

Specialiserad vård i hemmet



Sveriges
Kommuner
och Regioner

Förord

I och med ÄDEL-reformen 1992 togs ett viktigt steg mot att ingen människa ska behöva ha sin bostad på sjukhus. Kommunerna övertog då ansvaret för hälso- och sjukvård i särskilda boenden (SÄBO) som ersatte de tidigare långvårdsklinikerna. Ansvaret för läkarmedverkan stannade kvar hos de dåvarande landstingen och kommunernas ansvar som huvudman avsåg primärvårdsnivå. Sedan dess har den medicinska utvecklingen tagit fram nya behandlingsmöjligheter som innebär att även personer med behov av specialiserad vård kan vårdas i det ordinära boendet på ett säkert sätt.

Vårdbehoven i befolkningen har också förändrats i takt med att fler personer med kronisk sjukdom kan leva längre med stora vårdbehov. Idag har 265 kommuner tecknat avtal med regionerna kring övertagande av hemsjukvård i ordinarie boende. Avtalen har olika omfattning och har tillkommit under olika tidsperioder. Praktiska samarbetslösningar har utvecklats lokalt och regionalt. I många län pågår arbeten med att anpassa överenskommelserna mellan huvudmännen till dagens behov och förutsättningar. Flera kommuner och regioner har kontaktat SKR för att få vägledning i de juridiska förutsättningarna för hur personer med behov av specialiserad vård i hemmet ska kunna erbjudas en sammanhållen vård och omsorg i hemmet som är god och säker. Avsikten med detta material är att ge stöd till kommuner och regioner i det fortsatta samverkansarbetet.

Materialet har arbetats fram av följande medarbetare på Sveriges Kommuner och Regioner: Germund Persson, Pål Resare och Anna Åberg från Sektionen för juridik, Lisbeth Löpare Johansson, Lena Karlsson och Maj Rom från Sektionen för Hälso- och sjukvård samt Greger Bengtsson från Sektionen för Socialtjänst.

Stockholm i juni 2022,

Emma Spak

Sektionschef för Sektionen för Hälso- och sjukvård

Avdelningen för Vård och Omsorg

Innehåll

Stödmaterial till kommuner och regioner	5
Två huvudmän ska samverka kring vård i hemmet	5
Primärvård är en vårdnivå	6
Oskarpa gränser som förändras över tid.....	6
Kommunen kan i vissa fall vara vårdgivare för uppgifter där regionen är huvudman.....	7
Flera vårdgivare kan utföra uppgifter samtidigt.....	8
Delegering	8
Regionen har alltid ett övergripande ansvar för specialiserad vård	9
Gemensam uppföljning, analys och dialog behövs.....	9
Bilaga 1: Begrepp och definitioner.....	12
Vårdnivå	12
Ansvar	13
Organisering.....	14
Personal	15
Bilaga 2: Hemsjukvård i Sverige efter ÄDEL-reformen 1992.....	16
Bilaga 3: Arbetsledning eller delegering av arbetsuppgifter i hälso- och sjukvården	18
Inledning.....	18
Kraven på en god och säker vård måste uppfyllas vid delegering	19
En delegering ska vara skriftlig	20
Bilaga 4: Juridisk analys	22
1. Inledning.....	22
2. Ansvarsfördelningen i HSL.....	24
3. Hur långt kan ett kommunalt åtagande sträcka sig?	28
4. Krav och möjligheter för samverkan och samordnad vård.....	41

Stödmaterial till kommuner och regioner

Förbättrad folkhälsa och medicinsk utveckling har medfört att människor lever längre, ofta med flera kroniska sjukdomar. Samtidigt har möjligheterna för personer med stora och komplexa vårdbehov att få specialiserad vård i hemmet förbättrats. För en god, säker och sammanhållen vård och omsorg krävs att personal från olika yrkesgrupper anställda hos olika vårdgivare samarbetar. Oklarheter finns bland SKR:s medlemmar kring juridiska förutsättningar för detta samarbete.

Kommuner och regioner har idag olika överenskommelser kring hur samverkan ska se ut kring patienter som vårdas i hemmet. Skillnader finns avseende omfattning av primärvårdens innehåll, vilka uppgifter som överförs och ekonomisk reglering. Huvudmän som idag har en välfungerande samverkansvård och är nöjda med sina avtal kan fortsätta sitt samarbete.

Detta dokument är tänkt att användas av de kommuner och regioner som efterfrågat stöd i arbetet med att ta fram avtal mellan huvudmännen om samverkan kring specialiserad vård i hemmet. Med hemmet menas såväl ordinärt boende som särskilda boendeformer.

Detta stödmaterial är ett tolkningsdokument och ett bidrag till doktrinen. Det är framtaget av avdelningarna för vård och omsorg samt juridik på SKR.

Två huvudmän ska samverka kring vård i hemmet

Två huvudmän, region och kommun, har ansvar för vård och omsorg i hemmet. De har det övergripande ansvaret för att en god och säker vård ges.

Regionen och kommunen ska samverka så att en enskild, som kommunen har ansvar för, får övrig vård och behandling som hans eller hennes tillstånd fordrar (16 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen, HSL).

Ansvaret är fördelat på följande sätt:

- Regionen har alltid ansvar för läkarinsatser till patienten och för specialiserad vård.

- Kommunen har alltid ansvar för hälso- och sjukvård i SÄBO på primärvårdsnivå utom läkarinsatser och för all socialtjänst.
- Regionen kan överlåta huvudmannaskapet för hälso- och sjukvård i hemmet på primärvårdsnivå utom läkarinsatser till kommunen. Sådana avtal finns mellan regionerna och 265 kommuner.

Primärvård är en vårdnivå

Primärvården är basen och navet i vården och ansvarar för större delen av den hälso- och sjukvård som ges i hemmet. Efter lagändring 2021 definieras primärvårdens uppdrag som att svara för behovet av åtgärder i form av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens (2 kap. 6 § HSL). Det har tydliggjorts att primärvårdens uppdrag inte är begränsat till enkla, okomplicerade insatser utan att primärvården även svarar för att ge mer kvalificerad vård.

Primärvård är en vårdnivå. Det är viktigt att skilja på ordination/ förskrivningsnivå och utförarnivå. Ordinatörens organisationstillhörighet saknar betydelse. Utförandet kan vara på primärvårdsnivå även om ordinationen kommer från den specialiserade vården. Den vanligaste åtgärden i hemmet är att ge läkemedel där de flesta patienter har ordinationer såväl från primärvårdsläkare som från annan specialistläkare.

Oskarpa gränser som förändras över tid

Gränsen mellan primärvård och specialiserad vård bestäms av om det krävs särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens. Denna gräns är oskarp och förändras i takt med den medicinska utvecklingen som möjliggör för allt fler personer att få vård i hemmet. Exakt vilka insatser som kan ges i hemmet och vilken huvudman som har ansvar för vad, framgår inte av lag. Fördelningen mellan parterna av ansvar och utförande av hälso- och sjukvårdsinsatserna regleras i avtal mellan huvudmännen. En ledstjärna bör vara att vården i hemmet ska vara god och säker samtidigt som hänsyn tas till patientens önskemål.

Nära vårdutredningen (SOU 2020:19) uttalade sig om förutsättningarna för personcentrerad vård över huvudmannagränserna enligt följande; kommunalt anställd hälso- och sjukvårdspersonal kan *medverka i* och i vissa fall *utföra*,

hälso- och sjukvård som regionen ansvarar för att erbjuda, om regionen och kommunen enas om förutsättningarna för detta.¹

Denna bedömning baseras på att en region med bibehållet huvudmannaskap får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som regionen svarar för, dock inte uppgifter som innefattar myndighetsutövning (15 kap. 1 § HSL). Av avtalet ska i sådana fall framgå de särskilda villkor som gäller för överlämnandet. Bestämmelsen klargör dock inte i vilken utsträckning en kommun får träffa avtal med en region om sådant utförande.

Kommunen kan i vissa fall vara vårdgivare för uppgifter där regionen är huvudman

SKR bedömer att det finns ett begränsat kommunalrättsligt utrymme för en region och en kommun att – vid sidan av möjligheten att överföra ansvaret för hemsjukvården till kommunen enligt 14 kap. 1 § HSL – träffa avtal om att kommunen på uppdrag av regionen ska utföra vissa andra hälso- och sjukvårdsuppgifter, närmast genom återopande av den så kallade anknytningskompetensen.² Med anknytningskompetens avses att en verksamhet eller en åtgärd som normalt sett inte är en kommunal uppgift, ändå kan godtas i de fall verksamheten eller åtgärden har en naturlig anknytning till eller ett naturligt samband med kommunens ordinarie verksamhet. Den anknyttande verksamheten ska också vara av begränsad omfattning och från brukarsynpunkt ha ett funktionellt samband med den ordinarie verksamheten.

Det skulle kunna handla om uppgifter på primärvårdsnivå som kommunen inte övertagit ansvaret för eller uppgifter som räknas till specialiserad vård och som kan utföras inom ramen för kommunens ordinarie verksamhet.

Vid en sådan överenskommelse ligger huvudmannaskapet för uppgiften kvar hos regionen medan kommunen är vårdgivare. Kommunalt anställd hälso- och sjukvårdspersonal utför då insatser som regionen fortfarande har huvudmannaskap för.

Ett avtal kan säkerställa att båda huvudmännen har rätt förutsättningar för att samverka i gemensamma insatser ska fungera. Att avtala om sådan medverkan

¹ Nära vårdutredningens bedömning (SOU 2020:19) har ännu inte lett till någon ny lagstiftning.

² Lindquist – Kommunala befogenheter, 2016, s. 412. För att anknytningskompetensen inte ska sätta reglerna om kommunal kompetens ur spel så måste den användas med viss återhållsamhet.

förutsätter, som SKR ser det, att det inte krävs någon särskild organisation eller särskilda personella och materiella resurser samt att det är av allmänt intresse för kommunens invånare.

Inom ramen för det utrymme som finns för direktupphandling kan en sådan avtalslösning vara godtagbar utan upphandlingsförfarande.³ Det kan även finnas förutsättningar att ordna samverkan mellan huvudmännen på ett sådant sätt som uppfyller förutsättningarna för samarbete mellan myndigheter enligt det s.k. Hamburgundantaget i upphandlingslagstiftningen.⁴ För det krävs bland annat att avtalet avser ett samarbete för att nå gemensamma mål, dvs. att det inte är ett rent tjänsteköp, och att eventuell ersättning inte avser mer än kostnadstäckning.

Flera vårdgivare kan utföra uppgifter samtidigt

Regionen är vårdgivare för vård som utförs av personal anställd i regionen. I de fall då vissa specialiserade hälso- och sjukvårdsuppgifter är avtalade att utföras av personal anställd i kommunen är även kommunen vårdgivare och har ett arbetsmiljö- och arbetsgivaransvar för sin personal. En vårdgivare har ett organisatoriskt ansvar och ska planera, leda och kontrollera verksamheten så att den lever upp till kravet på god vård. Då flera vårdgivare är involverade behöver det organisatoriska ansvaret som åligger vårdgivaren i samverkan tydliggöras och avtalas mellan parterna. Hälso- och sjukvårdsinsatser omfattas dessutom alltid av det yrkesansvar som finns för hälso- och sjukvårdspersonal. Detta fråntar inte vårdgivaren ansvaret för patientsäkerheten.

Delegering

Ett uppdrag att medverka i specialiserad vård måste vara förenligt med kravet på en god och säker vård och den som mottar arbetsuppgiften måste ha förutsättningar att fullgöra den. Ett sätt kan vara att använda sig av delegering, se bilaga 3. Fördelen är att det finns föreskrifter för hur det ska gå till, nackdelen att det är administrativt resurskrävande. Några författningsbestämmelser som ställer krav på delegering finns inte förutom när det gäller hantering av läkemedel. Eftersom verksamheterna ska vara bemannade med formellt kompetent personal i erforderlig omfattning (5 kap. 2 § HSL) är dock utrymmet för delegeringar begränsat och bör endast användas i undantagsfall. Delegeringar bör inte

³ Direktupphandlingsgränsen för s.k. sociala tjänster är numera 7 802 550 kr.

⁴ 3 kap. 17-18 §§ lagen (2016:1145) om offentlig upphandling.

utfärdas slentrianmässigt när de inte behövs eller för att lösa brist på personal eller av ekonomiska skäl. Delegation bör endast ske när det bättre svarar mot patientens behov och under förutsättning att patientsäkerheten inte äventyras.

Regionen har alltid ett övergripande ansvar för specialiserad vård

När kommunens personal medverkar i specialiserad vård i hemmet har regionens specialiserade vård ett ansvar för att hela vårdkedjan fungerar. Det handlar bland annat om utbildning och handledning till medverkande personal. Regionens personal ansvarar också för bedömningar, planering, information till patient och närstående samt uppföljning att vården är god och säker. Av särskild vikt är också att det finns tydliga och enkla kontaktvägar där kommunens personal kan nå ansvarig personal i regionen.

Att organisera arbetet så att alla patienter med specialiserad hälso- och sjukvård i hemmet har en fast vårdkontakt, en fast läkarkontakt och en skriftlig individuell plan som de fått vara delaktiga i att ta fram är ett gemensamt uppdrag för kommunerna och regionen som bör prioriteras högt. Patient och närstående behöver kunna få kontakt med vården på ett enkelt sätt. Kommunens personal behöver kunna få kontakt med ansvariga i regionen dygnet runt årets alla dagar. Uppgiften kan lösas genom att upprätta ett Patientkontrakt eller en Samordnad Individuell Plan (SIP).

I komplicerade fall bör planeringen inkludera en riskanalys för att säkra en god och säker vård. Att ge ett stort mandat till vårdteamet att, tillsammans med patienten och närstående fatta beslut på individnivå behöver kopplas till en struktur för gemensam uppföljning för att få till stånd ett gemensamt lärande.

Gemensam uppföljning, analys och dialog behövs

Detaljerade gränssnittsöverenskommelser tenderar att snabbt bli inaktuella. Därför kan det vara bra att flytta fokus från detaljer i uppdragen till att bygga en robust struktur för systemledning innehållande gemensam uppföljning, analys och dialog kring hur parterna tillsammans utvecklar en god och sammanhållen vård och omsorg.

Olika möjligheter finns att lösa ut de ekonomiska frågorna för att fördela kostnader för samverkan vid hälso- och sjukvård mellan parterna. Idag tillämpas följande modeller:

- Att kommunens personal medverkar i specialiserad vård i hemmet ingår i den skatteväxling som genomförts eller kompenseras genom samarbete där regionens specialiserade personal erbjuder kommunen något i utbyte, exempelvis utbildning och handledning. Gemensam uppföljning av omfattning och avvikelser behövs men inga ekonomiska transaktioner.
- Genom förhandling, eventuellt föregången av någon form av tidsstudie eller vårdtyngdsmätning kommer parterna fram till en ekonomisk schablon utifrån genomsnittlig omfattning av kommunens insatser. Gemensam uppföljning av omfattning och avvikelser behövs och ekonomisk transaktion sker årligen.
- Fakturering sker utifrån varje enskilt individärende. Denna lösning kräver löpande uppföljning av båda parter och blir administrativt krånglig med risk för oenighet och bestridanden av fakturor. Lösningen kan vara aktuell för enstaka särskilt vårdkrävande patienter.

Ett sätt för kommuner och regioner att beräkna omfattningen av kommunernas medverkan i specialiserad vård i hemmet är att först gemensamt gå igenom vilka arbetsuppgifter inom specialiserad vård som utförs i hemmet under en tidsperiod. Då får man en uppfattning om kostnads- och resursåtgång som kan användas för beräkning av en schablonsumma som kan ligga till grund för ett avtal. Då och då inträffar utöver detta ”sällanhändelser” där enskilda patienter kan vara i behov av särskilt omfattande insatser som kan kräva ett särskilt avtal på individnivå.

För samtliga lösningar finns ett behov av att tillsammans enas om hur man ska bedöma vilka insatser som utgör primärvård och vilka som utgör specialiserad vård. Gränsen är dynamisk, inte statisk med behov av kontinuerlig uppföljning för gemensam samsyn.

Några erfarenheter att tänka på i utformningen av avtal:

- En gemensam bild av nuläge och mål med samarbetet är en bra grund.
- Genom att undvika onödiga detaljer i avtalen kan de bli mer hållbara över tid. Avtalen kan kompletteras med mer detaljerade rutiner och riktlinjer som är lättare att justera oftare.
- Gemensam årlig uppföljning på systemnivå underlättar samarbetet. När vi de gemensamma målen? Lever parterna upp till avtalet? Hur uppfattas vården av patienter och närstående? Är vården god och säker?
- Genom att följa utvecklingen av volymer och vårdtyngd kring gemensamma patienter och föra en dialog kring den medicinska utvecklingen fördjupas tillit och relationer i samarbetet.
- Börja med ”blanka papper”, för en dialog kring hur ni vill samarbeta och ta den ekonomiska uppgörelsen sist.

Bilaga 1: Begrepp och definitioner

Vid allt samarbete är det viktigt att parterna har förståelse för varandras verklighet och förutsättningar men också att parterna talar samma språk. I detta sammanhang används följande definitioner:

Vårdnivå

Primärvård – Vårdnivå för hälso- och sjukvårdstjänster för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov. Såväl regioner som kommuner är huvudmän.

Efter en ändring i HSL 2021 definieras primärvårdens uppdrag som att svara för behovet av åtgärder i form av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens. Kommuner och regioner ska inom ramen för verksamhet som utgör primärvård tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov, se till att vården är lätt tillgänglig, och samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker inom primärvården (2 kap. 6 § och 13 a kap. 1 § HSL).

I förarbetena framhålls att primärvårdens uppdrag inte är begränsat till enkla, okomplicerade insatser utan att den delen av hälso- och sjukvården även svarar för att ge mer kvalificerad vård (prop. 2019/20:164 Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform, s. 116).

Specialiserad vård – Vårdnivå för hälso- och sjukvårdstjänster som kräver mer specialiserade åtgärder än vad som kan ges i primärvård. Regionen är huvudman. Kommunens personal kan i begränsad utsträckning medverka i utförandet.

Egenvård – Egenvård är hälso- och sjukvårdsåtgärder som legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har bedömt att en patient kan göra själv eller med hjälp av någon annan till exempel en närstående, en personlig assistent eller personal på ett HVB-hem eller annat boende. Egenvården är inte hälso- och sjukvård och omfattas inte av HSL. Bedömning, planering och uppföljning är däremot hälso- och sjukvård.

Ansvar

Huvudman - Med huvudman avses den region eller kommun som ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård. Huvudmännen har det övergripande ansvaret för att en god och säker vård ges. I huvudmannskapet ingår att prioritera insatser, att besluta vilka som ska få del av tjänsterna och i vilken omfattning, att fastställa förekommande avgifter och att följa upp och kontrollera verksamheten.

Inom en huvudmans geografiska område kan en eller flera vårdgivare bedriva verksamhet. Regioner och kommuner kan avtala med någon annan, till exempel ett privat bolag, att utföra hälso- och sjukvården. Då uppgifter överlämnas till någon annan övergår ansvaret för utförandet av uppgiften till denna. Regionen eller kommunen har dock det fortsatta ansvaret som huvudman för de uppgifter som överlämnats. Regionen eller kommunen har således kvar ett övergripande ansvar för att dess medborgare får en god vård.

Vårdgivare - Den som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet är en vårdgivare. Det gäller både privat och offentligt finansierad verksamhet. En vårdgivare kan till exempel vara en region, en kommun, ett aktiebolag eller en egenföretagare.

Vårdgivaren har ett organisatoriskt ansvar och ska planera, leda och kontrollera verksamheten så att den lever upp till kravet på god vård. Det innebär bland annat ansvar för att det finns hälso- och sjukvårdspersonal med rätt kompetens och att det finns ett kvalitetsledningssystem med rutiner och processer. Vårdgivaren ska vidare se till att det finns rutiner för dokumentation samt utreda och anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Utöver de lagreglerade uppgifterna är det vårdgivaren som bestämmer vilka arbetsuppgifter som ingår i funktionen som MAS eller MAR (se mer om dessa funktioner nedan). Det är också vårdgivaren som bestämmer vilket ansvar och vilka arbetsuppgifter som verksamhetschefen ska ha. Oavsett delegationer har vårdgivaren alltid kvar det övergripande ansvaret.

Verksamhetschef - Alla verksamheter i hälso- och sjukvården ska ha en verksamhetschef. Verksamhetschefen är den som har det övergripande ansvaret för verksamheten och för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Verksamhetschefen behöver inte ha medicinsk

kompetens men utan den kompetensen får hen inte bestämma över vård och behandling av patienter.

Det är verksamhetschefen som har det övergripande ansvaret för en verksamhet men hen kan inte bestämma över de arbetsuppgifter MAS eller MAR har enligt lagar och föreskrifter.

MAS och MAR - I den kommunala hälso- och sjukvården måste det finnas en eller flera medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS). För verksamheter som jobbar med rehabilitering kan det istället finnas en arbetsterapeut, fysioterapeut eller sjukgymnast som är medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR).

MAS och MAR har ett särskilt medicinskt ansvar⁵ för att

- patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet
- det finns rutiner för att kontakta läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal vid behov
- patienten får den hälso- och sjukvård läkaren har bestämt
- rutinerna för läkemedelshantering är säkra
- besluten om delegering är patientsäkra
- patientjournaler förs
- anmälan görs till kommunal nämnd om en patient utsatts för allvarlig skada eller sjukdom i samband med vård och behandling eller utsatts för risk för det

Yrkesansvar - Alla som arbetar i hälso- och sjukvård ansvarar för att de utför sitt arbete på ett patientsäkert sätt. Arbetet ska ske utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. Det är inte bara legitimerade yrkesutövare som ingår i gruppen hälso- och sjukvårdspersonal. Dit räknas till exempel undersköterskor och vårdbiträden som utför hälso- och sjukvårdsuppgifter.

Organisering

Kommunal hälso- och sjukvård – Hälso- och sjukvård som utförs med kommunen som huvudman. Kommunens ansvar som huvudman är alltid på primärvårdsnivå.

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

Hemsjukvård - Hälso- och sjukvård när den ges i patients bostad eller motsvarande och som är sammanhängande över tiden. Hemsjukvård kan ges både på primärvårdsnivå och på specialiserad nivå. Huvudman kan vara både kommun och region.

Hälso- och sjukvård i hemmet - Hälso- och sjukvård när den ges i patients bostad eller motsvarande. Huvudman kan vara både kommun och region.

Personal

Hälso- och sjukvårdspersonal - Personal som har legitimation eller särskilt förordnande samt den som biträder legitimerad eller särskilt förordnad personal i vården av en patient. Även personal som tillhör ett yrke utan legitimation, till exempel undersköterskor och vårdbiträden kan räknas som hälso- och sjukvårdspersonal.

Specialist – Läkare och sjuksköterskor kan utbilda sig vidare och bli specialister. Specialisttiteln är skyddad och bara den som är specialist får använda en sådan titel. Att vara specialist är i första hand ett bevis på att yrkesutövaren har en fördjupad kompetens inom ett område. Allmänläkare är en sådan specialisttitel. Sjuksköterskor med en specialistutbildning har fördjupade omvårdnadskunskaper om evidens, forskningsmetoder och utvärderingsinstrument på avancerad nivå inom ett specifikt vårdområde exempelvis distriktssköterska, psykiatri och äldrevård.

Bilaga 2: Hemsjukvård i Sverige efter ÄDEL-reformen 1992

I och med ÄDEL-reformen 1992 gjorde Sverige ett viktigt vägval för vård och omsorg till äldre. Istället för att vara patient på heltid skulle sjuka äldre människor med stort omvårdnadsbehov med stöd av den kommunala äldreomsorgen få möjlighet att leva ett gott och värdigt liv hela livet ut.

Reformen innebar att kommunerna blev huvudmän för hälso- och sjukvård. Vården av de mest sjuka äldre flyttades från landstingens långvårdsavdelningar till kommunernas särskilda boenden (SÄBO) där brukaren har sina egna möbler och ett eget hyreskontrakt. I halva Sverige övertog kommunerna samtidigt ansvaret för hemsjukvården. Den senaste tioårsperioden har avtal tecknats mellan landsting och kommuner kring övertagande av hemsjukvård i resten av landet och i Norrtälje, men inte i resten av Stockholms län.

Utifrån en gemensam viljeinriktning att se över befintligt hemsjukvårdsavtal genomförde Örebro län 2019 en förstudie till nytt hemsjukvårdsavtal som initierades av *Chefsgruppen för samverkan social välfärd samt vård och omsorg*. Arbetet genomfördes av Välfärd och folkhälsa, Regional utveckling. Förstudien innehåller bland annat en kartläggning av nuvarande ansvarsfördelning mellan regioner och kommuner. Uppgifterna är framtagna med stöd från RSS-nätverket för äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård. Källan är respektive läns hemsjukvårdsavtal/överenskommelse som hämtats från olika webbplatser (regioner, FoU-enheter och Kommunalförbund).

Kommunaliseringen av hemsjukvården har pågått i 22 år vilket innebär att avtalen är framtagna under tidsperioden 1992-2014. Det finns stora variationer av omfattning och innehåll i det som förts över till kommunerna.

I 12 av 20 avtal, Blekinge, Dalarna, Kalmar, Gotland, Halland, Jämtland, Jönköping, Kronoberg, Skåne, Västernorrland, Västra Götaland och Östergötland omfattas alla barn av den kommunala hemsjukvården. I Värmland omfattas barn från 7 år och uppåt och i Uppsala från 17 år. Övriga län, Gävleborg, Norrbotten, Sörmland, Västerbotten, Västmanland, Örebro har åldersgränsen 18 år.

Stockholm har inte tecknat något avtal med kommunerna om hemsjukvård utom i Norrtälje. Andra områden där länen gjort olika vägval är palliativ vård, rehabilitering, hjälpmedel och hur man hanterar enstaka hembesök.

I 10 av 19 överenskommelser är det *tröskelprincipen* som reglerar vem som ska få del av hemsjukvård. Personer som kan ta sig till vårdcentralen får hälso-och sjukvårdsinsatser från regionen. Hälso-och sjukvård i hemmet är förbehållet dem som av hälsoskäl inte kan ta sig till vårdcentralen. Denna princip omprövas nu i flera län eftersom den inte passar ihop med utvecklingen av en personcentrerad vård. Trenden är att gå mot mer individualiserade bedömningar och utgå från individens behov i varje enskilt fall.

Bilaga 3: Arbetsledning eller delegering av arbetsuppgifter i hälso- och sjukvården

Inledning

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska det där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges.⁶

- Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten så att den lever upp till kravet på god vård.
- Vårdgivaren ansvarar för att det finns hälso- och sjukvårdspersonal med rätt kompetens.
- Hälso- och sjukvårdspersonal ska arbeta utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet och ge patienterna en sakkunnig och omsorgsfull vård.

Vissa arbetsuppgifter är särskilt reglerade och får bara utföras av en viss yrkeskategori.⁷ Men de flesta arbetsuppgifter bestämmer verksamhetschefen vem som får utföra, baserat på den enskildes kompetens. En vårdgivare har därför stor frihet att fördela arbetsuppgifter så länge de krav på ansvar och kvalitet som finns i allmänna regler i hälso- och sjukvården och tandvården är uppfyllda.

Vid arbetsfördelning är det ofta verksamhetschefen eller den arbetsledande chefen som bestämmer vem som ska utföra arbetsuppgiften. Det betyder att hälso- och sjukvårdspersonal med rätt kompetens kan utföra den.

Delegeringar får enligt gällande föreskrifter inte utföras slentrianmässigt för att lösa brist på personal eller av ekonomiska skäl utan bör endast göras när det bättre svarar mot patientens behov och under förutsättning att patientsäkerheten inte äventyras.⁸ Eftersom verksamheten ska vara bemannad med formellt

⁶ 5 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

⁷ <https://vemfargoravad.socialstyrelsen.se/arbetsuppgifter>

⁸ SOSFS 1997:14 Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård.

kompetent personal i erforderlig omfattning blir utrymmet för delegeringar begränsat och bör endast användas i undantagsfall.

Av vårdgivarens skriftliga rutiner för ordination och hantering av t.ex. läkemedel ska det framgå i vilka situationer och under vilka förutsättningar som det är förenligt med en god och säker vård att delegera iordningställande, administrering eller överlämnande av läkemedel i verksamheten. I dessa rutiner ska det också framgå vilken kompetens som krävs för den som genom delegering får en arbetsuppgift.

Att delegera en arbetsuppgift är dock inte samma sak som att fördela en arbetsuppgift. Delegera betyder att ge någon rätt att göra en arbetsuppgift som den annars inte får göra. Delegering behövs till exempel för att personal som saknar behörighet att iordningställa, administrera eller överlämna läkemedel ska kunna få utföra dessa åtgärder.⁹

Arbetsuppgifter med särskilda regler om vem som får göra dem, och som inte har någon regel som tillåter delegering, får aldrig delegeras eller fördelas till någon som inte får göra dem.

Det är frivilligt att delegera en arbetsuppgift och att ta emot arbetsuppgiften. En delegering kan när som helst återkallas om uppgiftsmottagaren inte utför arbetsuppgiften på ett säkert sätt. Delegeringsbeslutet är alltid personligt och får inte avse en viss yrkesgrupp som till exempel undersköterskor.

Kraven på en god och säker vård måste uppfyllas vid delegering

Hälso- och sjukvårdspersonal får bara delegera en arbetsuppgift till någon annan om kraven för en god och säker vård uppfylls (6 kap. 3 § patientsäkerhetslagen, PSL). Den som delegerar en arbetsuppgift till någon annan ansvarar för att hen har förutsättningar att göra uppgiften. Den som får en delegering ansvarar för hur hen gör arbetsuppgiften.

⁹ 9 kap HSLF 2017:37 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården;

Endast sjuksköterskor, läkare och tandläkare med såväl formell som reell kompetens får delegera iordningställande, administrering eller överlämnade av läkemedel. Med formell kompetens menas legitimation för yrket.

Den som delegerar måste också vara reellt kompetent och själv i praktiken kunna utföra arbetsuppgiften i alla dess delar. Hälso- och sjukvårdspersonal får endast delegera en arbetsuppgift till någon annan när det är förenligt med en god och säker vård av patienten.

Uppgiftsmottagaren som tar emot en delegering måste vara reellt kompetent. Detta kan erhållas genom erfarenhet i praktisk yrkesverksamhet eller genom fortbildning. Den som genom delegering får i uppgift att t.ex. iordningställa, administrera eller överlämna läkemedel ska ha dokumenterade kunskaper om hantering av de läkemedel som ingår i delegeringen och de risker som är förenade med hanteringen. Hen som tar emot en delegering bär själv det fulla ansvaret för sitt sätt att utföra den mottagna arbetsuppgiften och är skyldig att utföra den efter bästa förmåga. Den som tar emot uppgiften får alltså samma ansvar som annan hälso- och sjukvårdspersonal.

Om en patients tillstånd eller vissa rådande förhållanden påkallar det, så kan den sjuksköterska, som vid tillfället är ansvarig för patientens omvårdnad, bestämma att det inte är lämpligt att person med delegering utför arbetsuppgiften och därför ska avstå från att utföra den. Detta gäller även om någon annan sjuksköterska eller läkare har utfärdat delegeringen.

En delegering ska vara skriftlig

Det finns regler om hur delegering ska gå till. En delegering ska bland annat vara skriftlig och gälla högst ett år. Varje delegeringsbeslut ska dokumenteras med en beskrivning av arbetsuppgiften och under vilka omständigheter den får utföras.

- Det ska framgå vem som har delegerat och till vem.
- Både den som delegerar och den som tar emot en arbetsuppgift ska underteckna delegeringsbeslutet.
- Datum då beslutet fattades och delegeringsbeslutets giltighetstid ska finnas med. Beslutet får som längst gälla ett år och måste sedan omprövas.
- Återkallelse av delegeringsbeslut ska också dokumenteras.

- Delegeringsbeslut bör bevaras minst 3 år efter att det slutat att gälla enligt SOSFS 1997:14. Regionen eller vårdgivaren kan ha andra regler för bevaring som ska följas.

Delegering över verksamhets- eller vårdgivargräns

Delegeringar kan ske över verksamhets- eller vårdgivargränser. För att en delegering ska kunna göras över en sådan gräns krävs att mottagaren av delegeringen 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.

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

Bilaga 4: Juridisk analys

Nära vård – juridiska utgångspunkter för ansvarsfördelning, samverkan och samordning

1. Inledning

Arbete pågår med omställning till en nära vård hos regioner och kommuner. Det är också den inriktning av hälso- och sjukvården som regering och riksdag ställt sig bakom. Regeringen har i propositionen 2019/20:164 *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*, sammanfattat det så att hälso- och sjukvården bör ställas om så att primärvården är navet i vården och samspelar med annan hälso- och sjukvård och med socialtjänsten, och att målet är att patienten får en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan, att patienten är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser och att en effektivare användning av hälso- och sjukvårdens resurser ska kunna uppnås.

I nära vård innefattas bl.a. att vården ska komma närmare patienten och brukaren, att den ska utgå från den enskildes individuella förutsättningar och behov, bygga på patientens delaktighet, vara förebyggande och hälsofrämjande, samt att vård- och omsorgsinsatserna ska vara personcentrerade och samordnade med patienten i fokus. Det handlar huvudsakligen om ett ändrat förhållningssätt och nytt sätt att arbeta.

Inriktningen mot nära vård har redan tidigare kommit uttryck i den bestämmelse i 7 kap. 2 a § hälso- och sjukvårdslagen (HSL) som trädde i kraft den 1 januari 2018 och har följande lydelse:

Regionen ska organisera hälso- och sjukvårdsverksamheten så att vården kan ges nära befolkningen.

I förarbetena till denna bestämmelse konstaterar regeringen att en bestämmelse om nära vård inte behöver gälla den kommunala hälso- och sjukvården, eftersom den redan ges nära människor. Regeringen betonar att det bör framgå av lagtexten att den nya paragrafen reglerar just hur landstingen (numera regionerna) ska organisera hälso- och sjukvårdsverksamheten. Paragrafens placering i 7 kap. HSL innebär att kraven på att ge vård nära befolkningen ingår i regionens ansvar som huvudman (prop. 2017/18:83 s. 23 och 46-47).

Regeringen har i propositionen 2019/20:164, inom ramen för den övergripande inriktningen för en nära och tillgänglig vård med fokus på primärvården, formulerat mål för tre grundläggande delar som inriktningen bygger på och som en stärkt primärvård bör kunna bidra till: (1) ökad tillgänglighet till primärvården, (2) ökad delaktighet och en personcentrerad hälso- och sjukvård, samt (3) ökad kontinuitet i primärvården. För att reformeringen av primärvården ska bli möjlig krävs enligt regeringen att vissa centrala förutsättningar är uppfyllda. Det handlar om kompetensförsörjning, digitalisering, *samverkan mellan huvudmännen*, en ändamålsenlig uppföljning av omställningen samt att denna inte ska ske på bekostnad av akutsjukvården.

Riksdagen biföll regeringens proposition i november 2020 (bet. 2020/21:SoU2). De beslutade lagändringarna har trätt i kraft den 1 juli 2021.

Staten och SKR träffade 2021 en överenskommelse om *God och nära vård 2021, En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav*. Överenskommelsen innefattade åtaganden såväl för staten som för kommuner, regioner och SKR. Den omfattade bl.a. generella insatser som utgår från ett personcentrerat förhållningssätt, en säkrad kompetensförsörjning i den nära vården, utveckling av arbetssätt med stöd av digital teknik, samt anpassning av vårdtjänster till de målgrupper som i hög grad besöker vården, men också särskilda insatsområden, såsom arbete för utvecklad, långsiktig och strukturerad samverkan mellan regioner och kommuner, dimensioneringen av kompetens såsom sjuksköterskor och undersköterskor samt planering av läkarinsatser i kommunalt finansierad hälso- och sjukvård samt genom en sammanhållen personcentrerad nära vård som utgår från behov och förutsättningar samt har ett främjande, förebyggande och proaktivt förhållningssätt för att minska undvikbara sjukhusvistelser. En motsvarande överenskommelse har träffats för 2022, där det aktuella utvecklingsområdet, *Utvecklingen av den nära vården med primärvården som nav*, huvudsakligen bygger vidare på inriktningen i överenskommelsen för 2021. När det gäller insatser som bidrar till omställningen till en nära vård anges att det t.ex. kan handla om att utveckla samordning inom eller mellan vårdgivare, kontinuitet och relationsbyggande och tillgänglighet. Vidare kan det handla om insatser för medskapande och delaktighet för patienter och närstående bl.a. genom patientkontrakt, hälsofrämjande och förebyggande arbete, en säkrad kompetensförsörjning i den nära vården samt anpassning av vårdtjänster till de målgrupper som i hög grad behöver vårdens tjänster – t.ex. personer som lever med kroniska sjukdomar eller funktionsnedsättningar. I

överenskommelsen betonas insatser för att etablera och utveckla en långsiktig samverkan mellan regioner och kommuner.

En viktig förutsättning när det gäller omställnings- och utvecklingsarbetet för en nära vård är de rättsliga förutsättningarna och ramarna. Det gäller bl.a. vilket lagstadgat ansvar de olika huvudmännen har, vilket utrymme lagstiftningen ger när det gäller ansvarsfördelningen och samverkanslösningar samt kraven på samarbete/samordning. I denna PM tas bara upp frågor som rör ansvarsfördelning och samverkan på organisatorisk nivå, inte frågor om samordningsansvaret på individnivå enligt olika lagar.

2. Ansvarsfördelningen i HSL

2.1 Regionernas ansvar och befogenheter

Enligt 8 kap.1-2 och 4 §§ HSL ska regionen erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt inom regionen samt till vissa andra personkategorier. Regionen ska också erbjuda öppen vård åt den som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård (8 kap. 3 § HSL). Regionen får även i andra fall erbjuda hälso- och sjukvård åt den som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård, om regionerna kommer överens om det, eller om det är fråga om nationell högspecialiserad vård (8 kap. 5 § HSL).

När det gäller gränsdragningen mot det ansvar som kommunerna har som huvudmän för hälso- och sjukvården anges i 8 kap. 6 § HSL att regionens ansvar inte omfattar sådan hälso- och sjukvård som en kommun inom regionen har ansvar för enligt 12 kap. 1 § HSL eller – efter överenskommelse mellan regionen och kommunen – enligt 14 kap. 1 § HSL (se även 8 kap. 8 § HSL angående ansvarsfördelningen ifråga om förbrukningsartiklar).

Dock får regionen enligt 12 kap. 4 § HSL på framställning av en kommun inom regionen erbjuda läkemedel utan kostnad ur läkemedelsförråd till den som bor i en sådan särskild boendeform som avses i 5 kap. 5 § andra stycket socialtjänstlagen (SoL) eller får hemsjukvård genom kommunens försorg.

Vidare ska regionen till kommunerna inom regionen avsätta de *läkarresurser som behövs* för att enskilda ska kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård i särskilt boende och i dagverksamhet enligt 12 kap. 1 § HSL. Detsamma gäller hemsjukvård i ordinärt boende och i sådant särskilt boende som avses i 5 kap. 5

§ tredje stycket SoL (s.k. biståndsbedömda trygghetsboenden) om en kommun ansvarar för vården enligt 14 kap. 1 § HSL (16 kap. 1 § HSL).

Regionen och kommunen ska också *samverka* så att en enskild, som kommunen enligt 12 kap. 1 eller 2 § HSL har ansvar för, får *övrig vård och behandling, hjälpmedel samt förbrukningsartiklar enligt 8 kap. 9 § HSL* som hans eller hennes tillstånd fordrar (16 kap. 2 § HSL).

Av 15 kap. 1 § HSL framgår att en region med bibehållet huvudmannaskap får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som regionen ansvarar för enligt lagen, dock inte uppgifter som innefattar myndighetsutövning. Av avtalet ska framgå de särskilda villkor som gäller för överlämnandet. Bestämmelsen har tillkommit för att undanröja tidigare oklarheter som kunde finnas när det gäller att lägga ut verksamhet på entreprenad och därmed för att klargöra möjligheterna och stimulera konkurrensutsättning (se bl.a. prop. 1992/93:43 s. 6-9 och 22-23). Ett avtal som en region träffar med någon annan om att tillhandahålla viss vård medför som framgår av bestämmelsen inte att regionens huvudmannaskap för vården övergår på den andra vårdgivaren. Regionen har således kvar ett övergripande ansvar för att dess medlemmar får en god vård, vilket kan säkerställas bl.a. genom tillräckliga och relevanta krav i avtalen med de externa utförarna. I huvudmannaskapet ligger således kvar det fulla ansvaret för den verksamhet som ”lagts ut”, inklusive ansvaret att prioritera insatser och besluta vilka som ska få del av tjänsterna och i vilken omfattning, att fastställa förekommande avgifter, och att följa upp och kontrollera verksamheten.

I bestämmelsen regleras inte på vilka sätt avtal med någon annan kan komma till stånd. Eftersom hälso- och sjukvårdstjänster i allmänhet omfattas av upphandlingslagstiftningen, kan det ske antingen inom ramen för ett valfrihetssystem eller genom att verksamheten upphandlas, i den mån det inte finns något tillämpligt undantag från kravet på formellt upphandlingsförfarande.¹⁰ När det

¹⁰ De tjänster som denna PM handlar om utgör sociala tjänster enligt bilaga 2 till lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, LOU. Direktupphandlingsgränsen för sociala tjänster är – för upphandlingar som påbörjas efter den 1 februari 2022 – densamma som tröskelvärdet. Vid upphandling av sådana tjänster får direktupphandling alltså användas om upphandlingens värde beräknas understiga tröskelvärdet 7 802 550 kr (19 a kap. 2 § LOU). Med direktupphandling avses ett förfarande för tilldelning av kontrakt eller ingående av ramavtal utan krav på att den upphandlande myndigheten först ska informera om sin avsikt att upphandla genom en annons om anbudsinfördran. Det bör framhållas att 1-3 kap., 5 kap. och 20-22 kap. LOU gäller även vid direktupphandling (19 a kap. 1 § andra stycket LOU).

gäller valfrihetssystem kan noteras att beställaren kan sluta avtal med leverantörer oavsett vilken juridisk form leverantören har, och oavsett om leverantören finns utanför kommungränsen eller om utföraren är en annan kommun eller annan offentlig aktör. Både en kommun och ett kommunalt bolag kan alltså vara leverantörer inom ett valfrihetssystem (se bl.a. prop. 2008/09:28 s. 120 och 139). En förutsättning för detta är dock att det kommunala åtagandet är kompetensligt.

2.2 Kommunernas ansvar och befogenheter

Obligatoriskt ansvar

Enligt 12 kap. 1 § HSL ska kommunen erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som efter beslut av kommunen bor i en sådan boendeform eller bostad som avses i 5 kap. 5 § andra stycket, 5 kap. 7 § tredje stycket eller motsvarande tillståndspliktig boendeform eller bostad som avses i 7 kap. 1 § första stycket 2 SoL. Kommunen ska även i samband med dagverksamhet enligt 3 kap. 6 § samma lag erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som vistas i dagverksamheten.

Kommunernas obligatoriska ansvar för hälso- och sjukvården avser således dem som bor i särskilda boendeformer för äldre människor som behöver särskilt stöd eller i bostäder med särskild service för funktionshindrade enligt nämnda bestämmelser samt dem som vistas i dagverksamhet.

Det kan noteras att lagtexten inte föreskriver någon precisering eller begränsning av kommunernas ansvar mer än att det gäller god hälso- och sjukvård och att i ansvaret inte ingår sådan hälso- och sjukvård som ges av läkare (12 kap. 3 § HSL).

Samtidigt framgår bl.a. av 16 kap. 1-2 § HSL att regionen har ansvar inte bara för att de läkarresurser som behövs avsätts, utan också för samverkan med kommunen så att en enskild, som kommunen har ansvar för, får övrig vård och behandling, hjälpmedel samt förbrukningsartiklar enligt 8 kap. 9 § HSL som hans eller hennes tillstånd fordrar.

En kommun har enligt 15 kap. 1 § HSL motsvarande möjlighet inom sitt ansvarsområde som en region att använda sig av entreprenadlösningar.

Frivillig verksamhet

Enligt 12 kap. 2 § HSL får kommunen erbjuda den som vistas i kommunen hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård) i ordinärt boende och i sådant särskilt boende som avses i 5 kap. 5 § tredje stycket SoL (s.k. biståndsbedömt trygghetsboende). Sistnämnda del syftar på boende i särskilda boendeformer för äldre människor som främst behöver stöd och hjälp i boendet och annan lättåtkomlig service och som därutöver har behov av att bryta oönskad isolering. Samma begränsning föreskrivs som när det gäller kommunernas obligatoriska ansvar, att kommunerna inte får erbjuda sådan hälso- och sjukvård som ges av läkare (12 kap. 3 § HSL).

Det är här fråga om frivillig verksamhet för kommunerna. Som framgår är möjligheten till sådan verksamhet begränsad till hemsjukvård i ordinärt boende och i boende i sådan särskild boendeform som avses i 5 kap. 5 § tredje stycket SoL. I denna del kan således kommunen erbjuda hälso- och sjukvård som regionen annars skulle svara eller svarar för.

Bestämmelsen möjliggör för en kommun att ordna hemsjukvård även utan en sådan överenskommelse med regionen som avses i 14 kap. 1 § HSL och som behandlas i nästa delavsnitt. I förarbetena (prop. 1990/91:14 s. 60) nämns att det t.ex. kan vara mer ändamålsenligt att en kommun fortsätter att meddela vård åt en person, som bor i en sådan boendeform/bostad som avsågs i dåvarande 20 eller 21 §§ SoL (numera 5 kap. 5 § andra stycket och 5 kap. 7 § SoL), i de fall denne tillfälligt vistas i sin egen eller i en familjemedlems bostad i kommunen och att kommunerna därför borde ges befogenhet att även i andra fall än då någon överenskommelse träffats med landstinget svara för hemsjukvårdsinsatser i ordinärt boende.

Ansvar enligt överenskommelse med region

Enligt 14 kap. 1 § HSL får regionen till en kommun inom regionen överlåta skyldigheten att erbjuda hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård) i ordinärt boende och i sådant särskilt boende som avses i 5 kap. 5 § tredje stycket SoL, om regionen och kommunen kommer överens om det. Sistnämnda del syftar på boende i särskilda boendeformer för äldre människor som främst behöver stöd och hjälp i boendet och annan lättåtkomlig service och som därutöver har behov av att bryta oönskad isolering. Överenskommelsen får även avse ansvar för sådana förbrukningsartiklar som avses i 8 kap. 9 § HSL. Den får däremot inte avse ansvar för hälso- och sjukvård som ges av läkare.

Möjligheten för en kommun att överta ansvaret från regionen är således begränsad till hälso- och sjukvård i hemmet i ordinärt boende och i boende i sådan särskild boendeform som avses i 5 kap. 5 § tredje stycket SoL.

Detta bekräftas av rättspraxis. I rättsfallet RÅ 1997:9 hade en landstingsstyrelse beslutat att till kommunerna i länet överföra huvudmannskapet för habilitering och rehabilitering av fysiskt funktionshindrade barn och ungdomar som bodde i sina föräldrahem och som inte erhöll hemsjukvård. Högsta förvaltningsdomstolen konstaterade att denna personkategori inte omfattades av kommunens ansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen och att det inte fanns vare sig lagstöd eller stöd på annan grund för landstinget att frångå sig huvudmannskapet enligt dåvarande 3 a § hälso- och sjukvårdslagen för den aktuella personkategorin. Landstingets beslut upphävdes därför.

3. Hur långt kan ett kommunalt åtagande sträcka sig?

En omdiskuterad fråga är vad som ingår i kommunens ansvar som huvudman enligt 12 kap. 1 § HSL och vilket ansvar kommunen kan åta sig i en överenskommelse med regionen enligt 14 kap. 1 § HSL eller på annan grund.

Som redovisats föreskriver lagtexten inte någon annan precisering eller begränsning av kommunernas ansvar, utöver att det gäller god hälso- och sjukvård och att i ansvaret inte ingår sådan hälso- och sjukvård som ges av läkare (12 kap. 3 § resp. 14 kap. 1 § första stycket HSL).

Samtidigt framgår av lagens utformning i övrigt och av förarbetena till lagstiftningen från ädelreformen till riksdagens beslut om inriktningen för en nära och tillgänglig vård i november 2020 att kommunens ansvar/möjliga ansvar för berörda personkategorier inte är obegränsat.

3.1 Kommunalt ansvar enligt 12 kap. 1 § och 14 kap. 1 § HSL

När bestämmelser om kommunernas ansvar för viss hälso- och sjukvård (nuvarande bestämmelse i 12 kap. 1 § HSL) infördes genom ÄDEL-reformen, var utgångspunkten att (prop. 1990/91:14 s. s 58-60) att hemsjukvården i ordinärt boende var begränsad till att omfatta ”den del av primärvården som utför hälso- och sjukvård i enskildas hem i det vanliga bostadsbeståndet” (se även prop. 1994/95:195 Primärvård, privata vårdgivare m.m., s. 46-48).

Frågan var vidare föremål för överväganden i samband med att regeringen lade fram *Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre* med förslag till lagändringar (prop. 2005/06:115), som riksdagen biföll. I propositionen redovisade regeringen sin bedömning att hemsjukvården borde byggas ut och förstärkas och hur detta kunde åstadkommas och regeringen framförde också som sin uppfattning att huvudansvaret för hemsjukvården borde överföras till kommunerna. Bland annat infördes i den dåvarande hälso- och sjukvårdslagen den bestämmelse i 26 d §, som numera motsvarar 16 kap. 2 § HSL.

I förarbetena anförde regeringen bl.a. följande om den bestämmelsen (prop. 2005/06:115 s. 55; se även s 179):

Regeringen föreslår mot den redovisade bakgrunden att en ny bestämmelse skrivs in i hälso- och sjukvårdslagen om att kommuner och landsting skall samverka så att en enskild som kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar för får också övrig vård och behandling, hjälpmedel och de förbrukningsartiklar vid urininkontinens eller retention samt tarminkontinens som hans eller hennes tillstånd fordrar. *Förslaget innebär att landsting och kommuner skall komma överens om bland annat formerna för samverkan mellan specialistsjukvården och vården och omsorgen i hemmet.* Landstingen har ett ansvar för att specialistsjukvården deltar i och är ett stöd för vården och omsorgen i hemmet med exempelvis enskilda konsulter eller team med specialkunskap i geriatrik, palliativ vård, rehabilitering, nutrition m.m. En sådan samverkan är nödvändig för att kunna tillförsäkra den äldre vård och omsorg av god kvalitet i hemmet och kunna bidra till kunskapsutveckling

Författningsändringar angående primärvården den 1 juli 2021

Det har skett vissa författningsändringar den 1 juli 2021 när det gäller definitionen av primärvård och vad som ingår i primärvårdens uppdrag.

Andra meningen i 2 kap. 6 § HSL har fått följande ändrade lydelse:

Primärvården svarar för behovet av sådana åtgärder i form av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens.

Vidare har det tillkommit en ny bestämmelse, 13 a kap. 1 § HSL, om primärvårdens grunduppdrag.

Regioner och kommuner ska inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt 1. tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt

förekommande vårdbehov,

2. se till att vården är lätt tillgänglig,

3. tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar,

4. samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker inom primärvården, och

5. möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete.

I förarbetena skriver regeringen bl.a. om dessa ändringar och betydelsen när det gäller den kommunala hälso- och sjukvården (prop. 2019/20:164 s. 69-70):

Enligt regeringen bör definitionen moderniseras och anpassas till de strukturella förändringar som skett på hälso- och sjukvårdsområdet. Definitionen bör vara så tydlig som möjligt men samtidigt allmänt hållen för att inte hindra en fortsatt dynamisk utveckling och ett flexibelt arbetssätt.

Utredningen föreslår för det första att begreppet ”grundläggande” tas bort ur definitionen. Omfattningen av primärvårdens uppdrag har enligt utredningen behandlats av utredningar och regeringar i decennier. Uppdraget har aldrig beskrivits på ett sådant sätt att det ger stöd för att gränsen för primärvårdens uppdrag ska dras mellan enkla, okomplicerade insatser å ena sidan och kvalificerad vård å andra sidan. Definitionen har dock av en del tolkats på detta begränsande sätt. Utredningens uppfattning är i stället att nuvarande uttryck snarare tar sikte på *vanligt förekommande vårdbehov, såväl enkla som komplexa*. Mot bakgrund av att begreppet grundläggande kan uppfattas som vilseledande och primärvårdens ansvarsområde avgränsas i tillräcklig mån genom definitionens lydelse i övrigt föreslår regeringen att ordet tas bort utan att ersättas av något annat uttryck.... Regeringen kan ...konstatera att det även inom den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården vidtas åtgärder av annat än enbart enkelt och okomplicerat slag och att ordet grundläggande därför kan vara missvisande också för avgränsningen mellan den del av primärvården som har en kommun som huvudman och övrig hälso- och sjukvård.

I lagkommentaren anförs följande om denna fråga (prop. 2019/20:164 s. 116-117 resp. s. 71):

För det andra anges det inte längre att primärvården enbart ansvarar för sådan vård och behandling som är av grundläggande karaktär. Genom att ordet ”grundläggande” tas bort tydliggörs att primärvårdens uppdrag inte är begränsat till enkla, okomplicerade insatser utan att den delen av hälso- och sjukvården *även svarar för att ge mer kvalificerad vård*.

Den tredje materiella ändringen innebär att gränsen mellan primärvårdens och den övriga hälso- och sjukvårdens ansvarsområden inte längre bestäms av huruvida behovet av vårdinsatser kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens utan i stället av om det krävs särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens. Med särskilda medicinska resurser avses annan kompetens än specialistkompetens i allmänmedicin eller annan likvärdig generalistkompetens, såsom geriatrik eller barn- och ungdomsmedicin. Med särskilda tekniska resurser avses exempelvis särskilt avancerad eller kostsam utrustning som brukar koncentreras till exempelvis sjukhusen. Genom att kopplingen till sjukhus har tagits bort blir det tydligt att även verksamhet där öppen vård bedrivs inom ett sjukhus kan definieras som primärvård. Den nya lydelsen innebär också att den specialistvård som bedrivs utanför sjukhusen normalt sett inte är att anse som primärvård (s. 116-117)

Inom primärvårdens ansvarsområde ligger även insatser som inte kräver annan särskild kompetens. Någon ändring föreslås inte av denna del av definitionen. Vad som avses med uttrycket annan särskild kompetens anges inte i förarbetena till bestämmelsen, men utredningen uppfattar att det tar sikte på t.ex. om viss teknisk utrustning kräver särskild kompetens som inte finns i primärvården eller om det krävs ett sådant sammansatt kompetensteam av yrkeskategorier som inte finns tillgängliga i primärvården (s. 71).

Regeringen framför också följande (prop. 2019/20:164 s. 72):

Att regioner och kommuner samverkar inom ramen för sina respektive uppdrag är väsentligt för att patienter ska kunna uppleva att det samlade omhändertagandet är tryggt och utan märkbara skarvar. Även för patienter som får sitt huvudsakliga behov av hälso- och sjukvårdsinsatser från kommunen har ofta en eller flera läkare inom regionens primärvård det medicinska ansvaret. För att säkra kontinuiteten är det därför angeläget att samverka mellan de båda huvudmännen fungerar i samarbetet kring den enskilde. Detta tydliggörs också i lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård som trädde i kraft den 1 januari 2018.

Konsekvenser när det gäller ansvarsfördelningen

När det gäller ansvarsfördelningen mellan huvudmännen anförs i förarbetena att det inte skett några förändringar och det framgår också att regeringen – liksom tidigare – utgår från att den kommunala hälso- och sjukvården är en del av primärvården, se bl.a. prop. 2019/20:164 s. 72, s. 86 och s. 106). Regeringen anför följande under rubriken *Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård som en del av primärvården* (prop. 2019/20:164 s. 15-16):

Reglerna i HSL anger ansvarsfördelningen mellan huvudmännen och ger samtidigt utrymme för lokala anpassningar. *Exakt vilka insatser som kan ges i hemmet framgår*

inte av lag utan i det avtal som har ingåtts mellan huvudmännen. Den begränsning som tydligt framgår i HSL är alltså att läkarinsatser inte omfattas av kommunens ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård. I övrigt framgår inte någon tydlig begränsning av uppdragets omfattning. Det har ansetts lämpligt att regionen fortsatt ansvarar för avancerad sjukvård i hemmet. Det kan dock vara svårt att dra en exakt gräns för kommunens ansvar då gränsen mellan primärvård och annan specialiserad vård förändras i takt med bland annat den medicinska utvecklingen som möjliggör för allt fler kvinnor och män med sammansatta vårdbehov att få vård i hemmet. Enligt regeringens bedömning har den kommunala hälso- och sjukvården, som står för cirka en fjärdedel av kostnaderna för hälso- och sjukvården, ofta till multisjuka och äldre patienter, en nyckelroll i utvecklingen till en mer nära vård. Samverkan mellan regioner och kommuner och ett ökat fokus på den kommunala hälso- och sjukvården är därför centralt för att uppnå en god och nära vård.

Regeringen framhåller i propositionen att den slutliga utformningen av den nära vården måste varje region och kommun göra i nära samverkan utifrån regionala och lokala förutsättningar och behov. Regeringen betonar att det är angeläget att *huvudmännen skapar förutsättningar för samverkan och för att samordna olika delar av hälso- och sjukvården så att patientens hela hälsotillstånd kan bedömas och behandlas.* I detta ligger både att skapa en ändamålsenlig organisation och att vårdens utförare har det verksamhetsstöd, ändamålsenliga it-stöd samt de ekonomiska resurser och kompetenser inom t.ex. diagnostik, behandling och rehabilitering som behövs för att samordning ska vara möjlig på ett resurs-effektivt sätt. Det är viktigt att möjliggöra för annan specialistkompetens än allmänmedicin att i det enskilda fallet kunna involveras genom *konsultation via primärvården när det finns ett behov av det, både med och utan patienten i rummet. På så sätt kan även övrig vård ges nära patienten.* Regionerna behöver därför organisera hälso- och sjukvården på ett sådant sätt att kompetensen kommer fler till del, även de som bor långt ifrån ett sjukhus (prop. 2019/20:164 s. 37-38).

Regeringen konstaterar vidare att förslagen inte i sig innebär någon förskjutning av gränssnittet mellan region och kommun avseende vem som utför hälso- och sjukvårdsinsatser, men påpekar att *en omställning till en mer nära vård över tid även komma att förändra de kommunala insatserna inom särskilda boendeformer och hemsjukvård, att detta regleras inom ramen för befintlig avtals-samverkan mellan huvudmännen, att reglerna i HSL anger ansvarsfördelningen mellan huvudmännen och ger utrymme för lokala anpassningar, samt att exakt*

vilka insatser som kan ges inom särskilda boendeformer generellt eller genom hemsjukvård inte framgår av lag (prop. 2019/20:164 s. 106-107).

Slutsatser

Var exakt gränsen går för kommunens respektive regionens ansvar enligt 12 kap. 1 § HSL och var gränsen går för det ansvar en kommun kan överta enligt 14 kap. 1 § HSL är – trots att lagstiftningen i grunden utgår från att ansvaret antingen är regionens eller kommunens – följaktligen svårt att säga bestämt. Det framstår dock klart att kommunernas ansvar enligt dessa bestämmelser avser primärvårdsnivån.

Samtidigt går den medicinska och medicintekniska utvecklingen snabbt. Ansvarsgränsen mellan sluten vård, öppen specialistvård och primärvård förflyttas kontinuerligt, vilket också framhålls i förarbetena (se t.ex. citatet ovan från prop. 2019/20:164 s. 15-16).

Härtill kommer att lagändringarna den 1 juli 2021 inneburit en förskjutning av vad som ligger i primärvårdens uppdrag och därmed också av det ansvar kommunerna kan ha enligt 12 kap. 2 § resp. 14 kap. 1 HSL.

I anslutning till de ändringar som träder i kraft 1 juli 2021 konstaterar regeringen, som nämnts ovan, bl.a. att även primärvården kan svara för mera kvalificerad vård och att det inom den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården vidtas åtgärder av annat än enbart enkelt och okomplicerat slag.

Sjukhusanknuten ”hemsjukvård” (sjukhusvård i hemmet) har i tidigare förarbeten inte ansetts vara en del av primärvården och inte inkluderats i den hemsjukvård som kan vara kommunens ansvar, även om behovet av samverkan med specialistsjukvården har betonats (prop. 1990/91:14 s. 60, prop. 1994/95:195 s. 46 f., prop. 2002/03:20 s. 42, prop. 2005/06:115 s. 55 och 179 och prop. 2008/09:74 s. 9 och 31 f.). Som nämnts betonar regeringen också i prop. 2019/20:164 (s. 38) ifråga om förutsättningarna för samordnad vård och huvudmännens ansvar för planering och organisering av sin hälso- och sjukvård bl.a. att det är viktigt att möjliggöra för annan specialistkompetens än allmänmedicin att i det enskilda fallet kunna involveras genom konsultation via primärvården när det finns ett behov av det, både med och utan patienten i rummet. På så sätt kan även övrig vård ges nära patienten. *Regionerna behöver därför organisera*

hälso- och sjukvården på ett sådant sätt att kompetensen kommer fler till del, även de som bor långt ifrån ett sjukhus (prop. 2019/20:164 s. 38).

Värt att framhålla i sammanhanget är att primärvård är en vårdnivå. Det är viktigt att skilja på ordination/ förskrivningsnivå och utförarnivå. Ordinatörens organisationstillhörighet saknar betydelse. Utförandet kan vara på primärvårdsnivå även om ordinationen kommer från den specialiserade vården. Den vanligaste åtgärden i hemmet är att ge läkemedel där de flesta patienter har ordinationer såväl från primärvårdsläkare som från annan specialistläkare.

Slutsatsen är således att så långt man kan argumentera för att en viss åtgärd eller uppgift är att hänföra till primärvården, så kan uppgiften ingå i kommunens ansvar, dock med reservation för att det enligt 16 kap. 1 § HSL ankommer på regionen att tillhandahålla de läkarresurser som behövs. Härtill kommer den samverkan som förutsätts även i övrigt mellan region och kommun enligt 16 kap. 2 § HSL, även om det stöd som förutsätts här kanske huvudsakligen avser specialistvård. Eftersom det kan råda delade meningar om vad som ingår i primärvårdsuppdraget är det angeläget att region och kommuner kan enas om detta.

Det är också rimligt att det till följd av att ansvarsgränsen för primärvården successivt förskjuts, bör finnas utrymme för parterna att enas om hur ansvarsförflyttningen ska ske och att en sådan skulle kunna inledas med bibehållet huvudmannskap för regionen, men med fördelning eller delegering av arbetsuppgifter till kommunalt anställd personal. I bägge fallen måste en uppgiftsöverflyttning vara förenlig med kravet på en god och säker vård och den som mottar arbetsuppgiften måste ha förutsättningar att fullgöra den.

Vissa arbetsuppgifter är särskilt reglerade och får bara utföras av en viss yrkeskategori. Men de flesta arbetsuppgifter bestämmer verksamhetschefen vem som får utföra, baserat på den enskildes kompetens. En vårdgivare har därför stor frihet att fördela arbetsuppgifter så länge de krav på ansvar och kvalitet som finns i allmänna regler i hälso- och sjukvården är uppfyllda.

Vid arbetsfördelning är det ofta verksamhetschefen eller den arbetsledande chefen som bestämmer vem som ska utföra arbetsuppgiften. Det betyder att hälso- och sjukvårdspersonal med rätt kompetens kan utföra den.

Delegeringar får enligt gällande föreskrifter (SOSFS 1997:14 Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård) inte utföras slentrianmässigt för att lösa brist på personal eller av ekonomiska skäl, utan bör endast göras när det bättre svarar mot patientens behov och under förutsättning att patientsäkerheten inte äventyras. Eftersom verksamheten ska vara bemannad med formellt kompetent personal i erforderlig omfattning blir utrymmet för delegeringar begränsat och bör endast användas i undantagsfall.

Av vårdgivarens skriftliga rutiner för ordination och hantering av t.ex. läkemedel ska det framgå i vilka situationer och under vilka förutsättningar som det är förenligt med en god och säker vård att delegera iordningställande, administration eller överlämnande av läkemedel i verksamheten. I dessa rutiner ska det också framgå vilken kompetens som krävs för den som genom delegering får en arbetsuppgift.

Att delegera en arbetsuppgift är inte samma sak som att fördela en arbetsuppgift. Delegera betyder att ge någon rätt att göra en arbetsuppgift som den annars inte får göra. Delegering behövs till exempel för att personal som saknar behörighet att iordningställa, administrera eller överlämna läkemedel ska kunna få utföra dessa åtgärder.

Arbetsuppgifter med särskilda regler om vem som får göra dem, och som inte har någon regel som tillåter delegering, får aldrig delegeras eller fördelas till någon som inte får göra dem.

Det är frivilligt att delegera en arbetsuppgift och ta emot arbetsuppgiften, delegeringen kan när som helst återkallas om uppgiftsmottagaren inte utför arbetsuppgiften på ett säkert sätt. Delegeringsbeslutet är alltid personligt och får inte avse en viss yrkesgrupp som till exempel undersköterskor.

3.2 Kommunala åtaganden utöver primärvårdsuppdraget

En fråga som har uppkommit i olika sammanhang är om kommunerna kan ta på sig ytterligare ansvar för utförande av hälso- och sjukvård än vad som framgår av bestämmelserna i 12 kap. 1-2 §§ och 14 kap. 1 § HSL. I det följande redovisas överväganden om detta utifrån olika bestämmelser.

3.2.1 Avtalssamverkan enligt kommunallagen

I 9 kap. 37 § första och andra styckena kommunallagen stadgas följande:

En kommun eller en region får ingå avtal om att någon av dess uppgifter helt eller delvis ska utföras av en annan kommun eller en annan region (avtalsamverkan). Sådan avtalsamverkan hindras inte av kravet i 2 kap. 1 § på anknytning till kommunens eller regionens område eller dess medlemmar.

Bestämmelsen innehåller undantag från den s.k. lokaliseringsprincipen, men ger inte kommuner och regioner utökade befogenheter på annat sätt. Det gör att bestämmelsen har begränsad praktisk tillämplighet när det gäller avtalsamverkan mellan region och kommun. I förarbetena anför regeringen följande om denna fråga (prop. 2017/18:151 s. 33):

En förutsättning för avtalsamverkan mellan kommuner och regioner är att det är en fråga om en uppgift som faller inom de befogenheter som samtliga samverkande parter har. Detta följer av 2 kap. 2 § KL. Regeringens förslag innebär inte någon ändrad uppgiftsfördelning mellan kommuner och regioner. En kommun får inte med stöd av den föreslagna bestämmelsen om avtalsamverkan utföra uppgifter som ankommer på en region och vice versa. Detta begränsar i praktiken möjligheten att ingå samverkansavtal mellan kommuner och regioner.

När det gäller förhållandet till speciallagstiftning klargörs i 9 kap. 37 § tredje stycket kommunallagen att om det i annan lag eller författning finns bestämmelser som avviker från denna paragraf, tillämpas de bestämmelserna. Det innebär t.ex. att förekommande bestämmelser om avtal eller överenskommelser mellan region och kommun i HSL gäller självständigt.

I förarbetena till kommunallagen påtalas att bestämmelserna i HSL om *överlättelse av ansvar* från region till kommun inte är en form av samverkan (se prop. 2017/18:151 s. 49).

3.2.2 Bestämmelsen i 15 kap. 1 §§ HSL

Som redovisats ovan får regioner och kommuner med bibehållet huvudmannaskap sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som regionen eller kommunen ansvarar för enligt denna lag. Av avtalet ska framgå de särskilda villkor som gäller för överlämnandet. En uppgift som innefattar myndighetsutövning får dock inte med stöd av denna bestämmelse överlämnas till en juridisk person eller en enskild individ (15 kap. 1 § HSL). Förarbetena till denna bestämmelse finns bl.a. i prop. 1992/93:43 s. 4 f. och s. 22 f., prop. 2004/05:89 s. 19 f. och s. 27 (särskilda villkor), och prop. 2013/14:118 s. 99 (juridisk person) och prop. 2016/17:43 s. 115 f. och s. 146 (bibehållet huvudmannaskap).

En fråga som uppkommit är om bestämmelsen kan användas även för överenskommelser mellan regioner och kommuner.

I delbetänkandet God och nära vård (SOU 2020:19) skriver Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård följande:

Utredningen vill i detta avseende framhålla att det enligt vår bedömning inte finns något i lagstiftningen som hindrar att kommunalt anställd hälso- och sjukvårdspersonal kan medverka i, och i vissa fall utföra, insatser på andra vårdnivåer, som den regionfinansierade hälso- och sjukvården har ansvar för att erbjuda och har initierat, om regionen och kommunen enas om förutsättningarna för detta. Kommunalt anställd hälso- och sjukvårdspersonal utför då insatser som regionen fortfarande har huvudmannaskap för. Detta regleras i 15 kap. 1 § HSL, som fastslår att regioner och kommuner med bibehållet huvudmannaskap får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som regionen eller kommunen ansvarar för enligt HSL (s. 158).

Bestämmelsen i 15 kap. 1 § HSL har till huvudsyfte att tydligt klargöra de rättsliga förutsättningarna för entreprenadverksamhet inom hälso- och sjukvården. Den ger helt klart en region befogenhet att anlita något annat för att utföra vissa uppgifter, fränsett uppgifter som innefattar myndighetsutövning. Detta innebär att utförandet av uppgifter inom hälso- och sjukvården inte är en exklusiv regional angelägenhet, även i de fall huvudmannaskapet är det. Det är värt att uppmärksamma att bestämmelsen inte är begränsad till möjligheten att sluta avtal med privata utförare, den talar om ”annan”.¹¹

I rättspraxis, RÅ 2003 ref. 98, har inte utslutits att en kommun avtalsvägen skulle kunna åta sig en uppgift som regionen är huvudman för. Av samma rättsfall framgår dock att detta förutsätter att uppgiften ligger inom den kommunala kompetensen. Bestämmelsen i 15 kap. 1 § HSL är således inte i sig kompetensvidgande för t.ex. en kommun som vill utföra uppgifter åt en region. Regeringsrätten (numera Högsta förvaltningsdomstolen) anförde:

¹¹ I sammanhanget kan nämnas att Äldrevårdsutredningen i betänkandet Sammanhållen hemvård (SOU 2004:68) bl.a. föreslog en bestämmelse som möjliggjorde för ett landsting och en kommun inom landstinget att medverka i den hälso- och sjukvård som den andre huvudmannen ska svara för och att utredningen En nationell samordnare för hemsjukvård i betänkandet (SOU 2011:55) Kommunaliserad hemsjukvård bl.a. föreslog en bestämmelse av innebörd att den kommunala kompetensen inte skulle begränsas till att avse endast s.k. primärvårdsansluten hemsjukvård. – Inget av förslagen har kommit att genomföras.

I HSL fördelas ansvaret för hälso- och sjukvård mellan landsting och kommun. Enligt 6 § svarar landstinget för att det inom landstinget finns en ändamålsenlig organisation för att till och från sjukhus eller läkare transportera personer vilkas tillstånd kräver att transporten utförs med transportmedel som är särskilt inrättade för ändamålet. Även om det rör sig om en uppgift inom landstingets ansvarsområde är landstinget emellertid enligt 3 § tredje stycket oförhindrat att genom avtal överlåta åt "någon annan" att praktiskt utföra uppgiften.

För att en kommun skall kunna avtalsvägen åta sig en sådan uppgift gäller som grundläggande villkor att reglerna i 2 kap 1 § KL (gamla KL som nu är 2 kap 1 och 2 §§ KL) om gränserna för den kommunala kompetensen respekteras.

En förutsättning för att en kommun skall kunna engagera sig i anbudsgivning avseende utförande av ambulanstransporter är att kommunen disponerar eller avser att införskaffa erforderliga materiella och personella resurser för ändamålet.

Att bibehålla eller tillskapa en sådan organisation för att kunna delta i en upphandling av en tjänst för vilken landstinget svarar utgör enligt Regeringsrättens mening *inte en sådan angelägenhet av allmänt intresse som kommunen har rätt att engagera sig i.*

Av rättsfallet framgår sammanfattningsvis att en kommun får träffa avtal med en region om att utföra en tjänst som regionen svarar för, men bara under förutsättning att åtagandet ryms inom den kommunala kompetensen. Enligt Regeringsrätten var så inte fallet när det krävdes att kommunen skulle bibehålla eller tillskapa en organisation "med erforderliga materiella och personella resurser" för att kunna delta i en upphandling.¹² Rättsfallet föranledde en lagändring, som numera finns i 3 kap. 2 § lagen (2009:47) om vissa kommunala befogenheter, som ger kommuner rätt att ingå avtal med regioner om att utföra sådana transporter som avses i 7 kap. 6 § HSL och om att utföra hälso- och sjukvård i avvaktan på sådana transporter (förarbetena till lagändringen finns i prop. 2004/05:78 Kommunal medverkan i landstingens sjuktransporter).

¹² Det kan anmärkas att klaganden som grund för överklagandet i målet också anförde att beslutet skulle strida mot den kommunala lokaliseringsprincipen, eftersom åtagandet skulle gälla verksamhet även utanför den aktuella kommunens geografiska gräns. HFD gick dock inte in på den frågan, eftersom beslutet upphävdes "redan på den grund att åtagandet inte rymdes inom den kommunala kompetensen".

Frågan är om det trots detta rättsfall kan finnas viss kommunal kompetens ifråga om hälso- och sjukvårdsuppgifter som regionen är huvudman för vid sidan av de möjligheter som framgår av 12 kap. och 14 kap. HSL.

Det kräver, som jag ser det, att det inte förutsätts någon särskild organisation och särskilda personella och materiella resurser och att man kan argumentera för att är av allmänt intresse för kommunens medlemmar i den mening som avses i 2 kap. 1 § kommunallagen att kommunen tar på sig att utföra vissa uppgifter, även om de ligger inom det regionala ansvarsområdet. Detta kanske närmast går att argumentera för med hänvisning till den s.k. *anknytningskompetensen*, som främst utvecklats när det gäller gränsdragningen av den kommunala kompetensen mot näringslivet, vilket det dock på sitt sätt kan sägas vara fråga om när diskussionen förs med utgångspunkt från bestämmelsen i 15 kap. 1 § HSL.

Anknytningskompetens förutsätter ett kvalificerat samband med kompetens-enlig verksamhet och att det skulle te sig opraktiskt eller verklighetsfrämmande om kommunen inte fick ha hand om uppgiften. Som exempel på anknytningskompetens brukar nämnas t.ex. kiosk- eller serveringsverksamhet på ett badhus eller en teater. I RÅ 1992 ref. 61 prövades kompetensenligheten av ett beslut av en brand- och civilförsvarnämnd om konsultverksamhet i förebyggande brand-skyddsfrågor. Nämnden åberopade att verksamheten hade direkt anknytning till befintlig verksamhet, att några särskilda resurser inte skulle anskaffas för verksamheten och att omfattningen av verksamheten inte var större än två promille av brandförsvarets totala verksamhet. Högsta Förvaltningsdomstolen ansåg att konsultverksamheten hade en naturlig anknytning till den förebyggande verksamhet inom brandskyddsområdet som enligt dåvarande räddningstjänstlag ankom på brand- och civilförsvarnämnden. Med hänsyn till att verksamheten skulle vara av begränsad omfattning och inte var avsedd att ge vinst, ansåg Högsta förvaltningsdomstolen att nämnden inte hade överskridit sin befogenhet. Ett annat känt exempel är RÅ 1977 ref. 77, som gällde frågan om en kommun fick bidra ekonomiskt till byggande av en tillfartsled i en annan kommun. Detta godtogs med hänsyn till den betydelse tillfartsleden hade för kommunikationerna till och från kommunen ifråga. I målet prövades också om det kunde tillåtas att kommunen utförde arbetena på entreprenad åt den andra kommunen. HFD uttalade att detta normalt skulle ligga utanför kommunens kompetens. Men kommunens beslut godtogs ändå. HFD fäste särskild uppmärksamhet vid att kommunen själv skulle utföra en stor del av den trafikled som tillfartsleden

hörde till och att entreprenaduppdraget anslöt naturligt till den av kommunen redan bedrivna anläggningsverksamheten.¹³

Sammanfattningsvis är min bedömning därför att det går att argumentera för att det finns ett begränsat utrymme för kommuner att enligt avtal med region ta på sig utförandet av vissa arbetsuppgifter som regionen (fortfarande) är huvudman för. Detta förutsätter att åtgärderna kan utföras inom ramen för kommunens befintliga personella och materiella resurser och att arbetsuppgifterna anknyter naturligt till de uppgifter kommunen och den kommunala personalen redan har samt att åtagandet ter sig motiverat utifrån brukarnas behov.¹⁴ Någon rättspraxis som belyser frågan om anknytningskompetens inom hälso- och sjukvårdsområdet känner jag inte till.

Om ett avtal av detta slag träffas – från regionens utgångspunkt inom ramen för bestämmelsen i 15 kap. 1 § HSL – bör uppmärksammas dels upphandlingsrättsliga aspekter, dels kravet i lagtexten att de särskilda villkor som gäller för överlämnandet av uppgiften ska framgå av avtalet. Från kommunal synvinkel finns det skäl bl.a. att uppmärksamma att avtal av det här slaget ligger utanför regleringen i 16 kap. HSL och att kommunernas behov av läkarresurser och annat stöd från regionen inte kan grundas på bestämmelserna i 16 kap. 1-2 §§ HSL, utan i så fall – om det behövs – får regleras/säkerställas i avtalet. Det gäller också frågan om de ekonomiska villkoren parterna emellan.

När det gäller upphandlingsrättsliga aspekter kan det finnas utrymme för s.k. direktupphandling inom de gränser lagstiftningen medger, se fotnot 1. För att undvika diskussion om att fråga är om ”tjänsteköp” bör det alternativt kunna vara möjligt att tillskapa en samverkanslösning mellan regioner och kommuner

¹³ Olle Lundin har i uppsatsen Anteckningar om två randföreteelser, anknytnings- och överskottscompetens i kommunalrätten (FT 2013 s. 281) framhållit att det ska finnas ett kvalificerat och funktionellt samband mellan de olika verksamheterna och att frågan ska bedömas utifrån avnämarnas, dvs. brukarnas, perspektiv. Han konstaterar också att anknytningskompetens också kan följa av speciallagstiftning.

¹⁴ I sammanhanget kan nämnas att utredningen En nationell samordnare för hemsjukvård (SOU 2011:55 s. 36) mot bakgrunden av rättsfallet RÅ 2003 ref. 98 drog slutsatsen att bestämmelserna om kommunens frivilliga kompetens snarast torde avse särskilda situationer där kommunen själv gör bedömningen att det är mest ändamålsenligt att de erbjuder hemsjukvård, t.ex. i en sådan situation där den enskilde endast tillfälligt vistas i det egna hemmet, men att det inte kan vara en kommunal angelägenhet att bibehålla eller tillskapa resurser m.m. för att kunna sälja tjänster (tjänsteköp) som landstinget är skyldigt att tillhandahålla.

med stöd av det s.k. *Hamburgundantaget* i upphandlingslagstiftningen, 3 kap. 17-18 §§ lagen (2016:1145) om offentlig upphandling. Det förutsätter att det är fråga om ett samarbete mellan myndigheterna för att säkerställa att de offentliga tjänster som myndigheterna ska utföra tillhandahålls för att uppnå myndigheternas gemensamma mål och att samverkan endast styrs av överväganden som hänger samman med allmänintresset. En sådan samverkanslösning ligger som vi ser det nära den övergripande målsättningen för de båda huvudmännens uppdrag enligt hälso- och sjukvårdslagstiftningen.

4 Krav och möjligheter för samverkan och samordnad vård

I det följande sammanfattas vissa av de krav och möjligheter till samverkan som finns på mera organisatorisk nivå.

Ser man till de mera konkreta bestämmelserna om samverkan och samordning mellan regioner och kommuner ska, som redovisats ovan, regionen med kommunerna inom regionen *sluta avtal om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan* vad gäller de läkarresurser som behövs för att enskilda ska erbjudas en god hälso- och sjukvård i vård som kommunen ansvarar för (16 kap. 1 § HSL).

I lagkommentaren (Johansson – Hälso- och sjukvårdslagen, 10 uppl.) anför författaren bl.a. följande om denna bestämmelse:

Genom bestämmelsen i 16 kap. 1 § första stycket nya HSL åläggs landstinget att i sin budget avsätta resurser, så att läkarinsatser i den utsträckning som behövs kan tillhandahållas kommunerna inom landstingsområdet, för att deras uppgifter inom hälso- och sjukvården ska kunna fullgöras. Vilka insatser som med lagens ordval "behövs" kan naturligtvis skifta från tid till annan. Men de får preciseras så långt det går inom ramen för den samverkansskyldighet i fråga om planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården, som redan förut åvilar både landstinget och kommunen

Läkarens uppgift innebär att regelbundet besöka de boende och svara för stöd till olika yrkesutövare i deras yrkesroller. Enligt äldre lagförarbeten (se prop. 2005/06:115 s. 178) ska den landstingsanställda läkaren i den kommunala vården även akut kunna ge nödvändiga insatser i olika boendeformer där kommunen ansvarar för vården.

Paragrafens andra stycke innehåller en skyldighet för landstinget att träffa avtal med kommunerna inom landstinget om hur landstingets åtaganden enligt första stycket närmare ska uppfyllas. Avtalet ska ange omfattningen av och formerna för läkarmedverkan, men det får naturligtvis innehålla också andra uppgifter. Hur avtalen ska se

ut i formell mening, eller för vilken tidsperiod de ska gälla, lämnas öppet, men det kan naturligtvis vara praktiskt att något slag av normalavtal utarbetas som vägledning. Men enligt de äldre lagförarbetena får de mål för och de krav på all hälso- och sjukvård, som även nya HSL ställer i sina inledningsparagrafer, aldrig sättas å sido genom avtalen. I övrigt är det ingenting som hindrar att landstingets avtal med de olika kommunerna skiljer sig från varandra i olika avseenden.

Sedan finns kravet på samverkan enligt 16 kap. 2 § HSL. Regionen och kommunen ska *samverka* så att en enskild, som kommunen enligt 12 kap. 1 eller 2 § HSL har ansvar för, får *övrig vård och behandling*, hjälpmedel samt förbrukningsartiklar enligt 8 kap. 9 § HSL som hans eller hennes tillstånd fordrar (16 kap. 2 § HSL).

Enligt förarbetena, som redovisats ovan, förutsätts att regioner och kommuner ska komma överens om bland annat formerna för samverkan mellan specialistsjukvården och vården och omsorgen i hemmet.

Vidare kan överenskommelse träffas mellan region och kommun om att överlåta skyldigheten att erbjuda hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård) i ordinärt boende på kommunen, 14 kap. 1 § HSL. En sådan överenskommelse utgör som nämnts inte en sådan avtalssamverkan som avses i kommunallagen. Det är inte heller i grunden en samverkansform, utan en ansvarsöverlåtelse. Det är dock inget som hindrar att parterna i en sådan överenskommelse också reglerar samverkansfrågor av skilda slag.

Överenskommelser enligt 14 kap. 1 § HSL kan bara avse överlåtelse av hälso- och sjukvård som räknas till primärvården. Viktigt att framhålla är att en kommun som tar på sig ansvar enligt en sådan överenskommelse ikläder sig samma ansvar för vården som annars skulle ligga på regionen. Förutsättningarna för överenskommelser enligt denna bestämmelse har ändrats i viss mån genom den ändrade legaldefinitionen av begreppet primärvård som trätt i kraft den 1 juli 2021, även om regeringen i propositionen gett uttryck för att det inte skett någon ansvarsförskjutning. Det är därför viktigt att parterna så långt möjligt är överens om vad som ingår i den primärvård som överlåts. Det kan dock av olika skäl vara svårt att en överenskommelse i detalj reglera alla uppkommande frågor, framförallt sådana som kan tänkas uppkomma i framtiden. En aspekt är också att gränsen för vad som ingår i primärvården sannolikt kommer att fortsätta att förskjutas. Det kan därför finnas skäl att ha bestämmelser i överenskommelserna om regelbunden uppföljning och om möjligheter till den justering

av innehållet i överenskommelserna som uppföljningen motiverar – såväl verksamhetsmässigt som ekonomiskt.

Möjligheterna till avtalssamverkan mellan region och kommun med stöd av reglerna i kommunallagen bedöms däremot, som framgått, som begränsade.

Som redovisats går det dock att argumentera för att det finns ett begränsat kommunalrättsligt utrymme för en region och en kommun att – vid sidan av möjligheten att överföra ansvaret för hemsjukvården m.m. på kommunen enligt 14 kap. 1 § HSL – träffa avtal om att kommunen på uppdrag av regionen ska utföra eller kanske snarare medverka vid utförandet av vissa andra hälso- och sjukvårdsuppgifter, närmast genom åberopande av den s.k. anknytningskompetensen. Det skulle kunna avse uppgifter primärvårdsnivå som kommunen inte övertagit ansvaret för eller uppgifter som räknas till specialistsjukvården. Vid en sådan överenskommelse ligger huvudmannskapet för uppgiften kvar hos regionen. Det förutsätter dock, som betonats, att uppgifterna även från brukarsynpunkt har ett funktionellt och naturligt samband med de arbetsuppgifter som kommunen redan svarar för.

Hur ett sådant åtagande ska regleras och hur arbetsuppgifterna ska hanteras inom ramen för gällande regelverk i övrigt kan variera. Rena tjänsteköp kan te sig tveksamma från upphandlingssynpunkt. Sådana avtal kan dock godtas utan upphandlingsförfarande, under de beloppsgränser och övriga förutsättningar som gäller för direktupphandling (19 a kap. 1-2 § lagen om offentlig upphandling). Tänker man sig t.ex. ett avtal som möjliggör fördelning eller delegering av arbetsuppgifter från ansvariga i regionen till kommunalt anställd personal som knyter an till överenskommelser och samverkan i övrigt mellan parterna, kan det även finnas förutsättningar att ordna samverkan mellan huvudmännen på ett sådant sätt som uppfyller förutsättningarna för samarbete mellan myndigheter enligt det s.k. Hamburgundantaget i upphandlingslagstiftningen (3 kap. 17-18 §§ lagen om offentlig upphandling). För det krävs bland annat att avtalet avser ett samarbete för att nå gemensamma mål, dvs. att det inte är ett rent tjänsteköp, och att eventuell ersättning inte avser mer än kostnadstäckning.

Avslutningsvis kan noteras att samverkan mellan region och kommun också kan ske genom kommunalförbund eller gemensam nämnd. Frågor som rör samverkan genom kommunalförbund och gemensam nämnd tas dock inte upp närmare i denna PM, men det ska framhållas att såväl möjligheterna till samverkan genom kommunalförbund som genom en gemensam nämnd enligt lagen

(2003:192) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet ger huvudmännen stora möjligheter till samverkanslösningar som inte förutsätter att uppgifterna i det gemensamma organet är gemensamma för alla medlemmar. Det möjliggör mera flexibla samverkanslösningar än vad som annars är möjligt, men förutsätter naturligtvis att man ser skäl för att tillskapa den särskilda organisation som ett kommunalförbund eller en gemensam nämnd innebär.

Specialiserad vård i hemmet

Möjligheterna att bedriva specialiserad vård i hemmet har ökat. Kommuner och regioner har ett gemensamt ansvar för att denna vård är god och säker. Detta material är framtaget av avdelningarna för vård och omsorg samt juridik på SKR som stöd till huvudmännens arbete med samverkansavtal.

Upplysningar om innehållet
Greger Bengtsson, greger.bengtsson@skr.se

© Sveriges Kommuner och Regioner, 2022
ISBN: 978-91-8047-025-4