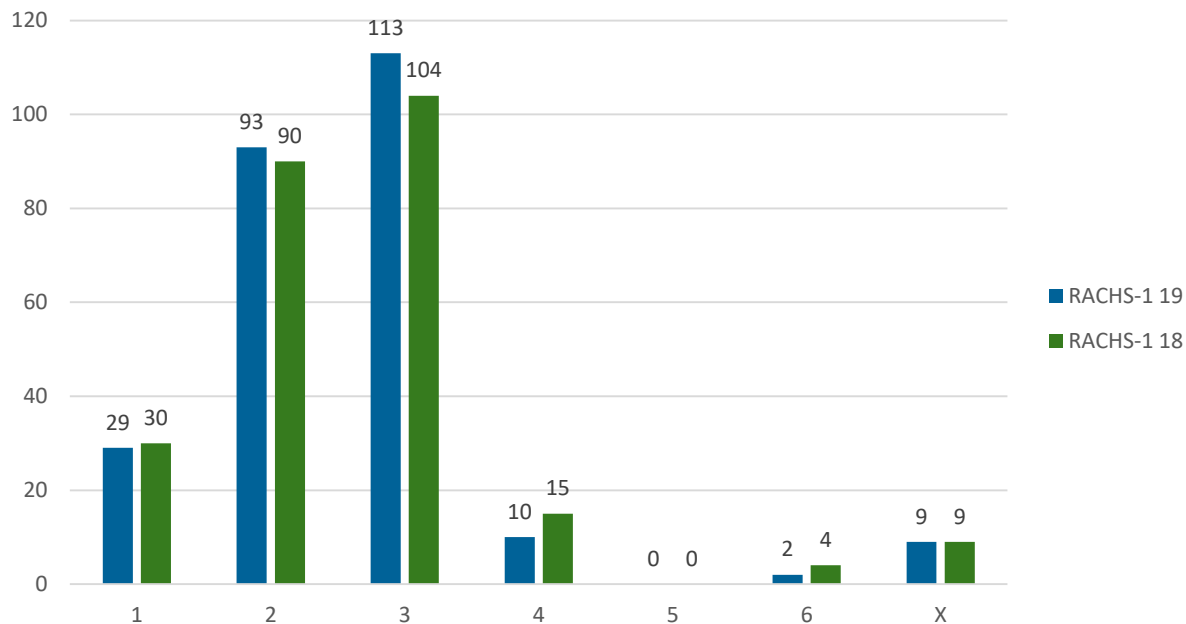
Barnhjärtkirugi Sverige 2014-2020



Operationer 2019 vs 2018

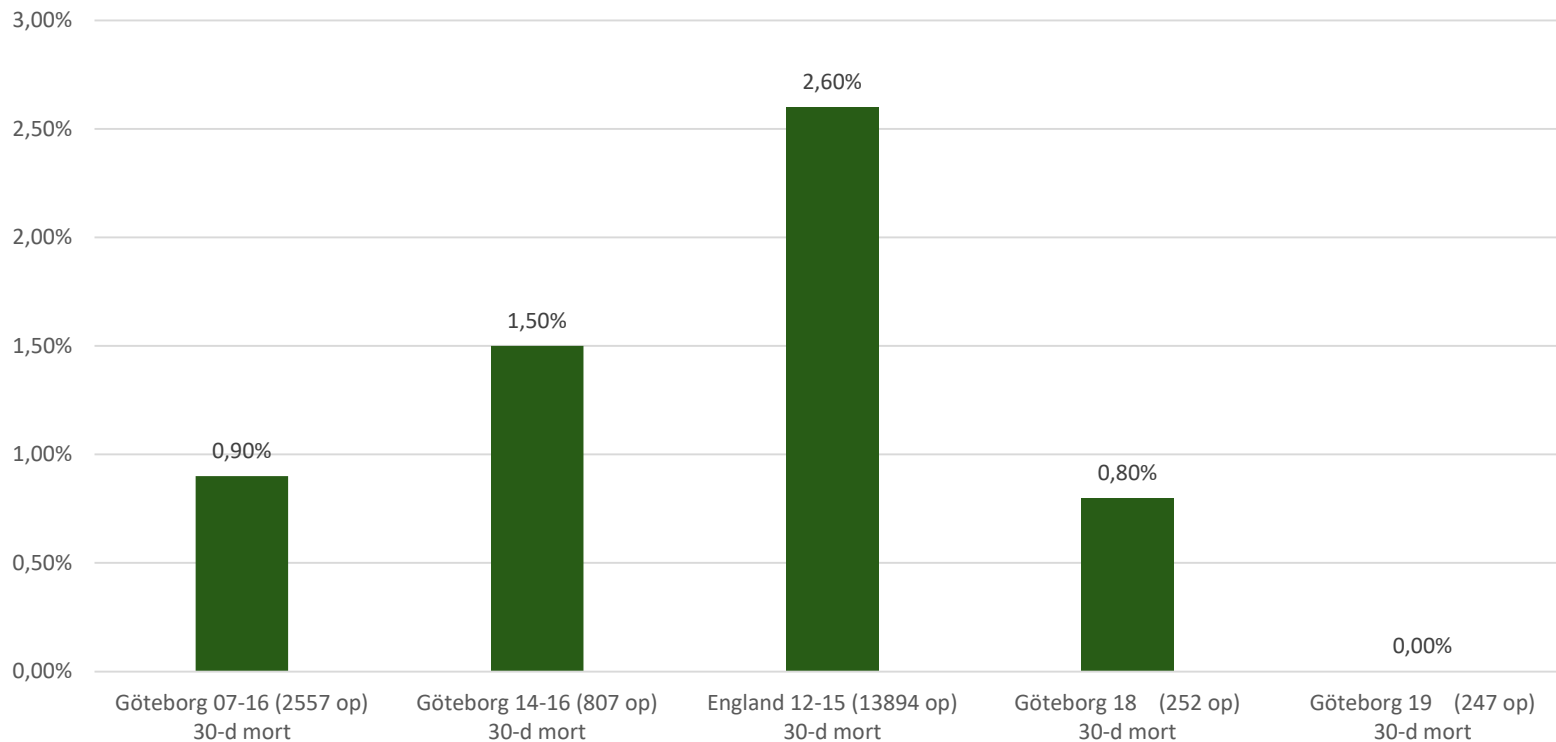


RACHS-1 2019 vs 2018



30-d mortalitet Göteborg vs UK

Källa Nationella
kvalitetsregister:
Sverige: SWEDCON
UK: NICOR



Överlevnad 2019

Hjärtoperationer, TPL, VAD och PM

- 30 dagars överlevnad:
 - 100 %
- Total överlevnad (tom 20200228)
 - 99 %

ECMO 2019

- 6 hjärtopererade patienter
 - 5/6 överlevande
- 5 ej hjärtopererade patienter
 - 2/5 överlevande

Indikationer för ECMO under pågående hjärtstopp (E-CPR)

ECMO är en upptrappning av gängse hjärtstoppsvård där enstaka utvalda patienter kan i
Nedanstående är ett underlag för att hitta dessa

Grundförutsättningar: Patienten är välfungerande, klarar sköta sig själv, före insjuknandet och har ingen annan känd allvarlig komorbiditet

	ECMO om samtliga kriterier uppfyllda
Ålder/Tid	Tid från hjärtstopp till ECMO-start 60-65 år < 45 min < 60 år även längre HLR-tider
Första rytm	VT/VF PEA & asystoli: End IHCA och unga pat m OHCA
No-flow tid (från kollaps till HLR)	≤ 3 minuter
HLR-cirkulation:	Hjärtstopp till ECMO: 30-45 min 2av4, >45 min 3av4
Pupilldiameter	≤ 5 mm
Rör på sig, (drar andetag)	ja
Endtidalt CO ₂ , vid normoventilation	≥3 kPa
Laktatstegring	< 10 mmol/L

*Kontraindikationer: Låg EF före hjärtstopp hos äldre.
PO₂-artär < 6,5 kPa*

Frikostig vid korta HLR-tider och vid riktigt unga patienter. Återhållsam vid tider över 60 minuter.

- Pat med PEA och asystoli kan räddas om kort HLR-tid vid IHCA (In Hospital Cardiac arrest).
- Unga patienter med PEA eller asystoli vid OHCA (Out of Hospital Cardiac arrest) också OK

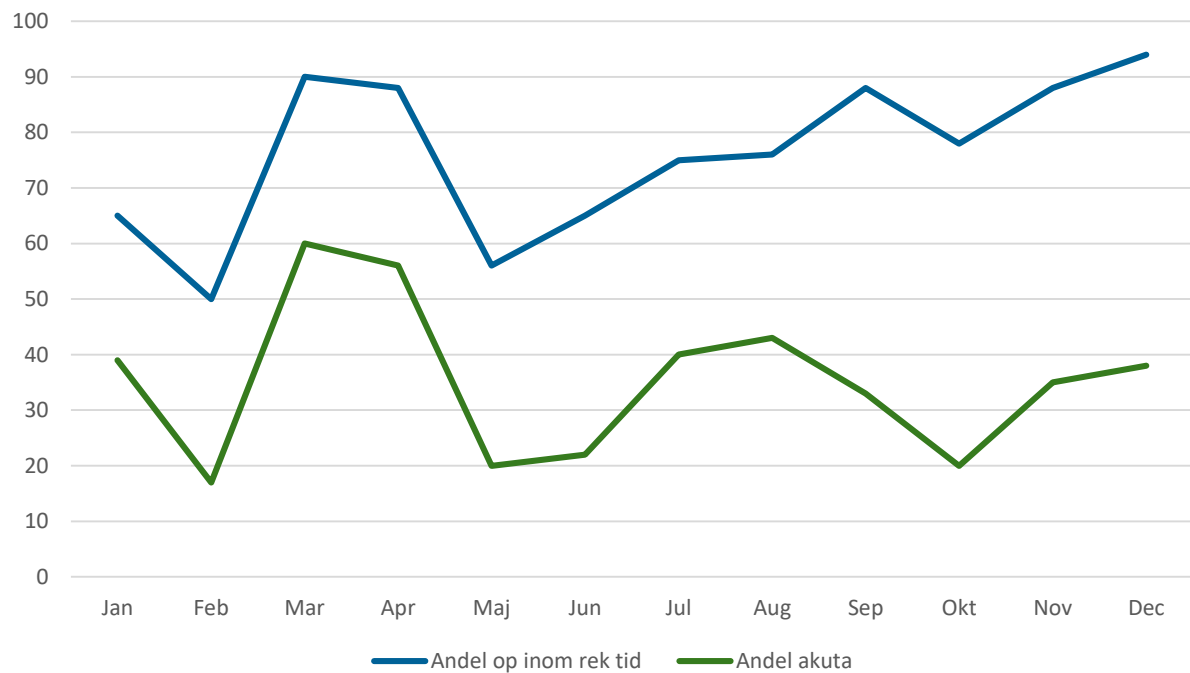
Hypotermi (<32°C): ECMO om Hopescor>10%, www.hypothermiascore.org (måste använda punkt (.) istället för komma (,) på hemsidan)

Version 2.1, dec 2019

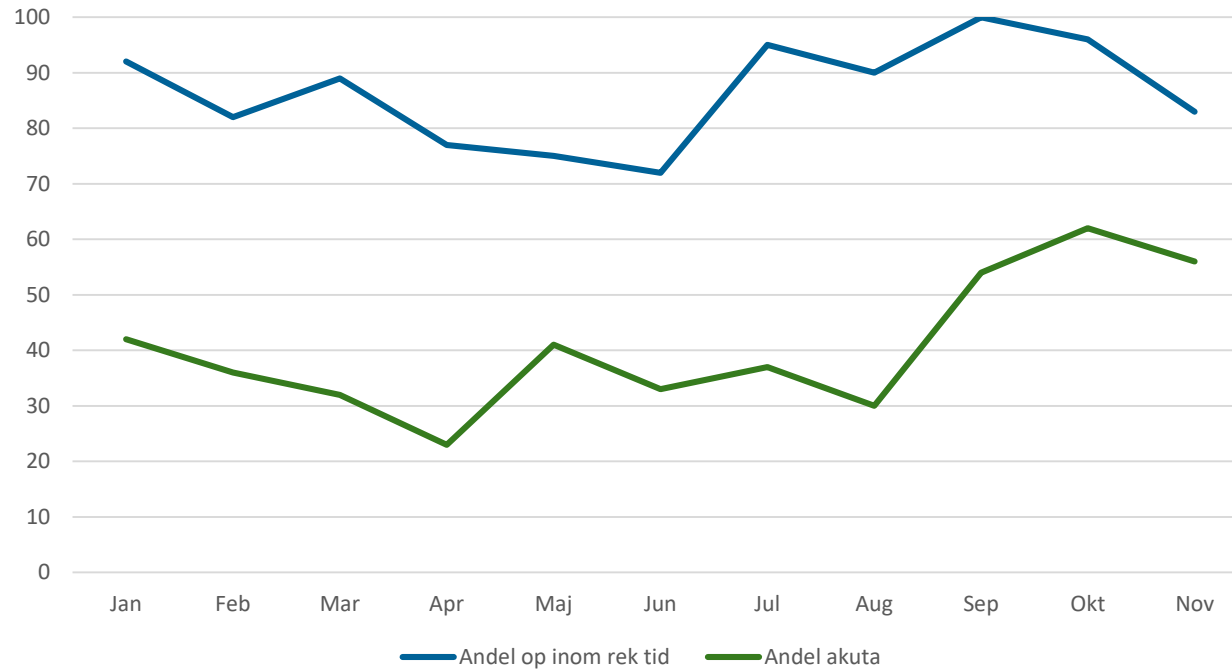
Barnhjärtkirurgi skickade patienter

	2019	2018	2017
Antal patienter till Lund	0	0	8

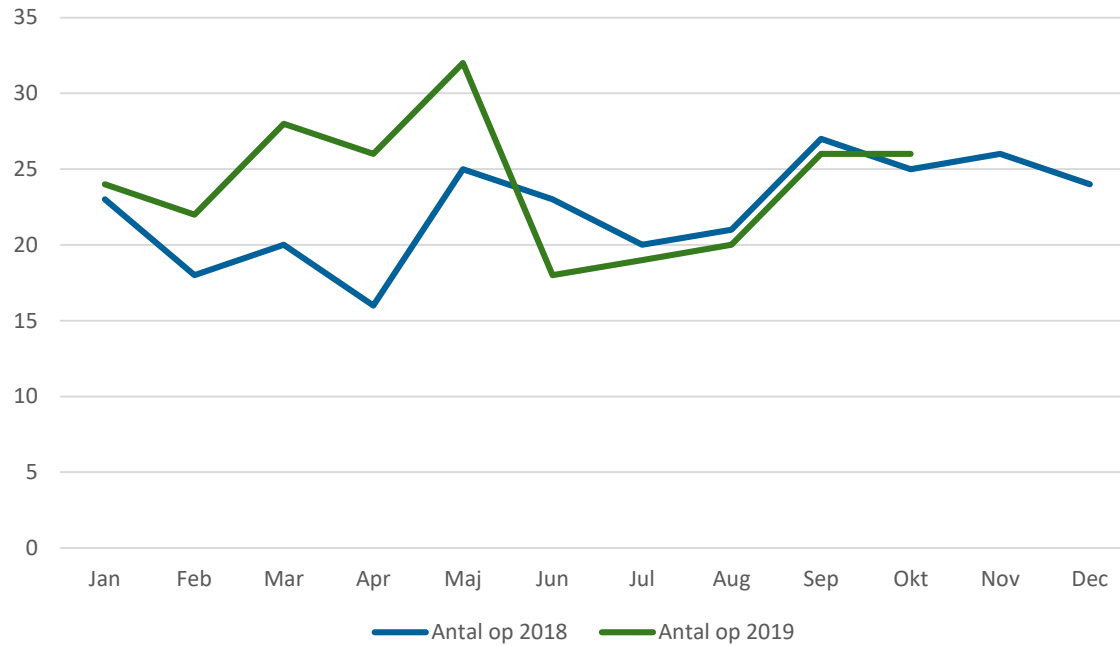
Andel op inom rek tid vs andel akuta 2018



Andel op inom rek tid vs andel akuta op 2019



Antal op 2018 vs 2019





VÄSTRA
GÖTALANDSREGIONEN
SAHLGRENSKA UNIVERSITETSSJUKHUSET

Högspecialiserad barnkardiologi i Göteborg 2019

Håkan Wåhlander
Barnhjärtcentrum
Drottning Silvias barn- och
ungdomssjukhus

Kateteriseringar 2017

Totalt	285
Interventioner	127
Biopsi	41
Diagnostik	117
3D rotationsangio	34
Peroperativ	7
Hybridgrepp	4

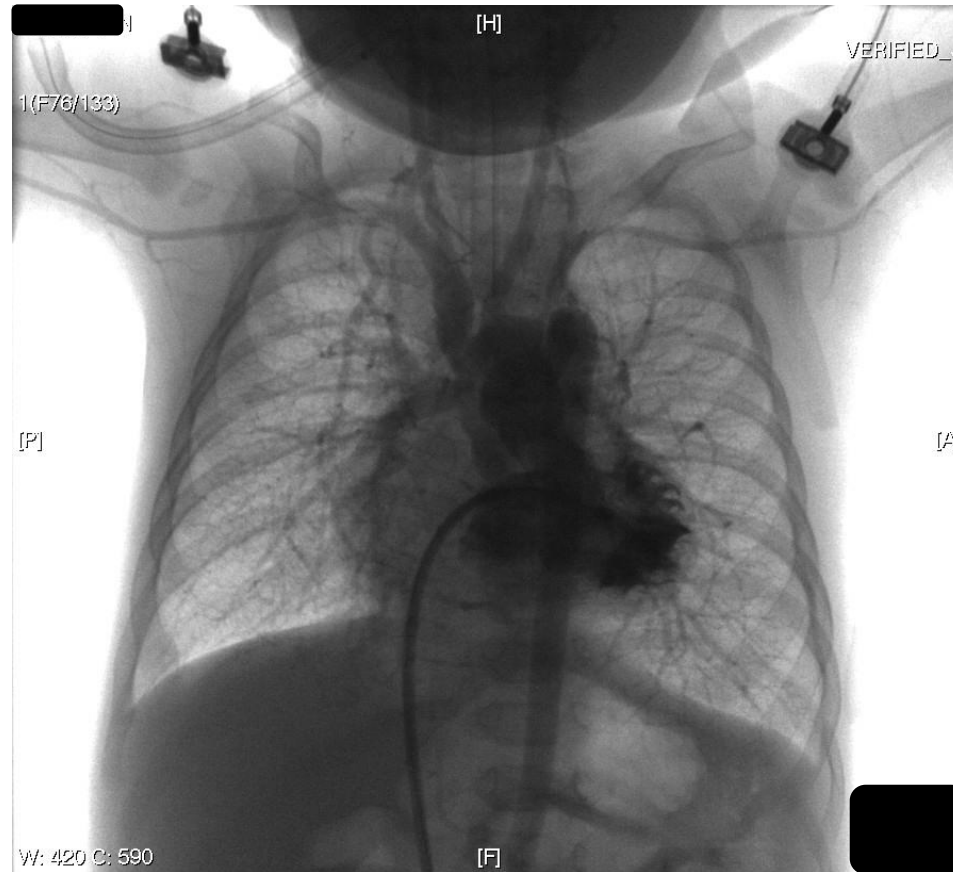
Kateteriseringar 2018

Totalt	266
Interventioner	118
Biopsi	45
Diagnostik	103
3D rotationsangio	21
Peroperativ	2
Hybridgrepp	5

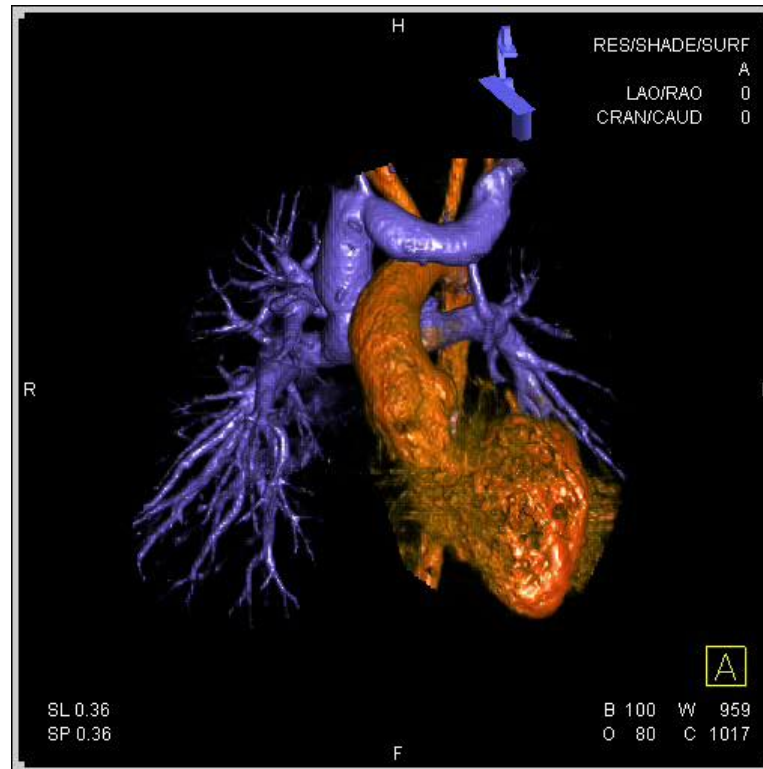
Kateteriseringar 2019

Totalt	220
Interventioner	112
Biopsi	27
Diagnostik	81
3D rotationsangio	12
Peroperativ	2
Hybridgrepp	2

3D rotationsangio



3D rotationsangio



Interventioner

Typer av
ingrepp

Ingrepp	Göteborg	Andel
Avlägsnande av främmande kropp i a pulmonalis	7	70
Ballongdilataation av aortaklaff	6	43
Ballongdilataation av arteria pulmonalis	40	56
Ballongdilataation av coarctation	14	37
Ballongdilataation av lungven	6	50
Ballongdilataation av mitralis	0	
Ballongdilataation av pulmonalisklaff	53	60
Ballongdilataation av systemven	4	100
Ballongseptostomi ad modum Rashkind	38	58
Deviceslutning av ASD	30	25
Deviceslutning av PDA	77	39
Deviceslutning av VSD	3	50
Deviceslutning av fenestration i cavo-pulmonell tunnel	0	
Embolisering av arterio-venös fistel	0	0
Kateterslutning av MAPCA	21	88
Misslyckat försök att placera device/coil vid kateterisering	1	11
Perforation och dilatation av pulmonalisklaff via kateter	3	100
Perkutan transluminal insättning av klaffförsett stent i a pulmonalis	6	60
Placering av stent i PDA	5	83
Placering av stent i arteria pulmonalis	28	70
Placering av stent i coarctationsområdet	25	63
Placering av stent i lungven	0	
Placering av stent i systemven	5	83
Slutning av coronarfistel	0	
Slutning av fistel från a pulmonalis	2	100
Slutning av shunt via kateter	1	50
Stentdilataation av coronarartär	0	
Övrigt	7	29
TOTALT	382	48

Komplikationer 2017

Typ	Antal
Kärlkomplikation	2
Rytmkomplikation	7
Interventionskomplikation	4
Annan komplikation	3
Allvarlig avvikelse	7

Perforation 1
Kirurgi inom 24 h 2
Andningsstörning 1
Kontrastdeponering 3

Komplikationer 2018

Typ	Antal
Kärlkomplikation	4
Rytmkomplikation	7
Interventionskomplikation	4
Annan komplikation	3
Allvarlig avvikelse	7

Perforation 3
Kirurgi inom 24 h 1
Andningsstörning 2
Kontrastdeponering 1

Komplikationer 2019

Typ	Antal
Kärlkomplikation	4
Rytmkomplikation	7
Interventionskomplikation	2
Annan komplikation	2
Allvarlig avvikelse	3

Kirurgi inom 24 h 2
Andningsstörning 1

Kateteriseringsdagar

- Ordinarie dagar: Måndag-Tisdag-Torsdag
- V. 26-34 endast Torsdag
- Förändring i schemat från 160401
- Antal utanför dessa dagar: 61 st
- Antal på helger: 11 st

Görs detta i rätt tid 2017?

	Antal	Andel
Rätt tid	220	69
Efter måldatum	65	23
Mer än 30 dagar efter	19	7

Kvar på Väntelistan	Antal
180101	8
170101	4
160101	17
150101	125
140101	93

Görs detta i rätt tid 2018?

	Antal	Andel
Rätt tid	226	85
Efter måldatum	40	15
Mer än 30 dagar efter	16	6

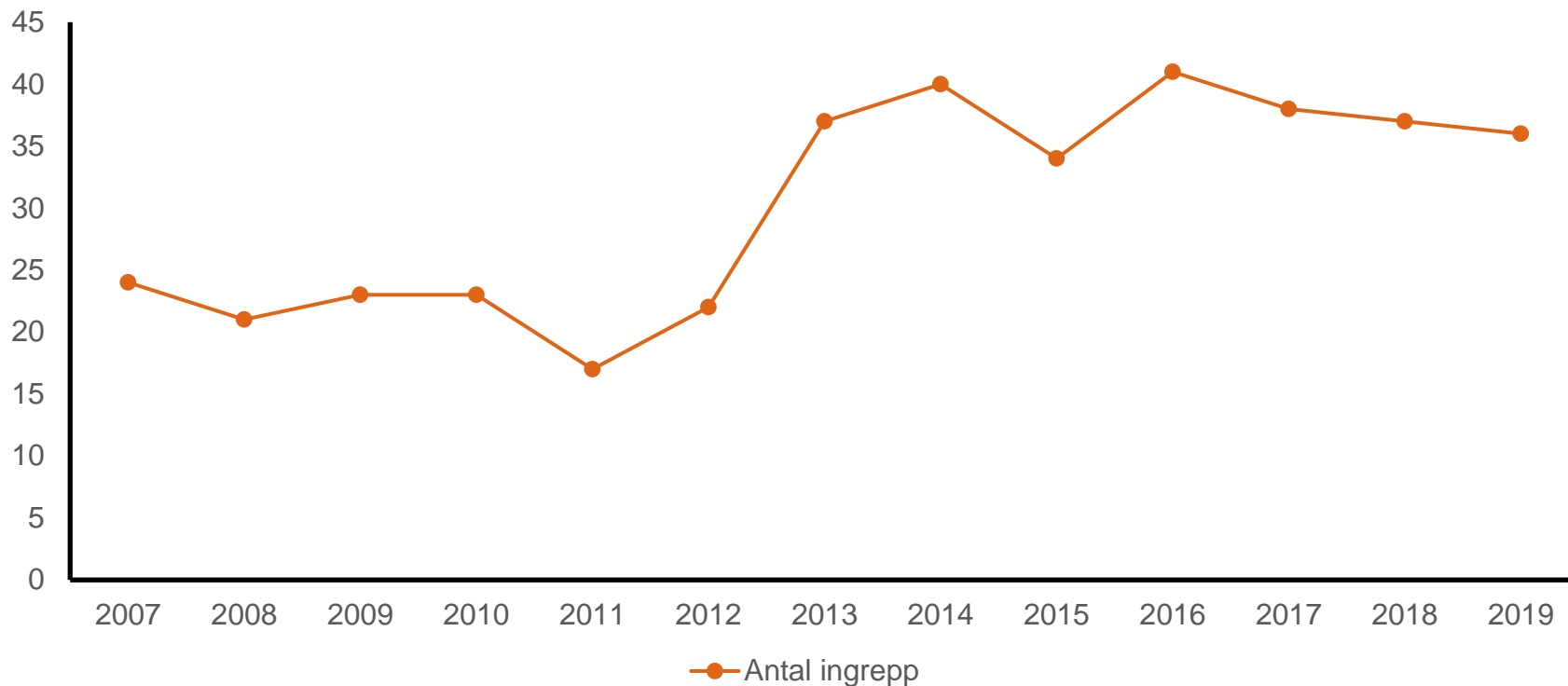
Kvar på Väntelistan	Antal
190101	1
180101	8
170101	4
160101	17
150101	125
140101	93

Görs detta i rätt tid 2019?

	Antal	Andel
Rätt tid	205	93
Efter måldatum	25	7
Mer än 30 dagar efter	5	2

Kvar på Väntelistan	Antal
200101	2
190101	1
180101	
170101	4
160101	17
150101	125

Elektrofysiologiska interventioner



Hjärtrtransplantation 2017-2019

	Antal
Utredningar	13
Transplantationer	9
Barn som kontrolleras efter transplantation	31
Överföringar till vuxensjukvård	3
Barn på väntelista	6
Avlidna	1
Avlidna på väntelista	0

Ett barn med idiopatisk pulmonell hypertension utreddes för lungtransplantation och transplanterades under perioden

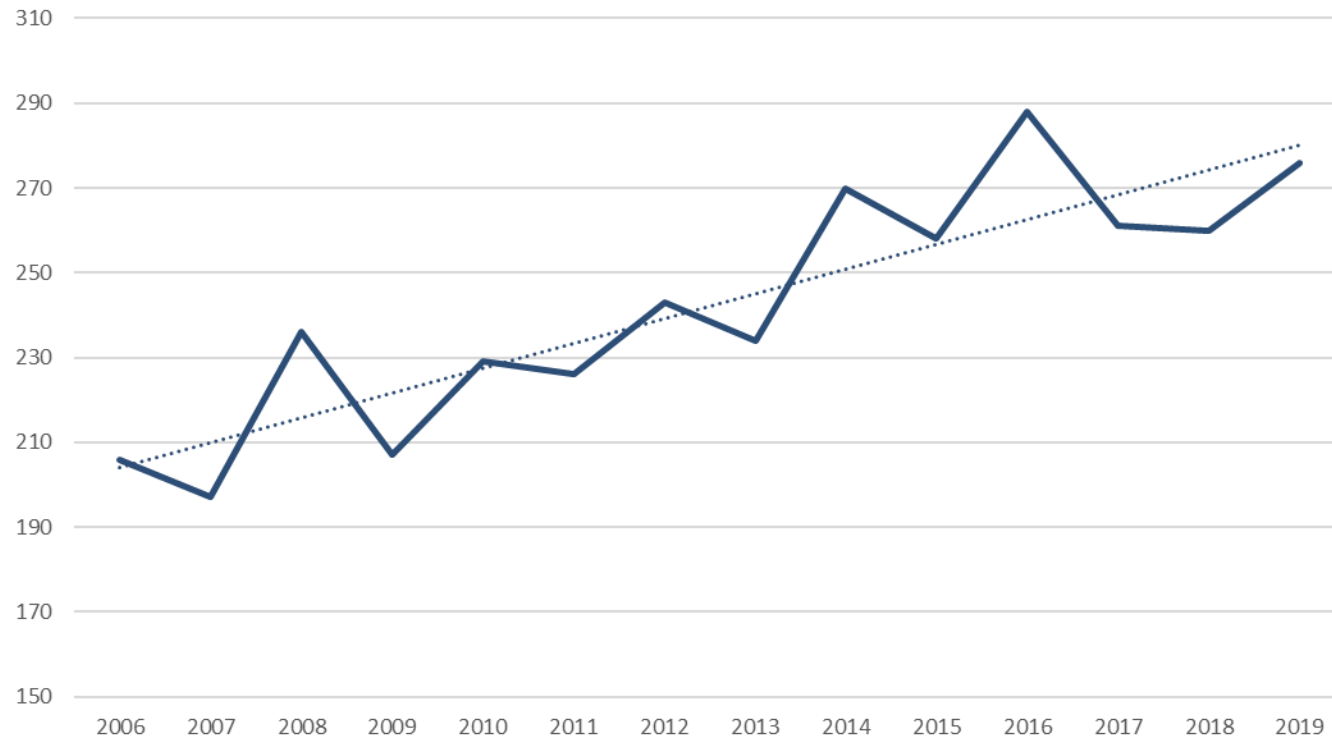
Frågor?



Hjärtavtal 2020

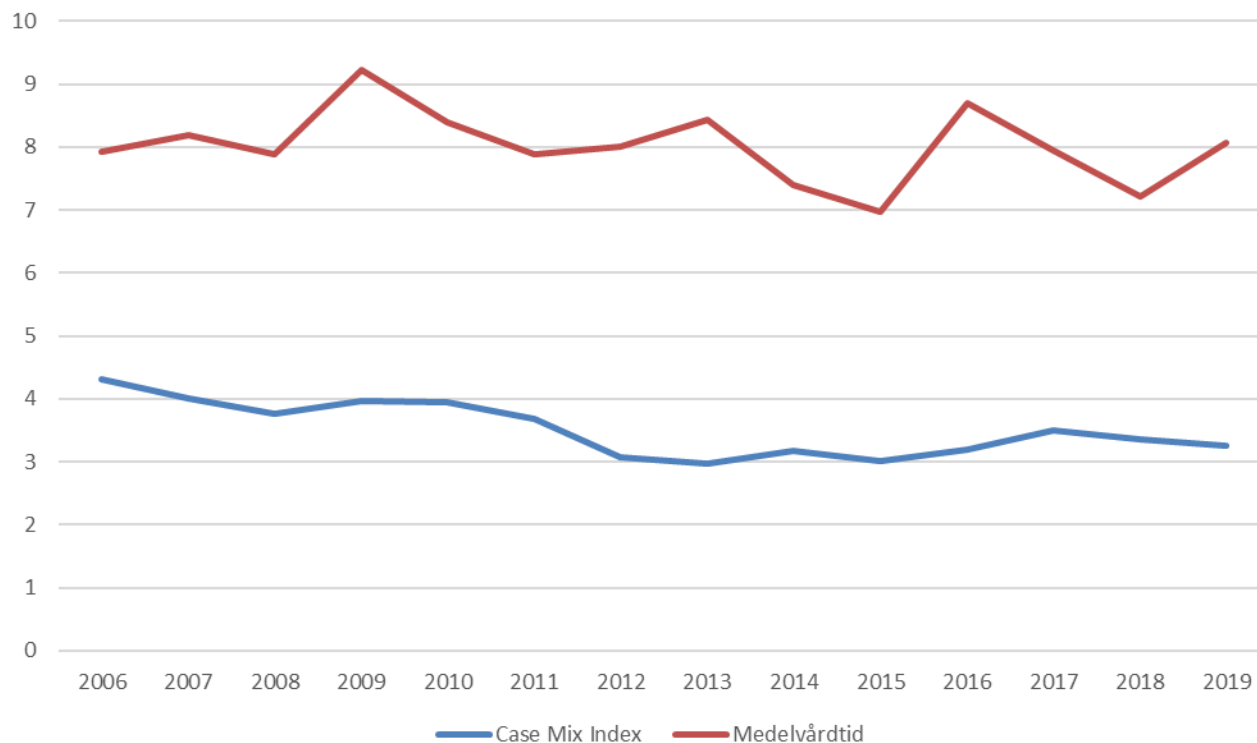
Mellansverige

Antal vårdtillfällen 2006-2020



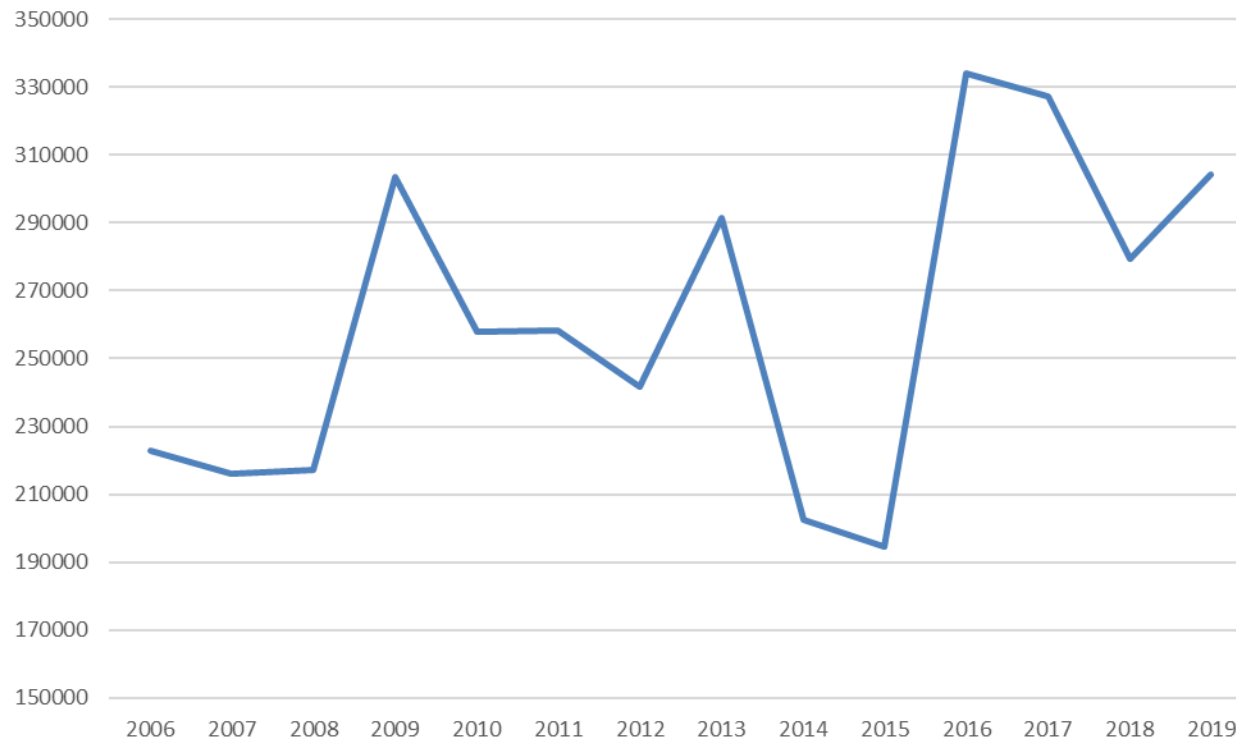
Utveckling över tid

- Medelvårdtid och CMI



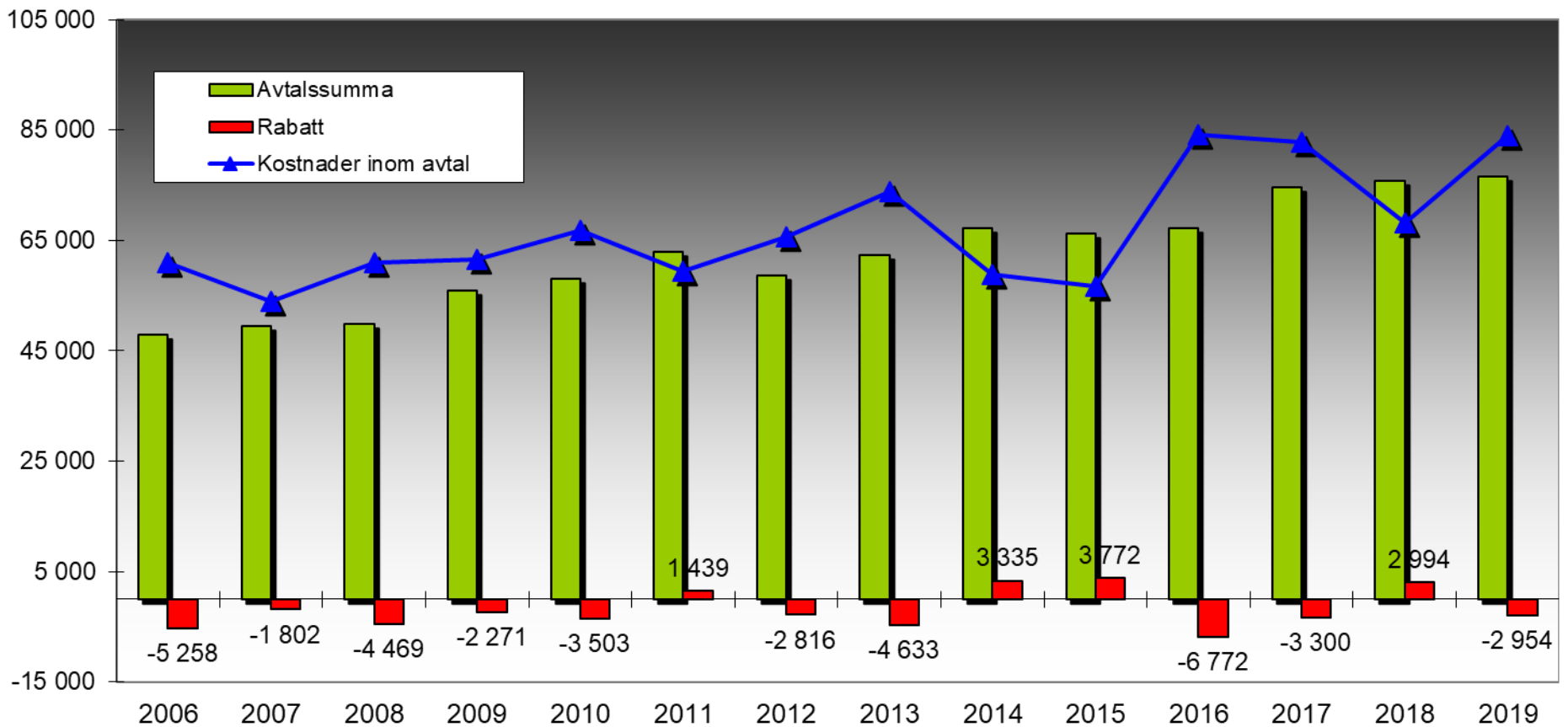
Utveckling över tid

Kostnad per vårdtillfälle



Vad hände 2006-2019

- Kostnadsutveckling jämfört med avtalssumman (tkr)



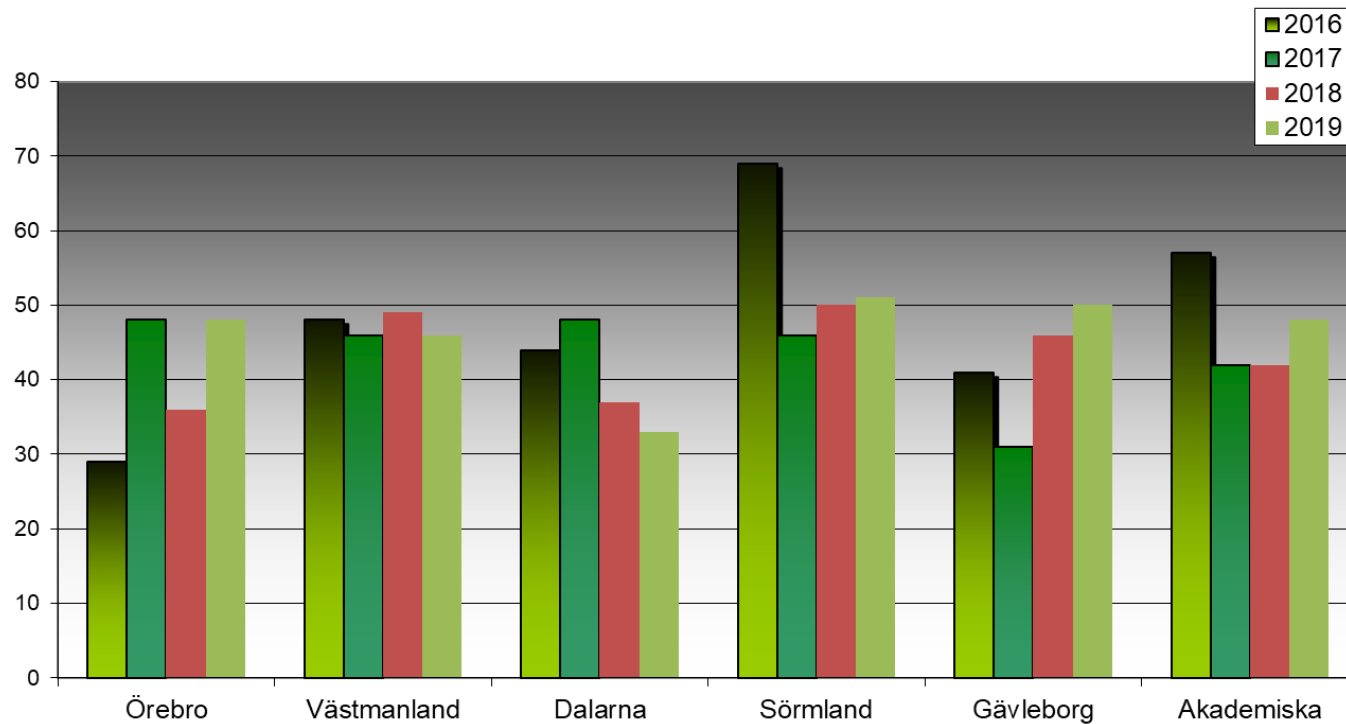
Vad hände 2019 per landsting?

Län	Avtalssumma	Fakturerat	Ev avdrag hjärtrans- plantationer	Fakturerat inom avtal	Avviker mer än 5 %?	Diff avtal - kostnader	Att boka / tilläggs- fakturera
Akademiska	14 684 000	18 551 877		18 551 877	Ja	-3 867 877	-1 547 151
Sörmland	15 334 000	22 880 138		22 880 138	Ja	-7 546 138	-3 018 455
Örebro	12 423 000	13 806 981		13 806 981	Ja	-1 383 981	-553 592
Västmanland	11 612 000	14 443 707	-6 049 555	8 394 152	Ja	3 217 848	1 287 139
Dalarna	10 526 000	6 795 729		6 795 729	Ja	3 730 271	1 492 108
Gävleborg	12 027 000	13 562 729		13 562 729	Ja	-1 535 729	-614 292
	76 606 000	90 041 161	-6 049 555	83 991 606		0	-7 385 606

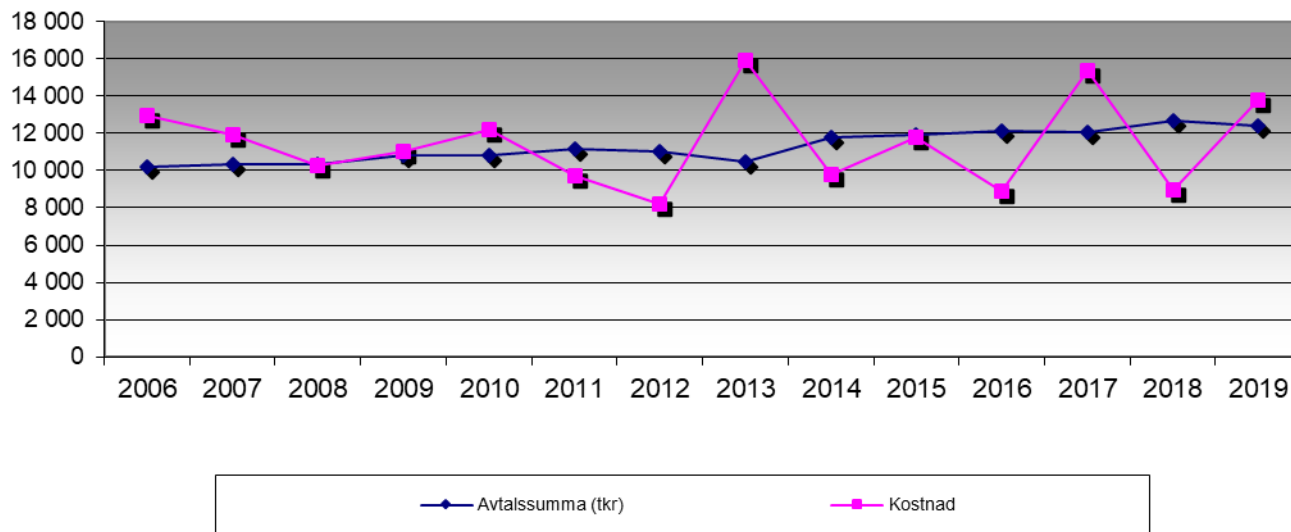
Avtalssumma 2020

	Örebro	Västmanland	Dalarna	Sörmland	Gävleborg	Akademiska	Totalt
Avtalssumma 2019 (kr)	12 423 000	11 612 000	10 526 000	15 334 000	12 027 000	14 684 000	76 606 000
Kostnad	13 806 981	8 394 152	6 795 729	22 880 138	13 562 729	18 551 877	83 991 606
Differens kostnad - avtalssumma	1 383 981	-3 217 848	-3 730 271	7 546 138	1 535 729	3 867 877	7 385 606
Intervall +/-20% på avtalssumman	2 484 600	2 322 400	2 105 200	3 066 800	2 405 400	2 936 800	15 321 200
Gräns för justering nedåt/uppåt	14 907 600	9 289 600	8 420 800	18 400 800	14 432 400	17 620 800	83 072 000
Återstående differens	0	-895 448	-1 625 071	4 479 338	0	931 077	2 889 896
Justering 40% av differens	0	-358 179	-650 028	1 791 735	0	372 431	1 155 958
Justerad avtalssumma före index	12 423 000	11 253 821	9 875 972	17 125 735	12 027 000	15 056 431	77 761 958
Index 2%	248 460	225 076	197 519	342 515	240 540	301 129	1 555 239
Avtalssumma 2020 (kr)	12 671 460	11 478 897	10 073 491	17 468 250	12 267 540	15 357 559	79 317 198
Avtalssumma 2020	12 671 000	11 479 000	10 073 000	17 468 000	12 268 000	15 358 000	79 317 000

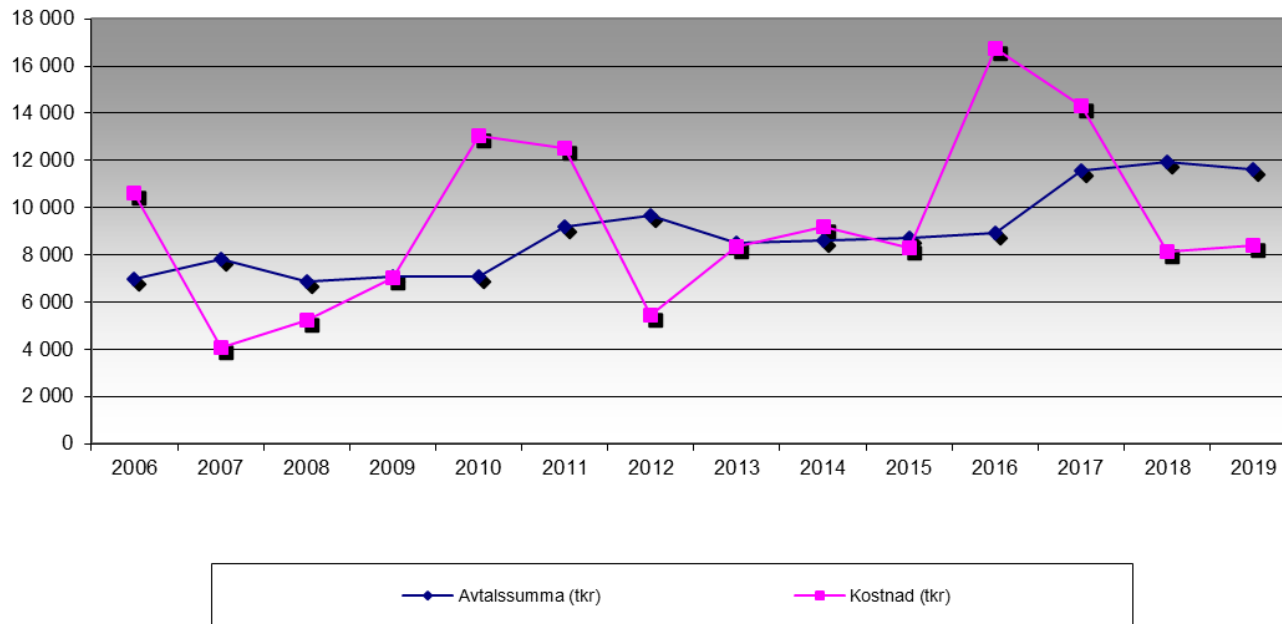
Antal vårdtillfällen per landsting



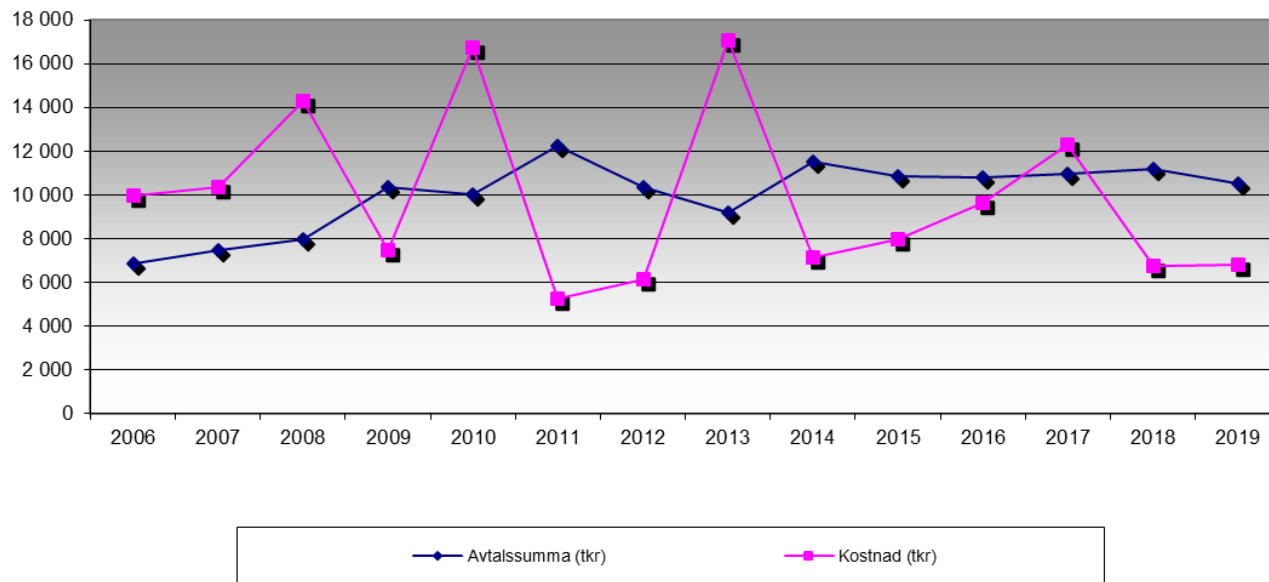
Örebro



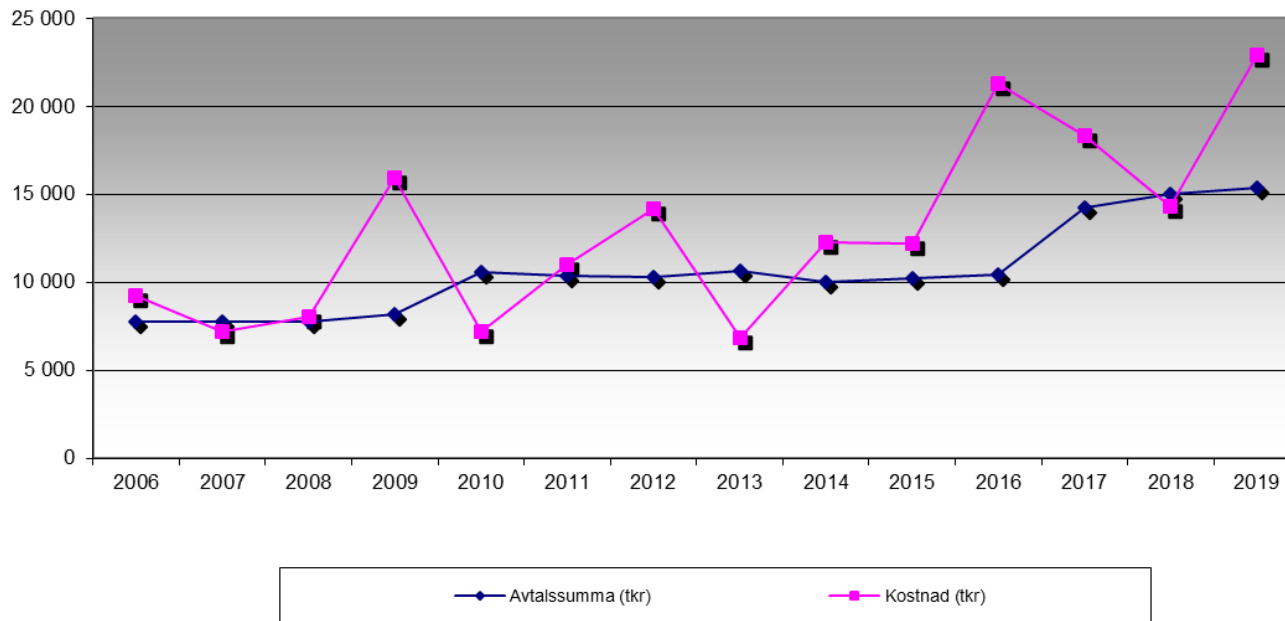
Västmanland



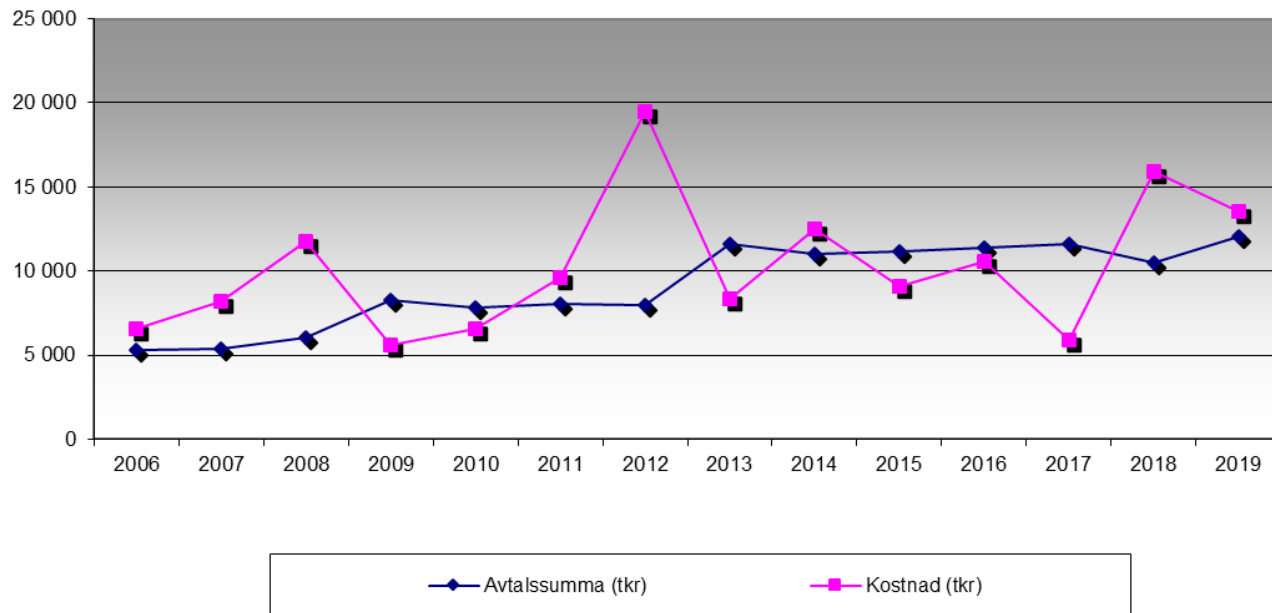
Dalarna



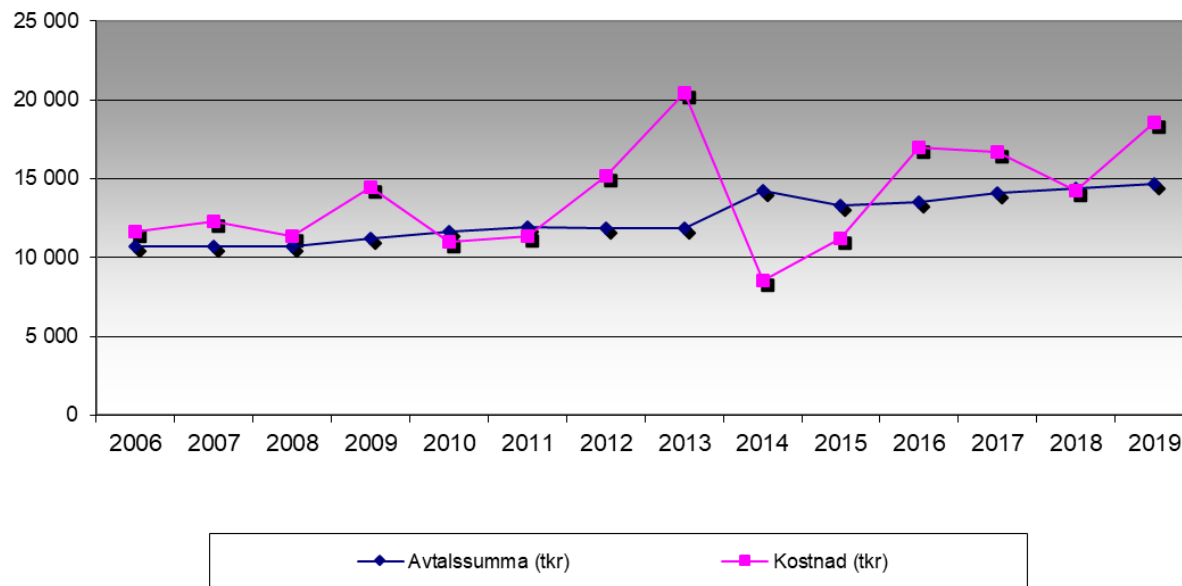
Sörmland



Gävleborg



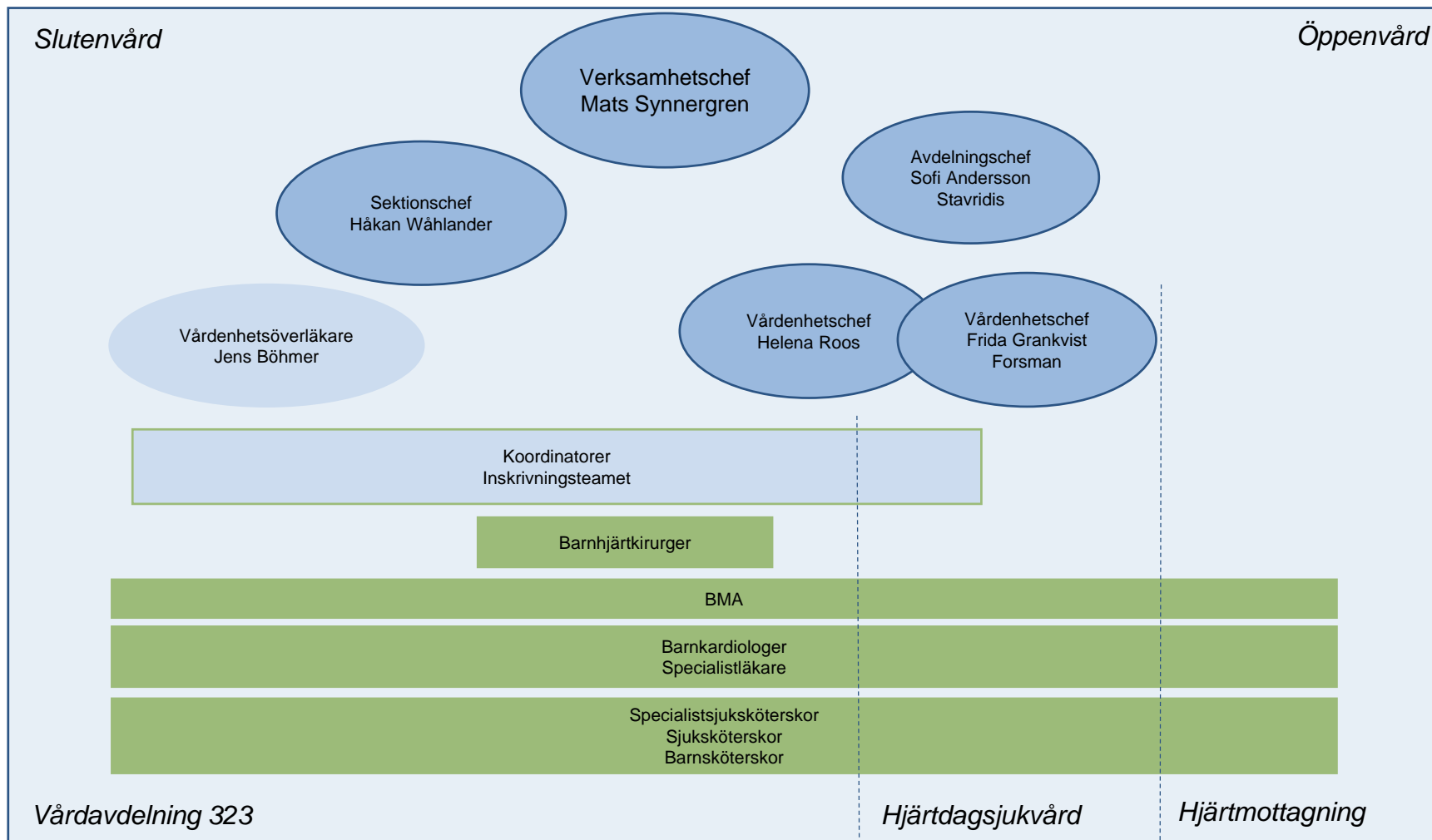
Akademiska



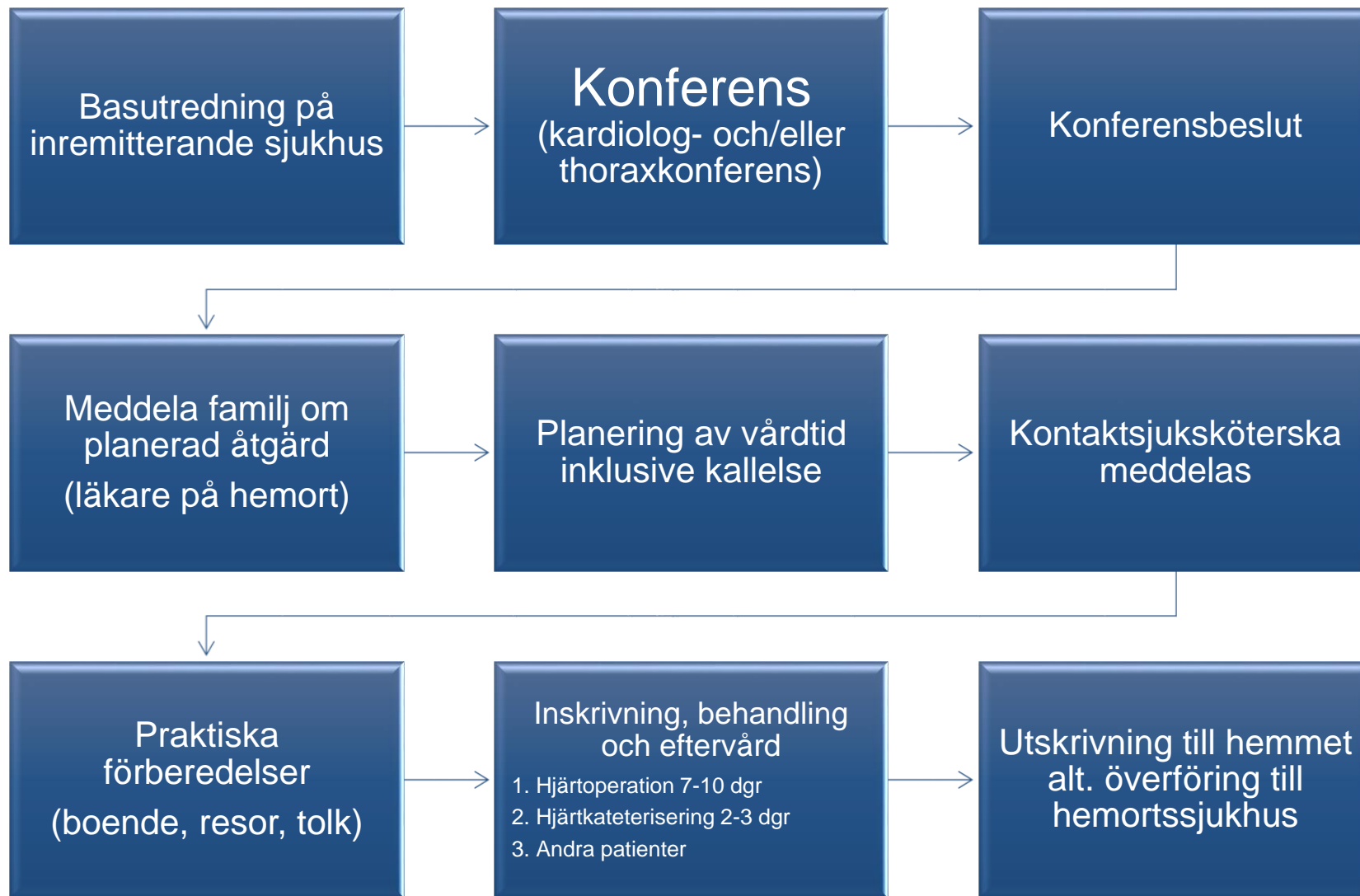
Barnhjärtcentrum

Samverkansmöte med Mälardalen

Organisationskarta Barnhjärtcentrum



Vårdflödet



<p>operation surgery</p> 	<p>mäta measure</p> 	<p>salva ointment</p> 	<p>sova sleep</p> 	<p>inte not</p> 	<p>inte äta not eat</p> 
<p>hej hello</p> 	<p>hejdå bye</p> 	<p>personal staff</p> 	<p>personal staff</p> 	<p>bra good</p> 	<p>dåligt bad</p> 
<p>telefon cell phone</p> 	<p>ljudlös silent</p> 	<p>vet inte don't know</p> 	<p>vänta wait</p> 	<p>samtal conversation</p> 	<p>föräldrar parents</p> 
<p>syskon siblings</p> 	<p>glad happy</p> 	<p>ledsen sad</p> 	<p>ont pain</p> 	<p>fryser freeze</p> 	<p>varm hot</p> 

PatientNärmre Vård i vårdarbetet

- Tydligt teamarbete med barnsköterska, sjuksköterska och läkare.
- Röda, gröna och gula teamet
- Workshifting inom patientnärmre vård
- Bedside rondning
- Hud mot Hud
- Tvärprofessionell vårdplanering, gärna Gertrud

Ibruktagandeprojektet TBS



[Nya barnsjukhuset - film på Youtube](#)

Vi flyttar tisdagen den 16 mars 😊

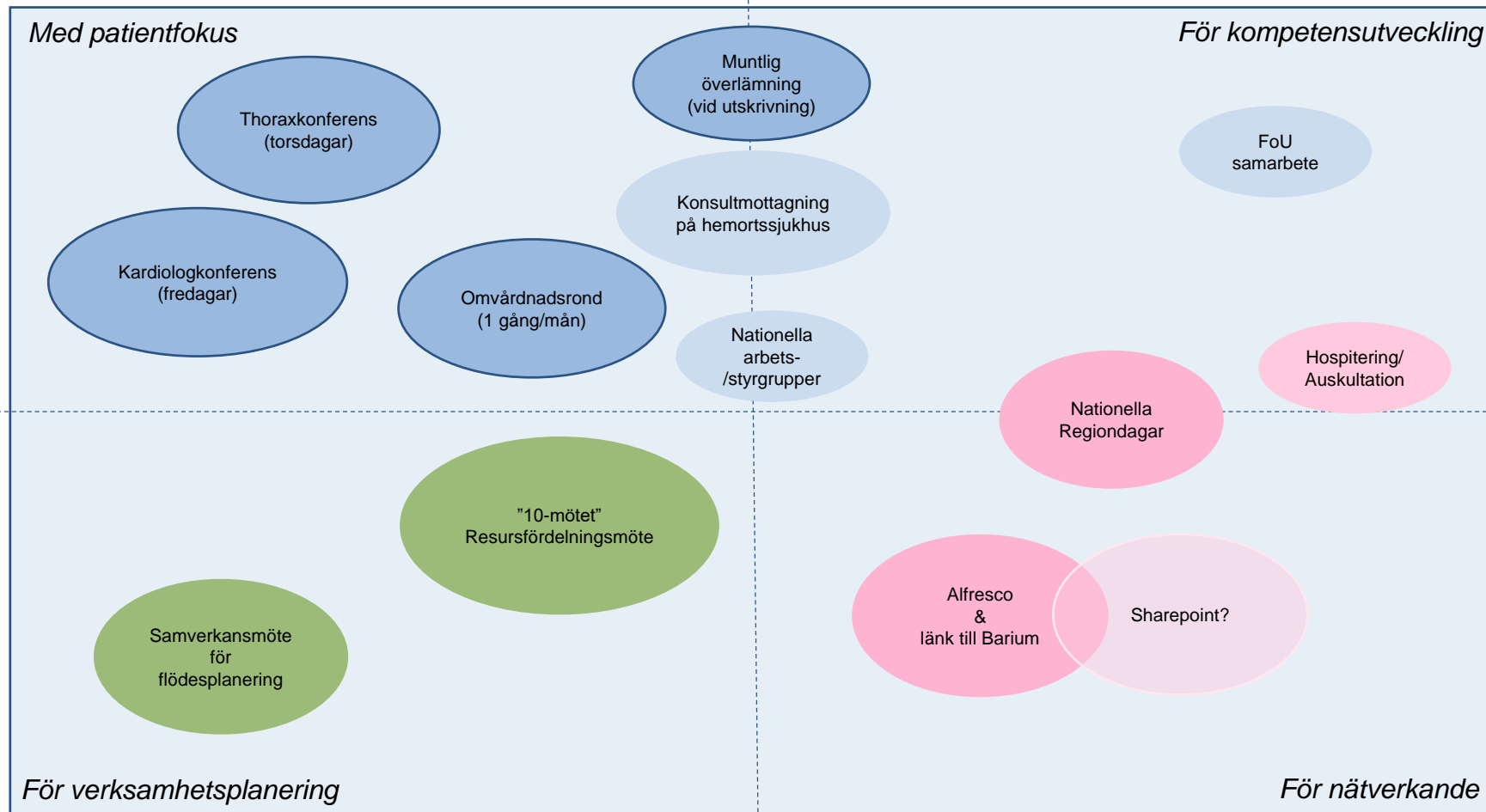
Digitalisering i verksamheten

- Mitt Vårdmöte
- Framtidens VårdinformationsMiljö (FVM)
- Journalen
 - Lämedelsmodul och e-ped
 - Mätvärdesappen

Forum för samverkan

Forum inom SU

Forum för samarbete med andra sjukhus



**Hälso- och sjukvård – gränsdragningsfrågor mellan
region och kommun**

- Hälso- och sjukvården bestämmer vilken åtgärd som kan utföras som egenvård
- Det kan vara så att närstående har förvärvat så stor kunskap som normalt kräver medicinskt utbildad personal att åtgärder kan bedömas utföras som egenvård
- Behöver personal särskild utbildning bör den inte bedömas som åtgärd som kan utföras som egenvård

- Ansvaret för egenvård kan aldrig överföras direkt från förälder till personal utan måste alltid göras av legitimerad personal inom hälso- och sjukvården
- Vissa delar av vården vid tracheostomi och respiratorvård är inte astt bedöma som primärvård. Ansvar och kostnadsansvar för dessa åtgärder ligger då kvar hos regionen

Hälso- och sjukvård – gränsdragningsfrågor mellan region och kommun

Inledningsvis lämnas en beskrivning av följande:

- Var kommunen har ett hälso- och sjukvårdsansvar – dvs. i särskilda boendeformer, dagverksamhet och i vissa fall i den enskildes ordinära bostad (skolhälsovården tas inte upp i detta sammanhang).
- Vad som avses med hemsjukvård och hur ansvarsfördelningen mellan kommuner och regioner preciseras i lagens förarbeten.
- Vad som avses med egenvård utifrån den förklaring som ges i Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2009:6 och de förtydliganden som SKL gjort i Cirkulär 09:71.
- Ansvarsfrågans arbetsrättsliga aspekter när det gäller gränsdragning mellan hälso- och sjukvård och egenvård så som de framförts av SKL i remissammanhang.
- Lagrådets yttrande 2019-06-10 om egenvård och konstaterandet att Socialstyrelsen saknar bemyndigande för föreskrifter om egenvård.
- Patientsäkerhetslagen som blir styrande för egenvårdsbedömningen, i brist på föreskrifter.
- Möjligheten/avsaknaden av möjlighet att utföra hälso- och sjukvårdsåtgärder i form av egenvård i yrkesmässig verksamhet när det gäller barn – med tanke på regleringen i 5 kap. 1 § 6 PSL.

1. Kommunen har ett hälso- och sjukvårdsansvar i samband med vissa SoL-insatser och LSS-insatser

Kommunen har sedan den 1 januari 1992, då kommunerna övertog huvuddelen av ansvaret för långvarig vård av äldre och personer med funktionsnedsättning, även ansvar för viss hälso- och sjukvård. Reformen, den s.k. Ädelreformen, hade som främsta syfte att skapa klara ansvarsförhållanden och ändamålsenliga organisatoriska förutsättningar för att utveckla samhällets vård och omsorg (prop. 1990/91:14). Det fanns behov av att undanröja den gränsszon som då förorsakade bekymmer såväl i det dagliga arbetet som i ledning och utveckling av verksamheten – gränsszonen mellan sociala och medicinska insatser.

1.1 I särskilda boendeformer och i samband med dagverksamhet enligt socialtjänstlagen

Av hälso- och sjukvårdslagen framgår vilken hälso- och sjukvård som överfördes till kommunen respektive som kommunen gavs möjlighet att bedriva. Kommunens ansvar omfattar enligt 12 kap. 1 § HSL, hälso- och sjukvård för dem som efter beslut av kommunen bor i en sådan boendeform eller bostad som avses i 5 kap. 5 § andra stycket (särskild boendeform för äldre) eller 5 kap. 7 § tredje stycket SoL, (bostad med särskild service för personer med funktionsnedsättning). Kommunens ansvar omfattar vidare dem som genom beslut av kommunen bor i en sådan boendeform som avses i 7 kap. 1 § första stycket 2 SoL, dvs. enskild verksamhet som motsvarar de boenden som nämns i 5 kap. SoL. Till kommunens ansvar hör också att erbjuda en god hälso- och sjukvård i samband med dagverksamhet enligt 3 kap. 6 § SoL.

1.2 Vid motsvarande insatser enligt LSS

Enligt LSS förarbeten är insatserna bostad med särskild service för barn och ungdomar, bostad med särskild service för vuxna samt daglig verksamhet sådana bostäder respektive sådan verksamhet som motsvarar de insatser enligt socialtjänstlagen som hänvisas till i 12 kap. 1 § HSL. Kommunerna *anses* därför även ha ett hälso- och sjukvårdsansvar för personer som beviljats dessa insatser enligt 9 § 8–10 LSS. För det medicinska ansvaret i övriga boende- eller vistelseformer enligt LSS ansvarar regionen (prop. 1992/93:159 s. 182).

2. Hemsjukvård och ansvarsfördelningen mellan regioner och kommuner

Kommunerna kan även bedriva hälso- och sjukvård i den enskildes ordinära bostad. För denna hälso- och sjukvård, som vanligtvis benämns hemsjukvård, är regionen den huvudman som är primärt ansvarig. Regionen kan dock träffa avtal med en kommun inom regionen om att överlåta skyldigheten att erbjuda hemsjukvård (14 kap. 1 § HSL). Följden av ett sådant avtal blir att kommunen, och inte längre regionen, bär ansvar för den hemsjukvård som omfattas av avtalet. Regionen har emellertid kompetens, trots sådant avtal, att härutöver i frivilliga former ombesörja kompletterande hemsjukvård i den aktuella kommunen. Då någon överenskommelse inte har träffats med regionen har kommunen en möjlighet att på frivillig väg erbjuda hemsjukvård till dem som vistas i kommunen. Läkarinsatser är alltid ett ansvar för regionen (12 kap. 2 och 3 §§ HSL).

Näst intill samtliga kommuner i landet har träffat avtal med regionen om att överta skyldigheten att erbjuda hemsjukvård. Avtalen och därmed omfattningen av överlåten hemsjukvård ser emellertid olika ut över landet.

2.1 Gränsen för vilka hälso- och sjukvårdsinsatser kommunerna har skyldighet och befogenhet att meddela är till viss del oklar

Var gränsen går mellan den hälso- och sjukvård kommunen enligt lagstiftningen ska eller får bedriva och den hälso- och sjukvård det åligger regionen att ansvara för är i vissa delar oklar. Av lagtext och förarbeten till hälso- och sjukvårdslagen framgår att kommunens ansvar inte omfattar sådan hälso- och sjukvård som meddelas av läkare. Vidare framgår att den kommunala hälso- och sjukvården i stora delar kan anses begränsad till att gälla ett ansvar för de i det löpande arbetet vanligt förekommande arbetsuppgifterna. Samtidigt ska resurserna i de särskilda boendena vara så stora att de boende inte ska behöva vara på sjukhus när vårdbehoven tilltar (prop. 1990/91:14 s. 58).

2.2 Begreppet hemsjukvård

Gränsen mellan huvudmännen blir inte klarare genom en granskning av begreppet hemsjukvård. Definitionen i lagstiftningen är ”hälso- och sjukvård i hemmet i ordinärt boende”. Trots att någon inskränkning inte finns i lagtexten framhålls i förarbetstext att hemsjukvården inte är tänkt att omfatta all den hälso- och sjukvård som är möjlig att bedriva i ett hem. Hemsjukvården i ordinärt boende begränsas till att omfatta ”den del av primärvården som utför hälso- och sjukvård i enskildas hem i det vanliga bostadsbeståndet” (prop. 1990/91:14 s. 60, prop. 2005/06:115 s. 179). Att platsen där hemsjukvård bedrivs är den enskildes hem i det vanliga bostadsbeståndet har förtydligats i den hälso- och sjukvårdslag som trädde i kraft den 1 april 2017 genom tillägget ”ordinärt boende” (prop. 2016/17:43 s. 114). Av förarbetena framgår vidare att hemsjukvården är avsedd för personer som behöver långvariga insatser från socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Med en sådan tolkning ingår t.ex. inte hembesök vid akut sjukdom i begreppet hemsjukvård.

2.3 En del av primärvården

Hemsjukvård liksom övrig kommunal hälso- och sjukvård är, enligt HSL:s förarbeten, en del av primärvården. Till viss ledning när det gäller att precisera vilken hälso- och sjukvård en kommun har befogenhet att bedriva kan därför definitionen av primärvård vara. Primärvård definieras i 2 kap. 6 § HSL som hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården ska svara för behovet av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

Primärvård är beteckning på den vårdnivå som ska kunna tillgodose befolkningens basala behov av hälso- och sjukvård. Insatser som utförs av personalkategorier med medicinsk specialkunskap, utöver den kompetens som finns inom kommunernas verksamhet, t.ex. insatser av personal som ingår i psykiatriska team eller vid rehabilitering, ingår i regionens ansvarsområde.

Sjukhusanknuten ”hemsjukvård” (sjukhusvård i hemmet) är enligt förarbeten inte en del av primärvården och kan därför inte heller inkluderas i den hemsjukvård som kan vara kommunens ansvar (prop. 1990/91:14 s. 60, prop. 1994/95:195 s. 46 f., prop. 2002/03:20 s. 42, prop. 2005/06:115 s. 179 och prop. 2008/09:74 s. 9 och 31 f. Se även SOU 2011:55).

2.4 De läkarresurser som behövs

Läkarinsatser är alltid ett ansvar för regionen. Av 16 kap. 1 § HSL, framgår att regionen till kommunerna ska avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas god hälso- och sjukvård i särskilt boende och i dagverksamhet enligt 12 kap. 1 § HSL. Detsamma gäller vid hemsjukvård i ordinärt boende, om en kommun ansvarar för vården enligt 14 kap. 1 § HSL.

Dessa läkare ska besöka de boende och svara för stöd till olika yrkesutövare i deras respektive yrkesroller. De ska även akut kunna ge nödvändiga insatser (prop. 2005/06:115 s. 178). I författningskommentaren till lagtexten då bestämmelser om att avsätta läkarresurser till kommunerna infördes, uttalades följande vilket förtydligar att den kommunala hälso- och sjukvården är en del av primärvården (prop. 2005/06:115 s. 179):

De läkarinsatser som avsätts för enskilda i deras hem medför inte något minskat ansvar för sådana läkarinsatser och andra specialistinsatser som enskilda kan behöva från sjukhusens specialistvård och öppen hälso- och sjukvård som kräver särskild kompetens. Den sjukhusanknutna hemsjukvården och sådan öppen hälso- och sjukvård som kräver särskild kompetens ska alltså inte ingå i de läkarresurser som regionerna ska avsätta för den kommunala hemvården. Enskilda kan behöva hälso- och sjukvårdsinsatser utöver vad kommunen ska svara för enligt 18 § första eller andra stycket (12 kap. 1 och 2 §§ nya HSL) och utöver vad som ska ingå i sådana läkarinsatser som anges i 26 c § (16 kap. 1 § nya HSL). Det kan gälla såväl specialistsjukvård som habilitering och rehabilitering som inte ingår i kommunens ansvar. Sådana insatser ska den enskilde få genom regionens försorg.

(Se SKL:s cirkulär 2006:84)

2.5 Lagtexten i nya HSL preciserar inte begreppet hemsjukvård

Av hälso- och sjukvårdslagens förarbeten framgår att lagstiftaren tänkt sig att den kommunala sjukvården ska vara en del av primärvården. Detta framgår emellertid inte direkt av lagtexten. Lagrådet tar i sitt yttrande inför den nya hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) upp frågan om behovet av en definition av begreppet hemsjukvård. Lagrådet konstaterar emellertid att det saknas beredningsunderlag för att lägga fast en definition i den nya lagen (prop. 2016/17:43 s. 279 f.). Den ändring som görs i lagtexten är endast en precisering av att med hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård), menas hälso- och sjukvård i den enskildes ordinära bostad.

Var exakt gränsen går för kommunens respektive regionens hälso- och sjukvård torde därmed inte vara möjligt att precisera. Den medicinska och medicintekniska utvecklingen går snabbt. Ansvarsgränsen mellan slutenvård, öppen specialistvård och primärvård förflyttas kontinuerligt. Innehållet i kommunens hälso- och sjukvård kan förändras över tid och därmed torde det finnas ett gränsområde där sjukvård inom detta område är möjlig att med bibehållet ansvar delegera från regionen till kommunen – dvs. under en övergångsperiod innan hälso- och sjukvårdsåtgärden generellt kommit att ingå i primärvårdsuppdraget.

Ovanstående text om hemsjukvård är hämtad ur LSS-boken, Stöd till beslutsfattare och yrkesverksamma, Ellinor Englund och Ylva Lindblom, Norstedts Juridik (2018), s. 197 – 204.

3. Vad avses med egenvård?

Personer med omfattande behov av stöd och service har ofta också behov av hälso- och sjukvårdsinsatser. Vissa hälso- och sjukvårdsinsatser är av sådant slag att de inte behöver utföras av hälso- och sjukvårdspersonal utan kan hanteras av patienten själv, anhöriga, personliga assistenter, hemtjänstpersonal eller andra. En hälso- och sjukvårdsåtgärd som legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedömt att patienten själv (eller någon annan) kan utföra, kallas egenvård. Att låta patienten utföra hälso- och sjukvårdsåtgärder i hemmet, själv eller med hjälp av någon annan, bidrar till att han eller hon får större möjligheter att leva sitt liv på liknande villkor som andra, utan täta kontakter med hälso- och sjukvården.

Det går inte att säga generellt vilka åtgärder som utgör egenvård. Det beror på omständigheterna i varje enskilt fall. Som ett stöd för den personal inom hälso- och sjukvården som ska göra dessa bedömningar gav Socialstyrelsen ut Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:6) om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård. Föreskrifterna har ändrats vid två tillfällen i SOSFS 2011:23 och SOSFS 2012:10. Syftet med föreskrifterna är dels att tydliggöra vilka krav som ställs på hälso- och sjukvården vid egenvårdsbedömningar och dels att tydliggöra att egenvårdsbedömningar ska utgå ifrån vad som är patientsäkert i varje enskilt fall (se även Socialstyrelsen, Meddelandeblad nr 6/2013).

I kommuner och regioner fanns vid den tidpunkt då föreskriften utkom, ett behov av att hitta former för och göra överenskommelser kring hur dessa föreskrifter ska tillämpas i praktiken. På begäran av nätverket för landets hälso- och sjukvårdsdirektörer och Sveriges Kommuner och Landstings socialchefs nätverk arbetade representanter från kommuner och regioner med stöd av jurister och handläggare från SKL, fram ett sätt att tänka vid bedömning, planering och uppföljning av egenvård.

Grunden för diskussionerna var att bedömningen av en åtgärd som egenvård syftar till att stärka patientens autonomi, integritet och delaktighet i vården av sin egen hälsa.

De ståndpunkter arbetsgruppen var överens om och som också förankrats vid nätverksmöten för socialchefer respektive hälso- och sjukvårdsdirektörer, redovisas i Sveriges Kommuner och Landstings cirkulär Egenvård 09:71. En avstämning hade även gjorts med Socialstyrelsen. I cirkuläret ges inte rekommendationer eller direktiv utan information om gemensamma ståndpunkter framtagna av bedömare (regioner) och utförare (kommuner) av egenvård. Syftet är att till gagn för den enskilde underlätta tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrift, och i möjligaste mån undvika oenighet mellan huvudmännen när det gäller egenvård.

I redovisningen av Socialstyrelsens föreskrift nedan skrivs ställningstaganden och förtydliganden gjorda i cirkulär 09:71 in vid de avsnitt de hör hemma. Text som blivit inaktuell genom lagändringar m.m. har uteslutits.

3.1 Socialstyrelsens föreskrifter om bedömning av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård

En åtgärd som utförs som egenvård är inte att betrakta som hälso- och sjukvård. Det är däremot hälso- och sjukvårdens bedömning, planering och uppföljning av egenvården.

I Socialstyrelsens föreskrifter om bedömning av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård regleras bl.a.

- hur en egenvårdsbedömning ska göras och av vem,
- när samråd ska ske med ansvarig nämnd inom socialtjänsten eller LSS-verksamheten,
- vad som ska dokumenteras, samt
- när bedömningen ska omprövas och följas upp.

3.2 Vem gör bedömningen och hur (SOSFS 2009:6)?

Det är den behandlande legitimerade yrkesutövaren inom hälso- och sjukvården som inom sitt ansvarsområde ska göra en bedömning av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård.

När bedömningen görs i samband med vårdplanering vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård ska den behandlande läkaren göra bedömningen (4 kap. 1 § SOSFS 2009:6 och 3 kap. 4 § fjärde stycket 2 SOSFS 2005:27). Det innebär att det är hälso- och sjukvården som bestämmer vilken åtgärd som kan utföras som egenvård i varje enskilt fall och i varje enskild situation. Som en del i bedömningen ska det ingå en analys av, om utförandet av egenvården kan innebära att patienten utsätts för risk att skadas (4 kap. 5 § SOSFS 2009:6). Om analysen visar att det föreligger en risk för att patienten skadas får en hälso- och sjukvårdsåtgärd inte bedömas som egenvård (4 kap. 7 § SOSFS 2009:6). Det går alltså inte att säga generellt vilka åtgärder som kan utgöra egenvård utan det måste bedömas i varje enskilt fall. Det innebär att en åtgärd kan utföras som egenvård i vissa situationer men inte i andra. Ett sätt att skilja på hälso- och sjukvård och egenvård är att bedöma om åtgärden kräver medicinskt

utbildad personal. Om det krävs medicinskt utbildad personal är det fråga om hälso- och sjukvård och då omfattas åtgärden av hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Det kan vara så att närstående har förvärvat så stor kunskap om en enskild patients behov att de i vissa fall kan klara av att utföra åtgärder som normalt kräver medicinskt utbildad personal och åtgärden kan då bedömas som egenvård. Så kan t.ex. vara fallet när föräldrar hjälper sina barn (Socialstyrelsen, Meddelandeblad nr 6/2013). Ska samma åtgärd utföras av någon annan t.ex. barnets personliga assistenter, kan den bedömas som en hälso- och sjukvårdsåtgärd.

Även när det gäller läkemedel ska bedömningen av om patienten själv eller med hjälp av någon annan kan sköta sina läkemedel göras enligt egenvårdsföreskriften och bedömningen ska göras på samma sätt som gäller för övrig egenvård. Det är den som förskriver läkemedlet som är ansvarig för att en egenvårdsbedömning görs (Socialstyrelsen, Meddelandeblad nr 6/2013).

3.2.1 Bedömning (cirkulär 09:71)

Den bedömning av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård kan *endast* göras av en legitimerad yrkesutövare inom hälso- och sjukvården. Vad som avses med legitimerad yrkesutövare framgår av 4 kap. 1–3 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL.

I ett inledningsskede då en bedömning ska göras besvaras frågan om en åtgärd normalt sett kan bedömas som egenvård eller om åtgärden normalt sett bör utföras av hälso- och sjukvårdspersonal. Vilka åtgärder som kan bedömas som egenvård kan dock inte anges generellt. Bedömningen kan förändras över tid bl.a. beroende på den tekniska utvecklingen och påverkas även av omständigheterna i varje enskilt fall. I vissa fall är t.ex. påtagning av en s.k. stödstrumpa eller såromläggning att bedöma som egenvård men i andra fall kan det vara nödvändigt att åtgärderna utförs av hälso- och sjukvårdspersonal.

Nästa steg i bedömningen innebär ett ställningstagande till om omständigheterna i det enskilda fallet är sådana att insatsen kan utföras som egenvård. En riskbedömning måste göras vilket innebär en bedömning av om egenvårdsinsatsen kan utföras på ett säkert sätt av den enskilde själv eller med hjälp av någon annan (närstående, anhörig eller anställd personal inom t.ex. hemtjänsten eller LSS-verksamheten).

Omständigheterna kan vara sådana att en åtgärd som normalt sett bör utföras av hälso- och sjukvårdspersonal i det enskilda fallet kan bedömas som egenvård. Avgörande för bedömningen blir i dessa fall vem som ska utföra åtgärden.

Nedan följer exempel på omständigheter som kan påverka bedömningen av om en insats kan utföras som egenvård och de ställningstaganden deltagarna i arbetsgruppen gemensamt kommit fram till i dessa fall.

3.2.1.1 Om viss instruktion och/eller handledning behövs

Behöver den enskilde/närstående/personal viss instruktion och/eller handledning för att utföra uppgiften så hindrar det inte att insatsen kan bedömas som egenvård.

3.2.1.2 Om personal behöver särskild utbildning

Behöver personal särskild utbildning för att kunna utföra uppgiften bör den inte bedömas som en åtgärd som kan utföras som egenvård.

3.2.1.3 Vem ska utföra åtgärden – anställd personal eller anhörig?

Även en åtgärd som normalt sett ska utföras av hälso- och sjukvårdspersonal kan i vissa fall bedömas som egenvård – även då det rör sig om en relativt avancerad åtgärd. Utfallet av bedömningen bör dock i dessa fall, enligt arbetsgruppens mening, bli olika beroende på om det är en anställd personal eller någon annan som ska utföra åtgärden. En sådan hälso- och sjukvårdsåtgärd bör endast bedömas som egenvård om den ska utföras av den enskilde själv eller närstående. Ska en sådan åtgärd utföras av anställd personal inom t.ex. LSS-verksamheten eller hemtjänsten bör den inte bedömas som egenvård. Detta gäller även då den anställde samtidigt är närstående.

Det finns två skäl till att arbetsgruppen anser att bedömningen bör göras på detta sätt – av patientsäkerhetsskäl och p.g.a. arbetsgivarens ansvar.

Av 6 kap. 2–3 §§ PSL framgår att den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonal får överlåta (delegera) en arbetsuppgift till någon annan endast när det är förenligt med kravet på god och säker vård och att den som överlåter en arbetsuppgift till någon annan svarar för att denne har förutsättningar att fullgöra uppgiften. Vidare framgår att den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen själv bär ansvaret för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter.

Inom socialtjänsten och LSS-verksamheten överlåts inte arbetsuppgifter utan dessa utförs i enlighet med tjänstens arbetsbeskrivning – där ingår inte hälso- och sjukvårdsuppgifter. Det är arbetsgivaren som ansvarar för att den anställde har den kompetens som behövs och att denne fullgör sina arbetsuppgifter (se 6 § LSS, 3 kap. 3 § SoL och 3 kap. 1 § skadeståndslagen). Eftersom hälso- och sjukvård inte är inkluderat i arbetsuppgifterna bör inte anställd personal utföra sådana arbetsuppgifter om de inte har överlåtit (delegerats) av hälso- och sjukvårdspersonal. Garantier kan annars inte ges för att de utförs på ett sätt som uppfyller kraven på en god och säker vård.

3.3 Bedömningen av egenvård ska dokumenteras (SOSFS 2009:6)

Egenvårdsbedömningen ska dokumenteras i patientens journal (4 kap. 8 § SOSFS 2009:6). Socialstyrelsen framhåller att det är viktigt att den som gör bedömningen och analysen redovisar sina ställningstaganden. Dokumentationens omfattning beror på varje enskilt fall och hur komplex bedömningen är. En patientjournal ska enligt 3 kap. 6 § patientdatalagen (2008:355) innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten, och väsentliga uppgifter om vilka åtgärder man gjort (Socialstyrelsen, Meddelandeblad nr 6/2013).

3.3.1 Dokumentation (cirkulär 09:71)

Av bestämmelsen i 4 kap. 8 § SOSFS 2009:6 framgår att bedömningen ska dokumenteras i patientens journal. En lämplig tolkning enligt arbetsgruppen är att sådan dokumentation inte måste ske då den är uppenbart obehövlig. Finns det anledning att anta att bedömningen inte är självklar utan att den i något sammanhang kan ifrågasättas så ska bedömningen dokumenteras.

3.4 Krav på samråd med patient och utförare av egenvård (SOSFS 2009:6)

Av egenvårdsföreskriften framgår att den behandlande legitimerade yrkesutövaren ska göra sin bedömning i samråd med patienten och med respekt för patientens självbestämmande och integritet samt behov av trygghet och säkerhet (4 kap. 3 § SOSFS 2009:6). Bedömningen ska utgå från patientens fysiska och psykiska hälsa samt dennes livssituation (4 kap. 4 § SOSFS 2009:6).

Om patienten behöver praktisk hjälp för att utföra egenvården, ska den behandlande legitimerade yrkesutövaren även samråda med

- den eller de närstående som ska hjälpa patienten,
- ansvarig nämnd inom socialtjänsten eller nämnd som ansvarar för LSS-insatser, eller
- ansvarig befattningshavare hos annan aktör (4 kap. 6 § SOSFS 2009:6).

Som alltid då kontakt ska tas med någon annan än patienten eller patientens ställföreträdare måste hänsyn tas till reglerna om sekretess och tystnadsplikt.

3.4.1 Generella utgångspunkter vid bedömning och samråd m.m. (cirkulär 09:71)

Har en legitimerad yrkesutövare bedömt att en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård så kan inte en patient kräva att få åtgärden utförd av hälso- och sjukvårdspersonal. Bestämmelsen i 4 kap. 3 § som framhåller att bedömningen ska göras i samråd med patienten innebär inte att patienten har ”rätt” till hälso- och sjukvård i stället för egenvård.

Om en patient behöver praktisk hjälp av en annan huvudman för att utföra egenvården ska den legitimerade yrkesutövaren, enligt 4 kap. 6 §, samråda med den aktuella huvudmannen. Samrådsdiskussionerna ska föras utifrån de förutsättningar som generellt gäller för huvudmannen ifråga, dvs. utifrån vad huvudmannen normalt har kompetens att utföra och har en skyldighet att hantera.

I kontakter med patient och närstående bör företrädare för kommun och region samverka så att bedömningar och planering bildar en begriplig och hanterbar helhet för den enskilde.

3.5 Planering av egenvården (SOSFS 2009:6)

Om patienten behöver stöd och hjälp i samband med egenvården, och det inte är uppenbart obehövligt, ansvarar den som gjort bedömningen för att planera egenvården

tillsammans med den enskilde (5 kap. 1 § SOSFS 2009:6). Planeringen ska göras i samråd med

- den eller dem som ska hjälpa patienten med egenvården, t.ex. närstående,
- ansvarig nämnd, om patienten har beviljats eller kommer att beviljas hjälp med egenvården av LSS-verksamheten eller socialtjänsten, eller
- vårdgivare, vårdenheter och andra aktörer som kan komma att beröras av egenvården (5 kap. 2 § SOSFS 2009:6).

Socialstyrelsen framhåller att det är viktigt att egenvården planeras så att den kan utföras på ett säkert sätt. Bland annat ska det vara tydligt för alla inblandade vad de ska göra om patientens situation förändras, vem som ska kontaktas om patienten riskerar att skadas och vem som ska ge instruktioner. Om patienten själv ansvarar för egenvården måste det i vissa fall finnas någon annan som kan kontaktas om patientens tillstånd försämras och om patienten behöver hjälp (Socialstyrelsen, Meddelandeblad nr 6/2013).

3.5.1 Planering (cirkulär 09:71)

De rutiner för vårdplanering som används i olika sammanhang bör enligt arbetsgruppen användas som modell även då det gäller egenvård.

En lämplig tolkning av 5 kap. 2 § SOSFS 2009:6 är att patienten ska erbjudas att delta i planeringen. Ett deltagande i planeringen är frivilligt och planeringen kan även genomföras utan patientens deltagande om han eller hon så önskar. Avstår patienten från att delta i planeringen så ska detta dokumenteras.

3.6 Dokumentation av planeringen (SOSFS 2009:6)

Av föreskrifterna framgår att planeringen ska dokumenteras och att det av dokumentationen av planeringen ska framgå

- vilken åtgärd som har bedömts som egenvård,
- om patienten själv eller med hjälp av någon annan ska utföra egenvården,
- hur information och instruktioner till den eller dem som ska utföra egenvården ska ges,
- vilka åtgärder som ska vidtas och vem som ska kontaktas, om patienten har drabbats av eller har utsatts för risk att drabbas av skada eller sjukdom i samband med egenvården,
- vilka åtgärder som ska vidtas och vem som ska kontaktas, om patientens situation förändras,
- hur och när bedömningen av egenvården ska följas upp, och
- när en omprövning av egenvården ska göras.

Patienten ska få en kopia av dokumentationen av planeringen. Om patienten har beviljats eller kommer att beviljas hjälp med egenvården av verksamhet enligt LSS eller socialtjänsten, ska en kopia av dokumentationen av planeringen finnas i den enskildes personakt (5 kap. 4–6 §§ SOSFS 2009:6).

3.7 När egenvårdsbedömningen ska omprövas och följas upp (SOSFS 2009:6)

Av föreskrifterna framgår att den som har gjort bedömningen att en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård, ska ansvara för att egenvården omprövas om förutsättningarna ändras, och följs upp regelbundet om det inte är uppenbart obehövt (4 kap. 10 § SOSFS 2009:6).

Som exempel på ändrade förutsättningar kan nämnas situationen då ett barn med behov av hjälp med egenvård ska vistas på ett korttidshem enligt ett beslut om korttidsvistelse. Egenvårdsbedömningen har emellertid gjorts i förhållande till föräldrarna som utförare av egenvården i barnets hem. En ny egenvårdsbedömning och analys av riskerna ska då göras för att avgöra om personalen på korttidshemmet kan utföra den aktuella hälso- och sjukvårdsåtgärden som egenvård. Ansvar för egenvård kan aldrig överföras direkt från föräldrarna till personalen utan bedömningen måste alltid göras av legitimerad yrkesutövare inom hälso- och sjukvården.

Ett annat exempel på ändrade förutsättningar är då rätten till personlig assistans upphört för en person som tidigare fått sin egenvård utförd av sina personliga assistenter (se HFD 2012 ref. 41).

3.7.1 Omprövning och uppföljning (cirkulär 09:71)

Syftet med bestämmelsen om omprövning och uppföljning är att klargöra att egenvården ska omprövas och följas upp och vem som ska ta detta ansvar. Bestämmelsen förhindrar dock enligt arbetsgruppen inte, att ansvaret överförs till någon annan. Om t.ex. en behandlande läkare inom slutenvården gjort bedömningen att en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård, kan en legitimerad yrkesutövare inom primärvården överta ansvaret för omprövning och uppföljning. Detta ska då framgå av planeringen.

3.7.1.1 Uppföljningsrutiner

För att uppföljningen ska fungera behöver rutiner arbetas fram. Rutinerna bör, enligt synpunkter framförda i cirkuläret, bl.a. innehålla en lokal precisering av 5 kap. 4 § 4 och 5 SOSFS 2009:6, så att det av rutinerna framgår vem som ska ansvara för att informera om att patienten har drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av skada eller sjukdom i samband med egenvården, samt vem som ska ansvara för att informera om att patientens situation förändrats.

Rutinerna bör även innehålla en hänvisning till 6 kap. 1 § SOSFS 2009:6 där det anges att information endast får överföras till dem som berörs efter en prövning enligt offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), OSL, SoL, LSS eller PSL.

3.8 Ansvar för rutiner inom ramen för ledningssystem (SOSFS 2009:6)

3.8.1 Rutiner för samverkan mellan regionen och kommunen

Enligt 3 kap. 1 och 2 §§ SOSFS 2009:6 ska huvudmännen för hälso- och sjukvård och socialtjänst tillsammans ta fram övergripande rutiner för samverkan i samband med egenvård. Av rutinerna ska det även framgå hur huvudmännen för hälso- och sjukvården ska samarbeta med andra aktörer, t.ex. Försäkringskassan.

Samverkansrutiner kan lösa gränsdragningsproblem genom överenskommelser mellan huvudmännen, så att bland annat lokala behov och önskemål kan tillgodoses.

3.8.2 Vårdgivare ansvarar för rutiner på verksamhetsnivå

Enligt 3 kap. 3 och 4 §§ SOSFS 2009:6 ska varje vårdgivare ge direktiv och säkerställa att verksamhetens ledningssystem innehåller rutiner för bedömning, samråd och planering i samband med egenvård. Vårdgivaren får överlämna ansvaret för att fastställa rutinerna till en eller flera verksamhetschefer. I den kommunala hälso- och sjukvården kan vårdgivaren alternativt välja att överlämna ansvaret till medicinskt ansvariga sjuksköterskor.

På verksamhetsnivå är det viktigt att ta fram bra processer, aktiviteter och rutiner som underlättar för t.ex. bedömning, samråd och planering.

3.8.3 Verksamhetens rutiner ska ingå i ett ledningssystem

Verksamhetens rutiner ska ingå i det ledningssystem som ska finnas enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. (Se även Socialstyrelsen, Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete – Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete [2012]).

3.9 Ansökan om insats hos ansvarig nämnd

I de fall en person behöver hjälp med en egenvårdsinsats av LSS-verksamheten eller socialtjänsten måste en ansökan göras och beslut fattas av ansvarig nämnd. I avvaktan på ett beslut ligger ansvaret kvar på hälso- och sjukvården. Beviljas den enskilde hjälp med egenvård ingår åtgärden i den omvårdnad som ska ges enligt SoL och LSS. Är den enskilde redan beviljad en insats där omvårdnad ingår t.ex. bostad med särskild service enligt 9 § 9 LSS, behöver inte en ansökan göras men en planering med berörda parter är nödvändig bl.a. för att säkerställa att den enskilde verkligen får egenvården utförd.

3.10 Lex Maria och Lex Sarah vid egenvård

3.10.1 Lex Maria

Egenvårdsbedömningen görs under yrkesansvar enligt PSL. Om patienten drabbas av eller utsätts för risk att drabbas av allvarlig vårdskada på grund av bedömningen om egenvård, ska det anmälas enligt lex Maria, dvs. enligt 3 kap. 5 § PSL.

3.10.2 Lex Sarah

Om någon riskerar att skadas i samband med att personal inom LSS-verksamheten eller socialtjänsten utför egenvård kan det bli aktuellt att göra en anmälan enligt lex Sarah, dvs. enligt 24 a–f §§ och 23 e § LSS eller 14 kap. 2–7 §§ och 7 kap. 6 § SoL.

3.11 Personlig assistans och egenvård

Egenvård kan t.ex. utföras av personliga assistenter. Vilken hänsyn som ska tas till den enskildes behov av hjälp med egenvård, vid bedömning av rätten till personlig assistans, har tydliggjorts av Högsta förvaltningsdomstolen i rättsfallen HFD 2012 ref. 41 och HFD 2018 ref. 21. Högsta förvaltningsdomstolens ställningstaganden när det gäller egenvård innebär följande:

Egenvård som avser något av de grundläggande behoven (t.ex. sondmatning som ska betraktas som intagande av måltid enligt HFD 2018 ref. 21) ska beaktas vid bedömning av behovet av personlig assistans i den mån den är av integritetskänslig karaktär. Försäkringskassan ska ta hänsyn till denna egenvård vid sin bedömning av de grundläggande behoven enligt 9 a § första stycket LSS.

Egenvård som inte avser något av de grundläggande behoven, såsom är fallet i HFD 2012 ref. 41, är att betrakta som ”andra personliga behov” enligt 9 a § andra stycket LSS. Försäkringskassan ska därmed inte ta hänsyn till sådan egenvård vid sin bedömning av om en person har behov av i genomsnitt mer än 20 timmar assistans i veckan.

Ovanstående text om egenvård är hämtad ur LSS-boken, Stöd till beslutsfattare och yrkesverksamma, Ellinor Englund och Ylva Lindblom, Norstedts Juridik, (2018), s. 206-216.

3.11.1 Hjälp med andning är ett grundläggande behov

Sedan den 1 november 2019 är hjälp med andning ett sådant grundläggande behov som enligt 9 a § första stycket LSS kan ge rätt till personlig assistans. Av proposition 2018/19:145 Personlig assistans för hjälp med andning framgår, att hjälp med andning (som är hälso- och sjukvårdsåtgärder) t.ex. kan avse avancerad andningsgymnastik, hantering av trakealkanyl vid trakeostomi, slemugning i andningsvägarna och övervakning på grund av risk för kvävning eller lungblödningar. Som en förutsättning för att en hälso- och sjukvårdsåtgärd ska ge rätt till personlig assistans gäller att åtgärden kan utföras som egenvård utanför tillämpningsområdet för hälso- och sjukvårdslagen (prop. s. 29).

Ytterligare förutsättningar för att behov av hjälp med andning ska ge rätt till personlig assistans är dels att den enskilde har en dokumenterad nedsättning av någon av andningsfunktionerna, och dels att det kan finnas en risk för den enskildes hälsa, ytterst den enskildes liv, om hjälpåtgärder inte ges. Hjälpåtgärder som mer allmänt syftar till att förbättra andningsförmågan eller underlätta andning ger således inte rätt till personlig assistans som ett grundläggande behov (prop. s. 29).

3.12 Ansvarsfrågans arbetsrättsliga aspekter

Ansvarsfrågans arbetsrättsliga aspekter har SKL tagit upp i sitt remissvar till Socialdepartementet 2019-04-11, dnr. 19/00343, gällande promemorian Behov av hjälp med andning och sondmatning. I texten talas om gränsen mellan egenvård och hälso- och sjukvård men denna problematik finns även mellan den kommunala hälso- och sjukvården och den specialiserade hälso- och sjukvård som är regionens ansvar. Ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser inom den kommunala hälso- och sjukvården måste ligga inom kommunernas kompetensram;

Riskerna för att patienten/brukaren skadas måste tas på allvar

SKL vill slutligen understryka att arbetsmiljöriskerna och riskerna för att patienten/brukaren skadas måste tas på allvar. De arbetsuppgifter som utförs av kommunerna måste ligga inom kommunernas kompetensram. Utförs arbetsuppgifter som är så avancerade att stöd inte kan ges av arbetsgivaren och arbetsgivaren inte kan avgöra om de utförs på ett korrekt sätt, kan personalen och deras närmaste chefer hamna i en svår eller omöjlig situation som t.ex. kan leda till arbetsrättsliga frågor om arbetskyldighet.

Det är arbetsgivaren som har huvudansvaret för arbetsmiljön (3 kap. 2 § arbetsmiljölagen [1977:1160], AML) och som ska göra riskbedömningar, vidta åtgärder och göra uppföljningar. Riskbedömningar ska göras så att arbetstagare inte utsätts för risker i den fysiska miljön eller risker för att arbetstagarna utsätts för alltför hög arbetsbelastning, stress, bristande arbetsledning och kommunikation. Inträffar en olycka och risker har kunnat förutses och förebyggas, kan arbetsgivaren (chefer – beroende på hur arbetsmiljöuppgifterna fördelats) ställas till svars för arbetsmiljöbrott.

Fackliga organisationer kan påtala och begära riskbedömning och eller åtgärder enligt 6 kap 6 a § arbetsmiljölagen. Leder en sådan begäran inte till att arbetsgivaren agerar kan skyddsombud gå vidare till Arbetsmiljöverket med begäran om förbud eller förelägganden. Skyddsombud kan även stoppa arbetet vid omedelbar och allvarlig fara för arbetstagares liv och hälsa, 6 kap 7 § arbetsmiljölagen, vilket försätter både assistansanordnaren och den berättigade i en svår situation. Arbetsmiljöverket kan även utföra tillsyn och meddela förelägganden eller förbud vid vite vid brister i arbetsmiljön.

Arbetstagare som inte har tillräcklig kunskap för att utföra avancerade hälso- och sjukvårdsåtgärder riskerar att skada både

brukare och sig själva. Ansvar för skada vid egenvård bedöms enligt allmänna skadestånds- och straffrättsliga principer. Vållande till kroppsskada eller sjukdom och/eller arbetsmiljöbrott kan aktualiseras.

Även andra arbetsrättsliga frågor kan aktualiseras, av enskilda eller av fackliga organisationer.

Ansvar för skada i hälso- och sjukvårdssammanhang regleras särskilt.

3.13 Lagrådet om egenvård

Ett yttrande av Lagrådet 2019-06-10 över förslag om ändring i LSS som innebär att hjälp med andning ska utgöra ett sådant grundläggande behov som kan ge rätt till personlig assistans, kan emellertid ändra den syn på egenvård som tidigare framförts i texten. Sammanfattningsvis framför Lagrådet följande:

- De i egenvårdsföreskriften angivna bemyndigandena ger inte Socialstyrelsen stöd för att kunna ange vad som är egenvård eller att åtgärden inte utgör hälso- och sjukvård. Inte heller har Lagrådet funnit något annat stöd för att Socialstyrelsens ska kunna göra sådana ställningstaganden.
- Det finns behov av att patienter på egen hand ska kunna utföra enkla vårdåtgärder utan överinseende av medicinskt utbildad personal. I praktiken torde det ofta vara uppenbart om en vårdåtgärd inte kräver medicinskt kunnande och att hälso- och sjukvården inte bör ansvara för den.
- De åtgärder som lagrådsremissen tar sikte på förefaller kunna röra sig om komplicerade vårdåtgärder (andningsgymnastik, slemsugning i andningsvägarna, övervakning pga. risk för kvävning eller lungblödningar och hantering av trakealkanyl vid trakeostomi) där det inte är enkelt att avgöra om de bör utgöra hälso- och sjukvård eller inte, vare sig generellt eller i enskilda fall.
- Genom den definition av egenvård som Socialstyrelsen gör i sin föreskrift från 2009 (en hälso- och sjukvårdsåtgärd som en patient själv kan utföra) så är det inte självklart att hälso- och sjukvårdsåtgärder som utförs av någon annan än patienten, t.ex. en assistent, skulle utgöra egenvård.
- I 4 kap. 5 § SOSFS 2009:6 lyder texten ...för att avgöra om patienten själv eller med hjälp av någon annan på ett säkert sätt kan utföra en hälso- och sjukvårdsåtgärd som egenvård. Åtgärderna som tas upp i lagförslaget är dock åtgärder där den enskilde är helt beroende av att någon annan utför dem, patienten är inte delaktig i utförandet. Det är därför tveksamt om de kan komma ifråga för egenvård.
- Enligt Lagrådet bör en så avgörande distinktion som den mellan hälso- och sjukvård enligt HSL och egenvård regleras på en högre nivå än i myndighetsföreskrifter.

3.14 Socialstyrelsens föreskriftsrätt och patientsäkerhetslagen

I prop. 2018/19:145 Personlig assistans för hjälp med andning s. 14-15 framgår inte heller att regeringen har funnit att Socialstyrelsen har ett bemyndigande för föreskrifter om egenvård. Regeringen konstaterar att det finns gränsdragningsproblem och oklarheter kring begreppen hälso- och sjukvård och egenvård. Regeringen avser därför att se över dessa frågor i samband med att rätten till personlig assistans för egenvård utreds och avser att återkomma i frågan (prop. s. 23-24).

Inte heller Socialstyrelsen har i dagsläget på direkt förfrågan kunnat ange vilket bemyndigande som finns för föreskrifter om egenvård eller vilket stöd som finns för allmänna råd.

Så som regeringen konstaterar i prop. 2018/19:145 s. 15 är det dock sedan lång tid tillbaka en väletablerad ordning att legitimerad personal inom hälso- och sjukvården i enskilda fall bedömer vilka hälso- och sjukvårdsåtgärder som den enskilde kan utföra själv eller med hjälp av någon annan utanför HSL:s tillämpningsområde. Så var fallet även innan Socialstyrelsen beslutade om föreskrifter 2009.

Föreskrifter utan bemyndigande får inte tillämpas (se t.ex. KR i Sthlm 2019-02-18 mål nr 719-18 om Socialstyrelsens föreskrift om förordnande av AT-läkare). I nuläget kan man möjligen säga att ledning för hur egenvårdsbedömningar ska göras kan hämtas från föreskriften men den är inte styrande. *Ovanstående text om egenvård måste läsas ur det perspektivet.*

Utan stöd i föreskrifter görs en egenvårdsbedömning i varje enskilt fall under yrkesmässigt ansvar av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Styrande för egenvårdsbedömningen är patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL.

3.14.1 Patientsäkerhetslagen

Styrande för egenvårdsbedömningen är som ovan nämnts PSL som syftar till att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården och därmed jämförlig verksamhet.

Av PSL framgår bl.a. följande:

- Med patientsäkerhet avses skydd mot vårdskada (1 kap. 6 § PSL).
- Hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet (6 kap. 1 § PSL).
- Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen bär själv ansvaret för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter (6 kap. 2 § PSL).
- Hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls (6 kap. 4 § PSL).

3.14.2 Patientsäkerhetslagen och egenvård för barn

- I 5 kap. 1 § PSL framgår vidare en begränsning i rätten för andra än hälso- och sjukvårdspersonal att vidta vissa hälso- och sjukvårdande åtgärder. Enligt

bestämmelsen får inte andra än hälso- och sjukvårdspersonal yrkesmässigt undersöka någon annans hälsotillstånd eller behandla någon annan för sjukdom eller därmed jämförligt tillstånd genom att vidta eller förskriva någon av följande åtgärder i förebyggande, botande eller lindrande syfte:

...

6. undersöka eller behandla barn under åtta år (se prop. 2009/10:210 s. 205-206. Förarbeten till motsvarande bestämmelse i lagen [1998:531] om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, LYHS, återfinns i prop. 1997/98:109 s. 104 f. och 159 f.).

Av 10 kap. 6 § PSL framgår att den som bryter mot ovanstående bestämmelse (5 kap. 1 § 6 PSL) döms till böter eller fängelse i högst ett år. Detta gäller oavsett om skadan eller faran orsakats av olämplig behandling eller genom avbrott i eller dröjsmål med läkarvård. Den omständigheten att gärningsmannen på grund av brist i utbildning och erfarenhet inte kunnat inse sjukdomens natur eller förutse skadan eller faran befriar inte honom eller henne från ansvar.

I de förarbeten som föregått bestämmelsen uttalar sig regeringen enligt följande:

”Regeringen anser att omsorgen om patienternas säkerhet måste anses väga särskilt tungt när det gäller barn. Små barn saknar i regel förmåga att välja mellan behandlingsmetoder och själva ta ansvar för en behandling. Frånsett mera omedelbara reaktioner på smärta får riktigt små barn också anses sakna förmåga att på ett adekvat sätt redogöra för en behandlings effekter. Barn är också generellt sett betydligt känsligare än vuxna individer. Behandlingen av barn måste därför omgärdas med särskilda restriktioner.” (prop. 1997/98:109 s. 109. Se prop. 2009/10:210 s. 205-206. Förarbeten till motsvarande bestämmelse i lagen [1998:531] om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, LYHS, återfinns i prop. 1997/98:109 s. 104 f. och 159 f.).

Hur sistnämnda bestämmelse förhåller sig till möjligheten att utföra hälso- och sjukvårdsåtgärder i form av egenvård när det gäller barn är något oklart. Bestämmelsen har sitt ursprung i den s.k. Kvacksalverilagen, men begränsningar till ”alternativmedicin” saknas i nuvarande reglering. Socialstyrelsen har i ”*Promemoria om begreppet hälso- och sjukvård, vårdgivaransvar och journalföringsplikt*” (2011-06-07, dnr. 18302/2011) framfört åsikten att bestämmelserna i 5 kap. PSL är tillämpliga när egenvård bedrivs i yrkesmässig verksamhet – men inte när egenvård bedrivs utan ersättning.

3.15 Egenvård prövas av Högsta förvaltningsdomstolen

Högsta förvaltningsdomstolen, HFD, har den 7 november 2019 meddelat prövningstillstånd i mål nr 3763-19. Frågan i målet rör vilket underlag från hälso- och sjukvården som krävs i ett ärende om personlig assistans enligt LSS för att en sjukvårdsåtgärd ska kunna bedömas som egenvård. Socialstyrelsens ska avge yttrande i målet senast den 10 januari 2020. SKL bereds tillfälle att yttra sig inom samma tid.

Målet rör en person som har ett medicinskt behov av spolning av kateter fyra gånger i veckan. Dokumenterad egenvårdsbedömning saknas.

Följande text är svar på konkreta frågor som rör ovanstående problematik

4. Fråga 1

- Hur ser ansvarsfördelningen ut när det gäller utförande och kostnad i samband med hälso- och sjukvård i hemmet?
- Vad innebär kommunal hemsjukvård på primärvårdsnivå?

Ansvarsfördelning och därmed kostnadsansvar för hemsjukvård framgår av redovisningen ovan under avsnitt 2.

Det är inte möjligt att exakt ange vilken hälso- och sjukvård som ingår i hemsjukvård på primärvårdsnivå och ansvarsgränsen förflyttas kontinuerligt. Ett riktmärke är att de läkarresurser som region enligt HSL ska avsätta för att god vård ska kunna ges inom kommunal hälso- och sjukvård är läkare på primärvårdsnivå. Det innebär dock inte att regionen måste organisera sin verksamhet på ett visst sätt och att ansvar måste överlämnas till primärvårdsläkare för att de ska kunna utföras av kommunen. Det är regionen som avgör hur man vill organisera sin verksamhet. Stöd av läkare till personal inom den kommunala hälso- och sjukvården bör kunna ges även av läkare som organisatoriskt befinner sig inom slutenvård. Det väsentliga bör vara att stödet rör hälso- och sjukvårdsåtgärder på primärvårdsnivå och att dessa uppgifter är sådana som kommunen generellt sett hanterar i sitt uppdrag. Hälso- och sjukvårdsinsatser som generellt sett ligger inom den kommunala hälso- och sjukvården kan därmed utföras och bekostas av kommunen även i de fall läkarstödet pga. regionens val att organisera vården, finns inom slutenvården. Att regionen ska sluta avtal med kommunerna om omfattningen och *formerna* för läkarmedverkan framgår av 16 kap. 1 §, andra stycket HSL.

Eftersom kommunens uppdrag inte är statiskt – inte heller regionens – måste det också finnas en möjlighet att succesivt förändra innehållet i kommunens primärvårdsuppdrag. Genom utbildning eller instruktioner kan nya uppgifter komma att ingå i kommunens uppdrag - uppgifter som ligger i gränsområdet mellan primärvård och annan vårdnivå. Så länge som kommunen inte har reell (och generell) kompetens att utföra insatserna torde det lämpligaste vara att delegera uppgifterna från regionen till kommunen och ansvaret bör under tiden ligga kvar på regionen. Det ekonomiska ansvaret får regleras genom avtal.

Detta resonemang gäller inte hälso- och sjukvårdsinsatser som kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Dessa insatser ingår inte i den kommunala hemsjukvården och kan inte genom avtal överföras till kommunen, se RÅ 1997 ref. 9.

(En annan sak är att man i praktiken i vissa fall löser frågan om avancerad hälso- och sjukvård i hemmet med hjälp av kommunen.)

5. Fråga 2

- Finns det begränsningar i vad som kan bedömas som egenvård?
- Vilken aktör är ansvarig för kostnaderna för utförandet av egenvård eller vård på delegation?
- Var går skiljelinjen mellan instruktion och utbildning i relation till egenvårdsbegreppet och delegation?

Begränsningar när det gäller vad som kan bedömas som egenvård framgår av redovisningen ovan under avsnitt 3.

5.1 Ansvar för kostnaderna för egenvård eller vård på delegation

5.1.1 Egenvård

När egenvård utförs av anställd personal i verksamhet som kommunen ansvarar för (i egen regi alternativt inom ramen för kommunens LOV-system eller verksamhet upphandlad enligt LOU) så är åtgärden att betrakta som en del av socialtjänsten eller LSS-verksamheten etc. Det rör sig alltså inte längre om en hälso- och sjukvårdsåtgärd. Kostnaden faller därmed på kommunen. Om den enskilde som erhåller egenvård har assistansersättning enligt socialförsäkringsbalken, SFB, så ansvarar staten för en stor del av kostnaden.

5.1.2 Delegation

Delegering innebär allmänt sett att ansvaret för fullgörandet av en arbetsuppgift genom ett beslut av den som det normalt åvilar att svara för uppgiften, förs över till en annan person – delegaten – som utan detta beslut inte får utföra den.

Vid en delegering överläts en hälso- och sjukvårdsåtgärd från hälso- och sjukvårdspersonal som är formellt och reellt kompetent för den uppgift som beslutet avser, till en person som saknar formell kompetens för uppgiften (se SOSFS 1997:14 Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård). Den som är formellt kompetent för en arbetsuppgift men som inte på ett fullgott sätt själv kan utföra arbetsuppgiften kan inte delegera uppgiften till annan. Den aktuella uppgiften är och förblir en hälso- och sjukvårdsåtgärd.

Uppgiftsmottagaren ska vara reellt kompetent för den aktuella uppgiften. Han/hon ska genom erfarenhet i sin praktiska yrkesverksamhet eller genom fortbildning ha visat sig ha blivit reellt kompetent för den uppgift som avses att delegeras. Reellt kompetent för en viss arbetsuppgift är den som själv i praktiken kan utföra arbetsuppgiften i alla dess delar.

Hälso- och sjukvårdspersonal får endast delegera en arbetsuppgift till någon annan när det är förenligt med kravet på en god och säker vård (6 kap. 3 § PSL).

Ett beslut om delegering är personligt och får endast avse en namngiven person och inte en viss yrkesgrupp (t.ex. enhetens undersköterskor). Den som genom ett

delegeringsbeslut tilldelats vissa arbetsuppgifter får i sin tur inte delegera uppgiften till någon annan.

Delegeringar kan ske över verksamhetsgränser. En förutsättning är att mottagaren av uppgiften har sin arbetslednings tillåtelse att utföra arbetsuppgiften. Det innebär att den som avser att delegera över en verksamhets- eller vårdgivargräns först måste samråda med mottagarens arbetsledning.

Det är en sjuksköterska som delegerar arbetsuppgifter till en person som är anställd i en annan organisation. Sjuksköterskan som delegerar ansvarar för att personen som ska utföra uppgiften har tillräckliga förutsättningar. En delegering förutsätter att den delegerande förväntat sig om att delegaten har den reella kunskap som erfordras för att han eller hon ska kunna utföra uppgiften och att delegaten förklarat sig beredd att åta sig denna. Den som tar emot uppgiften får samma ansvar som annan hälso- och sjukvårdspersonal (se Socialstyrelsen. Vem får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården?)

En arbetsuppgift får inte delegeras om det av en bestämmelse i en författning, en instruktion eller liknande framgår att uppgiften är förbehållen en viss yrkesgrupp eller om något liknande formellt eller praktiskt hinder föreligger. Ett formellt hinder är kommunallagen och hälso- och sjukvårdslagen och den ansvarsgräns som finns mellan region och kommun. (SKL har därför påtalat behovet av en ändring i HSL för att få en flexiblere gräns mellan huvudmännen).

Inom det verksamhetsområde som kommunen bestämmer över ska det finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), 11 kap. 4 § HSL. Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan ska bl.a. ansvara för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde samt att beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten (4 kap. 6 § 1 och 4 hälso- och sjukvårdsförordningen [2017:80]). Även denna reglering torde påverka möjligheten att delegera över huvudmannaskapsgränsen mellan region och kommun.

5.1.2.1 Innebörden av kommunallagens kompetensbestämmelser

Möjligheten att delegera över huvudmannaskapsgränser har begränsningar. Av de grundläggande bestämmelserna i kommunallagen (2017:725), KL, om kommunernas och regionernas allmänna kompetens (2 kap. 1 och 2 §§) framgår bl.a. att det inte är möjligt för en kommun eller en region att ta hand om sådana angelägenheter som enbart ska handhas av staten, en annan kommun, en annan region eller någon annan. Sådan hälso- och sjukvård som enbart regionen ska ha hand om såsom t.ex. hälso- och sjukvård under korttidsvistelse enligt 9 § 6 LSS, kan därmed inte kommunen ansvara för. Att ansvarsgränsen inte är möjlig att ändra genom kommunala beslut eller avtal framgår av RÅ 1997 ref. 9 (se även Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd [SOSFS 1997:14] om Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård).

Som tidigare redovisats är den exakta ansvarsgränsen när det gäller vilka hälso- och sjukvårdsåtgärder som åligger respektive huvudman inte möjlig att precisera. De hälso- och sjukvårdsåtgärder som kan ges av kommunen, inklusive hjälpmedel, kan förändras något över tid bl.a. på grund av den medicinska och medicintekniska utvecklingen. I vilka *situationer* kommunen har ett hälso- och sjukvårdsansvar är däremot tydligt reglerat i HSL (och i förarbeten när det gäller motsvarande ansvar i samband med LSS). Kommunens ansvar gäller personer som efter beslut av kommunen bor i vissa boendeformer, personer med beslut om daglig verksamhet respektive dagverksamhet, samt för vissa personer som erhåller hemsjukvård i ordinärt boende. Övrig hälso- och sjukvård är ett regionansvar.

5.1.3 Ansvar för kostnader

Kostnadsansvar vid delegering är inte reglerat. För att delegera över huvudmannaskapsgränser måste de båda huvudmännen vara överens. I en sådan överenskommelse torde även kostnadsansvar regleras.

5.2 Instruktion och utbildning

5.2.1 I relation till egenvård

I SKL:s cirkulär 09:71 framförs synpunkten att om personal behöver särskild utbildning för att utföra uppgiften så bör den inte bedömas som en åtgärd som kan utföras som egenvård. Med utbildning avses i detta sammanhang inte formell utbildning utan sådan ”utbildning” som personer med formell kompetens ger till t.ex. personliga assistenter för att de ska få reell kompetens att utföra den aktuella hälso- och sjukvårdsåtgärden. Det kan t.ex. röra sig om åtgärder som personliga assistenter lär sig att utföra genom en längre tids handledning av formellt kompetent personal inom slutenvården.

Se ovan under avsnitt 3.12 om ansvarsfrågans arbetsrättsliga aspekter som SKL har tagit upp i sitt remissvar till Socialdepartementet 2019-04-11, dnr. 19/00343, gällande promemorian Behov av hjälp med andning och sondmatning.

I cirkuläret framförde SKL vidare att om den enskilde/närstående/personal behöver viss instruktion eller handledning för att utföra uppgiften så hindrar det inte att åtgärden kan bedömas som egenvård.

Med instruktion och handledning avsågs då cirkuläret skrevs en mycket kort sådan så att åtgärden i princip kan utföras av all personal inom den kommunala verksamheten – inte bara sådan personal som erhållit sådan speciell utbildning som anges ovan.

Begreppen instruktion och utbildning är inte författningsreglerade i egenvårdssammanhang utan används endast i SKL:s cirkulär utifrån de överenskommelser som gjordes 2009 då nätverket för landets hälso- och sjukvårdsdirektörer och SKL:s socialchefsnätverk begärde att representanter från kommuner och regioner med stöd av jurister och handläggare från SKL, skulle ta fram ett sätt att tänka vid bedömning, planering och uppföljning av egenvård.

5.2.2 I relation till delegering

Förarbeten till 6 kap. 3 § PSL finns i prop. 1993/94:149 s. 69 f. och 119 Åligganden för personal inom hälso- och sjukvården m.m. Det enda som uttalas där som rör instruktion och utbildning är följande:

”Med reell kompetens förstås sådan kompetens som den enskilde förvärvat vid sidan av den egna egentliga yrkesutbildningen, t.ex. genom praktisk yrkesverksamhet eller genom enskilda kurser” (s. 70).

Av ”Hälso- och sjukvårdspersonalens åligganden och ansvar. En författningskommentar. Susanne Billum och Jan Sahlin. Fritzes Förlag AB (1995) framgår att det ibland kan krävas särskilda instruktioner och viss övervakning för att en delegering ska kunna äga rum” (s. 61). Till följd av andra erfarenheter eller genom att på andra sätt ha inhämtat kunskaper inom vården, har delegaten fått reell kompetens för att kunna utföra uppgifterna i fråga (s. 62).

Begreppet utbildning nämns inte i förhållande till delegaten (delegaten saknar formell kompetens/utbildning). Med instruktion menas överförande av nödvändig kunskap så att delegaten kan utföra uppgiften så att vårdens kvalitet och patientsäkerheten inte åsidosätts.

Med begreppet instruktion menas därmed i detta sammanhang det som i SKL:s cirkulär om egenvård kallas utbildning.

6. Fråga 3 och 4

Fråga 3

- Är trakeostomi/respiratorvård som utförs som hemsjukvård i den enskildes hem vård på primärvårdsnivå och ett ansvar i utförande och kostnader för kommunen eller är det att betrakta som annan vård än primärvård och ett ansvar i utförande och kostnader för regionen?
- Kan vårdnivån bedömas utifrån yrkeskategorin och vårduppgifterna?

Fråga 4

- Om respirator- och trakeostomivård för en patient efter utskrivning bedöms som en hälso- och sjukvårdsåtgärd som kan utföras i hemmet/särskilt boende, vem (sjuksköterska/boendepersonal/läkare/personlig assistent) och vilken aktör (region/kommun/specialistvård/primärvård/privat assistansutförare) får eller ska utföra vården och vad krävs i fråga om delegation, fördelning, instruktion mm?
- Vilken aktör är ansvarig för kostnaderna för utförandet av vården?

Fråga 3 och 4 är snarlika och besvaras i ett sammanhang.

I redovisningen ovan under avsnitt 1 och 2 framgår *var* kommunerna har ett hälso- och sjukvårdsansvar och *vilka hälso- och sjukvårdsåtgärder* som är ett kommunalt ansvar (primärvård). Övrig hälso- och sjukvård, på andra boendeformer eller som inte är på primärvårdsnivå etc., är ett ansvar för regionerna.

När det gäller vad som avses med primärvård och vad som inte anses vara primärvård hänvisas också till redovisningen ovan under avsnitt 2.

Kostnadsansvar för utförandet ligger på den aktör som har ansvar för hälso- och sjukvården enligt gällande regelverk. Kommunen har t.ex. ett kostnadsansvar för primärvård som utförs på ett särskilt boende enligt SoL.

6.1 Vem får göra vad?

När det kommer till insatser från hälso- och sjukvården kan det inledningsvis nämnas att de flesta arbetsuppgifter inte är reglerade på så sätt att det finns uttryckliga krav på vem som får utföra dem. Det finns dock allmänna regler om t.ex. vårdgivares, verksamhetschefers och hälso- och sjukvårdspersonals ansvar, som indirekt påverkar hur arbetet kan fördelas. De mest centrala reglerna finns i 3 kap. 1 § och 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen, PSL. Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen respektive tandvårdslagen upprätthålls (3 kap. 1 § PSL). Hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet och patienter ska ges en sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård (6 kap. 1 § PSL).

Av 3 kap. 6 § PSL framgår att den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonal får överlåta (delegera) en arbetsuppgift till någon annan. Regelverket kring delegering har redovisats ovan under avsnitt 5.1.

6.2 Trakeostomi- och respiratorvård

Regionen och kommunen behöver i fråga 3 och 4 ta ställning till vilka åtgärder som ingår i trakeostomi-/respiratorvården och om det rör sig om vårduppgifter på primärvårdsnivå eller på specialistnivå. Denna bedömning görs bäst på lokalt plan. Är det fråga om åtgärder som kommunen generellt kan klara? Är vissa delar av vården att betrakta som hälso- och sjukvårdsinsatser som kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens (sjukhusanknuten hemsjukvård)?

I den konkreta frågan (fråga 3) är det lungkliniken på ett sjukhus som utbildar patientens personliga assistenter som utför respiratorvård/behandling efter delegation i den enskildes hem. Det framgår även att det medicinska ansvaret inte har övertagits av någon primärvårdsläkare. I fråga 4 har tre kliniker i den specialiserade vården vid ett regionsjukhus beslutat att fortsatt vara medicinskt ansvariga för patientens fortsatta vård även efter utskrivning. Inte heller här har således det medicinska ansvaret i alla delar lagts över på läkare i primärvården.

Dessa omständigheter talar för att åtminstone vissa delar av vården av de aktuella patienterna inte är primärvård utan snarare sjukvård på specialistnivå (sjukhusanknuten hemsjukvård). Ansvar och kostnadsansvar för dessa åtgärder ligger då kvar hos regionen och kan som regel inte delegeras över huvudmannaskapsgränsen. Detta hindrar dock inte att andra delar av vården kan vara att betrakta som sådana vårdåtgärder som kommunen generellt kan ansvara för, och som därmed utgör sådan primärvård som omfattas av övertagandet av ansvaret för hemsjukvård. I dessa delar åligger också kostnadsansvaret kommunen.

Sveriges Kommuner och Landsting
Avdelningen för juridik

Ellinor Englund

Anna Åberg