

granskning av kommunernas insatser för målgruppen [3] framkommer att det finns en mängd verksamheter för stöd i boende och sysselsättning/rehabilitering i landets kommuner. Bristerna ligger främst i en klen förankring på ledningsnivån i kommunerna, otillräckliga system för samverkan med bland annat psykiatrin, bristande information till målgruppen och kännedom om behoven i befolkningen.

De svåra fallen

Beträffande den akademiska psykiatris engagemang kan sägas att det hittills lagts fram ett tiotal avhandlingar som berör reformarbetet. Psykiatern behövs mer än någonsin i den samhällsbaserade psykiatrin, och hon/han finns nog redan där i många fall.

Men visst – det finns svårt psykiskt sjuka personer med stora funktionshinder som, till skillnad från vad som vanligen gäller, själva inte medverkar i vård och stöd, och där psykiatrin och socialtjänsten har svårt att i samverkan hitta fram till fungerande vårdmodeller. Den gruppen patienter måste nu ägnas mycket större intresse från alla parter.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Wing JK, Brown GW. Institutionalism and schizophrenia. London: Cambridge University Press; 1970.
2. Socialstyrelsen. Valfärd och valfrihet? Slutrapport från utvärderingen av 1995 års psykiatireform. Stockholm: Socialstyrelsen; 1999. SoS följer upp och utvärderar 1999:1.
3. Socialstyrelsen och länsstyrelserna. Kommunernas insatser för personer med psykiska funktionshinder. Tillsyn av verksamhetsplanering och utbud av insatser. Rapport framtagen i samverkan mellan Socialstyrelsen och Länsstyrelsen. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.

Oklart ansvar för assistentinsatser hos multihandikappade

Tolkningsutrymme ger risk för regionala olikheter

Människor med långvariga svåra sjukdomar och handikapp vårdas idag i stor utsträckning hemma, vilket ställer krav på många hjälpinsatser. Vad som är hälso- och sjukvård och vad som är »egenvård«, avgörs i det enskilda fallet av patientansvarig läkare. Då området är relativt nytt och utan egentlig praxis uppstår oklarheter, vilka bäddar för dålig organisation och risker för vårdtagare och vårdare. Det behövs ett erfarenhetsutbyte och en öppen diskussion för att komma till rätta med problemen.

ARNE LINDER
överläkare, öron-, näs- och halskliniken
arne.linder@akademiska.se

EVA LINDBERG
överläkare, lung- och allergikliniken;
båda Akademiska sjukhuset, Uppsala

GUNN-HENNY DAHL
medicinskt ansvarig sjuksköterska,
Uppsala kommun

■ Idag vårdas människor med svåra handikapp och sjukdomar ofta hemma. För att genomföra detta krävs som regel insatser från många instanser inom kommun, försäkringskassa och landsting. Eftersom vårdtagarna inte själva klarar sina behov i hemmet får de hjälp av personliga assistenter. Den personliga assistentens arbete har från början utformats för att klara vårdtagarens grundläggande personliga behov, men hos den svårt handikappade vårdtagaren får assistenterna också uppgifter som dikteras av yttringarna av grundsjukdomen eller funktionsnedsättningen.

Suddig roll i gränzonen

Det är i denna gränzonen mellan sociala och hälsorelaterade behov som rollen blir suddig. Vårt intryck är att lösningarna i de svåra fallen dessutom kommit till som ett lappverk, där helheten kan vara svår att överblicka. Det bäddar för oklarheter i fråga om ansvaret för vad som görs, hur det görs och vilken budget som ska betala.

Vår utgångspunkt är gruppen av patienter med neuromuskulära sjukdomar som gjort dem beroende av andningshjälpmedel som trakeostomi och hem-

ventilator och som satt ned deras förmåga att själva handha skötsel av dessa. Har patienten hemventilator kan assistenterna behöva hjälpa till med att koppla in och starta ventilatorn respektive stänga av och koppla ur den, efter det schema vårdtagaren ska följa. Skötsel av en trakeostomi innefattar bland annat slem sugning i luftvägen.

Är de här åtgärderna hälso- och sjukvård som borde göras i sjukvårdshuvudmannens regi? Eller är de egenvård eftersom vårdtagaren skulle ha klarat detta själv om inte hans/hennes funktionsinskränkning lagt hinder i vägen?

Avgörandet ligger hos patientens läkare

Den som myndigheterna utsett till att avgöra vilka vårdmoment som är hälso- och sjukvård respektive egenvård är patientens ansvariga läkare. Vi uppfattar här att den läkare som tex ansvarar för utprovning och kontroll av patientens hemventilator är den som ska avgöra om assistenternas arbetsuppgifter kring ventilatorn hör till den ena eller andra kategorin. Viss ledning får den ansvariga läkaren från bestämmelserna i Tabell I. Valsituationen kan illustreras som i Figur 1.

Ordet egenvård för tanken till att behandla enklare krämpor med receptfria läkemedel, men författningen inkluderar också klart mer avancerade uppgifter av sjukvårdskaraktär. Författningstexten definierar att uppgifter som ansvarig läkare normalt lämnar till patient eller anhöriga att sköta om ska betraktas som egenvård. För en öron-, näs- och halsläkare är det rutin att instruera patienter och anhöriga i trakeostomivård. På lik-

nande sätt instruerar lungläkarna i skötsel och anslutning av hemventilator.

Vårdutbildad personal som arbetar inom andra specialiteter kan uppfatta samma uppgifter som komplicerade. Det förekommer att personal på andra avdelningar ifrågasätter om inte en patient med en välfungerande trakeostomi, som tas in på sjukhus för en akut sjukdom i ett annat organsystem, borde vårdas på ÖNH-avdelning snarare än på den avdelning som kan den akuta sjukdomen. Det problemet brukar lätt lösas med en tillfällig utbildningsinsats, men

det illustrerar att det som är normalt för läkare inom en specialitet inte självklart ter sig naturligt i resten av sjukvårdens ögon.

SOSFS anger därtill att uppgifterna kan kräva enklare instruktion. När det krävs mer omfattande instruktion och handledd träning av ansvarig läkare eller sjuksköterska blir uppgifterna hälso- och sjukvård. För att i någon mån sätta ribban, konkretiserar författningen att viss såromläggning, byte av stomipåse eller urinpåse samt tillförsel av näring genom sond är egenvård.

Även om författningen inte tydligt säger det anser vi att denna typ av uppgifter bör läras ut av personal från hälso- och sjukvården och inte föras vidare som muntlig tradition bland assistenter, oavsett om gränsen dras så att de bedöms som egenvård eller sjukvård. Det är en kvalitets- och arbetsmiljöfråga. Uppföljning av utbildningen kan också bli aktuell.

Checklistor för gränsdragningen?

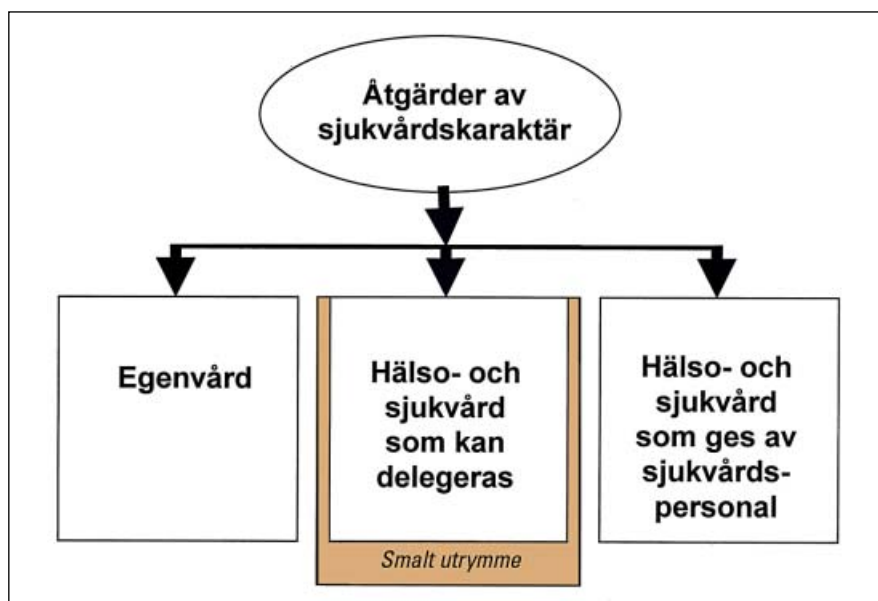
I ett fåtal situationer kan vi hämta entydiga svar om gränsdragningen mellan egenvård respektive hälso- och sjukvård i bestämmelserna. Vi känner inte till någon etablerad praxis som kan underlätta i de andra fallen. Här behövs ett erfarenhetsutbyte. I Tabell 2 har vi försökt komplettera kriterierna från författningen med andra som kan vägas in i bedömningen. Uppställningen bygger på våra praktiska erfarenheter och våra tolkningar av bestämmelserna och kan säkert diskuteras.

Vårdtagarens roll i planeringen av vården är oklar. Författningen anger tydligt att det är läkaren som avgör vad som är sjukvård respektive egenvård. I andra sammanhang har vi gått mot en mer aktiv patientroll. Här finns plats för att vårdtagaren eller den som tillvaratar hennes/hans intressen ges möjlighet att uttrycka sin åsikt om behovet av professionellt stöd, i samband med att vården planeras och ansvaret fördelas.

Vad händer?

Vi kan se tillbaka på en utvecklingsfas som har lett till bättre möjligheter för svårt sjuka eller funktionshindrade att välja att vårdas hemma. Samtidigt har det dykt upp oklarheter och möjliga risker för såväl vårdtagarna som deras vårdare. Det är dags för en klargörande diskussion så att vi kan sträva vidare mot ett säkert och rättvist system.

*
Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.



Figur 1. SOSFS 1996:9 definierar att åtgärder av sjukvårdscharaktär i vissa fall kan vara egenvård. Författningen berör också åtgärder som ses som hälso- och sjukvård fast de görs av t ex personliga assistenter. Därutöver finns vårdåtgärder som enligt andra bestämmelser kräver utbildad sjukvårdspersonal med yrkesansvar.

Tabell I. Skriftliga riktlinjer.

Dokument	Relevant innehåll
SOSFS 1996:9	Definierar begreppet egenvård
Kommunförbundet och Landstingsförbundet PM 2002-03-08 »Egenvård alternativt sjukvård vid personlig assistans«	Översikt över bestämmelser
SOSFS 1997:14(M)	Bestämmelser om delegering
Lagen 1998:531 om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område	Ansvar och disciplinpåföljd för sjukvårdspersonal/mottagare av delegering

Tabell II. Avvägning mellan egenvård och hälso- och sjukvård.

Egenvård	Hälso- och sjukvård	Frågor
Anförtros normalt åt patient/ anhöriga	Anförtros normalt endast åt sjukvårdsanställda	Vad är praxis?
Enkel instruktion	Omfattande instruktion	Lämplig utbildning?
På uppdrag från patienten	Delegering från sjukvårdspersonal	Vilket ansvar klarar patient eller vårdnadshavare?
Tillståndet stabilt inom närmaste tiden	Förväntad snabb eller allvarlig försämring	Skäl till omprövning?
I huvudsak självgående	Tät återkoppling till läkare/ sjuksköterska (rapportering eller nya instruktioner)	Arbetsätt?
Vardagliga bedömningar	Kvalificerade bedömningar	Krävs kunskap om medicinska sammanhang?