

Lagstiftningen inom vården och omsorgen om äldre

Likheter och skillnader mellan
socialtjänst- och hälso- och
sjukvårdslagstiftningen

Socialstyrelsen klassificerar sin utgivning i olika dokumenttyper. Detta är en *Lägesbeskrivning*. Det innebär att den innehåller redovisning och analys av kartläggningar och andra former av uppföljning av lagstiftning, verksamheter, resurser mm som kommuner, landsting och enskilda huvudmän bedriver inom hälso- och sjukvård, socialtjänst, hälso- skydd och smittskydd. Den kan utgöra underlag för myndighetens ställningstaganden och ingå som en del i större uppföljningar och utvärderingar av t.ex. reformer och fördelning av stimulansmedel. Socialstyrelsen svarar för innehåll och slutsatser.

Artikelnr 2006-131-24

Sättning Maj-Len Sjögren
Publicerad www.socialstyrelsen.se, augusti 2006

Förord

Tio myndigheter lämnade 2004 ett förslag till regeringen om att genomföra en långsiktig handlingsplan för att klara kompetensförsörjningen inom vården och omsorgen om äldre och funktionshindrade personer. I rapporten *Investera nu!* åtog sig samverkande myndigheter att vidta en rad åtgärder. Socialstyrelsen skulle bl.a. inventera problem i vård- och omsorgslagstiftningen från kompetensförsörjningssynpunkt. I denna rapport redovisas detta arbete.

I den kommunala vården och omsorgen arbetar personalen enligt såväl socialtjänstlagen som hälso- och sjukvårdslagen. Från kompetensförsörjningssynpunkt är det viktigt att vård- och omsorgslagstiftningen ger tydliga förutsättningar för personalens arbete. Den osäkerhet som ibland finns ifråga om vilken lag som är tillämplig i förening med skillnader i lagarnas uppbyggnad och innehåll kan medföra vissa svårigheter när det gäller att ge en sammanhållen vård och omsorg. I rapporten analyseras dessa frågor från rättslig utgångspunkt. Det är *Ewa Gustafsson* på Socialstyrelsens tillsynskansli som genomfört den rättsutredning som presenteras i föreliggande rapport. Gert Alaby vid Socialstyrelsens äldreheten är projektledare för *Investera nu!*

Christer Neleryd
Enhetschef
Äldreheten

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Inledning</i>	7
Bakgrund, syfte och avgränsningar	7
Problem som föranlett undersökningen	7
<i>Ädelreformen</i>	9
<i>Allmänt om SoL och HSL</i>	11
Inledning	11
Begreppen socialtjänst respektive hälso- och sjukvård	11
Särskilt om sociala respektive medicinska uppgifter	12
Målinriktade ramlagar	14
Rättighetslag respektive skyldighetslag	15
Grundläggande principer	17
Socialtjänst	17
Hälso- och sjukvård	18
Sammanfattning	19
<i>Kommunens ansvar för äldre</i>	21
Socialtjänst	21
Inledning	21
Syftet med insatserna	21
Särskilt om boende	22
Rätt till bistånd	23
Planering	24
Hälso- och sjukvård	24
Inledning	24
God hälso- och sjukvård	25
Planering	26
Sammanfattning	26
<i>Överklagande</i>	28
Socialtjänst	28
Hälso- och sjukvård	29
<i>Huvudmannaskap</i>	30
Socialtjänst	30
Hälso- och sjukvård	31
<i>Ledning</i>	32
Socialtjänst	32
Nämnd	32
Personal	33
Hälso- och sjukvård	34
Nämnd	34
Verksamhetschef	35

Medicinskt ansvarig sjuksköterska	36
Särskilt om landstingets läkare	38
Gemensam nämnd	38
Avslutande diskussion	39
<i>Mål för verksamheten</i>	<i>41</i>
Socialtjänst	41
Hälso- och sjukvård	41
Sammanfattning	43
<i>Krav på verksamheten</i>	<i>44</i>
Socialtjänst	44
God kvalitet	44
Tillsammans med den enskilde och i samverkan med andra	45
Personal	45
Kvalitetssäkring	46
Hälso- och sjukvård	47
God vård	47
I samråd med patienten	48
Personal, lokaler och utrustning	48
Kvalitetssäkring	49
Information	50
Förebygga ohälsa	50
Ta hand om avlidna	50
Sammanfattande diskussion	50
<i>Tillsyn</i>	<i>53</i>
Socialtjänst	53
Socialstyrelsen	53
Länsstyrelsen	54
Nämnden	55
Hälso- och sjukvård	55
Sammanfattande diskussion	57
<i>Anmälningsskyldighet</i>	<i>59</i>
Socialtjänst – Lex Sarah	59
Hälso- och sjukvård – Lex Maria	61
Sammanfattande diskussion	63
<i>Ansvarsregler</i>	<i>65</i>
<i>Dokumentation</i>	<i>67</i>
Inledning	67
Socialtjänstlagen	67
Patientjournalagen	69
Sammanfattande diskussion	74
<i>Avslutning</i>	<i>78</i>
<i>Källförteckning</i>	<i>81</i>
<i>Förkortningar</i>	<i>83</i>

Inledning

Bakgrund, syfte och avgränsningar

I juli 2002 lämnade regeringen ett uppdrag till nio myndigheter att utarbeta en gemensam plan för kompetensförsörjning inom kommunernas vård och omsorg om äldre och funktionshindrade. I rapporten ”Investerar nu!” redovisades år 2004 myndigheternas förslag till handlingsplan. Myndigheterna föreslog att tio mål och tio åtgärder skulle läggas fast i en tioårig handlingsplan som skall stödja investeringar i bättre arbetsmiljö och kompetens. Bl.a. anförde myndigheterna, att det är viktigt att vård- och omsorgslagstiftningen ger tydliga förutsättningar för personalens arbete. Vidare att det finns ”vissa samordningsproblem” som är relaterade till socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen samt till annan lagstiftning med anknytning till dessa lagar.¹ Mot bakgrund av detta ansåg myndigheterna att en kartläggning borde göras för att inventera de problem, från kompetensförsörjningssynpunkt, som kan finnas vid tillämpningen av hälso- och sjukvårdslagen, socialtjänstlagen samt annan lagstiftning. Enligt rapporten är det Socialstyrelsens uppgift att göra kartläggningen.

I föreliggande redogörelse görs en genomgång av den lagstiftning som berör insatser till äldre inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Den avser enbart *kommunernas* ansvar för socialtjänst och hälso- och sjukvård för *äldre*. Genomgången kan inte sägas vara uttömmande utan den har koncentrerats till de lagar och bestämmelser som är grundläggande för verksamheterna, främst i socialtjänstlagen (2001:453) (SoL), hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) (HSL) och patientjournallagen (1985:562) (PjL), och i viss mån även lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS) liksom Socialstyrelsens allmänna råd och föreskrifter.

Syftet med beskrivningen av regelsystemet är att identifiera eventuella problem som lagstiftningen i sig kan ge upphov till.

I sammanhanget finns anledning att understryka patient- och klient/brukarsäkerheten som fundament för all verksamhet. Oaktat att ”Investerar nu!” har fokus på kompetensförsörjningen tar därför denna framställning utgångspunkt i den enskilde och dennes behov.

Problem som föranlett undersökningen

I ”Investerar nu!” redogörs för vissa problem rörande den ”lagmässiga regleringen”.² Sålunda sägs, att genom Ädelreformen ”fick kommunerna ett visst ansvar för hälso- och sjukvård, vid sidan av ansvaret för socialtjänsten. Avsikten var bl.a. att få till stånd en god samordning mellan insatserna. Men erfarenheterna visar att den lagmässiga regleringen av kommunernas vård

¹ Investerar nu! s. 9.

² Investerar nu! s. 48 f.

och omsorg i vissa fall försvårar en önskvärd samordning, ett gemensamt förhållningssätt i verksamheten och en ändamålsenlig användning av tillgänglig personal. Medborgarnas rättigheter och kommunernas skyldigheter regleras på skilda sätt. Brukarnas ställning samt möjligheter att påverka och framföra klagomål skiljer sig också åt. Personalens ansvar och befogenheter regleras på olika sätt, där den legitimerade personalen inom hälso- och sjukvården har ett lagfäst yrkesansvar, medan socialtjänstens personal utför uppgifter som delegeras från den politiska nämnden. Det finns vidare skillnader i fråga om beslutsformer, dokumentation, tillsyn och sekretess. Inte sällan är det svårt att avgöra enligt vilken lagstiftning en specifik insats ges. Det kan t.o.m. råda olika uppfattningar mellan personal i denna fråga.”

Skillnaderna mellan lagarna, i förening med krav på en nära samordning av insatserna i de båda lagarna samt den i vissa fall oklara gränsdragningen mellan lagarna, uppges i Investera nu! skapa påtagliga olägenheter från kompetensförsörjningssynpunkt. Det anförs dessutom, att det är ”angeläget att omvårdnadspersonalen ges större handlingsutrymme och självständighet än idag. Detta förutsätter att de kompetensmässigt rustas för en sådan utveckling. Detta är ett skäl till att nuvarande lagstiftning bör ses över, bl.a. med inriktningen att tydliggöra personalens ställning. Ett annat skäl är att skapa bättre förutsättningar för att den knappa personalresursen används så effektivt som möjligt. Idag används ibland en alltför stor del av personalens tid till dokumentation, i vissa fall dubblerad, enligt de båda lagarna. Ytterligare ett skäl till en samordning är att denna skulle ge bättre överensstämmelse i fråga om mål, inriktning, och olika parter ansvar och befogenheter. Detta skulle i sin tur ge en god plattform för utveckling av verksamheten och personalens arbetsmiljö.”

Ädelreformen

Alltsedan Äldreberedningens slutbetänkande (SOU 1987:21) har diskuterats äldre människors levnadsförhållanden och hur service och vård till äldre bör utvecklas. I propositionen ”Äldreomsorgen inför 90-talet” (prop. 1987/88:176) deklarerades att ansvaret för service och vård till äldre borde fördelas på ett entydigt och ändamålsenligt sätt mellan kommuner och landsting. Inriktningen borde vara att primärkommunerna ges ett samlat ansvar för äldreomsorgen och att ett mera enhetligt politiskt och ekonomiskt ansvar hos primärkommunerna för insatser som är likartade och kompletterar varandra utvecklas. Härigenom ansågs goda förutsättningar skapas för samordning av service- och vårdresurserna och risken minska för att en huvudman skjuter över uppgifter till den andre. Dessutom skulle de oklarheter som fanns om vilken huvudman som skulle svara för verksamheter som uppfattas ligga i gränslandet mellan huvudmännens ansvarsområden reduceras.

Utgångspunkterna för Ädelreformen var bl.a. den stora betydelse för befolkningens hälsa och välbefinnande som insatserna inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten har. Bl.a. mot bakgrund av att det finns en växande grupp mycket gamla människor med *sammansatta vårdbehov* där gränsen mellan huvudmännens ansvarsområden i praktiken är utomordentligt svår att dra måste de problem och brister som fortfarande fanns kvar i det svenska välfärdssystemet motverkas genom en offensiv utveckling av hälso- och sjukvården samt socialtjänsten – en förnyelse av *socialsektorn*.³ Därutöver måste människors rätt till självbestämmande, trygghet och valfrihet värnas.

Socialtjänsten och hälso- och sjukvården anses av lagstiftaren vara funktionellt nära knutna till varandra. Människor får ofta hjälp från båda vårdområdena och tjänsterna från de båda verksamheterna är många gånger utbytbara när det gäller långvarig service och vård. Härutöver *kompletterar* ofta insatserna varandra så att en insats från den ene förutsätter en insats från den andre huvudmannen.

Utvecklingen av service och vård i hemmen, förändrade behandlingsmetoder samt nya synsätt ansågs i motiven bakom Ädelreformen ha förändrat förutsättningarna för *gränsdragningen* mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Inom vissa områden rådde också oklarhet om vilken huvudman som skulle svara för insatserna. Regeringen anförde, att orsakerna till människors behov av service och vård är ofta sammansatta. För att tillgodose dessa behövs personal med olika kompetens. *Uppdelningen av huvudmännens ansvarsområden*, efter behovet av social eller medicinsk kompetens för att fullgöra uppgiften, ansågs ha *försvårat tillämpningen av en helhetssyn* i det praktiska arbetet. Möjligheterna att samordna resurserna bedömdes ock-

³ Prop. 1990/91:14 s. 33.

så minska genom en sådan fördelning av uppgifterna.⁴ Trots att samverkan och samordning mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten hade varit aktuell under lång tid hade det varit svårt att få till stånd en generell utveckling i detta avseende. En orsak till detta bedömdes stå att finna i den ansvars- och uppgiftsfördelning som gällde mellan kommuner och landsting.

Genom Ädelreformen fick *kommunerna* ett samlat ansvar för långvarig service och vård till äldre. Syftet var att skapa klara ansvarsförhållanden och ändamålsenliga organisatoriska förutsättningar för att utveckla samhällsin-satserna efter de målsättningar som riksdagen lagt fast i fråga om samhällets äldreomsorg.

⁴ Prop. 1990/91:14 s. 35.

Allmänt om SoL och HSL

Inledning

Socialtjänsten och hälso- och sjukvården utgör väsentliga delar av samhällets totala välfärdssystem. Kärnan i verksamheterna regleras i två olika lagar, SoL och HSL. Det är dessa lagar som främst är föremål för jämförelse i denna framställning.

HSL är den centrala lagen för hälso- och sjukvården. Utöver målbestämmelser och krav för *all hälso- och sjukvård* finns också särskilda bestämmelser om ansvarsområden och uppgifter för landstingens respektive kommunernas hälso- och sjukvård. HSL är i första hand avsedd att reglera *sjukvårdshuvudmännens*, dvs. *vårdgivarnas* skyldigheter. Utförliga, och i många fall motsvarande, skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonalen regleras bl.a. i LYHS.

SoL riktar sig också till huvudmännen, men vissa bestämmelser är direkt tillämpliga för beslutsfattare i ärendehandläggningen och personal i den faktiska verksamheten inom socialtjänsten.

Begreppen socialtjänst respektive hälso- och sjukvård

Begreppet socialtjänst förekommer i åtskilliga bestämmelser i SoL men det definieras inte i lagen. I förarbetena till 1980 års lag anförs emellertid att med begreppet social tjänst skall avses ”*varje social insats som socialnämnden ansvarar för och som direkt eller förmedlat tjänar den enskilde och utgör medel för verksamhetens måluppfyllelse. Härmed avses också verksamhet som socialnämnden inte direkt har hand om men har ett övergripande ansvar för.*” (kurs. här). Genom denna definition borde man, enligt lagstiftarens uppfattning, kunna undvika att samma slags insats i vissa kommuner räknas som social tjänst men i andra kommuner inte räknas dit, beroende på om den sköts av socialnämnden eller inte.⁵

HSL trädde i kraft den 1 januari 1983 då den ersatte 1962 års sjukvårdslag (1962:242) – SvL – enligt vilken landstinget och kommuner som inte deltog i landstinget, skulle ombesörja *sjukvård* för befolkningen. Genom införandet av HSL skulle hälso- och sjukvården i större utsträckning engagera sig i *hälsovårdande* uppgifter, därav lagens rubrik ”Hälso- och sjukvårdslag”.

HSL innehåller i 1 § en definition av *begreppet hälso- och sjukvård*. Sålunda avses därmed – i HSL – åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Till hälso- och sjukvården hör även sjuktransporter samt att ta hand om avlidna. I fråga om tandvård finns, enligt andra stycket, särskilda bestämmelser.

⁵ Prop. 1979/80:1 Del A s. 153.

Begreppet består av två delar; *hälsovård* och *sjukvård*. När det gäller den senare delen omfattade begreppet sjukvård, i 3 § SvL, såväl öppen som slutten vård för sjukdom, skada, kroppsfel eller barnsbörd. Införandet av HSL innebär emellertid inte någon materiell ändring av innebörden av den del av hälso- och sjukvården som alltjämt kommer att kunna avgränsas som mer renodlad sjukvård. I begreppet hälso- och sjukvård innefattas sålunda även åtgärder med anledning av kroppsfel och barnsbörd, trots att det inte uttryckligen framgår av lagen. Detsamma gäller åtgärder i samband med abort och sterilisering.⁶

Med hälsovård avses *förebyggande* åtgärder vilka enligt motiven bör vara både miljö- och individinriktade. De miljöinriktade åtgärderna kan huvudsakligen utföras genom hälso- och sjukvårdens medverkan i samhällsplaneringen.⁷

Hälso- och sjukvårdsbegreppet i HSL har inte samma innebörd i all lagstiftning på området. I exempelvis LYHS definieras begreppets innebörd enligt den lagen i 1 kap. 2 §. Sålunda avses där sådan verksamhet som omfattas av HSL, men även sådan som omfattas av tandvårdslagen (1985:125), lagen (2001:499) om omskärelse av pojkar samt verksamhet inom detaljhandel med läkemedel.

1 § HSL gäller *all* hälso- och sjukvård, sålunda även den del av hälso- och sjukvården som kommunerna ansvarar för.

Särskilt om sociala respektive medicinska uppgifter

I Investera nu! anges bl.a. att det inte sällan är svårt att avgöra enligt vilken lagstiftning en specifik insats ges och att det också kan råda olika uppfattningar mellan personal i den frågan.

Den definition av begreppet social tjänst som redogjorts för i föregående avsnitt torde knappast bidra till en tydlig avgränsning. I propositionen till HSL gavs emellertid några vägledande principer rörande synen på gränsdragningsproblematiken. Sålunda uttalades, att ”*Hälso- och sjukvårdens vårdansvar bör i princip begränsas till att omfatta sådana vårdbehov som bedöms kräva insatser av medicinskt utbildad personal eller av sådan personal i samarbete med personal med administrativ, teknisk, farmaceutisk, psykologisk eller social kompetens.*” (kurs. här).⁸ Med medicinskt utbildad personal avsågs även *personal, vars utbildning inriktas på patientomvårdnad och rehabilitering.*⁹ Föredragande statsråd framhöll svårigheten med att strikt tillämpa nämnda avgränsningsprincip och att densamma inte kan ge exakt vägledning om vilken vårdgivare som i varje enskilt fall har skyldighet att svara för att vårdbehovet tillgodoses. Detta förhållande får emellertid inte leda till att en människa i en viss situation inte får den vård och hjälp som hon behöver, underströk föredragande statsråd. Därför är det synnerli-

⁶ Prop. 1981/82:97 s. 111.

⁷ Se utförligt prop. 1981/82:97 s. 110 f.

⁸ Se även prop. 1995/96:176 s. 62.

⁹ Prop. 1981/82:97 s. 44.

gen angeläget att en samverkan mellan olika vårdområden kommer till stånd, anförde statsrådet vidare.¹⁰

De förarbetsuttalanden som gjordes i samband med att lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m. infördes kan möjligen bidra till ett tydligare klagörande i gränsdragningsfrågan. Enligt 1 § denna lag skall det i varje landsting och kommun finnas en eller flera nämnder med uppgift att stödja och hjälpa patienter inom bl.a. den hälso- och sjukvård enligt HSL som bedrivs av kommuner, eller enligt avtal med kommuner, och den allmänna omvårdnad enligt SoL som ges i samband med sådan hälso- och sjukvård.

När det gäller gränsen mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst i kommunerna, anfördes i lagens motiv, att denna inte kan dras på ett enkelt och entydigt sätt. Omvårdnad utgör hälso- och sjukvård inom landstingsvården och förvandlas inte automatiskt till socialtjänst i kommunernas verksamhet. En åtgärd, t.ex. matning av en patient/boende kan vara en hälso- och sjukvårdsåtgärd om en *sjuksköterskas speciella kompetens* är nödvändig för att bevaka att en patient med hänsyn till sjukdomsbilden inte sätter maten i halsen så att kvävningrisk uppkommer. För en annan patient/boende kan det räcka att ett vårdbiträde hjälper till med maten, en syssla som då anses vara av socialtjänstkaraktär.¹¹

För att undvika att fastna i definitionsfrågor av ovan nämnda slag utvidgades patientnämndernas arbetsuppgifter till att gälla även vissa *socialtjänstinsatser inom äldreomsorgen*.¹² Lagstiftaren ansåg att utvidgningen borde utgå från de bestämmelser i HSL som anger kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar, och avse *allmän omvårdnad som inte anses vara hälso- och sjukvård enligt HSL*.¹³ Med allmän omvårdnad, sades i motiven, avses sådana arbetsuppgifter som är *oberoende av sjukdom och medicinsk behandling* och därför kan utföras av personal inom socialtjänsten. Det rör sig alltså, anfördes vidare, om åtgärder i den *dagliga skötseln* av de boende som inte utförs av hälso- och sjukvårdspersonal. Det handlar om arbetsuppgifter som till det yttre lika gärna skulle kunna vara hälso- och sjukvårdsuppgifter men som *i det speciella fallet* inte kräver sådan kompetens.¹⁴ Patientnämndernas ansvarsområde omfattar såväl hälso- och sjukvård och allmän om-

¹⁰ I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård, används begreppet *medicinska arbetsuppgifter*. Härmed avses varje åtgärd som den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen med formell kompetens har att utföra direkt eller indirekt i förhållande till patienter i samband med undersökning, diagnostik, vård eller behandling samt till förebyggande av sjukdomar och skador.

¹¹ Prop. 1998/99:4 s. 36.

¹² Verksamhet enligt LSS omfattas inte av nämndernas kompetensområde då sådan verksamhet inte utgör hälso- och sjukvård. (Prop. 1998/99:4 s. 36).

¹³ Prop. 1998/88:4 s. 36.

¹⁴ Prop. 1998/99:4 s. 44. *Allmän omvårdnad* är, enligt Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1993:17) om omvårdnad inom hälso- och sjukvården, oberoende av sjukdom och medicinsk behandling medan *specifik omvårdnad* är relaterad till och kräver kunskap inte bara om människans normala funktioner utan också den aktuella sjukdomen och dess behandling. *Allmän omvårdnad* utförs av all personal i hälso- och sjukvård medan *specifik omvårdnad* kräver speciell kompetens.

vårdnad i de särskilda boendeformerna och dagverksamheterna som i förekommande fall hemsjukvården.¹⁵

Med ledning av vad som anförts ovan, skulle man alltså sammanfattningsvis kunna säga, att *medicinska* insatser är sådana som i det enskilda fallet kräver *kompetens inom hälso- och sjukvårdsområdet* medan övriga omvårdnadsinsatser är att betrakta som sociala. I varje enskilt fall och beträffande varje enskild insats får man ta ställning till om den är att hänföra till det ena eller andra vårdområdet vid den tidpunkt då insatsen ges. En insats kan ju uppenbarligen ändra karaktär beroende på om medicinska kunskaper är nödvändiga eller inte. Att i lagtext ange vad som är det ena eller andra torde inte vara en framkomlig väg att underlätta för rättstillämparna. Det är sannolikt inte ens önskvärt med hänsyn till det flexibla förhållningsätt som måste prägla såväl hälso- och sjukvården som socialtjänsten.¹⁶

Målinriktade ramlagar

Socialtjänstlagen trädde i kraft 1982 som en följd av socialtjänstreformen som tillkom bl.a. i syfte att *fördjupa demokratin* inom socialtjänsten. Som grund låg regeringsformens (RF) grundläggande princip om människors lika värde och att demokratins idéer skall vara vägledande inom samhällets alla områden. Tidigare vårdlagstiftning ansågs uppvisa en splittrad och oenhetlig bild i fråga om såväl utformning som innehåll. En bättre samordning skulle ge möjlighet till ett bättre resursutnyttjande och tillgodose medborgarnas behov av vård och omvårdnad.¹⁷

Tillkomsten av SoL innebar ett uppbrott från en tidigare syn på de människor som av olika orsaker behöver samhällets hjälp. Ett grunddrag i lagstiftningen är tilltron till människans egen förmåga att påverka sin situation. Från att tidigare ha haft en överordnad och kontrollerande funktion skall socialtjänsten nu vara *serviceinriktad* och *hjälpande*. Genom SoL lämnades de sista resterna av den funktionella uppdelning som var utmärkande för den gamla lagstiftningen. Verksamheten skall präglas av en *helhetssyn* i stället för det symptomtänkande som den äldre lagstiftningen kunde ge utrymme för.

SoL är till sin karaktär en *målinriktad ramlag*. I lagen anges målen för verksamheten – vilka resultat som skall åstadkommas – men i regel inte hur detta skall uppnås. Kommunerna anses ha stor frihet att, inom ramarna, utforma sina insatser efter skiftande behov och önskemål. Verksamheten skall, inom ramen för de övergripande målen, växa fram med den kommunala självstyrelsen som grund. Strukturella skillnader mellan kommunerna kan motivera vissa olikheter i socialtjänstens uppbyggnad och verksamhet.¹⁸

Också HSL är en *målinriktad ramlag*. Den innehåller övergripande mål för verksamheten vilka utgör *riktlinjer* vid den fortsatta utvecklingen av hälso- och sjukvården.¹⁹ Ramlagskonstruktionen motiveras utifrån tanken

¹⁵ Prop. 1998/99:4 s. 44.

¹⁶ Se även avsnittet Sammanfattning, s. 21 och om dokumentation avsnittet Sammanfattande diskussion s. 78.

¹⁷ Prop. 1979/80:1 Del A s. 112.

¹⁸ Se t.ex. prop. 1996/97:124.

¹⁹ Prop. 1981/82:97 s. 17.

att en mycket detaljerad lag skulle försvåra möjligheten för huvudmännen att anpassa verksamheten efter lokala och regionala behov och förutsättningar. Landstingskommuner och kommuner anses ha de bästa förutsättningarna att bedöma hur behoven av service på lokal nivå skall kunna tillgodoses. Även verksamhetens inriktning bör, enligt förarbetena, kunna variera något mellan olika landstingsområden. Vården måste dock ha en likvärdig kvalitet.²⁰

Genom HSL decentraliserades beslutsbefogenheter som ett led i arbetet med att *fördjupa demokratin* också på detta område²¹ och precis som inom socialtjänsten skall en *helhetssyn* präglade verksamheten.

Rättighetslag respektive skyldighetslag

SoL brukar benämnas *rättighetslag*. Enligt 4 kap. 1 § första stycket SoL har den som inte själv kan tillgodose sina behov, eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt, *rätt till bistånd* av socialnämnden för sin försörjning (försörjningsstöd) och för sin livsföring i övrigt. Bestämmelsen ger uttryck för människans eget ansvar att klara sin livsföring, men också för att samhället i vissa fall skall träda in med stöd när den enskilde inte kan klara detta. Syftet med rättighetsbestämmelser är att *garantera* enskilda människor det stöd som de är i behov av i de fall detta inte kan tillgodoses av dem själva eller någon annan.²²

I den rättsvetenskapliga doktrinen har man ansett att rättighetsterminologin bör förbehållas situationer som uppfyller åtminstone två krav: dels att rättigheten kan peka på ett *någorlunda avgränsat objekt*, dels att rättsordningen tillhandahåller *någorlunda adekvata tvångsmedel* för rättighetens förverkligande. Rättighetens innehåll bör sålunda vara förhållandevis tydligt och i möjligaste mån framgå av lagtext. Det måste dessutom finnas möjlighet till en kvalificerad allsidig överprövning avseende såväl rättigheten som dess innehåll. Som ett tredje baskrav har i doktrin även kravet på en statlig tillsyn ibland uppställts.²³

Biståndsbestämmelsen är förhållandevis vagt formulerad, även om försörjningsstödet i nu gällande lag avgränsats relativt väl (4 kap. 3 § SoL). Ramlagskonstruktionen, helhetssynen och svårigheterna att formulera författningsbestämmelser så att de täcker alla fall där en rätt till bistånd kan tänkas föreligga var ursprungligen skälet till bestämmelsens vaghet.²⁴ Statens *tillsyn* och den enskildes rätt att *överklaga med förvaltningsbesvär*²⁵ har ansetts ge den enskilde tillräckliga garantier för en ur rättssäkerhetssynpunkt betryggande ordning.²⁶

²⁰ Prop. 1981/82:97 s. 17.

²¹ Prop. 1981/82:97 s. 16.

²² Prop. 2000/01:80 s. 90.

²³ Se bl.a. Westerhäll 1988 s. 34 ff och, Gustafsson 2001 s. 164 ff med där gjorda litteraturhänvisningar.

²⁴ Prop. 1979/80:1 Del A s. 183.

²⁵ Se avsnittet Överklagande s. 30.

²⁶ Prop. 1979/80:1 Del A s. 185.

HSL är en lag som i första hand är uppbyggd kring *sjukvårdshuvudmännens skyldigheter*.²⁷ Det är sålunda inte en rättighetslag som SoL, enligt vilken patienten har en lagstadgad preciserad rätt med möjlighet att överklaga beslut genom förvaltningsbesvär.

Frågan om en rättighetslagstiftning på hälso- och sjukvårdens område diskuterades av Prioriteringsutredningen²⁸ liksom av HSU 2000 (SOU 1997:154). I den senare utredningen övervägdes frågan och för- och nackdelar med att införa en rättighetslagstiftning på området diskuterades. Utredningen stannade dock för att lagstiftningen även fortsättningsvis bör bygga på skyldigheter för personal och sjukvårdshuvudmän, en standpunkt som även delades av regeringen.

Som skäl för att bibehålla en skyldighetslagstiftning har bl.a. anförts de betydande problem det innebär att införa legala rättigheter på hälso- och sjukvårdsområdet. Regeringen har t.ex. pekat på att hälso- och sjukvårdsförmåner inte låter sig preciseras lika enkelt i lag som ekonomiska förmåner. Vidare att det är en komplicerad fråga att ta ställning till vilken medicinsk vård och behandling en viss patient behöver och att på ett meningsfullt sätt definiera de rättigheter som skall garanteras i lagen. Regeringen har också anført, att det andra kriteriet för en legal rättighet, att en förmån skall vara utkrävbar genom möjligheten att överklaga, inte heller är problemfritt.²⁹ Det är i det sammanhanget svårt att utforma adekvata sanktioner som är till nytta för den enskilde. Bl.a. är tidsaspekten i allmänhet viktig om överprövningen skall ha något praktiskt värde för patienten. Dessutom krävs av överklagningsorganet kompetens att bedöma såväl rättsliga som medicinska frågor.

Även demokratiska skäl har anförts. Det måste vara möjligt för sjukvårdshuvudmännen att planera för och utforma hälso- och sjukvården på ett sådant sätt att det svarar mot befolkningens behov och önskemål inom ramen för tillgängliga resurser. En rättighetslagstiftning innebär att det ytterst är domstolar som bedömer olika vårdbehov, avgör om åtgärder blivit riktigt utförda och väger behov i förhållande till nytta och resursutnyttjande. I ett sådant system inskränks utrymmet för kommunalt fattade demokratiska beslut om prioriteringar i vården i förhållande till befintliga resurser. En övergång från ett system som bygger på skyldigheter för huvudmän och sjukvårdspersonal till ett system som i stor utsträckning bygger på rättighetsbaserade principer blir därmed svårt att förena med sjukvårdshuvudmännens lagstadgade generella planeringsansvar för hälso- och sjukvård.³⁰

Trots att HSL inte är en rättighetslag i juridisk mening har regeringen dock framhållit, att den omständigheten *inte* innebär att krav som den enskilde har rätt att ställa på hälso- och sjukvården inte måste respekteras. Det är i det fallet *ingen skillnad* mellan en rättighets- respektive skyldighetslagstiftning. Landsting och kommuner har i båda fallen ansvar för att tillämpa lagstiftningen på avsett sätt.³¹

²⁷ Motsvarande skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonalen regleras bl.a. i LYHS.

²⁸ Se t.ex. SOU 1995:5 Vårdens svåra val och Prop. 1996/97:60 Prioriteringar i hälso- och sjukvården.

²⁹ Se även avsnittet Överklagande s.30.

³⁰ Prop. 1997/98:189 s. 16 f.

³¹ Prop. 1997/98:189 s. 17.

Grundläggande principer

Socialtjänst

1980 års socialtjänstreform innebar ett uppbrott från äldre tids lagstiftning med en funktionell uppdelning och ett symptomtänkande som grund. I stället skall verksamheten präglas av en *helhetssyn* som beaktar *individens totala situation och omgivning*. Därigenom avsågs risken för att socialtjänsten koncentrerar sig på en isolerad del av den enskildes problem och stanna vid symptomen minska. Socialtjänsten skall, heter det i motiven, sträva efter att finna samlade lösningar för den enskilde och grupper totala situation.³² Man skall söka finna ett djupare sammanhang där man beaktar inte bara den enskildes relationer till den egna familjen utan också ett vidare socialt sammanhang där boende- och arbetsförhållanden hör till de viktigaste faktorerna.³³ Det handlar också om att få positiva fritidsförhållanden, att kunna undvika utslagning, segregation och fattigdom både i materiell och i mer vidsträckt mening; att kunna nå värden som brukar sammanfattas under begreppet *livskvalitet*. Socialtjänsten skall dock inte enbart söka orsaker eller lösningar på problem i samspelet mellan individen och hans närmaste, utan även i de förutsättningar som samhället i stort erbjuder. Helhetssynen ställer krav på att *samhällets resurser samordnas* och på att behandlingsplaneringen ges en planmässig uppläggning.³⁴

En primär tanke bakom socialtjänstreformen var att klienternas inflytande skulle förstärkas i förhållande till gamla tiders socialvård. *Frivillighet och självbestämmande* är sålunda vägledande begrepp vid handläggningen av enskilda ärenden inom socialtjänsten. Frivillighetstanken har kommit till uttryck i 1 kap. 1 § tredje stycket SoL där det framgår att verksamheten skall bygga på respekt för människornas *självbestämmande och integritet*. Detta förstärks av 3 kap. 5 § SoL där det som en allmän riktlinje anges att insatser för den enskilde skall utformas och genomföras tillsammans med den enskilde. I samarbetet med klienten/brukaren är det viktigt att den enskilde behåller ansvaret för sin egen situation (jfr SoL 1 kap. 1 § andra stycket).

Normalisering är en socialpolitisk princip som sträcker sig även utanför socialtjänstområdet. Principen är också ett riktmärke för socialtjänstens olika verksamheter. Innebörden är att samhällets insatser skall stödja medborgarens strävan efter att så långt som möjligt kunna vara som andra och ha det som andra. Det innebär också en rätt att vara sig själv.³⁵

Kontinuitetsprincipen utgår från förutsättningen att trygga och förtroendefulla relationer utgör grunden för ett framgångsrikt individuellt behandlingsarbete. Det är t.ex. viktigt att sträva efter att den enskilde får möjlighet att hålla kontakt med samma socialarbetare även om behandlingsformerna växlar. Principen ligger också i linje med helhetssynen som ursprungligen avsågs böra förhindra att verksamheten sektoriserar i ett otal specialiteter. Därigenom bör man också kunna undvika, var lagstiftarens tanke, att kom-

³² Prop. 1979/80:1 Del A s. 207.

³³ Prop. 1979/80:1 Del A s. 125.

³⁴ Prop. 1979/80:1 Del A s. 207.

³⁵ Prop. 1979/80:1 Del A s. 212.

munmedlemmarna slussas fram och tillbaka mellan olika befattningshavare.³⁶

Flexibilitetsprincipen innebär, att de sociala insatserna *skall anpassas* till den enskildes aktuella förutsättningar, behov och totala situation vilket kräver ett brett register av olika handlingsalternativ. Det innebär ett uppbrott från den stela vård- och behandlingsfilosofi som innebar ett upptrappningsförfarande i den meningen att man tog till allt mer ingripande åtgärder efter hand.³⁷

Närhetsprincipen innebär att vårdinsatser så långt som möjligt bör sättas in i boendemiljön. Det är i hemkommunen som socialtjänsten anses ha bäst förutsättningar att samlat bedöma behovet av insatser.³⁸ Principen bör emellertid inte uppfattas så att alla insatser måste ske i boendemiljön. I särskilda fall måste det anses vara till fördel och rent av nödvändigt för klienten/brukaren att närhetsprincipen får stå tillbaka. Vid vård utom det egna hemmet innebär principen att vården skall förläggas så nära hemmiljön som möjligt.

De principer som skall präglade socialtjänstverksamheten är inte, så när som på frivillighets- och självbestämmandeprincipen, uttryckligen fastlagda i lagens text. Däremot framgår de implicit av flera bestämmelser och som visats ovan av lagens förarbeten. Ett tydligt exempel på normaliseringsprincipen framgår av 5 kap. 4 § SoL avseende socialtjänstens insatser för äldre.

Hälso- och sjukvård

Precis som i SoL skall en *helhetssyn* på patienten präglade hälso- och sjukvårdsverksamheten, liksom principerna om *kontinuitet* och *närhet*. I motiven till 1982 års HSL nämndes att höjd levnadsstandard och utbildningsnivå medfört ökade anspråk också på hälso- och sjukvårdens tjänster. Patienterna kräver att få ett medinflytande på vården och ökade krav ställs också på att även ”andra än rent medicinska behov” skall beaktas i vårdarbetet. Mot denna bakgrund får man se strävandena mot en helhetssyn på patientens förhållanden samt kraven på att förbättra omvårdnad och kontinuitet i arbetet – särskilt för långtidssjuka patienter – liksom att beakta patienternas behov av att vården skall vara nära och lätt tillgänglig.³⁹ Att man skall anlägga en helhetssyn avses framgå bl.a. av skyldigheten att också *förebygga ohälsa* vilket ofta förutsätter kunskap om patientens levnadsförhållanden. Därför har det inte ansetts nödvändigt att i lagen explicit föreskriva ett krav på helhetssyn på patientens förhållanden.⁴⁰

Ytterligare principer för hälso- och sjukvården framgår av 2 § HSL vilka även gäller den kommunala hälso- och sjukvården. Sålunda skall vården ges med respekt för *alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet*. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården.

³⁶ Prop. 1979/80:1 Del A s. 214.

³⁷ Prop. 1979/80:1 Del A s. 214.

³⁸ Prop. 1979/80:1 Del A s. 215.

³⁹ Prop. 1981/82:97 s. 12.

⁴⁰ Prop. 1981/82:97 s. 117.

Bestämmelsen återspeglar de s.k. *människovärdes-, behovs- och solidaritetsprinciperna* som bl.a. utgör grunden för prioriteringar. När det gäller *människovärdesprincipen* är tanken, att alla människor har ett egenvärde just för att de är människor och inte för vad de har eller gör. Principen utgör grunden för och innebörden i deklarationer om mänskliga rättigheter och hela vårt demokratiska statsskick är uppbyggt kring föreställningen om detta. Det har därför ansetts naturligt att människovärdesprincipen också är den *viktigaste principen* inom hälso- och sjukvården. Att respektera någons människovärde innebär att man *alltid* och *under alla förhållanden* betraktar och behandlar människan som den hon är i sig och inte i egenskap av det hon har eller gör.⁴¹

Behovs- och solidaritetsprincipen är sedan lång tid förankrad i svensk hälso- och sjukvård. *Solidaritet* innebär inte bara lika möjligheter till vård utan också en strävan att utfallet av vården skall bli så lika som möjligt, dvs. att alla skall nå bästa möjliga hälsa och livskvalitet. Solidaritet innebär också att *särskilt beakta behoven hos de svagaste*. Människor som inte kan ta tillvara sina rättigheter har samma rätt till vård som andra. Innebörden av principen är också, enligt lagens motiv, att om prioriteringar måste göras bland effektiva åtgärder, skall mer av vårdens resurser ges till de mest behövande, de med de svåraste sjukdomarna och den sämsta livskvaliteten. Detta gäller även om konsekvenserna då kan bli att alla inte får sina behov tillgodosedda. Principen har nära anknytning till den grundläggande humanitära motiveringen för vården – att göra gott och att hjälpa den som behöver hjälp.⁴²

Som ett grundläggande krav på hälso- och sjukvården skall vården också, liksom i SoL, bygga på respekt för patientens *självbestämmande och integritet* (2 a § HSL).

Sammanfattning

Både SoL och HSL är målinriktade ramlagar som har tillkommit för att fördjupa demokratin inom respektive vårdområde. Övergripande mål för verksamheterna – riktlinjer – anges i lagarna men huvudmännen anses ha stor frihet att inom ramarna utforma insatserna efter lokala och regionala behov utan att kvaliteten därför eftersätts. HSL:s adressat är i första hand vårdgivarna, även om enstaka bestämmelser styr verksamheten för särskilt angiven hälso- och sjukvårdspersonal. SoL riktar sig också till huvudmannen men även till beslutsfattare i ärendehandläggningen och sådan personal som utövar faktisk verksamhet t.ex. inom äldreomsorgen.

Båda verksamheterna har *helhetssynen* som en grundläggande princip. Individens totala situation och omgivning skall beaktas vilket ställer krav på *samordning och planering*. Grundläggande för båda vårdområdena är också respekten för den enskildes *självbestämmande och integritet* liksom att kraven på *kontinuitet* och *närhet* skall prägla verksamheterna. Ett flexibelt förhållningssätt skall utmärka socialtjänstverksamheten vilket också implicit kan sägas gälla inom hälso- och sjukvården. Den senare verksamheten mås-

⁴¹ Prop. 1996/97:60 s. 20.

⁴² Prop. 1996/97:60 s. 20 f.

te dock bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet. Respekten för människors *lika värde* och den enskilda människans *värdighet* har lagfästs i HSL. Denna princip har inte bokstavligen uttryckts i SoL, men den är fastslagen i regeringsformen som riktar sig till såväl normgivande organ som rättstillämpande myndigheter av olika slag, sålunda även socialtjänsten.

En grundläggande skillnad mellan HSL och SoL är att den förra är en *skyldighetslag* och den senare en *rättighetslag*. Något problem för den enskilde brukaren/patienten torde dock inte detta medföra, inte heller för tillämparna av lagarna. SoL ger en explicit rätt till bistånd i form av ekonomiskt stöd eller sociala tjänster och den enskilde har möjlighet att få en allsidig domstolsprövning av ett beslut som går honom eller henne emot. Att HSL inte ger den enskilde en överklagningsbar rätt till hälso- och sjukvårdsinsatser innebär inte att huvudmannen efter eget skön kan välja att inte uppfylla de skyldigheter som enligt HSL och annan lagstiftning åvilar honom. Tvärtom har lagstiftaren framhållit att det därvid inte är någon skillnad mellan en rättighets- och skyldighetslagstiftning.

Begreppet socialtjänst är, som ovan visats, inte legaldefinierat vilket där- emot gäller för begreppet hälso- och sjukvård. Ädelreformen infördes därför att den uppgiftsfördelning mellan sociala och medicinska insatser som tidigare tillämpats inte ansågs ändamålsenlig. Social och medicinsk kompetens skulle genom reformen integreras genom att yrkesroller och arbetsorganisation inom socialtjänsten och delar av hälso- och sjukvården samordnas.⁴³ Före Ädelreformen hade *gränzonen mellan sociala och medicinska insatser* förorsakat en rad olägenheter. Genom att en huvudman – kommunen – fick ansvaret för människors skiftande behov, såväl sociala som medicinska, var avsikten att situationen skulle förbättras.⁴⁴ Gränsdragningen mellan sociala och medicinska insatser synes emellertid fortfarande vara föremål för tveksamheter och diskussion i den praktiska verksamheten.⁴⁵

För att undvika gränsdragningsproblem som ytterst drabbar brukaren/patienten är det viktigt att så långt möjligt bestämma vad som skall hänföras till det ena eller andra verksamhetsområdet. Detta inte minst mot bakgrund av att de *medicinska arbetsuppgifterna* skall utföras av personal med medicinsk kompetens såvida inte delegation i vissa fall är möjlig.⁴⁶ och att kommunernas hälso- och sjukvård skall vara av *samma kvalitet* som motsvarande vård genom landstingens försorg⁴⁷ och vila på vetenskap och beprövad erfarenhet. Den slutsats som redovisats ovan, nämligen att medicinska insatser är sådana som i det enskilda fallet kräver *kompetens inom hälso- och sjukvårdsområdet*, kan möjligen tjäna som vägledning. Någon begränsning för hälso- och sjukvårdspersonal att rent faktiskt tillhandahålla sociala insatser finns inte.

⁴³ Prop. 1990/91:14 s. 57 f.

⁴⁴ Prop. 1990/91:14 s. 58.

⁴⁵ Investera nu! s. 48 f.

⁴⁶ Jfr 2 kap. 6 § LYHS och SOSFS 1997:14.

⁴⁷ Prop. 1990/91:14 s. 60.

Kommunens ansvar för äldre

Socialtjänst

Inledning

Enligt 1 kap. 1 § SoL skall socialtjänstens insatser inriktas på att frigöra och utveckla enskildas och grupperns egna resurser. Detta mål sätter inga åldersgränser och gäller självklart även de äldre. Självbestämmanderätt och normalisering anses gälla som delmål för äldreomsorgen. Det är viktigt att se de äldre som en tillgång i samhället. Deras kunskaper och erfarenheter, vilka de har förvärvat under ett långt liv, måste komma till uttryck i samhällslivet. Detta innebär inte bara att pensionärerna skall ges möjlighet till ett aktivt liv för att motverka isolering och passivitet, utan även att de aktivt skall delta inom olika områden av samhällslivet.⁴⁸ Av delmålet självbestämmanderätt följer att de äldres egna initiativ skall stimuleras.⁴⁹

Kommunernas *särskilda* ansvar för äldre regleras i 5 kap. SoL, vilket är föremål för beskrivning i följande kapitel. Denna reglering är emellertid inte uttömmande. *Allmänna riktlinjer* om det sätt på vilket socialnämnden skall fullgöra sina uppgifter ges i 3 kap. och de gäller såväl äldre som andra personer som är i behov av hjälpinsatser. Sålunda hör bl.a. till socialnämndens uppgifter att svara för omsorg och service, upplysningar, råd, stöd och vård ekonomisk hjälp och annat bistånd till familjer och enskilda som behöver det (3 kap. 1 § SoL). Till nämndens uppgifter hör också att *medverka i samhällsplaneringen* vilket skall bygga på nämndens sociala erfarenheter och särskilt syfta till att påverka utformningen av nya och äldre bostadsområden i kommunen (3 kap. 2 § SoL). Nämnden skall också verka för att offentliga lokaler och allmänna kommunikationer utformas så att de blir lätt tillgängliga för alla och även i övrigt ta initiativ till och bevaka att åtgärder vidtas för att skapa en god samhällsmiljö och goda förhållanden för bl.a. äldre som har behov av samhällets särskilda stöd. Nämnden bör vidare, enligt 3 kap. 6 § SoL, genom *hemtjänst, dagverksamheter* eller annan liknande *social tjänst* underlätta för den enskilde att bo hemma och att ha kontakt med andra.

Syftet med insatserna

Socialnämnden har, enligt 5 kap. 4 § SoL, skyldighet att *verka för* att äldre människor får möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra.

I paragrafen ges en kortfattad beskrivning av socialnämndens uppgifter på detta område; här anges *syftet* med insatserna för de äldre.⁵⁰ De grundläggande kraven på *självbestämmande och normalisering* avses bli fastlagda genom bestämmelsen. Socialnämnden skall genom sina insatser ge äldre

⁴⁸ Prop. 1979/80:1 Del A s. 276.

⁴⁹ Prop. 1979/80:1 Del A s. 277.

⁵⁰ Prop. 1979/80:1 Del A s. 532 f.

valfrihet. Nämnden skall skapa förutsättningar för (verka för) att äldre människor *som önskar det* kan bo kvar i sin invanda miljö. Samtidigt skall nämnden medverka till att bryta isolering och öppna möjlighet för de äldre till kontakter med anhöriga och andra och till att även i övrigt ta del i gemenskapen i samhället. Man bör vidare, enligt lagens motiv, verka för att äldre människor får möjlighet till en aktiv sysselsättning och att de äldres medverkan i samhällsliv och föreningsliv stimuleras.⁵¹

Särskilt om boende

Socialnämnden skall, enligt 5 kap. 5 § första stycket SoL, *verka för* att äldre människor får goda bostäder. Vidare har kommunen *skyldighet* att ge dem som behöver det, stöd och hjälp i hemmet och annan lättåtkomlig service.

Vid SoL:s tillkomst var det alltså så, att äldre personer, generellt sett, bodde sämre än andra. Därför lades i bestämmelsen särskild vikt vid att socialnämnden skulle verka för att de äldre får goda bostäder. Samtidigt underströks i lagens motiv äldre människors behov av stöd- och hjälpinsatser i hemmet. Såväl social jour som andra anordningar som ger de äldre möjlighet att vid behov kunna komma i kontakt med någon är av stor betydelse för tryggheten i boendet. Nämnden skall därför ”sörja för” att de äldre också ges annan service som kan underlätta boendet.⁵² I lagrummet understryks att servicen skall vara lättåtkomlig. Äldreomsorgen måste vara anordnad så att de äldre verkligen kan få den hjälp som de behöver. Här har information om vilka sociala insatser som står till buds stor betydelse. Men frågan om lättåtkomligheten gäller även sådant som t.ex. avstånd, kommunikationer och tider.⁵³

Kommunen har, enligt 5 kap. 5 § andra stycket SoL, *skyldighet* att inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre människor som behöver särskilt stöd. Tankarna bakom införandet av bestämmelsen i SoL var att många äldre tidigare varit hänvisade till institutions- eller institutionsliknande boende för att kunna få sina behov av trygghet, omvårdnad samt medicinsk och social service tillgodosedda. Lagstiftaren har ansett, att en huvudman – kommunen – bör ha ett klart och tydligt ansvar för att tillgodose enskildas behov av boende, service och vård. Detta har sålunda preciserats i SoL så att det *omfattar var och en som behöver den trygghet och närhet till service och vård dygnet runt* som skall erbjudas i de särskilda boendeformerna och bostäderna.⁵⁴

Begreppet *särskilda boendeformer*, som infördes i samband med Ädelreformen, har en vidare innebörd än ”servicehus” enligt äldre lagstiftning i vilket det ingick såväl bostäder med eget hyreskontrakt som servicehus med helinackordering.⁵⁵ Genom att använda begreppet särskilda boendeformer för service och omvårdnad som ett *samlade begrepp* för kommunens ansvar när det gäller äldre, har lagstiftaren velat markera att kommunen har *stor frihet* i fråga om hur äldres behov av sådant boende, service och vård

⁵¹ Prop. 1979/80:1 Del A s. 532.

⁵² Prop. 1979/80:1 Del A s. 533.

⁵³ Prop. 1979/80:1 Del A s. 533.

⁵⁴ Prop. 1990/91:14 s. 42.

⁵⁵ Prop. 1990/91:14 s. 40.

skall tillgodoses. Bestämmelsen binder inte kommunen till att anordna en viss form av boende, t.ex. ålderdomshem eller sjukhem, utan kommunen kan anordna de boendeformer som är mest ändamålsenliga med utgångspunkt i lokala förhållanden.⁵⁶

Av 5 kap. 6 § SoL framgår, att socialnämnden har skyldighet att göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen för äldre människor samt i sin uppsökande verksamhet upplysa om socialtjänstens verksamhet på detta område. I kommunens ansvar ingår således att ta reda på behoven av särskilda boendeformer och bostäder och att planera för den fortsatta utvecklingen.⁵⁷

Lagstiftarens uppfattning är att alla människors rätt till en god bostad utgör en av hörnstenarna i välfärdspolitiken. Olika former av social och medicinsk service skall i första hand kunna tillgodoses i den enskildes hem. Lagstiftarens tanke är emellertid att den enskilde *skall kunna välja* att flytta till en särskild boendeform för service och omvårdnad.⁵⁸ I Ädelreformens motiv har påpekats, att det från den enskildes synpunkt är viktigt att kunna välja mellan olika boende- och vårdformer. Det är också viktigt att man inte skall behöva flytta från en särskild boendeform till en annan enbart för att vårdbehovet ökar. Samhällsinsatserna måste utformas så att de är flexibla och snabbt kan anpassas till människors skiftande behov.⁵⁹ Att den enskildes önskemål skall tillmätas betydelse framgår också av föredragande departementsråds uttalande att de särskilda boendeformerna/bostäderna skall kunna ge omfattande service och vård till människor som inte längre *vill eller kan* bo kvar i det vanliga bostadsbeståndet.⁶⁰

Rätt till bistånd

Den som inte själv kan tillgodose sina behov, eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt, har enligt 4 kap. 1 § första stycket SoL, rätt till bistånd för sin försörjning (försörjningsstöd) och för sin livsföring i övrigt. Den enskilde skall, enligt andra stycket, genom biståndet tillförsäkras en skälig levnadsnivå och biståndet skall utformas så att det stärker den enskildes möjligheter att leva ett självständigt liv. Bestämmelsen ger uttryck för människans eget ansvar att klara sin livsföring, men också för att samhället i vissa fall skall träda in med stöd när den enskilde inte kan klara detta. Som framgått tidigare är syftet med rättighetsbestämmelser att *garantera* enskilda människor det stöd som de är i behov av i de fall detta inte kan tillgodoses av dem själva eller någon annan.⁶¹

Biståndsrätten kan avse såväl ekonomisk hjälp som vård- och behandlings- och andra sociala tjänster. Vilka åtgärder man väljer är beroende av förhållandena i det enskilda fallet. I motiven till 1980 års lag framhölls emellertid, att rätten till stöd och hjälp inte kan avse andra insatser än sådana som bedöms kunna tillgodose den enskildes *behov* på ett lämpligt sätt.

⁵⁶ Prop. 1990/91:14 s. 42.

⁵⁷ Prop. 1990/91:14 s. 41.

⁵⁸ Prop. 1990/91:14 s. 39.

⁵⁹ Prop. 1990/91:14 s. 51.

⁶⁰ Prop. 1990/91:14 s. 58.

⁶¹ Se avsnittet om Rättighetslag respektive skyldighetslag s. 17.

Insatserna skall utformas i samförstånd med den enskilde (jfr 3 kap. 5 § SoL) även om den enskilde inte har någon ovillkorlig rätt att få en viss bestämd insats.⁶²

En ansökan om bostad i en särskild boendeform för service och omvårdnad prövas som en ansökan om bistånd enligt 4 kap. 1 § SoL. Ett avslag på en sådan ansökan överklagas därmed med förvaltningsbesvär. Det är nämnden (delegat) som i beslut tar ställning till om den enskildes ansökan kan bifallas.⁶³ När det gäller *beslut om inflyttning* till kommunalt sjukhem eller annan särskild boendeform för service och omvårdnad kan nämnden, om den finner det lämpligt, delegera rätten att fatta beslut i dessa ärenden t.ex. till föreståndaren för den aktuella boendeformen (jfr 6 kap. 33–38 §§ kommunallagen (1991:900) – KL).⁶⁴

Planering

Enligt 5 kap. 6 § andra stycket SoL, skall kommunen *planera* sina insatser för äldre. I planeringen skall kommunen *samverka* med landstinget samt andra samhällsorgan och organisationer.

Bestämmelsen infördes genom SFS (1988:1471) den 1 januari 1989⁶⁵ mot bakgrund av att primärkommunerna då inte hade skyldighet att planera socialtjänstens insatser för äldre människor annat än på individnivå. I bestämmelsens motiv framhölls den stora betydelsen samverkan mellan personal inom olika delar av hälso- och sjukvården och socialtjänsten har för att äldreomsorgen skall fungera väl. Vidare framhölls *samordningsbehov* och nödvändigheten av att *gemensamma prioriteringar* läggs till grund för huvudmännens verksamhetsutveckling. Gemensamma avvägningar av hur *personalbehoven* skall kunna tillgodoses och hur det tillgängliga ekonomiska utrymmet bäst skall användas är ytterligare motiv för en samordnad planering. I förarbetena underströks också att landstingens planeringsskyldighet enligt 7 § HSL självfallet även omfattar äldre människors behov av hälso- och sjukvård.⁶⁶

Det är de *enskildas behov* av service och vård som skall utgöra utgångspunkt i planeringen oberoende av i vilken form eller hos vilken huvudman behoven tillgodoses.⁶⁷

Hälso- och sjukvård

Inledning

Kommunernas skyldigheter enligt HSL regleras särskilt i 18–25 §§.⁶⁸ Det är emellertid inte de enda bestämmelserna som är tillämpliga för kommunen. Även de inledande paragraferna 1–2 f §§ och de avslutande 26–33 §§ gäller kommunens verksamhet.

⁶² Se även avsnittet om rättighetslag och skyldighetslag s. 17 och om överklagande s 30.

⁶³ Prop. 1990/91:14 s. 147.

⁶⁴ Prop. 1990/91:14 s. 147.

⁶⁵ Dåvarande 20 a §.

⁶⁶ Prop. 1987/88:176 s. 109.

⁶⁷ Prop. 1987/88:176 s. 109 f.

⁶⁸ I framställningen bortses från kommuner som inte ingår i ett landsting.

I framställningen nedan behandlas kommunernas ansvar för hälso- och sjukvård enligt 18 § HSL. Ansvaret för habilitering, rehabilitering och hjälpmedel (18 b §), förbrukningsartiklar (18 c §) och läkemedel (18 d §) lämnas utanför liksom skyldigheten att ge patienterna möjlighet att välja behandlingsalternativ enligt 18 a §.

Det ansvar kommunerna har att tillgodose den enskildes behov av stöd och hjälp innebär ingen begränsning av landstingens ansvar enligt HSL. Landstingen skall således tillgodose den enskildes behov av sådan hälso- och sjukvård som inte omfattas av det kommunala ansvaret.⁶⁹

Den hälso- och sjukvård som kommunerna har skyldighet att svara för skiljer sig inte från annan hälso- och sjukvård som meddelas av sjuksköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och undersköterskor. Kommunernas ansvar skall vara *av samma art som landstingens motsvarande ansvar*, med den begränsningen att den *inte* omfattar *läkarinsatser* (jfr 18 § fjärde stycket). Kommunernas hälso- och sjukvård skall också vara *av samma kvalitet* som motsvarande vård genom landstingens försorg. Av denna anledning har lagstiftaren ansett att det kommunala ansvaret bör regleras i HSL och inte i någon särskild lag eller i SoL. Det kommunala ansvaret har utformats i överensstämmelse med landstingens ansvar i 3 § HSL.⁷⁰

God hälso- och sjukvård

I 18 § ges bestämmelser om kommunernas åligganden på hälso- och sjukvårdens område. Här slås sålunda fast, i första stycket, en skyldighet att erbjuda en god hälso- och sjukvård⁷¹ åt

1. dem som bor i en sådan boendeform eller bostad som avses i 5 kap. 5 § andra stycket SoL, dvs. i särskilda boendeformer för *service och omvårdnad för äldre* människor som behöver särskilt stöd, eller
2. dem som bor i en sådan boendeform eller bostad som avses i 5 kap. 7 § tredje stycket SoL, dvs. i bostäder med *särskild service* för dem som till följd av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring, eller
3. dem som, efter beslut av kommunen, bor i sådan särskild boendeform som avses i 7 kap. 1 § första stycket 2 SoL, dvs. i boenden som motsvarar dem som avses i 5 kap. 5 § andra stycket och 5 kap. 7 § tredje stycket SoL men som drivs av enskilt rättssubjekt med tillstånd av länsstyrelsen.

Kommunen skall även i samband med *dagverksamhet*, som omfattas av 3 kap. 6 § SoL, erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som vistas där (18 § första stycket). Detta motiveras utifrån att dagverksamheterna i allmänhet har ett mer eller mindre uttalat *rehabiliterande syfte*. I sådant arbete har det

⁶⁹ Prop. 1990/91:14 s. 147.

⁷⁰ Prop. 1990/91:14 s. 60.

⁷¹ Innebörden av begreppet god hälso- och sjukvård framgår av avsnittet God vård s. 50.

inte ansetts ändamålsenligt att göra åtskillnad mellan sociala och medicinska insatser, utan *helhetssynen* på den enskildes situation bör tillämpas.⁷²

Av andra stycket i 18 § HSL framgår, att kommunen även i övrigt *får* erbjuda dem som vistas i kommunen hälso- och sjukvård i hemmet (*hemsjukvård*). Det är sålunda ingen skyldighet så som gäller i särskilda boenden och i dagverksamheter. Bakgrunden till bestämmelsens fakultativa utformning är att övervägande skäl ansetts tala för att landstingen skall vara ansvariga för hemsjukvården. Landstinget och kommun i landstingsområdet kan dock komma överens om att till kommunen *överbåta* uppgiften att meddela sådan vård (18 § tredje stycket HSL).⁷³ Överbåtelsen skall godkännas av regeringen för att bli giltig. Regeringens prövning är en laglighetsprövning, t.ex. att det är fråga om en överbåtelse av huvudmannskapet för hemsjukvården eller att inte annan del av primärvården än hemsjukvården överbåtits. Någon materiell prövning skall inte göras av avtalets innehåll eller lämplighet.⁷⁴ Om en överbåtelse har skett får landstinget, enligt 19 § HSL, lämna ekonomiskt bidrag till kommunen.

Även *utan en formell överbåtelse* avses dock kommunen kunna överta ansvaret för hemsjukvården. Det kan t.ex. vara mer ändamålsenligt att kommunen fortsätter att meddela vård åt en person som bor i en boendeform enligt SoL men som tillfälligt vistas i sin egen eller i en familjemedlems bostad i kommunen. Av denna anledning har kommunen tillagts *befogenheten* att erbjuda hemsjukvård. En sådan befogenhet innebär dock inte att kommunen till någon del skall överta den skyldighet som landstinget har att ansvara för hemsjukvården. *Skyldigheten* ligger odelat kvar på landstinget.⁷⁵

Planering

Enligt 20 § första stycket HSL har kommunen skyldighet att planera *sin* hälso- och sjukvård med utgångspunkt i befolkningens behov av sådan vård. Detta ansvar skall inte ses som underordnat landstingens planering. Kommunerna har samma ansvar som landstingen beträffande sitt ansvarsområde.⁷⁶ Planeringen skall, enligt 20 § andra stycket, även avse den hälso- och sjukvård som erbjuds av privata och andra vårdgivare.⁷⁷

Sammanfattning

Socialtjänsten skall bl.a. tillgodose den enskildes behov av bistånd och särskilt boende medan hälso- och sjukvården har ansvaret för hälso- och sjukvårdsinsatserna däri. Gemensamt för båda verksamheterna är den planering som skall göras enligt såväl SoL, där kommunerna åläggs att samverka med andra samhällsorgan och organisationer, som HSL där kommunens plane-

⁷² Prop. 1990/91:14 s. 59.

⁷³ En överenskommelse om att överbåta skyldigheten att erbjuda hemsjukvård får, enligt 18 § tredje stycket, även avse förbrukningsartiklar som landstinget annars har ansvar för enligt 3 c § HSL.

⁷⁴ Prop. 1990/91:14 s. 153 f.

⁷⁵ Prop. 1990/91:14 s. 60.

⁷⁶ Prop. 1990/91:14 s. 151.

⁷⁷ Infördes den 1 januari 1996, SFS 1996:835, prop. 1994/95:195.

ring även skall avse den hälso- och sjukvård som erbjuds av privata och andra vårdgivare. Som framgått ovan har lagstiftaren framhållit betydelsen av samverkan och samordning för gemensamma prioriteringar och gemensamma avvägningar rörande personalbehov och ekonomiska frågor. I Ädelreformens förarbeten har också betonats, att kommunens ansvar skall vara av samma art som landstingens, förutom läkarinsatser, och av samma kvalitet som motsvarande vård inom landstingens försorg.⁷⁸

⁷⁸ Se angående art och kvalitet avsnittet Hälso- och sjukvård, inledning, s. 26.

Överklagande

Socialtjänst

Frågan om särskilt boende prövas som en ansökan om bistånd enligt 4 kap. 1 § SoL. Om den enskilde har ett behov som han eller hon inte kan tillgodose själv, eller få tillgodosett eller på annat sätt, föreligger *rätt* till bistånd. Utöver själva boendeinsatsen kan dessutom prövas om den enskilde har behov av andra sociala tjänster under boendet.

Socialnämndens beslut får, enligt 16 kap. 3 § SoL, överklagas hos allmän förvaltningsdomstol bl.a. då nämnden meddelat beslut i fråga om bistånd enligt 4 kap. 1 § SoL. Talan förs genom *förvaltningsbesvär* varigenom den enskilde kan få till stånd en allsidig prövning av beslutet, omfattande såväl dess laglighet som lämplighet. Förvaltningsbesvär kan anföras rörande beslut i frågor som avses i 16 kap. 3 §. I övrigt kan beslut inom socialtjänsten enbart överklagas genom laglighetsbesvär enligt kommunallagen (KL).

En prövning med förvaltningsbesvär innebär ett mer ingripande förfarande för kommunerna än en laglighetsprövning. Förvaltningsbesvärsformen har därför ibland varit föremål för kritik då den ansetts stå i strid med *det kommunala självstyret*.

Motiven för möjligheten att anföras förvaltningsbesvär är emellertid att en lagstiftning av SoL:s karaktär, som i stor omfattning lämnar frågan om de olika stöd- och hjälpinsatsernas utformning öppen för avgörande i varje enskilt fall, ställer krav på såväl en effektiv statlig tillsyn som en möjlighet att överklaga ett beslut. När det gäller rätten till bistånd har kommunalbesvärsvägen därvid inte ansetts tillräcklig. Det är först om besvärsmyndigheten ges möjlighet att sätta ett annat beslut i det överklagade beslutets ställe som besvärsrätten kan ges ett reellt innehåll för den enskilde.⁷⁹ Lagstiftaren har uttryckt, att det ligger i biståndets natur att nämnden aldrig kan underlåta att ge den enskilde hjälp i någon form om han eller hon behöver socialtjänstens insatser för sin försörjning eller livsföring i övrigt. Att besvärsprövningen sker från samma utgångspunkt har inte ansetts oförenligt med den kommunala självbestämmanderätten eller på annat sätt kunnat sägas, på ett otillbörligt sätt, gripa in i den politiska beslutsprocessen.⁸⁰ En laglighetsprövning innebär enbart en kontroll av att beslutet har fattats i laga ordning och kan inte, i materiell mening, gynna den som överklagar.⁸¹

Såvitt gäller ingreppet i det kommunala självstyret har regeringen anført, att ett sådant inte är unikt. Hela socialtjänstlagen och även hälso- och sjukvårdslagstiftningen kan sägas vara en inskränkning av det kommunala självstyret. Regeringens uppfattning är dock att *hänsynen till den enskildes rätts-säkerhet* väger tyngre än kommunernas intresse i detta fall.⁸²

⁷⁹ Prop. 1979/80:1 Del A s. 466 f.

⁸⁰ Prop. 1979/80:1 Del A s. 470.

⁸¹ Prop. 2000/01:80 s. 96.

⁸² Prop. 2000/01:80 s. 90. Se även Socialutskottet 2000/01:SoU 18 s. 31.

Hälso- och sjukvård

Kommuner och landstingskommuner har enligt HSL *skyldighet* att tillhandahålla hälso- och sjukvård av en viss omfattning och standard. Någon rätt för patienten att anföra *förvaltningsbesvär* över beslut rörande *vården* föreligger dock inte. Däremot kan patienten anföra kommunalbesvär över beslut som fattats av en kommunal nämnd. Patienten har också rätt att hos HSAN få prövat om någon som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen åsidosatt vad som åligger honom eller henne i yrkesutövningen. Patienten kan också vända sig till patientnämnden⁸³ och till Socialstyrelsen.⁸⁴

⁸³ Prop. 1981/82:97 s. 119.

⁸⁴ Se även avsnitt om rättighetslag respektive skyldighetslag s. 17.

Huvudmannaskap

Socialtjänst

Det är kommunen som, enligt 2 kap. 1 § SoL, svarar för socialtjänsten inom sitt område. Kommunen har det *yttersta ansvaret* för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver (2 kap. 2 § SoL). Det har ansetts angeläget att *ett organ* i samhället har uppgiften att *förmedla hjälpinsatser* från andra samhällsorgan och tillgodose det behov av bistånd som därutöver kan föreligga i det enskilda fallet. Härigenom skulle skapas garantier för att den enskilde får den hjälp och stöd som behövs i varje särskilt fall.⁸⁵ Det yttersta ansvaret innebär att kommunen skall upptäcka det hjälpbehov som finns, ge råd och anvisningar om hjälpmöjligheter i samhället, förmedla insatser från andra samhällsorgan och, heter det i förarbetena, som en yttersta konsekvens skyldighet att bereda den enskilde behövlig vård.⁸⁶ Det hör alltså till socialtjänstens uppgifter att vid behov hjälpa en enskild att få kontakt med hälso- och sjukvården.⁸⁷

Det yttersta ansvaret innebär ingen inskränkning i det ansvar som åvilar andra huvudmän (2 kap. 3 § andra stycket SoL). Däremot faller på kommunen uppgiften att vidta *tillfälliga åtgärder* i väntan på att ansvarig huvudman, t.ex. hälso- och sjukvården, kan ge den enskilde behövlig vård. Avsikten är därvid inte att kommunen skall träda i annan huvudmans ställe, men det kan uppstå situationer då kommunen i väntan på att en annan huvudman ingriper måste vidta temporära åtgärder under en begränsad tid med de resurser som finns tillgängliga inom socialtjänsten. Det yttersta ansvaret innebär alltså inte att socialtjänsten skall upprätta behandlingsresurser för att tillgodose sådana behov som faller inom en annan huvudmans område. Vid tvivel om vilken huvudman som bär ansvaret följer dock av lagrummet, att det är kommunen som bär ansvaret i avvaktan på att frågan löses.⁸⁸ Är huvudmännen inte överens får detta under inga omständigheter gå ut över den enskilde.

Av 2 kap. 2 § SoL följer att det är *vistelsekommunen* som bär ansvaret. Härmed avses den kommun där den enskilde befinner sig när hjälpbehovet inträder.⁸⁹ Undantag från vistelsekommuns ansvar regleras i 2 kap. 3 § och 16 kap. 2 § SoL.

Kommunen får, enligt 2 kap. 5 § SoL sluta avtal med annan om att utföra kommunens uppgifter inom socialtjänsten. Med *annan* avses bolag, förening, samfällighet, stiftelse, enskild individ eller annan kommun.⁹⁰ Bestämmelsen infördes den 1 januari 1993 för att klargöra möjligheterna att

⁸⁵ Prop. 1979/80:1 Del A s. 142.

⁸⁶ Prop. 1979/80:1 Del A s. 143, 523 f.

⁸⁷ Jfr. prop. 1990/91:58 s. 244.

⁸⁸ Prop. 1979/80:1 Del A s. 524.

⁸⁹ Prop. 1979/80:1 Del A s. 523.

⁹⁰ Prop. 1992/93:43 s. 21.

lägga ut verksamheten på entreprenad och för att stimulera kommunerna att utsätta sin verksamhet för konkurrens.⁹¹ Uppgifter som innefattar *myndighetsutövning* får dock *inte* med stöd av bestämmelsen i fråga överlämnas till bolag, förening, samfällighet, stiftelse eller en enskild individ. Inte heller kan det yttersta ansvaret för kommunernas uppgifter inom socialtjänsten överlåtas på annan.⁹²

Hälso- och sjukvård

Det offentliga huvudmannaskapet för hälso- och sjukvården åvilar *landstingen och kommunerna*.

Varje *landsting* har, enligt 3 § HSL, skyldighet att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget, liksom åt dem som är kvarskrivna enligt folkbokföringslagen och som stadigvarande vistas inom landstinget. Landstinget har också skyldighet att erbjuda god hälso- och sjukvård åt dem som har rätt till vårdförmåner i Sverige enligt vad som följer av förordning (EEG) 1408/71 (3 c § HSL) och akut hälso- och sjukvård åt den som vistas inom landstinget utan att vara bosatt (4 § HSL).

Landstingens ansvar omfattar *inte* sådan hälso- och sjukvård som en *kommun inom landstinget* har ansvar för enligt 18 § första och tredje styckena HSL (jfr 3 § andra stycket HSL). Som framgått i avsnitt 4.2 har kommunerna ansvar för hälso- och sjukvård i vissa boendeformer, i viss dagverksamhet och i särskilda fall även för hemsjukvård.

För att både klargöra möjligheterna att lägga ut verksamheten på entreprenad och för att stimulera kommunerna att utsätta sin verksamhet för konkurrens har särskilda bestämmelser om detta införts också i HSL.⁹³ I 18 § femte stycket HSL regleras kommunens möjligheter att lägga ut kommunal verksamhet på entreprenad till privaträttsliga subjekt. Sålunda får en kommun sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som kommunen ansvarar för enligt lagen. En uppgift som innefattar *myndighetsutövning* får dock *inte* med stöd av denna bestämmelse överlämnas till ett bolag, förening, samfällighet, stiftelse eller enskild individ. Genom bestämmelsen klarläggs att entreprenad är tillåten i en sådan verksamhet som inte innefattar myndighetsutövning. Begreppet myndighetsutövning avses ha samma betydelse som i gamla förvaltningslagen (FL), dvs. ”utövning av befogenhet att för enskild bestämma om förmån, rättighet, skyldighet, disciplinär bestraffning eller annat jämförbart förhållande”.⁹⁴ Inom hälso- och sjukvården torde enligt motiven själva vårduppgifterna och de beslut som fattas utifrån enbart medicinska indikationer mera sällan vara att anse som myndighetsutövning.⁹⁵

Det åligger huvudmannen att bevaka att ett entreprenadavtal utformas så att kraven på bl.a. insyn och kvalitet tillgodoses⁹⁶ liksom att kravet på att det skall finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska regleras i avtalet.⁹⁷

⁹¹ Prop. 1992/93:43 s. 8.

⁹² Prop. 1992/93:43 s. 21.

⁹³ Prop. 1992/93:43 s. 8.

⁹⁴ Prop. 1992/93:43 s. 7.

⁹⁵ Prop. 1992/93:43 s. 22.

⁹⁶ Prop. 1995/96:176 s. 48.

Ledning

Socialtjänst

Nämnd

Kommunens uppgifter inom socialtjänsten fullgörs enligt 2 kap. 4 § SoL av den eller de nämnder som kommunfullmäktige bestämmer.

I 1980 års SoL gällde, att inom varje kommun skulle finnas en nämnd – *socialnämnd* – med uppgift att fullgöra kommunens uppgifter inom socialtjänsten. Syftet härmed var att helhetssynen inom socialtjänsten skulle åter spegla sig på det organisatoriska planet.

Som en följd av 1991 års kommunallag (1991:900), som bl.a. innebär möjlighet till en friare kommunal organisation, finns inte längre skyldighet för kommunerna att ha en särskild socialnämnd. Kommunerna har frihet att utifrån sina egna behov och önskemål utforma en lämplig nämndorganisation på det sociala området. Den nämnd som fullgör dessa uppgifter är en *fakultativ specialreglerad nämnd*. Genom den fria nämndorganisationen kan det t.ex. inrättas särskilda äldreomsorgsnämnder eller särskilda äldre- och handikappnämnder med ansvar för *både sociala och medicinska insatser*. Kommunen har också möjlighet att tillsätta skilda nämnder för olika delar av kommunen. Organisationen av de sociala insatserna måste dock utformas så att den sociala kunskapen och erfarenheten tillvaratas i kommunen och så att kommunen har möjligheter att delta i samhällsplaneringen och verka för en god samhällsmiljö för befolkningen. Det får inte förekomma att olika regler gäller i olika delar av kommunen eller att olika grupper av kommunmedlemmar behandlas på olika sätt.⁹⁸

För nämndens verksamhet gäller, enligt 10 kap. 1 § SoL, vad som är föreskrivet i KL. Nämnderna är *förvaltningsmyndigheter* som enligt 3 kap. 13 § KL beslutar i frågor som rör förvaltningen och i frågor som de enligt lag eller annan författning skall handha. Det är sålunda nämnden som formellt fattar beslut om bistånd och andra insatser enligt SoL. Ofta fattas emellertid beslut på tjänstemannanivå efter delegation från nämnden.⁹⁹

Kommunen kan, på motsvarande sätt som landstingen, indelas i olika verksamhetsområden. Ett verksamhetsområde kan vara geografiskt och omfatta en del av kommunen eller enbart bestå av en viss vårdinrättning. I verksamhetsområdet förekommer då såväl sociala som medicinska uppgifter. Ett verksamhetsområde kan även vara en viss uppgift, t.ex. att svara för all sjukgymnastik vid kommunens olika boendeformer för service och omvårdnad. Oavsett hur verksamhetsområdet ser ut är det ansvarig *nämnd* som leder verksamheten och beslutar om hur arbetsuppgifterna skall fördelas

⁹⁷ Se SOSFS 1997:10.

⁹⁸ Norström/Thunved 2004 s. 38 f.

⁹⁹ Se avsnittet Personal s. 36.

mellan personalen och vem som i olika sammanhang skall vara ledningsansvarig.¹⁰⁰

Personal

Nämnden består av ledamöter och ersättare som väljs av fullmäktige. I den kommunala organisationen sköts emellertid den löpande handläggningen av ärenden, *den beslutande verksamheten*, av tjänstemän anställda i den kommunala organisationen vars beslutanderätt grundas på delegation från nämnden. Enligt 6 kap. 33 § KL får en nämnd uppdra åt ett utskott, en ledamot eller ersättare eller åt en anställd hos kommunen att besluta på nämndens vägnar i ett visst ärende eller en viss grupp av ärenden utom i fall som avses i 6 kap. 34 § KL. Enligt den senare bestämmelsen får bl.a. ärenden som rör myndighetsutövning mot enskilda inte delegeras om de är av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt.

Särskilda regler om delegation ges i 10 kap. SoL. Enligt 10 kap. 4 § får vissa beslut endast delegeras till ledamöter eller ersättare i nämnden. När det gäller andra beslut, t.ex. om bistånd, kan delegation ges även till en tjänsteman. Ett beslut fattat efter delegation är att betrakta som ett beslut fattat av nämnden.

Den kommunala verksamheten består till stor del även av *annan förvaltningsverksamhet*, s.k. faktisk förvaltningsverksamhet, t.ex. tillhandahållande av vårdinsatser. Denna verksamhet utförs av personal anställd av kommunen, eller i förekommande fall i entreprenadverksamhet, och avser som regel *verkställighet av beslut* fattat av nämnden eller delegat.¹⁰¹

I Investera nu! nämns bl.a. den omständigheten att hälso- och sjukvårdspersonalen har ett lagfäst yrkesansvar medan socialtjänstens personal utför uppgifter som delegeras från den politiska nämnden som ett problem.¹⁰² Som framgått ovan innebär inte nämndens skyldighet att fullgöra kommunens uppgifter inom socialtjänsten att det alltid är nämnden i sig som fattar beslut. Ofta fattas beslut på tjänstemannanivå efter delegation från nämnden. Man måste emellertid, när det gäller delegationsfrågan, skilja mellan kommunens *handläggning av ärenden* respektive den *faktiska verksamhet* som bedrivs i kommunens regi. Delegationsbestämmelserna i 6 kap. 33 § KL och i 10 kap. 4–5 §§ SoL avser *beslut i ärenden*. Med beslut avses i delegeringsbestämmelserna i KL endast beslut i KL:s mening. Kännetecknande för dessa är att det föreligger alternativa lösningar och att beslutsfattaren måste göra vissa överväganden och bedömningar.¹⁰³ Men beträffande den *faktiska* verksamheten, t.ex. vård- och omsorgsuppgifter, handlar det inte om beslut utan om *verkställighet av beslut*, låt vara fattat av nämnden eller av delegat. Utförandet av dessa uppgifter *grundas inte på delegation* utan det är fråga om arbetsuppgifter som genomförs av anställda och som följer av den arbetsfördelning mellan de förtroendevalda och de anställda som måste finnas

¹⁰⁰ Jfr Prop. 1990/91:14 s. 69.

¹⁰¹ Se även avsnittet Personal s. 48.

¹⁰² Investera nu! s. 48 f.

¹⁰³ Hilborn m.fl, Kommunallagen 2001 s. 297 och Clevesköld m.fl. Handläggning inom socialtjänsten 2003 s. 154.

för att den kommunala verksamheten skall kunna fungera.¹⁰⁴ Däremot torde det ligga i nämndens ledningsansvar att se till att beslutade insatser genomförs i enlighet med fattade beslut.

Hälso- och sjukvård

Nämnd

Ledningen av *kommunens* hälso- och sjukvård utövas, enligt 22 § HSL, av den eller de nämnder som kommunfullmäktige bestämmer enligt 2 kap. 4 § SoL.¹⁰⁵ Som ovan framgått sägs i den bestämmelsen att kommunens uppgifter inom socialtjänsten fullgörs av den eller de nämnder som kommunfullmäktige bestämmer. Syftet med konstruktionen i 22 § HSL är att *sociala och medicinska* insatser skall kunna samordnas. För att kunna genomföra denna samordning krävs att *en och samma nämnd har det samlade ansvaret* för insatserna.¹⁰⁶

I kommunens skyldigheter rörande äldre enligt SoL ingår att inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad. I ett sådant boende har kommunen ansvar för *såväl sociala som medicinska insatser*, exklusive sådana som meddelas av läkare. Det kommunala ansvaret innebär att kommunerna skall driva och ha det ekonomiska ansvaret i sin helhet för dessa boendeformer/bostäder.¹⁰⁷ Det ankommer således på socialnämnden¹⁰⁸ att leda verksamheten där.¹⁰⁹

Enligt 28 § HSL skall *ledningen* av hälso- och sjukvård vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet. Bestämmelsen riktar sig till den nämnd som avses i 22 § HSL.¹¹⁰

HSL bygger på principen att huvudmännen för hälso- och sjukvården skall vara fria att organisera och bedriva verksamheten efter lokala förutsättningar och behov så att kraven kan uppfyllas och målen nås. 28 § HSL innebär att den som bedriver verksamheten, i förevarande fall kommunen, måste välja en ledningsform som är anpassad till verksamhetens inriktning och omfattning.¹¹¹ Av 29 § HSL framgår att det alltid måste finnas en verksamhetschef.¹¹² I vissa fall, sägs i motiven, kan detta vara tillräckligt inte bara med hänsyn till verksamhetens omfattning utan även med hänsyn till verksamhetschefens kompetens och erfarenhet. I andra fall kan det vara lämpligt att ledningen består av ytterligare personer t.ex. en styrelse.¹¹³ Eftersom hälso- och sjukvården till övervägande del finansieras genom all-

¹⁰⁴ Jfr Hilborn m.fl. Kommunallagen 2001 s. 297.

¹⁰⁵ I kommun som inte ingår i ett landsting utövas ledningen av den hälso- och sjukvård som avses i 18 § första eller andra stycket HSL i enlighet med 10 § HSL (22 § 2 stycket HSL).

¹⁰⁶ Prop. 1990/91:14 s. 64.

¹⁰⁷ Prop. 1990/91:14 s. 40 f.

¹⁰⁸ Eller annan nämnd som fullgör uppgifter enligt SoL 2:4.

¹⁰⁹ Prop. 1990/91:14 s. 64.

¹¹⁰ Prop. 1995/96:176 s. 57.

¹¹¹ Prop. 1995/96:176 s. 103.

¹¹² Se avsnittet Verksamhetschef, s. 38.

¹¹³ Prop. 1995/96:176 s. 103.

männa medel anses det motiverat att i lag ställa krav på hur medlen används.¹¹⁴

Verksamhetschef

Enligt 29 § första stycket HSL skall det, inom hälso- och sjukvård, finnas någon som *svarar för verksamheten* (verksamhetschef). Verksamhetschefen får bestämma över *diagnostik eller vård och behandling* av enskilda patienter endast om han eller hon har tillräcklig kompetens och erfarenhet för detta.

Bakgrunden till bestämmelsen är att hälso- och sjukvården är av omedelbar betydelse för patienternas liv och hälsa. Verksamheten måste därför kontrolleras fortlöpande av vårdgivaren själv och genom statlig tillsyn. För att hälso- och sjukvården skall kunna kontrolleras på ett effektivt sätt *krävs det att ledningsfunktionen inom verksamheten är tydlig*. Det krävs, sägs i motiven, såväl av patienter, anhöriga och personal som av tillsynsmyndigheten att det finns en person man kan vända sig till rörande frågor kring verksamheten. En verksamhetschef skall därför bl.a. ansvara för den löpande verksamheten och upprätthålla och bevaka att hälso- och sjukvårdsverksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet, god kvalitet och främjar kostnadseffektivitet inom det verksamhetsområde som bestämts.¹¹⁵ Kompetensen varierar beroende på inriktning och omfattning av verksamheten samt vilket ansvar som läggs på verksamhetschefen. Utbildning, erfarenhet och personliga egenskaper blir här, sägs i lagens motiv, avgörande.¹¹⁶

Verksamhetschefen skall enligt förarbetena alltid ha det samlade ansvaret för verksamheten. Han eller hon kan, och bör i vissa fall, uppdra enskilda uppgifter åt annan mot bakgrund av sin kompetens.¹¹⁷ Enligt 30 § HSL får verksamhetschefen uppdra åt sådana befattningshavare inom verksamheten som har tillräcklig kompetens och erfarenhet att fullgöra *enskilda ledningsuppgifter*. Det samlade ledningsansvaret kan inte överlåtas till annan befattningshavare. Det anses ingå i den kompetens som verksamhetschefen skall ha att veta när han eller hon bör överlåta ledningsuppgifter till någon annan för att säkerställa hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården (Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1997:8) om verksamhetschef inom hälso- och sjukvård).

Kravet på att det skall finnas en verksamhetschef gäller oavsett om verksamheten är offentlig eller enskild – sålunda gäller det *även den kommunala* hälso- och sjukvården – och oavsett den medicinska risknivån för enheten. Det enda krav som ställs på hur verksamheten skall ledas är att det skall finnas en chef. I övrigt kan verksamhetens ledningsfunktion ha olika utseende. Verksamhetschefen behöver inte tillhöra hälso- och sjukvårdspersonalen utan kan tillhöra annan yrkeskategori.¹¹⁸ I de fall verksamhetschefen inte

¹¹⁴ Prop. 1995/96:176 s. 57.

¹¹⁵ Prop. 1995/96:176 s. 57.

¹¹⁶ Prop. 1995/96:176 s. 57.

¹¹⁷ Prop. 1995/96:176 s. 57.

¹¹⁸ Prop. 1995/96:176 s. 104.

har medicinsk kompetens kan han eller hon inte bestämma över vården av den enskilda patienten.¹¹⁹

Verksamhetschefen skall följa vad som överenskommit mellan honom eller henne och den som bedriver verksamheten, t.ex. genom anställningsavtal, samt regler i lagar och andra författningar. Detta har inte angivits i paragrafen men förutsätts av lagstiftaren.¹²⁰

Förordning (1996:933) om verksamhetschef inom hälso- och sjukvården innehåller särskilda bestämmelser om verksamhetschefens ansvar. Sålunda skall verksamhetschefen bl.a. ansvara för att närstående omedelbart underrättas när en patient avlider eller en patients tillstånd allvarligt försämras (2 § p. 1) eller att överförmyndaren underrättas om intagen kan antas behöva god man eller förvaltare (2 § p. 3).

Av Socialstyrelsens ovan nämnda allmänna råd (SOSFS 1997:8) framgår bl.a. att verksamhetschefen representerar vårdgivaren och att det är vårdgivaren som ansvarar för att det utses verksamhetschefer för all den hälso- och sjukvårdsverksamhet som denne bedriver. Mot bakgrund av 28 § HSL skall verksamhetsområdet ha en sådan struktur och omfattning att det med hänsyn till verksamhetens inriktning är möjligt för verksamhetschefen att upprätthålla kraven på bl.a. hög patientsäkerhet.

Inom den *kommunala* verksamheten kommer den *medicinskt ansvariga sjuksköterskan* (MAS), i de fall detta uppdrag inte sammanfaller med uppdrag som verksamhetschef, att vara *underställd verksamhetschefen*.¹²¹ Vissa av MAS uppgifter är dock reglerade i 24 § HSL och i Förordning (1998:1513) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (FYHS). I utövningen av dessa uppgifter, varom mera nedan,¹²² är MAS *inte* underställd verksamhetschefen (SOSFS 1997:8). Verksamhetschefen kan därför inte ingripa vid fullgörandet av dessa uppgifter. Ledningsansvaret begränsas sålunda av de uppgifter MAS har enligt ovan angivna författningar. Verksamhetschefen ansvarar dock för att MAS har den kompetens som erfordras för uppgiften och att hon eller han har tillgång till de resurser som krävs för att hon eller han skall kunna fullgöra sina uppgifter. Det är, enligt Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1997:10) om medicinskt ansvarig sjuksköterska i kommunernas hälso- och sjukvård, *nämnden* som svarar för att MAS ansvar och befogenheter klargörs i förhållande till verksamhetschefer och övrig personal.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Förhållandena i kommunen skiljer sig från landstingen i det avseendet att kommunens ansvar enligt HSL inte omfattar läkarinsatser. Oaktat detta finns det också i den kommunala organisationen, enligt lagstiftarens uppfattning, uppgifter som inte lämpligen kan anförtros annan än den som besitter *viss kvalificerad medicinsk kompetens*. Det skulle i många fall kunna äventyra patientsäkerheten om inte vissa funktioner utövades av personal

¹¹⁹ Prop. 1995/96:176 s. 104.

¹²⁰ Prop. 1995/96:176 s. 104.

¹²¹ Prop. 1995/96:176 s. 104.

¹²² Avsnittet Medicinskt ansvarig sjuksköterska s. 39.

med sådan kompetens.¹²³ Någon i den kommunala organisationen måste sålunda svara för att ge direktiv och arbetsanvisningar för när läkare skall kopplas in och när delegering av vårduppgifter är förenliga med patienternas säkerhet. Detta har ansetts vara uppgifter som inte kan läggas på annan än en *medicinsk sakkunnig* person med sådan utbildning och erfarenhet att det finns rimliga möjligheter att fullgöra uppgiften på ett från patientsäkerhets-synpunkt tillfredsställande sätt.¹²⁴ Med hänsyn till *patientsäkerheten* har det sålunda ansetts nödvändigt att skapa garantier för att de nämnda uppgifterna alltid kommer att ligga på en person med erforderlig kompetens, vilket även gäller för den som skall svara för Lex Maria-anmälningarna. Den person som skall ha detta ansvar skall i första hand vara en *sjuksköterska*. Men i vissa fall kan en person med kompetens som t.ex. sjukgymnast eller arbetsterapeut komma i fråga (jfr 24 § 2 stycket).¹²⁵ Utöver legitimation anses den sjuksköterska varom här är fråga också behöva *viss yrkeserfarenhet*.¹²⁶

Enligt 24 § HSL skall det, inom det verksamhetsområde som kommunen bestämmer finnas en sjuksköterska som svarar för att det 1) finns sådana *rutiner att kontakt tas med läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal* när en patients tillstånd fordrar det, att 2) *beslut om att delegera* ansvar för vårduppgifter är förenliga med säkerheten för patienterna och att 3) *anmälan* görs till den nämnd, som har ledningen av hälso- och sjukvårdsverksamheten, om en patient i samband med vård eller behandling drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom. Härutöver skall MAS, enligt 5 § FYHS, ansvara för att patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet, att journaler förs i den omfattning som föreskrivs i PjL, att patienten får den vård som läkare förordnat och att rutinerna för läkemedelshantering är ändamålsenliga och väl fungerande.¹²⁷ Av Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1997:10) om medicinskt ansvarig sjuksköterska i kommunernas hälso- och sjukvård framgår bl.a., att det åligger MAS att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet och att se till att författningsbestämmelser och andra regler är kända och efterlevs, liksom att det finns behövliga direktiv och instruktioner för sjukvårdsverksamheten. Det åligger också MAS att se till att personalen inom kommunens hälso- och sjukvård har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten.

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan har inte något primärt ansvar för den individuellt inriktade vården av enskilda patienter. Dock kan hon eller han, i överensstämmelse med vad som framgår av bestämmelserna i HSL och i FYHS, ingripa i enskilda fall och bestämma över vård och behandling (SOSFS 1997:10).

Enligt lagens förarbeten torde det i regel vara lämpligt att en och samma person inom varje verksamhetsområde fullgör alla de uppgifter som skall omfattas av det särskilda medicinska ansvaret. Det är dock inget som hindrar att kommunen kan utse olika personer för olika delar av detta ansvar.

¹²³ Prop. 1990/91:14 s. 69.

¹²⁴ Prop. 1990/91:14 s. 69 f.

¹²⁵ Prop. 1990/91:14 s. 69 f.

¹²⁶ Prop. 1990/91:14 s. 155.

¹²⁷ Beträffande frågan om MAS ställning i förhållande till verksamhetschefen, se avsnittet Verksamhetschef s. 38.

När den person som har ett särskilt medicinskt ansvar är ledig skall en annan särskild person med kompetens för uppgiften förordnas att fullgöra den.¹²⁸

Särskilt om landstingets läkare

Landstingets läkare har inte har något ledningsansvar inom den kommunala hälso- och sjukvården. Den särskilt medicinskt ansvariga sjuksköterskan, eller motsvarande, i kommunen har ett *primärt ansvar* för att rutiner finns för när kontakt skall tas med läkare i de fall enskildas hälsotillstånd fordrar det. Vanligtvis, sägs i motiven, är det distriktsläkaren som har det *övergripande* hälso- och sjukvårdsansvaret för patienterna. Det kan emellertid även vara fråga om en annan läkare.¹²⁹

Rent *organisatoriskt* får landstingets läkare ställning som *konsultläkare* i förhållande till kommunen. Läkarens ansvar gentemot den enskilde patienten förändras däremot inte. Läkaren kommer alltså att ha det övergripande ansvaret för enskildas vård och behandling och skall utifrån sitt medicinska yrkesansvar vidta de åtgärder som patientens tillstånd kräver. *Läkaren bestämmer*, med patientens medgivande, vilka vård- och behandlingsinsatser som skall göras. Det ankommer därefter på kommunens hälso- och sjukvårdspersonal att utifrån sitt medicinska yrkesansvar följa de anvisningar om patientens vård och behandling, som läkaren meddelat.¹³⁰ Läkaren kan dock inte disponera över de resurser som finns tillgängliga i kommunen för enskildas vård och behandling. Det ansvaret kommer att ligga på kommunen som skall se till att den enskilde får den vård och behandling som läkaren förordnat. Det är framför allt den särskilt medicinskt ansvariga sjuksköterskan som skall se till detta. Kommunens ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser innebär inte någon begränsning av landstingets ansvar för de läkarinsatser som den enskilde behöver.¹³¹

Gemensam nämnd

Enligt 1 § lagen (2003:192) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet får ett landsting och en eller flera kommuner som ingår i landstinget genom samverkan i en gemensam nämnd gemensamt fullgöra bl.a. *landstingets* uppgifter enligt HSL och lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och *kommunens* uppgifter enligt bl.a. SoL, HSL och LSS (p. 1 och 2). Vid samverkan i en gemensam nämnd har de samverkande parterna fortfarande kvar huvudmannaskapet för sina respektive områden. En bestämmelse i en annan författning som rör en kommun eller ett landsting gäller således även om kommunen eller landstinget bildat en gemensam nämnd på området.¹³²

Bakgrunden till lagen är, att många vård- och omsorgsbehövande har behov av insatser från såväl landstinget som kommunen. Ur den enskildes perspektiv är det, enligt lagstiftarens mening, viktigt att landstingen och

¹²⁸ Prop. 1990/91:14 s. 156.

¹²⁹ Prop. 1990/91:14 s. 71.

¹³⁰ Prop. 1990/91:14 s. 71.

¹³¹ Prop. 1990/91:14 s. 71.

¹³² Prop. 2002/03:20 s. 41.

kommunerna utvecklar metoder för samordnad planering och säkerställer att den vård och omsorg som erbjuds är av god kvalitet eftersom en bristande kontinuitet i samhällets insatser skapar otrygghet för de enskilda som berörs.¹³³ Genom lagen vidgas den kommunala kompetensen.¹³⁴

Avslutande diskussion

Kommunerna innehar huvudmannskapet för såväl socialtjänsten som viss hälso- och sjukvård. Som framgått tidigare var en av huvudtankarna bakom Ädelreformen att primärkommunerna skulle ha ett samlat ansvar för äldreomsorgen bl.a. för att en samordning av service- vårdresurserna skulle underlättas.

Ledningen av socialtjänsten och hälso- och sjukvården fullgörs av den eller de nämnder som kommunfullmäktige bestämmer. Enligt HSL utövas ledningen av kommunens hälso- och sjukvård av den eller de nämnder som bestämts enligt SoL. Också på nämndnivå har lagstiftningen alltså konstrueras utifrån förutsättningen att sociala och medicinska insatser skall kunna samordnas.

Nämnderna består av politiskt valda ledamöter eller ersättare. Nämnden skall enligt SoL *fullgöra kommunens uppgifter inom socialtjänsten* medan nämnden skall *utöva ledningen över hälso- och sjukvården* enligt HSL. Lagstiftningen ger alltså uttryck för en viss skillnad i ledningsfunktionen beroende på vilken verksamhet det är fråga om. Nämnden är den formelle beslutsfattaren för insatser enligt SoL medan man har en annan roll i förhållande till hälso- och sjukvården. Detta torde bero på att hälso- och sjukvårdsinsatserna skall utföras i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet (2 kap. 1 § LYHS) under ett personligt yrkesansvar (2 kap. 5 § LYHS). SoL ställer inte samma slags krav vilket dock inte betyder att ansvarsregler saknas. Det finns t.ex. regler i brottsbalken om brott mot tystnadsplikten. Även icke legitimerad personal kan också, under särskilda förutsättningar, ha ett yrkesansvar enligt LYHS.¹³⁵

När det gäller ledningen *under* nämndnivå skiljer sig regleringen i SoL och HSL. Såvitt gäller hälso- och sjukvård skall det enligt HSL finnas en verksamhetschef och en medicinskt ansvarig sjuksköterska, var och en med relativt bestämda uppgifter. Därutöver skall finnas den personal som behövs för att man skall kunna ge god vård.¹³⁶

Verksamhetschefen skall enligt 29 § HSL svara för verksamheten men får bestämma över diagnostik och behandling av enskilda patienter endast om han eller hon har tillräcklig kompetens och erfarenhet för detta. Verksamhetschefen representerar vårdgivaren – kommunen – och skall ansvara för den löpande verksamheten, bevaka patientsäkerheten och se till att vården är av god kvalitet. Underställd verksamhetschefen, utom i vissa särskilt reglerade avseenden, är den *medicinskt ansvariga sjuksköterskan* (MAS). MAS

¹³³ Prop. 2002/03:20 s. 18.

¹³⁴ Prop. 2002/03:20 s. 40.

¹³⁵ Se avsnitt 12.

¹³⁶ Beträffande personal, se avsnittet Personal s 48.

har inte primärt ansvar för den individuellt inriktade vården av enskilda patienter men har befogenhet att ingripa i enskilda fall.

SoL ställer inte krav på att det skall finnas en ”verksamhetschef” utan det torde vara upp till nämnden att bestämma om den närmare ledningen utifrån 3 kap. 3 § andra stycket SoL. Enligt denna bestämmelse skall det för utförande av socialnämndens uppgifter finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet.

Nämnden leder verksamheten och beslutar hur arbetsuppgifterna skall fördelas och vem som är ledningsansvarig. Lagarnas konstruktion, såvitt gäller ledningen av verksamheterna under nämndnivå, kan emellertid vara ägnade att medföra problem och oklarheter i den praktiska tillämpningen. Verksamhetschefens ansvar torde vara begränsat till hälso- och sjukvårdsverksamheten, även om det i motiven talas om att verksamhetschefen har det ”samlade ansvaret”.¹³⁷ Även om det finns en chef också över den sociala verksamheten skulle diskussion kunna tänkas uppstå t.ex. om vem som har befogenhet att ge direktiv över olika delar av verksamheterna och vem eller vilka som personalen skall vända sig till och rätta sig efter. Härtill kommer svårigheterna att bedöma om en viss insats skall anses som medicinsk eller social. Vems åsikt skall vara avgörande?

¹³⁷ Prop.1995/96:176 s. 57 och s. 104.

Mål för verksamheten

Socialtjänst

I 1 kap. 1 § första stycket SoL, i den s.k. portalparagrafen, anges de *övergripande målen* för samhällets socialtjänst. Den skall på *demokratins* och *solidaritetsens* grund främja människornas ekonomiska och sociala *trygghet, jämlikhet* i levnadsvillkor och aktiva deltagande i samhällslivet. Dessa mål är överordnade socialtjänstens huvudfunktioner i övrigt och de särskilda målen för olika verksamheter. De är allmänt hållna men bör, enligt motiven, ses som politiska riktmärken för socialtjänstens långsiktiga utveckling. De är en markering av *ett förhållningssätt* till människor och anses uttrycka såväl samhällets roll i olika problemprocesser som en positiv tilltro till människans egen förmåga att ta ansvar för sin situation.¹³⁸

Socialtjänsten skall, enligt samma bestämmelse andra stycket, under hänsynstagande till den enskilda människans ansvar för sin och andras sociala situation, inriktas på att *frigöra och utveckla* de egna resurserna. Den kränkning det innebär att frånta den enskilde ett personligt ansvar för sitt eget liv avsågs genom 1980 års socialtjänstreform – och den enskildes eget ansvar – minska risken för passivering och beroende.¹³⁹ Socialtjänstens uppgift är att *förstärka och komplettera* människans egna resurser, inte att begränsa ansvaret för den egna situationen. Denna *rehabiliteringstanke* framgår även av 4 kap. 1 § andra stycket, då bistånd skall utformas så att det stärker den enskildes resurser att leva ett självständigt liv.

De övergripande målen grundar inte några materiella rättigheter och de är av så generell natur att de kan vara svåra att nå upp till. Målen är dock tänkta att kunna bidra till att blotta alltför kortsiktiga åtgärder och inbördes motstridande insatser. De innebär även, sägs i lagens förarbeten, en öppen redovisning av de värderingar som bör prägla verksamheten vilket är att föredra framför strävanden som styrs av dolda värderingar som på ett mer okontrollerat sätt kan påverka verksamheten. Målen är tänkta att vara av betydelse för den socialpolitiska debatten på såväl riksplanet som regionalt och lokalt i kommunerna och vid utarbetande av praktiska reform- och budgetförslag.¹⁴⁰

Hälsa- och sjukvård

I 2 § första stycket HSL, läggs det *övergripande* målet för hälso- och sjukvården – en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen – fast. Den grundläggande tanken bakom målet är att insatser som görs inom hälso- och sjukvården skall ha den *inriktning* som målet ger, även om den

¹³⁸ Prop. 1979/80:1 Del A s. 138.

¹³⁹ Prop. 1979/80:1 Del A s. 139.

¹⁴⁰ Prop. 1979/80:1 Del A s. 139.

enskilda insatsen inte når ända fram.¹⁴¹ Bestämmelsen gäller *all* hälso- och sjukvård¹⁴², sålunda även den som kommunerna ansvarar för.

En *första del* av det övergripande målet är att åstadkomma ett tillstånd där *hela befolkningen* har en god hälsa. Det har ansetts angeläget att, utifrån mer övergripande vårdpolitiska utgångspunkter, lägga fast *översiktliga riktlinjer* för arbetet inom hälso- och sjukvården. Målet anger önskvärda framtida tillstånd och bör också ligga till grund för den samverkan som krävs mellan olika vårdgivare.¹⁴³ Målet förutsätter åtgärder för att befästa, skapa och återställa ett så gott hälsotillstånd som möjligt för den enskilde individen. Det förutsätter också allmänt förebyggande insatser, en *god samordning* med närliggande landstingskommuner och med övriga vårdgivare liksom *den enskilde individens medverkan* i vården av den egna hälsan. Samhället måste stärka den enskildes möjligheter att ta ett aktivt ansvar för sin hälsa. För att kunna åstadkomma en så god hälsa som möjligt hos befolkningen förutsätts insatser av många andra samhällsorgan som kan medverka till ett bättre hälsotillstånd hos befolkningen, t.ex. arbetsmarknadsmyndigheter, arbetarskydd, socialtjänst, sjukförsäkring och miljövårdsorgan. Hälso- och sjukvården bör i *samverkan* med dessa andra organ *främja människors hälsa*.¹⁴⁴

Som en *andra del* av det övergripande målet anges att vården skall erbjudas på *lika villkor*. Det innebär att det i princip bör vara möjligt för alla – oavsett var de bor i landet – att vid behov och på lika villkor få del av hälso- och sjukvårdens tjänster. Ekonomiska, sociala, språkliga, religiösa, kulturella och geografiska förhållanden får inte hindra den enskilde att få vård. Ett väsentligt inslag i målet är att *behovet av hälso- och sjukvård* skall styra möjligheterna att få vård inom ramen för de ekonomiska resurser huvudmannen förfogar över. Behovet av vård skall sålunda ensamt, inom ramen för de ekonomiska resurserna, vara avgörande för vårdens omfattning och karaktär. Häri ligger också att vid prioritering mellan två patienter, skall den som har det mest akuta behovet av vård skall ges företräde.¹⁴⁵ Även för icke akuta eller mindre allvarliga tillstånd måste möjligheter finnas att få god vård inom rimlig tid. Samhället måste ha skyldighet att se till att – inom ramen för tillgängliga resurser och kunskaper – vård erbjuds åt alla vårdbehövande. Därvid är det särskilt angeläget för samhället att värna om vissa grupper som är särskilt utsatta, t.ex. äldre och människor med handikapp.¹⁴⁶

Av 2 § andra stycket HSL framgår att vården skall ges med respekt för *alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet*. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården. Bestämmelsen infördes den 1 juli 1997 (SFS 1997:142) och innebar nya mål för hälso- och sjukvården. Stycket återspeglar de s.k. *människovärdes-, behovs- och solidaritetsprinciperna*¹⁴⁷ som utgör grunden för prioriteringar. Denna *etiska plattform* innebär ingen ändring av den grundläggande inriktningen av svensk hälso- och sjukvård utan avses vara en förstärkning

¹⁴¹ Prop. 1981/82:97 s. 114.

¹⁴² Prop. 1981/82:97 s. 27, 109 f.

¹⁴³ Prop. 1981/82:97 s. 27.

¹⁴⁴ Prop. 1981/82:97 s. 27.

¹⁴⁵ Prop. 1981/82:97 s. 27 f.

¹⁴⁶ Prop. 1981/82:97 s. 28.

¹⁴⁷ Se om innebörden avsnittet Hälso- och sjukvård, s. 20.

och fördjupning av den svenska hälso- och sjukvårdens grundtema, en god vård på lika villkor för hela befolkningen. Genom den etiska plattformen finns, enligt lagens motiv, förutsättningar för klarare och mer medvetna ställningstaganden. Den anger *ett allmänt förhållningssätt i prioriteringssituationer*, en inriktning, ett sätt att med hjälp av etiska överväganden resonera sig fram till ställningstaganden. Plattformen avses verka för respekt för den enskilda individens värde, rätt och värdighet.¹⁴⁸

Sammanfattning

SoL och HSL anger övergripande allmänt hållna mål för respektive verksamhet. I båda författningarna kan målen sägas utgöra riktmärken för verksamheterna – översiktliga riktlinjer – utifrån vårdpolitiska utgångspunkter. Trygghet, likhet/jämlikhet, den enskildes aktiva medverkan i samhället och i vården liksom en god samordning med andra vårdgivare utgör kärnan i målen.

¹⁴⁸ Prop. 1996/97:60 s. 19.

Krav på verksamheten

Socialtjänst

God kvalitet

Enligt 3 kap. 3 § första stycket SoL skall insatser inom socialtjänsten vara av god kvalitet. Det gäller i såväl privat som offentlig verksamhet och för såväl myndighetsutövning som övriga insatser.

Bestämmelsen har införts för att garantera kvalitet i den verksamhet som bedrivs och i de insatser som ges.¹⁴⁹ I motiven till bestämmelsen anfördes att det är svårt att bedöma och definiera kvalitet i socialtjänstens olika verksamheter. Kvalitet är ett svårfångat begrepp och vad som är god kvalitet låter sig inte fastställas på ett entydigt och objektivt sätt. Människors olika behov och förväntningar påverkar deras föreställningar om den närmare innebörden. Socialtjänsten har betydelse för flera intressenter. Kvalitet kan därför inte enbart ses ur klientens/brukarens synvinkel utan bör även bedömas ur ett *personal-, lednings- och medborgarperspektiv*.¹⁵⁰

För att uppnå en god kvalitet i socialtjänsten krävs enligt förarbetena en rad komponenter såsom rättssäkerhet, den enskildes medinflytande och en lätt tillgänglig vård och service. En väl fungerande arbetsledning och en lämplig sammansättning av ett arbetslag är andra faktorer som kan ge förutsättningar för en god kvalitet. Att socialtjänsten använder sig av ett genomtänkt arbetssätt är en del av kvaliteten, vilket understryker behovet av uppföljning och utvärdering av olika insatser.¹⁵¹

När det gäller kvalitet i *äldreomsorgen* uttalades i motiven¹⁵² att denna verksamhet skall präglas av respekt för den enskildes *självbestämmande, integritet, trygghet och värdighet*. Detta förutsätter att omsorgs- och vårdinsatser utformas utifrån den enskildes individuella behov, förutsättningar och önskemål. Grundläggande för en individuell utformning av insatserna är en professionell och rättssäker behovsbedömning och att den enskilde får information om socialtjänstens möjligheter till stöd och hjälp. God kvalitet i äldreomsorgen innebär att *vid behovsbedömningen liksom i det dagliga arbetet uppmärksamma behov* av sådana insatser som kan underlätta den dagliga livsföringen, t.ex. hjälpmedel, bostadsanpassning och rehabilitering. En viktig kvalitetsaspekt inom äldreomsorgen är också att inbegripa anhöriga i vårdplaneringen och erbjuda dem stöd i olika former.¹⁵³

En väl fungerande samverkan inom socialtjänstens olika verksamheter och tillsammans med andra berörda organ i kommunen anses ha stor betydelse för kvaliteten. En sådan samverkan kan handla om allt från socialtjänstens medverkan i samhällsplaneringen till ett *väl integrerat medicinskt*

¹⁴⁹ Prop. 1996/97:124 s. 176.

¹⁵⁰ Prop. 1996/97:124 s. 52.

¹⁵¹ Prop. 1996/97:124 s. 52.

¹⁵² Prop. 1996/97:124 s. 53.

¹⁵³ Prop. 1996/97:124 s. 53.

och socialt synsätt i det dagliga vårdarbetet. Begreppet helhetssyn ger uttryck för ett sådant integrerat synsätt där den enskildes behov av kontinuitet och trygghet alltid måste lyftas fram före de behov som organisationer och administration kan ha. Vården mot och i livets slutskede är det område där olika vårdgivares och vårdnivåers samverkan ställs inför stora krav och där god kvalitet i alla dess aspekter måste uppmärksammas.¹⁵⁴

God kvalitet i omsorg och vård av äldre förutsätter enligt motiven att den enskilde och/eller dennes företrädare ges ett *verkligt inflytande över insatsernas utformning*. Dessa bör planeras och genomföras i en förtroendefull samverkan med den enskilde och/eller dennes företrädare. Ett reellt inflytande handlar också om bemötande och om respekt för vars och ens särart, vilja och önskemål. Ett gott bemötande kräver kunnighet, lyhördhet, inlevelseförmåga och empati – ett medvetet förhållningssätt. En av de viktigaste förutsättningarna för att uppnå god kvalitet i omsorgen om äldre är tillgången till *personal med lämplig utbildning och kompetens samt ett tydligt och engagerat ledarskap*. Genom att fortlöpande beakta behovet av kompetensutveckling stärks möjligheterna att hålla en god kvalitet i socialtjänstens olika verksamheter.¹⁵⁵

Tillsammans med den enskilde och i samverkan med andra

En av SoL:s grundläggande principer är att socialtjänsten skall bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet (1 kap. 1 § SoL). Av 3 kap. 5 § SoL framgår vidare, att socialnämndens insatser för den enskilde skall utformas och genomföras tillsammans med honom eller henne och vid behov i samverkan med andra samhällsorgan och med organisationer och andra föreningar. Denna bestämmelse är av grundläggande betydelse för socialtjänstens arbete. Varken nämnden eller socialarbetarna får vidta insatser ”över huvudet” på klienterna/brukarna såvitt inte är fråga om tvångsinsatser enligt särskild lagstiftning.¹⁵⁶

I samma bestämmelse åläggs socialtjänsten också att vid behov utforma och genomföra insatserna i *samverkan* med andra samhällsorgan, organisationer och föreningar eftersom den enskilde ofta är i behov av insatser också från andra samhällsorgan.

Personal

Av 3 kap. 3 § andra stycket SoL framgår, att för utförande av socialnämndens uppgifter skall det finnas *personal med lämplig utbildning och erfarenhet*.¹⁵⁷ Bestämmelsen är allmänt formulerad men syftar till att framhålla hur viktigt det är att upprätthålla en hög kompetens och välja personer med lämplig bakgrund och personlighet för yrken inom socialtjänsten. Den tillkom mot bakgrund av att 2 d § HSL innehåller bestämmelser av motsvarande slag.¹⁵⁸

¹⁵⁴ Prop. 1996/97:124 s. 53.

¹⁵⁵ Prop. 1996/97:124 s. 53.

¹⁵⁶ Prop. 1979/80:1 s. 528.

¹⁵⁷ Se även avsnittet Personal s. 36.

¹⁵⁸ Prop. 1996/97:124 s. 51.

Kvalitetssäkring

Enligt 3 kap. 3 § tredje stycket SoL skall kvaliteten i verksamheten *systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras*. Bestämmelsen har utformats med 31 § HSL som förebild för att komplettera bestämmelsen om att insatserna skall vara av god kvalitet. Innebörden är att en uppföljning och utvärdering av verksamhetens kvalitet och resultat skall göras av socialnämnden.

I motiven till kvalitetssäkringsbestämmelsen uttalade föredragande statsråd att regeln om god kvalitet är ett viktigt steg på vägen mot en mera öppen syn på socialtjänstens verksamhet. Den ställer krav på uppföljning och utvärdering av de insatser som görs liksom på en anpassning av utbud och innehåll med hänsyn till utvecklingen i omvärlden. Samtidigt är kvalitetsbegreppet inte entydigt utan det behövs ett fortsatt arbete för att konkretisera innebörden härav och ge kunskap om metoder för att kontrollera och utveckla kvaliteten i verksamheten. *Respekten och lyhördheten för enskildas behov och önskemål* angavs som ett *centralt kvalitetskriterium* som måste ges stor tyngd vid all kvalitetsutveckling.¹⁵⁹

Med hänvisning till motsvarande kvalitetsbestämmelse på hälso- och sjukvårdens område ansåg lagstiftaren det önskvärt att det även på socialtjänstområdet bedrivs ett motsvarande arbete för att utvärdera olika vårdinsatser och analysera förekommande förändringsbehov. Arbetet med kvalitetssäkring inom sjukvården ansågs därvid kunna ge värdefulla erfarenheter för utvecklingen av denna verksamhet inom socialtjänsten. I förarbetena erinrades om att förutsättningarna för hälso- och sjukvård och socialtjänst i vissa avseenden är olika. Vad som krävs av sjukvården, sades det, är ofta tämligen klart. Det kan vara svårare att precisera vad som är kvalitet inom socialtjänsten, bl.a. med hänsyn till de varierande lösningar som här kan förekomma. En annan skillnad uppgavs vara att *den enskildes önskemål om utformningen av insatserna spelar en långt större roll på socialtjänstområdet*. Enligt regeringens uppfattning ansågs det rimligt att anta att det behöver utvecklas särskilda metoder för kvalitetsbedömningar även inom socialtjänsten vilka bl.a. beaktar möjligheterna till alternativa lösningar och värderar följsamhet till enskildas önskemål.¹⁶⁰

När det gäller socialtjänstens insatser för äldre och funktionshindrade är det särskilt angeläget, anfördes i motiven, att arbetet med kvalitetsbedömning och kvalitetsutveckling snarast kommer igång i alla kommuner. För att äldre människor skall kunna känna trygghet även när deras egna krafter sviktar måste det stå klart att socialtjänsten kan tillhandahålla det stöd som behövs i olika situationer, med bibehållen respekt för individens självbestämmande och integritet. Därför har lagstiftaren ansett att arbetet med att *utveckla metoder för kvalitetsbedömningar inom äldreomsorgen* bör ges *särskild prioritet*.¹⁶¹

Av Socialstyrelsens allmänna råd om kvalitetssystem inom omsorgerna för äldre och funktionshindrade (SOSFS 1998:8)¹⁶² framgår bl.a. att för att omsorgen om äldre och funktionshindrade skall kunna utformas utifrån en

¹⁵⁹ Prop. 1997/98:113 s. 92.

¹⁶⁰ Prop. 1997/98:113 s. 92.

¹⁶¹ Prop. 1997/87:113 s. 92.

¹⁶² Ändring 2005:3.

helhetssyn på individens samlade behov av service, vård och omsorg och tillgodose den enskildes sociala, fysiska, medicinska, psykiska och existentiella behov är det viktigt att en *gemensam syn på kvalitetssäkrings- och kvalitetsutvecklingsarbetet kommer till stånd inom socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhetsområden*. I rekommendationerna hänvisas till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om kvalitetssystem i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12).

Hälso- och sjukvård

God vård

Enligt 2 a § första stycket HSL skall hälso- och sjukvården bedrivas så att den uppfyller kraven på en *god vård*. Den närmare innebörden av begreppet ”god hälso- och sjukvård” är inte entydigt. Därför räknas i bestämmelsen upp fyra kvalitetsparametrar som närmare anger vad detta *särskilt* innebär. Som en del av dessa parametrar är bestämmelsen i 2 a § tredje stycket, att patienten snarast skall ges en *medicinsk bedömning* av sitt hälsotillstånd.¹⁶³ Även 2 a § är tillämplig på *all* hälso- och sjukvård, alltså även den kommunala hälso- och sjukvården.

En god vård skall för det första (p. 1), vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen. *God kvalitet* innebär att hälso- och sjukvården skall hålla en *god personell och materiell standard*. Hälso- och sjukvården skall bedrivas av personal med adekvat utbildning och med behövlig teknisk utrustning i ändamålsenliga lokaler.

Med god *materiell* kvalitet avses kvaliteten på såväl teknisk utrustning – från tänger, förbandsmaterial och läkemedel till den mest komplicerade tekniska utrustningen som hjärt- och lungmaskiner, röntgenapparater etc. – som de lokaler där vården och behandlingen försiggår. Kravet innebär också att var och en som söker hälso- och sjukvård *skall behandlas av den personal och på det sätt som varje enskilt fall fordrar*. All vård, behandling och rådgivning skall ges i enlighet med *vetenskap och beprövad erfarenhet*.¹⁶⁴

En god vård skall också tillgodose patientens behov av *trygghet i vården och behandlingen*. Till detta anfördes i lagens motiv, att en vårdorganisation som har goda personella och materiella resurser har stora förutsättningar att tillgodose de vårdsökandes behov av sådan trygghet. Men det sagda behöver inte betyda att det alltid är de stora och mest tekniskt utvecklade sjukhusen som klarar detta krav. Patienternas trygghet förutsätter också en *god omvårdnad* och har ett starkt samband med kraven på *självbestämmande och integritet* (jfr p. 3) och *goda kontakter* med hälso- och sjukvårdspersonalen (jfr p. 4).¹⁶⁵

En god vård skall för det andra (p. 2), vara *lätt tillgänglig*. Härmed avses främst de geografiska förhållandena. Den geografiska närheten anses dock inte tillräcklig i sig utan den måste förenas med lättillgänglighet även i

¹⁶³ Prop. 1996/97:60 s. 41.

¹⁶⁴ Prop. 1981/82:97 s. 116.

¹⁶⁵ Prop. 1981/82:97 s. 116.

andra avseenden. Därmed avses främst vårdmottagningarnas öppethållandestider, jourtjänstgöringen och förekomsten av köer.¹⁶⁶

För det tredje skall en god hälso- och sjukvård bygga på respekt för patientens *självbestämmande och integritet* (p. 3). Härmed har lagstiftaren velat understryka vikten av en medmänsklig och förstående inriktning av hälso- och sjukvården. En vårdsökande är en medmänniska som alltid har rätt till okränkthet och integritet. Det är väsentligt för resultatet av vården att den kan genomföras i en atmosfär av samförstånd och samverkan mellan vårdpersonalen och patienten. Patientens rätt till självbestämmande och integritet kan dock, sägs i motiven, inte vara absolut utan den måste av flera skäl vara begränsad. Det är *inte* möjligt att låta patienten bestämma innehållet och omfattningen av vården. Sådana avgöranden måste alltid ankomma på sjukvårdshuvudmannen och den som har det medicinska ansvaret för vården. Bestämmelsen är under inga förhållanden avsedd att kunna åberopas för dödshjälp. En patient har däremot i princip obegränsad rätt att avstå från behandling och kan därmed kräva att en åtgärd genast avbryts eller aldrig vidtas.¹⁶⁷

Det fjärde kravet på en god hälso- och sjukvård (p. 4), är att *främja goda kontakter* mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen. Bestämmelsen ger uttryck för *kontinuitetsprincipen*. Många patienter finner det besvärligt att ofta träffa ny personal när de kommer till en vårdmottagning. Särskilt för *äldre* människor, anføres i förarbetena, är en bristande kontinuitet i vården ett stort problem. Men också för dem som mycket ofta måste uppsöka hälso- och sjukvården framstår detta förhållande som mycket besvärande och inte sällan som en uppenbar risk för resultatet av vården. Kontinuiteten är viktig också för hälso- och sjukvårdspersonalens möjligheter att genomföra en god vård.¹⁶⁸

I samråd med patienten

Enligt 2 a § HSL skall vården och behandlingen så långt det är möjligt *utformas och genomföras i samråd* med patienten. Patientens rätt till samråd innebär inte någon inskränkning i det medicinska ledningsansvaret. Bestämmelsen får inte heller tolkas så, att patienten bestämmer innehållet och omfattningen av vården.¹⁶⁹ Bestämmelsen gäller *all* hälso- och sjukvård.

Personal, lokaler och utrustning

Enligt 2 e § skall det, där det bedrivs hälso- och sjukvård, finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård skall kunna ges.

Paragrafen infördes den 1 januari 1997 (SFS 1996:787). Den gäller *all* verksamhet oavsett om det är fråga om offentligt, sålunda även den kom-

¹⁶⁶ Prop. 1981/82:97 s. 117.

¹⁶⁷ Prop. 1981/82:97 s. 118. Härvid bortses från lagstiftning som medger vård och behandling mot den enskildes vilja.

¹⁶⁸ Prop. 1981/82:97 s. 119.

¹⁶⁹ Prop. 1981/82:97 s. 119. Jfr även vad som ovan sagts om mål för hälso- och sjukvården.

munala, eller enskilt bedriven verksamhet.¹⁷⁰ Bestämmelsen korresponderar med 2 a §, att vården skall vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen. Som framgått ovan innebär detta bl.a. att hälso- och sjukvården skall hålla en god personell och materiell standard.

Bakgrunden till bestämmelsen är att kraven på vårdgivarens personal, lokaler och utrustning är av *avgörande betydelse för vårdens kvalitet och patientsäkerhet*. Det bör därför vara en av Socialstyrelsens viktigaste tillsynsuppgifter att kontrollera att vårdgivaren uppfyller dessa krav.¹⁷¹ Personalens antal eller kompetens, lokalernas utseende eller vilken utrustning som behövs kan inte generellt anges utan vad som behövs får avgöras från fall till fall.¹⁷²

Kvalitetssäkring

Enligt 31 § HSL skall, inom hälso- och sjukvård, kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Det innebär att en uppföljning och värdering av verksamhetens kvalitet och resultat skall göras.¹⁷³

Det är lagstiftarens uppfattning att *vårdgivaren* inom hälso- och sjukvården skall utveckla metoder för att noga följa och analysera utvecklingen vad gäller kvalitet och säkerhet. Det gäller t.ex. system som synliggör förekomsten av risktillbud eller s.k. avvikande händelser (onormala vårdtider, infektioner, komplikationer, reoperationer, återintagningar etc.) eller som mäter servicegrad, patienttillfredsställelse osv. Det är viktigt att vårdgivaren skapar förutsättningar och stimulerar medarbetare till insatser i arbetet med kvalitetssäkring och utveckling. Resultatet av detta arbete är en viktig del av att vidareutveckla vården, höja kvaliteten och stärka patientens ställning och skall fortlöpande återföras till dem som deltar i vård- och behandlingsarbetet.¹⁷⁴

I bestämmelsen sägs ingenting om hur kontrollen skall gå till utan det regleras genom verkställighetsföreskrifter. Det får enligt lagens motiv ankomma på Socialstyrelsen att i nära samråd med sjukvårdshuvudmännen och berörda professioner inom hälso- och sjukvården konkretisera vilka grundläggande indikatorer som de verksamhetsansvariga skall följa upp.¹⁷⁵

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12), som skall tillämpas på den patientinriktade vården inom bl.a. sådan verksamhet som omfattas av HSL, skall vårdgivarna inrätta ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet för att kontinuerligt och långsiktigt utveckla och säkerställa vårdens kvalitet (2 kap. 4 §). Enligt 3 kap. 1 § är det *vårdgivaren* som har skyldighet att fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet liksom att följa upp och utvärdera målen. Vårdgivaren skall också ge direktiv och säkerställa att ledningssystemet för varje verksamhet är ändamålsenligt samt

¹⁷⁰ Prop. 1995/96:176 s. 103.

¹⁷¹ Prop. 1995/96:176 s. 53.

¹⁷² Prop. 1995/96:176 s. 103.

¹⁷³ Prop. 1995/96:176 s. 104.

¹⁷⁴ Prop. 1995/96:176 s. 54.

¹⁷⁵ Prop. 1995/96:176 s. 54.

ge direktiv och säkerställa att ledningssystemet inom ansvarsområdet är utformat så att vårdprocesserna fungerar verksamhetsöverskridande. I föreskriften anges också vilka skyldigheter som ankommer på verksamhetschefen (3 kap. 2 §) och hälso- och sjukvårdspersonalen (3 kap. 3 §). För de sistnämnda gäller bl.a. att medverka i det systematiska kvalitetsarbetet genom att delta i risk- och avvikelshantering. I föreskrifterna hänvisas till (SOSFS 1998:8) rörande kvalitetssystem inom omsorgerna om äldre och funktionshindrade.

Information

Patienten skall, enligt 2 b § första stycket HSL ges *individuellt anpassad* information om sitt *hälsotillstånd* och om de *metoder* för undersökning, vård och behandling som finns.

Bestämmelsen riktar sig till *huvudmannen*, inklusive den kommunala huvudmannen, och innebär att denne är skyldig att bedriva och organisera vården på ett sådant sätt att patientens berättigade krav på information kan tillgodoses såvida inte hinder föreligger enligt sekretesslagen eller LYHS.¹⁷⁶ Kan informationen inte lämnas till patienten skall den i stället lämnas till en närstående till patienten.

Motsvarande skyldighet för *personalen* finns i 2 kap. 2 § LYHS.

Förebygga ohälsa

Hälso- och sjukvården har skyldighet att arbeta för att förebygga ohälsa. Den som vänder sig till hälso- och sjukvården skall, enligt 2 c §, när det är lämpligt ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada. Bestämmelsen gäller även den kommunala hälso- och sjukvården.

Ta hand om avlidna

I den kommunala hälso- och sjukvården gäller också 2 d § HSL. Sålunda stadgas, att när någon avlidit skall hälso- och sjukvårdens uppgifter fullgöras med respekt för den avlidne. De efterlevande skall visas hänsyn och omsorg. Bestämmelsen riktar sig till *huvudmannen*, men en motsvarande bestämmelse för *hälso- och sjukvårdspersonalens* vidkommande finns i 2 kap. 3 § LYHS.

Sammanfattande diskussion

De krav som ställs på hälso- och sjukvårdsverksamheten och socialtjänstverksamheten enligt SoL och HSL motsvarar i princip varandra. Insatserna skall vara av god kvalitet. Det förutsätter hög kompetens hos personalen, adekvat utbildning och erfarenhet för professionella behovsbedömningar och för att kunna ge behövliga insatser antingen av social eller av medicinsk karaktär. I det *sociala kvalitetsbegreppet* inbegrips kravet på en väl fungerande arbetsledning och en lämplig sammansättning av ett arbetslag. Det

¹⁷⁶ Prop. 1981/82:97 s. 119.

korresponderar med HSL:s krav på god kvalitet i vården och kravet på en verksamhetschef (29 § HSL).

En god kvalitet enligt SoL innebär medinflytande för klienten/brukaren. Det gäller även HSL, eftersom vården skall utformas och genomföras i samråd med patienten. I kvalitetsbegreppet enligt båda lagarna ligger också respekten för den enskildes självbestämmande och integritet, liksom trygghet, kontinuitet och att insatserna skall utformas efter individuella bedömningar.

I en god vård inom hälso- och sjukvården ligger att all vård, behandling och rådgivning skall i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet, ett krav som också kommer igen i LYHS rörande hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter. I motiven till 1996 års tillsynslag (1996:786) underströks hälso- och sjukvårdens grundläggande betydelse för välfärden och människors trygghet liksom att rättssäkerheten och tillgången till en god vård är avgörande för den enskilde. Även om modern sjukvård medfört kraftigt förbättrade möjligheter att ingripa också mot mycket svåra sjukdomstillstånd kan botande och lindrande åtgärder – om de hanteras utan tillräcklig kompetens, utrustning, fungerande samarbete mellan personalgrupper, noggrannhet och avvägningar mot patienternas tillstånd – också innebära stora risker för patienterna. Kraven på säkerhet, uttalades i motiven, måste därför ställas mycket högt.¹⁷⁷

Pretentionerna på socialtjänsten ställs också högt. Även om SoL inte innehåller någon bestämmelse som ställer krav på vetenskap och beprövad erfarenhet ligger i kvalitetsbegreppet ett krav på professionalitet.¹⁷⁸ SoL ställer också explicit krav på att det skall finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet (3 kap. 3 § SoL). Detta till trots är endast 18 procent av personalen inom kommunernas vård och omsorg om äldre och funktionshindrade högskoleutbildad.¹⁷⁹

Båda lagarna ställer krav på att kvaliteten i verksamheten fortlöpande och systematiskt skall säkras. Bestämmelsen i SoL har införts med motsvarande regel i HSL som förebild. Lagstiftarens tanke är därvid att erfarenheter från hälso- och sjukvården skall kunna tillvaratas vid uppbygganden av kvalitets-säkringen enligt SoL. Socialstyrelsen har för socialtjänstverksamheten på äldreområdet utfärdat allmänna råd om kvalitetssystem (SOSFS 1998:8) och för hälso- och sjukvårdens vidkommande föreskrifter (SOSFS 2005:12) om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet. I de förra understryks bl.a. helhetssynen på individen och att det är viktigt med en gemensam syn på kvalitetssäkrings- och kvalitetsutvecklingsarbetet. I de senare åläggs vårdgivaren att ge direktiv och säkerställa att ledningssystemet inom ansvarsområdet är utformat så att vårdprocesserna fungerar verksamhetsöverskridande.

Socialstyrelsens ovan nämnda råd respektive föreskrifter berör var sitt område. Med tanke på att den enskildes behov av kontinuitet och trygghet alltid måste lyftas fram före de behov som organisationer och administration kan ha och med kravet på ett väl integrerat medicinskt och socialt synsätt i det dagliga arbetet,¹⁸⁰ vore det en fördel om föreskrifter och allmänna råd

¹⁷⁷ Prop. 1995/96:176 s. 47.

¹⁷⁸ Prop. 1996/97:124 s. 53.

¹⁷⁹ INVESTERA NU! s. 17.

¹⁸⁰ Jfr prop. 1996/97:124 s. 53.

som berör gemensamma verksamheter, som inom äldreomsorgen, kunde samordnas i en gemensam föreskrift eller gemensamt råd.¹⁸¹ Därvid måste man dock beakta vilka bemyndiganden Socialstyrelsen har rörande respektive verksamhetsområde.

¹⁸¹ Jfr prop. 1997/98:113 s. 93.

Tillsyn

Socialtjänst

Socialstyrelsen

Socialstyrelsen har, enligt 13 kap. 1 § SoL, tillsyn över *socialtjänsten i landet*. Styrelsen skall *följa och vidareutveckla* socialtjänsten. Till ledning för tillämpningen av SoL utfärdar Socialstyrelsen *allmänna råd*. Rätten att utfärda allmänna råd är, enligt lagens motiv, en del av tillsynsfunktionen.¹⁸²

Bestämmelsen har haft i princip samma lydelse sedan lagen trädde i kraft. I motiven till 1980 års lag anfördes bl.a. att Socialstyrelsen som central myndighet för bl.a. socialtjänsten skall *företräda riksintresset*. Socialstyrelsen skall *tolka och vidareutveckla statsmakternas mål* och med stöd av erfarenheterna från verksamheten *ge underlag* till de ändringar av målen som kan behövas. I samråd med de kommunala huvudmännen skall Socialstyrelsen svara för övergripande planering, följa hur statsmakternas beslut tillämpas inom socialtjänsten och hur samverkan utvecklas mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Socialstyrelsens arbetsuppgifter, anfördes det, bör alltså mer inriktas på *samordnings- och utvecklingsarbete* och mindre gälla detaljkontroll.¹⁸³

Lagstiftarens uppfattning är, att det krävs ett övergripande och samordnande arbete på riksplanet och i kommunerna för att de fastställda målen för socialtjänsten skall kunna förverkligas. Den kommunala handlingsfriheten i fråga om bl.a. socialtjänsten ställer *krav på ett centralt utvecklings- och rådgivningsarbete* som grund för kommunernas handlande. Hur socialtjänsten utvecklas i förhållande till de mål som statsmakterna fastställer behöver således följas upp från centralt håll. Som central förvaltningsmyndighet skall Socialstyrelsen ta aktiv del i detta arbete som statens främsta företrädare. Socialstyrelsen skall grunda sitt arbete på de beslut som statsmakterna fattar.¹⁸⁴

I motiven till nu gällande lag underströks att den statliga tillsynen är viktig för att stärka efterlevnaden av de föreskrifter regering och riksdag beslutat. En *aktiv statlig tillsyn* syftar till att bevaka den enskildes *rättssäkerhet och lagligheten* i socialtjänstens verksamheter men också till att uppnå en *likvärdig verksamhet* över hela landet. Vidare anfördes att den statliga tillsynen sedan länge har utvecklats mot en mindre grad av kontroll och med ökad tonvikt på uppföljning, utvärdering, kunskapsförmedling och rådgivning. Bakgrunden till detta är en medveten strävan att minska inslaget av

¹⁸² Prop. 1979/80:1 Del A s. 457.

¹⁸³ Prop. 1979/80:1 Del A s. 454.

¹⁸⁴ Prop. 1979/80:1 Del A s. 456. Se även s. 458 där föredragande statsråd framhåller att analys och kommentarer av statistiska uppgifter skall göras utifrån statsmakternas socialpolitiska intentioner och mål. Har statsmakterna på något område gett klara riktlinjer bör Socialstyrelsen genom sin verksamhet uppmärksamma kommunen i fall det finns påtagliga avvikelser från dessa riktlinjer.

detaljansvisningar och myndighetskontroll till förmån för ett mer aktivt arbetssätt.¹⁸⁵

Såvitt gäller *tillsynsbegreppet* konstaterade regeringen inför införandet av nu gällande lag, att det alltsedan SoL:s tillkomst rått en viss oklarhet kring begreppets innebörd. Det används ofta som en övergripande beteckning för delvis olikartade verksamheter såsom normering, information och rådgivning. Lagstiftaren var dock inte beredd att avgränsa tillsynsbegreppets innebörd i lagen eftersom det skulle kunna begränsa utvecklingen att finna nya sätt att utöva tillsyn och sprida kunskap.¹⁸⁶

Socialstyrelsen har *inga sanktionsmöjligheter* i förhållande till socialtjänstverksamheten.

Länsstyrelsen

Länsstyrelsen har, enligt 13 kap. 2 § SoL, tillsyn över den socialtjänst som kommunerna *inom länen* svarar för. Länsstyrelsen skall

- följa socialnämndernas tillämpning av SoL,
- informera och ge råd till allmänheten i frågor som rör socialtjänsten,
- biträda socialnämnderna med råd i deras verksamhet,
- främja samverkan på socialtjänstens område mellan kommunerna och andra samhällsorgan,
- verka för att kommunerna planerar för att kunna tillgodose framtida behov av bistånd i form av *hemtjänst* samt sådant *boende* som avses i 5 kap. 5 § andra stycket och 5 kap. 7 § tredje stycket SoL,
- även i övrigt se till att socialnämnderna fullgör sina uppgifter på ett ändamålsenligt sätt.

Länsstyrelsen har rätt att inspektera verksamhet som står under dess tillsyn och får även inhämta de upplysningar och ta del av de handlingar och annat material som behövs för tillsynen. Den vars verksamhet inspekteras är skyldig att lämna den hjälp som behövs vid inspektionen (13 kap. 4 § SoL).¹⁸⁷

Länsstyrelsen har också, enligt 13 kap. 3 § SoL, tillsyn för enskild verksamhet, bl.a. särskilda boendeformer för äldre, entreprenadverksamhet och annan enskild verksamhet som kommunen upphandlar tjänster från för att fullgöra skyldigheter enligt SoL. Tillsynsmyndighetens uppgift är att bedöma kvalitet och säkerhet i den verksamhet som är föremål för tillsyn.¹⁸⁸

Länsstyrelsens *sanktionsmöjligheter* regleras i 13 kap. 6 § SoL. Om det sålunda förekommer något missförhållande i bl.a. enskild verksamhet som står under länsstyrelsens tillsyn enligt 13 kap. 3 § SoL, i hemtjänsten eller i

¹⁸⁵ Prop. 2000/01:80 s. 99.

¹⁸⁶ Prop. 2000/01:80 s. 99. Se även om tillsynsbegreppets innebörd i prop. 1979/80:1 Del A s. 457 f.

¹⁸⁷ Rätten att företa inspektioner och verkställa utredning av förhållanden inom den kommunala socialtjänsten ansågs tidigare följa av dåvarande 68 § SoL att länsstyrelsen även i övrigt skulle se till att socialnämnderna fullgör sina uppgifter på ett ändamålsenligt sätt (Se prop. 1979/80:1 Del A s. 573).

¹⁸⁸ Prop. 2000/01:80 s. 101.

sådant boende som avses i 5 kap. 5 § andra stycket eller 5 kap. 7 § tredje stycket SoL, får länsstyrelsen rikta ett *föreläggande* mot den som svarar för verksamheten att avhjälpa missförhållandet. Föreläggandet skall innehålla uppgifter om de åtgärder som länsstyrelsen anser nödvändiga för att det påtalade missförhållandet skall kunna avhjälpas. Är missförhållandet allvarligt och länsstyrelsens föreläggande inte följs, får länsstyrelsen *förbjuda fortsatt verksamhet*.

Nämnden

Också socialnämnden, eller motsvarande nämnd, har ett tillsynsansvar (13 kap. 5 § SoL). Särskilda boenden som avses i 5 kap. 5 § andra stycket eller 5 kap. 7 § tredje stycket SoL och som drivs av enskilda rättssubjekt efter tillstånd av länsstyrelsen, står under löpande tillsyn av nämnden i den kommun där verksamheten bedrivs. Nämnden har rätt att inspektera verksamheten och får också inhämta de upplysningar och ta del av de handlingar som behövs för tillsynen.

Nämnden har, enligt 13 kap. 5 § andra stycket SoL, en *underrättelseskyldighet* till länsstyrelsen om man får kännedom om missförhållanden i enskild verksamhet som står under länsstyrelsens tillsyn. Skyldigheten gäller inte bara när kommunen får kännedom om missförhållanden genom sin egen uppföljning utan också när kommunen uppmärksammas på missförhållanden på annat sätt.

Hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvården och dess personal står, enligt 6 kap. 1 § LYHS, under tillsyn av Socialstyrelsen.¹⁸⁹ Tillsynen utövas av sex regionala tillsynsenheter och skall, enligt 6 kap. 3 § LYHS, främst syfta till att förebygga skador och eliminera risker i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen skall genom sin tillsyn stödja och granska verksamheten och hälso- och sjukvårdspersonalens åtgärder.

Grundförutsättningen för Socialstyrelsens tillsyn är, enligt lagstiftarens uppfattning, att den skall innehålla såväl förebyggande som kontrollerande insatser.¹⁹⁰ I det *förebyggande* arbetet är återföring till vården av vad Socialstyrelsen och andra funnit en väsentlig del. Målsättningen är att få bort risker och riskbeteenden och att undvika att misstag upprepas. Formerna för information kan variera efter behov, men det är viktigt, sägs i motiven, att behålla en tydlig anknytning till *tillsynens mål*, dvs. att *förebygga skador och eliminera risker* i hälso- och sjukvården.¹⁹¹ Beträffande den *kontrollerande* tillsynen bör den enligt motiven bedrivas genom inspektioner i anslutning till enskilda ärenden och genom mera omfattande granskningar av identifierade riskområden.

Om Socialstyrelsen får kännedom om att någon brutit mot en bestämmelse som gäller *verksamhet* som står under Socialstyrelsens tillsyn, skall Soci-

¹⁸⁹ Se även LYHS 6:2.

¹⁹⁰ Prop. 1995/96:176 s. 49 f.

¹⁹¹ Prop. 1995/96:176 s. 50.

alstyrelsen vidta åtgärder för att vinna rättelse och, om det behövs, göra anmälan till åtal (6 kap. 12 § LYHS). Brott mot bestämmelser som avser verksamhet kan exempelvis avse brister i anmälningsskyldigheten till Socialstyrelsen (jfr 6 kap. 6 § LYHS) eller brister i de krav på hälso- och sjukvårdsverksamhet som finns i HSL. I första hand skall Socialstyrelsen försöka vinna rättelse genom frivilliga åtgärder. Om det behövs skall Socialstyrelsen göra anmälan till åtal. Det kan vara aktuellt om någon bedriver verksamhet utan att ha gjort föreskriven verksamhetsanmälan till Socialstyrelsen.¹⁹² Om Socialstyrelsen finner att en *vårdgivare* inte uppfyller kraven på god vård och om missförhållandena är av betydelse för patientsäkerheten, får styrelsen, enligt 6 kap. 13 § LYHS, *förelägga* vårdgivaren att avhjälpa missförhållandena.

Följer vårdgivaren inte ett föreläggande och om missförhållandena är allvarliga, får Socialstyrelsen helt eller delvis *förbjuda verksamheten* (6 kap. 15 § LYHS). Är det fara för patienters liv eller personliga säkerhet i övrigt, får Socialstyrelsen utan föregående föreläggande helt eller delvis förbjuda verksamheten (6 kap. 16 § LYHS), även interimistiskt (6 kap. 17 § LYHS).

I *särskilda fall* kan det vara motiverat att förstärka effekten av ett föreläggande genom att kombinera detta med ett *vite*. Lagstiftarens tanke med sanktionssystemet innebär successivt stärkta befogenheter för Socialstyrelsen. Den yttersta åtgärden när dialog, kritik och föreläggande – eventuellt med vite – prövats utan framgång är förbud. Ett så allvarligt beslut bör dock tillgripas endast när inga andra medel står till buds för att åstadkomma rättelse. Om missförhållandena eller bristerna är av sådan *akut och allvarlig karaktär* att effekterna av ett föreläggande inte kan avvaktas av hänsyn till patienternas liv, personliga säkerhet eller hälsa finns möjlighet att omedelbart förbjuda verksamheten.¹⁹³

Också när det gäller *hälso- och sjukvårdspersonalen* har Socialstyrelsen möjlighet att vidta åtgärder. Om Socialstyrelsen anser att det *finns skäl* för disciplinpåföljd, föreskrift om provotid, återkallelse av legitimation, återkallelse av annan behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården eller begränsning av förskrivningsrätt enligt 5 kap. skall Socialstyrelsen anmäla detta hos Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd – HSAN (6 kap. 18 § LYHS). De ärenden som HSAN och domstolarna skall pröva har av lagstiftaren *i princip* ansetts böra begränsas till att avse förseelser eller felhandlingar som i något avseende har betydelse för vården och behandlingen av en patient – fall där man kan hävda att patientsäkerhetsintresset gör sig gällande.¹⁹⁴ Sådana frågor som *inte* bör prövas av HSAN avser endast sådana fall där felet eller förseelsen varit av sådant slag att den inte haft någon inverkan på vården eller behandlingen.¹⁹⁵

Socialstyrelsen har också, enligt 6 kap. 19 § första stycket LYHS, skyldighet att göra *anmälan till åtal*, om *den mot vilken disciplinpåföljd* kan övervägas är skäligen misstänkt för att i yrkesutövningen ha begått ett brott för vilket *fängelse* är föreskrivet. Det sagda under förutsättning att inte annat

¹⁹² Prop. 1995/96:176 s. 98.

¹⁹³ Prop. 1995/96:176 s. 84.

¹⁹⁴ Prop. 1993/94:149 s. 49.

¹⁹⁵ Prop. 1993/94:149 s. 50.

följer av 7 kap. 20 § LYHS, dvs. att HSAN har skyldighet att göra motsvarande anmälan. Bakgrunden till bestämmelsen är att brott som kan medföra fängelse bör prövas av allmän domstol.

Sammanfattande diskussion

Bestämmelserna om länsstyrelsernas och Socialstyrelsens regionala tillsynsenheters befogenheter och möjligheter att rikta föreläggande mot vårdgivare och verksamheter har anpassats till varandra bl.a. med hänsyn till att det exempelvis i särskilda boendeformer och i hemtjänsten bedrivs både hälso- och sjukvård och socialtjänst. Behovet av en bättre samordning av tillsynen har ansetts motivera att länsstyrelsens befogenheter i högre grad likställts med de befogenheter som Socialstyrelsen redan tidigare hade.¹⁹⁶

Tillsynsorganisationen diskuterades i förarbetena till nu gällande SoL. När det gäller *organisationens effektivitet* uttalades, att densamma ifrågasatts av flera skäl. Bl.a. hade det faktum att den regionala tillsynen bedrivs genom olika myndigheter på vissa håll medfört samordningsproblem vilka var särskilt tydliga inom de verksamheter där kommunerna ansvarar för såväl sjukvårdsinsatser som sociala insatser. I motiven hänvisades till Socialutskottets uttalande i betänkandet 1996/97:SoU13, i vilket utskottet uttalat att tillsynen över äldreomsorgen borde förbättras. Tillsynen måste skärpas och inriktas på frågor om laglighet och rättssäkerhet. Tillsynen måste också inriktas på att säkra kvalitet och kompetens i vården och omsorgen, så att de äldres självbestämmande, integritet, trygghet och värdighet säkras. Informationen om möjligheten att klaga måste förbättras. Utskottet pekade också på hur uppdelningen mellan länsstyrelsen och Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter medförde svårigheter och en otydlighet vid tillsynen i gränsområdet mellan kommunal och landstingskommunal verksamhet. Enligt utskottet borde övervägas om tillsynen kunde läggas på samma statliga myndighet för att därigenom skapa en slagkraftigare organisation.¹⁹⁷

Med anledning av Socialutskottets uttalande anförde föredragande departementschef, att det finns mycket som talar för att tillsynen över hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör organiseras och utövas enhetligt i en gemensam tillsynsmyndighet. Behovet av en ökad samordning och samverkan mellan myndigheterna i deras tillsynsfunktion ansågs angelägen, men man ställde sig tveksam till en formalisering. I stället hänvisades till regleringsbrev för myndigheterna där regeringen pekat på nödvändigheten av att myndigheterna i samverkan utvecklar tillsynen över socialtjänsten.¹⁹⁸ Enligt regeringens mening har Socialstyrelsen de befogenheter som krävs för att kunna stödja, samordna och följa upp länsstyrelsernas tillsynsverksamhet. Vidare framhölls det omfattande arbete som pågår mellan myndigheterna för att samordna och effektivisera tillsynen över hela det sociala området. I detta arbete, sägs det, har Socialstyrelsen i praktiken en tillsyns-

¹⁹⁶ Prop. 2000/01:80 s. 101.

¹⁹⁷ Här hämtat från prop. 2000/01:80 s. 103.

¹⁹⁸ Enligt regleringsbrev för budgetåret 2005 avseende Socialstyrelsen skall antalet tillsynsinsatser för att höja kvalitet och säkerhet inom den kommunala hälso- och sjukvården för äldre vara fortsatt hög. Tillsynen skall samordnas med länsstyrelsernas tillsyn över äldreomsorgen.

vägledande roll genom utvärdering, uppföljning och samordning av den operativa tillsynen samt genom att ge råd och stöd till den operativa tillsynsmyndigheten. Regeringen konstaterade att det finns en enighet kring det nuvarande samarbetet och därmed en bra grund för fortsatt utvecklingsarbete.¹⁹⁹

Oaktat regeringens ståndpunkt och att Socialstyrelsen och länsstyrelserna har ett utvecklat samarbete kan det delade tillsynsansvaret medföra en viss osäkerhet och skapa oklarheter, inte minst för den personal kring den enskilde individen som kan ha att utföra både socialtjänst- och hälso- och sjukvårdsuppgifter. Socialstyrelsen har befogenhet att komma med råd och anvisningar rörande hälso- och sjukvårdsinsatserna och länsstyrelsen har motsvarande befogenhet rörande de sociala insatserna, kring en och samma patient/brukare.

En särskild utredare har tillkallats för att se över och överväga förändringar i organisationen av och ansvarsfördelningen såvitt avser den statliga tillsynen inom *socialtjänstens område* (Dir. 2004:178). Utredaren skall utgå från att tillsynsansvaret skall stärkas och göras tydligare, att tillsynsfunktionens sårbarhet skall minska samt att tillsynen skall fungera samordnat, strukturerat och effektivt med ett tydligt jämställdhetsperspektiv. I direktiven framgår bl.a., att ”Socialstyrelsens och länsstyrelsernas verksamheter inom socialtjänstens områden visar på en bred variation av uppgifter där ansvarsfördelningen delvis är otydlig. Samverkan mellan olika verksamhetsgrenar inom myndigheterna behöver utvecklas. Det saknas t.ex. fortfarande en *strukturerad samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten i tillsynen*. Strävanden mot samordning av tillsyn mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård har av regeringen påtalats i många år utan att det skett några påtagliga resultat. Ansvarsfördelningen behöver bli tydligare och samverkan behöver intensifieras.”

Uppenbarligen synes utredaren ha i uppdrag att komma med förslag rörande tillsynen även såvitt gäller hälso- och sjukvården i kommunernas verksamhet. Något förslag till förändringar eller förbättringar i nuläget synes därför omotiverade. Uppdraget skall redovisas senast den 1 december 2006.

¹⁹⁹ Prop. 2000/01:80 s.103 f.

Anmälningsskyldighet

Socialtjänst – Lex Sarah

I samband med propositionen om nationell handlingsplan för äldrepolitiken (prop. 1997/98:113) infördes i SoL en särskild bestämmelse om anmälan av missförhållanden inom omsorgen av äldre människor eller människor med funktionshinder (14 kap. 2 §).

I bestämmelsens första stycke, första meningen, ges *var och en* som är verksam inom *omsorgen* om äldre och funktionshindrade ett personligt ansvar att *vaka över* att de får god omvårdnad och att de lever under trygga förhållanden. Skyldigheten gäller oavsett om det är fråga om offentligt driven eller enskild verksamhet.

Med *omsorger* avses i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2000:5) om anmälan av missförhållanden i omsorger om äldre och funktionshindrade enligt 14 kap. 2 § socialtjänstlagen (2001:453),²⁰⁰ *insatser i form av service och omvårdnad som omfattas av SoL*. Med *service* menas bl.a. praktisk hjälp med hemmets skötsel, hjälp med inköp, hjälp med ärenden på post och bank och tillredning av måltider eller distribution av färdiglagad mat. Med *omvårdnad* avses vad som mer behövs för att tillgodosäkra fysiska, psykiska och sociala behov, bl.a. hjälp med att äta, dricka, klä sig och förflytta sig, hjälp med att sköta personlig hygien, insatser för att bryta isolering och insatser för att känna trygghet och säkerhet. Det är således inom denna verksamhet som *var och en* har skyldighet att *vaka över* de äldre.

Vad som åsyftas med *var och en* är inte definierat. Det torde dock ligga i begreppets lexikaliska innebörd att skyldigheten avser *alla* som är verkamma inom äldreomsorgen, alltså oavsett om man formellt sett är att betrakta som hälso- och sjukvårdspersonal eller personal inom socialtjänstområdet.

När det gäller *skyldighet att göra anmälan* framgår av 14 kap. 2 § första stycket, andra meningen, att det är *den som uppmärksammar* eller *får kännedom om* ett allvarligt missförhållande i omsorgerna om någon enskild som *genast* skall anmäla detta, såvitt avser verksamhet med offentligt huvudmannaskap, till socialnämnden (eller motsvarande nämnd). Avhjälps inte missförhållandet utan dröjsmål, skall nämnden anmäla förhållandet till tillsynsmyndigheten, dvs. länsstyrelsen. Anmälningsskyldigheten gäller såväl yrkesmässigt verkamma som frivilligarbetande.²⁰¹

Utifrån lagens ordalydelse omfattar anmälningsskyldigheten *den* som uppmärksammar eller får kännedom om missförhållandet. Det torde sålunda åligga *vem som helst* som observerar eller får vetskap om olägenheten att göra anmälan till nämnden, detta oavsett om man är att anse som hälso- och

²⁰⁰ Ändring SOSFS 2005:8.

²⁰¹ Prop. 1997/98:113 s. 122.

sjukvårdspersonal eller personal inom socialtjänstområdet. Av Socialstyrelsens ovan nämnda föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2000:5 1 §) framgår vilka som omfattas av anmälningsskyldigheten. Sålunda har den som är anställd, uppdragstagare, praktikant eller motsvarande eller den som deltar i arbetsmarknadspolitiska åtgärder inom omsorgerna om äldre²⁰² skyldighet att göra anmälan. Detsamma gäller organiserade frivilligarbetande som är verksamma inom omsorgerna på uppdrag av kommunen. Föreskriften är inte knuten till yrkeskategori utan visar enbart på olika arbetsformer.

Anmälan bör, enligt allmänna råd, göras redan när det finns *grundad anledning att anta* att det föreligger allvarliga missförhållanden. Anmälningsplikten är dock inte förenad med någon sanktion om skyldigheten inte fullgörs.²⁰³

Begreppet *allvarligt missförhållande* är inte definierat i SoL. Därmed avses emellertid i SOSFS 2000:5, övergrepp och brister i omsorgerna som utgör ett hot mot en enskilds liv, hälsa eller säkerhet, och ett bemötande av äldre som klart avviker från grundläggande krav på respekt för självbestämmande, integritet, trygghet och värdighet. *Övergrepp* kan vara fysiska (t.ex. slag, nypningar och hårda tag), psykiska (t.ex. hot, bestraffningar, trakasserier, skrämnel och kränkningar), sexuella, och ekonomiska (t.ex. stöld av pengar eller ägodelar, utpressning och förskingring). *Brister i omsorgerna* kan röra personlig hygien, mathållning, tand- och munhygien, och brister i den tillsyn som den enskilde får. Återkommande brister i omsorgerna, som t.ex. beror på bristande arbetsrutiner, kan sammantaget utgöra allvarliga missförhållanden även om bristerna var för sig inte kan anses vara det.

I kommunen skall det finnas skriftliga instruktioner för hur man handlägger anmälningar enligt 14 kap. 2 § SoL och kommunen skall se till att personalen, inklusive de frivilligarbetande, får kunskap om instruktionerna och kontinuerligt informeras om anmälningsplikten (SOSFS 2000:5 2 §).

Förekommer missförhållandet inom *enskilt* bedriven vård skall anmälan, enligt 14 kap. 2 § andra stycket SoL, göras till den som är ansvarig för verksamheten. Den ansvarige är därvid skyldig att utan dröjsmål avhjälpa missförhållandet eller anmäla detta till tillsynsmyndigheten. Tillsynsmyndighet är i enlighet med vad som gäller i övrigt för socialtjänsten, länsstyrelsen. När det gäller enskild verksamhet som drivs med tillstånd enligt SoL har socialnämnden därutöver tillsynsansvar över den löpande verksamheten. Länsstyrelsen har genom sin allmänna tillsynsskyldighet ansvaret för att följa upp att anmälda brister eller missförhållanden åtgärdas.²⁰⁴

Också i enskild verksamhet skall den verksamhetsansvarige se till att skriftliga instruktioner upprättas för handläggning av anmälningarna. Den verksamhetsansvarige skall också se till att personalen inom omsorgerna får kunskap om instruktionerna och kontinuerligt informeras om anmälningsplikten (SOSFS 2005:8 6 §). Av Socialstyrelsens allmänna råd om kvalitetsystem inom omsorgerna för äldre och funktionshindrade (SOSFS 1998:8) framgår bl.a., att kvalitetssystemet bör innehålla rutiner och metoder för hur

²⁰² Föreskrifterna gäller även människor med funktionshinder.

²⁰³ Norström/Thunved, 2004 s. 222.

²⁰⁴ Prop. 1997/98:113 s. 121.

anmälan om missförhållanden, övergrepp och skada skall rapporteras, tas om hand och åtgärdas.²⁰⁵

Anmälningsskyldigheten innebär en skyldighet att anmäla missförhållandet till den verksamhetsansvarige. Det finns dock alltid möjlighet att göra anmälan till tillsynsmyndigheten i de fall den verksamhetsansvarige inte fullföljer sina åligganden. Sekretess utgör inget hinder för anmälan direkt till tillsynsmyndighet.²⁰⁶

Anmälningar om och utredningar av allvarliga missförhållanden skall dokumenteras noggrant så att olika riskfaktorer kan identifieras för att undvika framtida upprepning. När någon gjort en anmälan skall en utredning inledas *omedelbart*, dvs. samma arbetsdag som anmälan görs (SOSFS 2000:5 8–9 §§). Av allmänna råd till 9 § framgår, att kommunen löpande bör sammanställa anmälningar enligt 14 kap. 2 § SoL och ange vilka åtgärder som vidtagits med anledning av dessa. Motsvarande gäller den som ansvarar för enskild verksamhet.

Hälso- och sjukvård – Lex Maria

Till Lex Maria-regleringen i LYHS kan hänföras två olika bestämmelser, en som innehåller en rapporteringsskyldighet (2 kap. 7 §) och en som stadgar en anmälningsskyldighet (6 kap. 4 §). Den förra riktar sig till all hälso- och sjukvårdspersonal och den senare – den egentliga Lex Maria-bestämmelsen – till vårdgivaren, i båda fallen som skyldigheter att rapportera respektive anmäla. Dessutom har Socialstyrelsen utfärdat föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:28) om anmälningsskyldighet enligt Lex Maria.

Enligt 2 kap. 7 § LYHS har *hälso- och sjukvårdspersonal* skyldighet att rapportera till vårdgivaren om en patient i samband med hälso- och sjukvård²⁰⁷ drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom. Bestämmelsen skall ses som ett komplement till 6 kap. 4 § LYHS enligt vilken sådana incidenter skall anmälas till Socialstyrelsen av vårdgivaren (Lex Maria-anmälningar).²⁰⁸ Den är införd under rubriken ”Skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal” och gäller *all personal som har kännedom om händelsen*. Det är dock inget åliggande som kan föranleda disciplinpåföljd därest skyldigheten inte fullgörs (jfr 5 kap. 3 § LYHS). Rapporteringsskyldigheten har införts med hänsyn till att den som fått uppdraget att ombesörja Lex Maria-anmälan till Socialstyrelsen är beroende av att den interna kommunikationen fungerar väl så att han eller hon alltid informeras om vad som inträffat. För att sålunda stödja vårdgivarens egen utveckling av incidentrapportering och för att säkra samhällets insyn i verksamheten har personalen uttryckligen ålagts att rapportera ”uppåt” i organisationen när

²⁰⁵ Se även avsnittet Kvalitetssäkring s. 49.

²⁰⁶ Norström/Thunved, 2004 s. 222.

²⁰⁷ I samband med LYHS införande utbyttes begreppet ”vård, behandling eller undersökning” mot begreppet ”hälso- och sjukvård” för en begreppsmässig enhetlighet i förhållande till HSL. Vad som avses med hälso- och sjukvård anges i 1 § HSL och 1 § tandvårdslagen. (Jfr prop. 1997/98:109 s. 152).

²⁰⁸ Prop. 1995/96:176 s. 105.

man upplevt eller gjort iakttagelser om sådant som eventuellt skall föranleda anmälan enligt Lex Maria.²⁰⁹

Rapporteringskyldigheten i 2 kap. 7 § LYHS riktar sig till *den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen*. Därmed avses enligt 1 kap. 4 § LYHS, såvitt är av relevans för äldreomsorgen, den som har *legitimation* eller den som vid hälso- och sjukvård *biträder* en legitimerad yrkesutövare. Som framgår av avsnitt 12 kan även icke-legitimerad personal utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter efter *delegation* varvid man blir att betrakta som hälso- och sjukvårdspersonal. Att skyldigheten enligt lagen är avgränsad till kretsen hälso- och sjukvårdspersonal torde dock inte hindra att *annan*, som formellt inte betraktas som hälso- och sjukvårdspersonal men som har kännedom om en händelse, rapporterar detta till vårdgivaren.

Av 6 kap. 4 § första stycket LYHS, framgår att om en patient i samband med hälso- och sjukvård²¹⁰ drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom skall *vårdgivaren* snarast anmäla detta till Socialstyrelsen. Skyldigheten gäller *allvarlig* skada eller sjukdom. Härmed avses i SOSFS 2005:28 allvarlig kroppslig eller psykisk skada, allvarlig sjukdom eller död som inte är en oundviklig konsekvens av patientens tillstånd.²¹¹ Anmälan som skall göras på en särskild blankett, skall ha inkommit till Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet *senast inom två månader* från det att händelsen inträffade. Är det av patientsäkerhetsskäl angeläget att en händelse snabbt kommer till Socialstyrelsens kännedom, skall en *preliminär* anmälan göras omedelbart (SOSFS 2005:28 6 kap. 1–3 §§). Inom *kommunens* hälso- och sjukvård ankommer det, enligt 24 § p. 3 HSL, på medicinskt ansvarig sjuksköterska att svara för att anmälan görs till den nämnd som har ledningen av hälso- och sjukvårdsverksamheten.

Patienten skall underrättas om att en händelse som medfört allvarlig skada eller sjukdom föranlett en Lex Maria-anmälan, om det inte finns hinder för detta enligt sekretesslagen (1980:100) eller LYHS. Patienten skall också ges möjlighet att i anslutning till anmälan beskriva sin upplevelse av händelsen. Det är den anmälningsansvarige som svarar för att patienten eller dennes närstående utan dröjsmål blir informerad om och får en kopia av Socialstyrelsens beslut efter en anmälan, såvida det inte i det enskilda fallet bedöms olämpligt. (SOSFS 2005:28 7 kap. 1–3 §§). Av allmänna råd framgår, att om det förelegat en *risk* för allvarlig skada eller sjukdom och en anmälan gjorts till Socialstyrelsen *bör* patienten underrättas. Patienten bör också, sägs i allmänna råden, informeras om att denne formellt inte är part i de ärenden som anmälts till Socialstyrelsen. Patienten eller en närstående bör därför uppmärksammas på möjligheten att själv kontakta patientnämnden eller Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.

Avsikten med Lex Maria-anmälningar är att analysera bakomliggande orsaker till händelsen. För att undvika att liknande händelser inträffar igen

²⁰⁹ Prop. 1995/96:176 s. 68.

²¹⁰ I samband med LYHS införande utbyttes begreppet ”vård, behandling eller undersökning” mot begreppet ”hälso- och sjukvård” för en begreppsmässig enhetlighet i förhållande till HSL. Vad som avses med hälso- och sjukvård anges i 1 § HSL och 1 § tandvårdslagen. (Jfr prop. 1997/98:109 s. 150).

²¹¹ I allmänna råd ges exempel på vad som bör anmälas enligt Lex Maria.

skall resultatet av analysen återföras till hälso- och sjukvården generellt och inte enbart dit händelsen inträffat.²¹²

Enligt 6 § Socialstyrelsens föreskrifter Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12) skall ledningssystemet bl.a. säkerställa att det finns rutiner för att anmäla till myndigheter i enlighet med gällande författningar och för att identifiera, dokumentera och rapportera negativa händelser och tillbud.²¹³

Lex Maria-bestämmelsen är placerad i 6 kap. LYHS under rubriken ”Socialstyrelsens tillsyn”. Anmälningsskyldigheten hör alltså nära samman med Socialstyrelsens roll som tillsynsmyndighet.²¹⁴

Sammanfattande diskussion

Anmälningsskyldigheten i SoL gäller *den som uppmärksammar eller får kännedom om* ett allvarligt missförhållande i omsorgerna om någon enskild, oavsett om man är fast anställd, praktikant eller frivilligarbetande. På hälso- och sjukvårdens område har *den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen* skyldighet att, enligt LYHS, rapportera till vårdgivaren om en patient i samband med hälso- och sjukvård drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom. Med hälso- och sjukvårdspersonal avses därvid bl.a. den som har legitimation och den som vid hälso- och sjukvård av patienter biträder en legitimerad yrkesutövare (1 kap. 4 § LYHS), liksom den som utför hälso- och sjukvårdsuppgifter efter delegation. Ingenting torde dock hindra att ”socialtjänstpersonal” rapporterar enligt 2 kap. 7 § LYHS även om man formellt inte anses tillhöra hälso- och sjukvårdspersonalen. Inte heller torde det föreligga hinder för hälso- och sjukvårdspersonal att göra anmälan enligt 14 kap. 2 § SoL.

Anmälan enligt SoL skall göras om ett allvarligt missförhållande uppmärksammas *i omsorgerna om någon enskild*. Med ”omsorger” avses, enligt SOSFS 2000:5, insatser i form av service och omvårdnad som omfattas av SoL. Skyldigheten att rapportera enligt LYHS gäller om en patient *vid hälso- och sjukvård* drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom. Begreppet hälso- och sjukvård har därvid samma innebörd som i 1 § HSL (1 kap. 2 § LYHS).

Mot bakgrund av att det, som framgått tidigare, i praktiken anses vara svårt att avgöra enligt vilken lagstiftning en viss insats ges och att det kan föreligga divergerande uppfattningar mellan personal i den frågan kan det uppstå tvivel kring enligt vilken lag en anmälan eller en rapportering skall göras. Att i lag generellt ange i vilka fall den ena eller andra bestämmelsen skall användas torde dock inte låta sig göras. Detta mot bakgrund av att likartade insatser i det enskilda fallet kan ändra karaktär, från sociala till medicinska eller vice versa, bl.a. beroende på om medicinska kunskaper är nödvändiga eller inte.²¹⁵

²¹² Prop. 1995/96:176 s. 68.

²¹³ Se även avsnittet Kvalitetssäkring s. 52.

²¹⁴ Jfr även prop. 1981/82:97 s. 92 där föredragande statsråd uttalar, att till Socialstyrelsens tillsyns- och kontrollfunktioner anknyter anmälningsskyldigheten enligt Lex Maria.

²¹⁵ Se avsnittet Särskilt om sociala respektive medicinska uppgifter s. 14, Sammanfattning s. 21 och Sammanfattande diskussion s. 78.

I varje enskilt fall måste man utgå från vad som inträffat eller riskerat att inträffa. Händelser som liknar varandra skulle i ett visst fall kunna vara att bedöma som en händelse i samband med hälso- och sjukvård och i ett annat fall som ett missförhållande i omsorgen om den enskilde. En viss situation skulle också kunna tänkas falla under såväl anmälningsskyldigheten i SoL som rapporteringsplikten i LYHS.

Fundamentalt ur patient- och brukarsäkerhetssynpunkt är dock att rapportering och/eller anmälan görs. Ytterst får det ankomma på nämnden att säkerställa att kvalitets- och ledningssystemen innehåller rutiner för hur anmälningar och rapporter skall hanteras.

Ansvarsregler

Inom äldreomsorgen finns personal som utför sociala uppgifter och hälso- och sjukvårdsuppgifter. Den som tillhör *hälso- och sjukvårdspersonalen* bär själv ansvaret för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter (2 kap. 5 § LYHS) och står, som framgått ovan, under Socialstyrelsens tillsyn. Hälso- och sjukvårdspersonal kan också bli föremål för disciplinära och andra åtgärder.

Med hälso- och sjukvårdspersonal avses, enligt 1 kap. 4 § LYHS, bl.a. den som har legitimation för yrke inom hälso- och sjukvården (p. 1), och den som i annat fall vid hälso- och sjukvård av patienter biträder en legitimerad yrkesutövare (p. 3).

Om man bortser från den legitimerade personalen är det bestämmelsen i p. 3 som främst är av relevans i äldreomsorgen. Den som *biträder en legitimerad yrkesutövare* omfattas av samma skyldigheter som legitimerad personal och står även under Socialstyrelsens tillsyn. Den biträdande skall dock hjälpa till *vid hälso- och sjukvård* för att omfattas av bestämmelserna. En icke-legitimerad person är enligt motiven *inte* att anse som hälso- och sjukvårdspersonal om han eller hon på en *boendes* förfrågan hjälper denne med t.ex. medicinintaget.²¹⁶ Innebörden av begreppet hälso- och sjukvård är densamma som anges i 1 § HSL.²¹⁷

Icke-legitimerad personal kan också utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter efter *delegation*. Enligt 2 kap. 6 § LYHS får den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen överlåta en arbetsuppgift till någon annan *endast* när det är förenligt med kravet på en god och säker vård. Den som överlåter en arbetsuppgift svarar för att den som får uppdraget har förutsättningar att fullgöra uppgiften.

Delegationsbestämmelsen avser *medicinska* arbetsuppgifter. Härmed avses, enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård, varje åtgärd som den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen med formell kompetens har att utföra direkt eller indirekt i förhållande till patienter i samband med undersökning, diagnostik, vård eller behandling samt till förebyggande av sjukdomar.

Enligt lagens motiv måste delegation av medicinska arbetsuppgifter äga rum i väl organiserade former och under vissa bestämda förutsättningar. En av dessa förutsättningar är att en arbetsuppgift, för att vara delegerbar, måste ligga inom den delegerandes kompetensområde. Den som delegerar en uppgift skall således själv vara *formellt kompetent* för den uppgift som överlämnas. Är så inte fallet kan det medföra disciplinpåföljd.²¹⁸ Formellt kompetent är, enligt förarbetena, den som *genom sin yrkesutbildning* har förvär-

²¹⁶ Prop. 1993/94:149 s. 59.

²¹⁷ Prop. 1997/98:108 s. 150.

²¹⁸ Prop. 1993/94:149 s. 119.

vat de kunskaper och färdigheter som krävs för att på ett adekvat och betryggande sätt kunna fullgöra uppgiften. En andra förutsättning är att den som tar emot uppgiften är *reellt kompetent*, dvs. verkligen har förutsättningar att fullgöra den. Med reell kompetens förstås således sådan kompetens som den enskilde *förvärvat vid sidan av den egna egentliga yrkesutbildningen*, t.ex. genom praktisk yrkesverksamhet eller genom enskilda kurser.²¹⁹ Delegering får inte ske om det strider mot lag, förordning eller föreskrift.

Även om den som överlåter en uppgift sålunda ansvarar för att delegaten har förutsättningar att klara uppgiften innebär inte detta, att den till vilken uppgiften delegerats, är utan ansvar för hur uppgiften utförs. När någon utför uppgifter som överförs till honom eller henne genom delegation utför han eller hon dessa under sitt *eget yrkesansvar*. Den delegerande måste dock förvissa sig bl.a. om att den som skall utföra uppgiften har reell kompetens.²²⁰ Den som delegerat uppgifterna ansvarar i den situationen inte för uppgifternas fullgörande men väl för sitt beslut att delegera dem. Detta innebär att han svarar för att mottagaren skall kunna fullgöra dem. Den delegerandes ansvar ökar givetvis om den som fick uppgifterna uttrycker osäkerhet om sin förmåga att fullgöra dem.²²¹

Den personal som kommunerna behöver för att bedriva *hälso- och sjukvård* vid de särskilda boendeformerna för service och omvårdnad, bostäderna med särskild service, dagverksamheterna och i hemsjukvården utgörs till en del av legitimerad personal och till en del av undersköterskor och biträdespersonal. De senare omfattas av bestämmelserna om yrkesansvar i LYHS i den mån de utför arbetsuppgifter som *biträden* åt legitimerad yrkesutövare eller efter *delegation*. Kommunerna förfogar sålunda över personal som *vid utförandet av medicinska arbetsuppgifter* har ett direkt på LYHS grundat yrkesansvar.

Personal som utför *sociala uppgifter* inom äldreomsorgen omfattas inte av ansvarsreglerna i LYHS. Inte heller socionomer i deras kurativt behandlande verksamhet som kan tyckas ligga nära hälso- och sjukvårdens. Sådana uppgifter utgör inte hälso- och sjukvårdsinsatser i traditionell mening, utan sociala insatser, och omfattas därför inte av LYHS.²²²

Om man bortser från ansvarsreglerna i LYHS kan personalen, såväl hälso- och sjukvårdspersonal som socialtjänstpersonal, ställas till ansvar för bl.a. brott mot tystnadsplikt (brottsbalken 20 kap. 3 §) och för tjänstefel (brottsbalken 20 kap. 1 §). Därtill kommer ansvarsregler i den arbetsrättsliga lagstiftningen. Den närmare innebörden härav tas inte upp i denna framställning.

Sammanfattningsvis gäller, att legitimerad personal omfattas av yrkesansvaret i LYHS. Detta omfattar även undersköterskor och biträdespersonal som biträder legitimerad yrkesutövare vid hälso- och sjukvård och när de utför medicinska arbetsuppgifter efter delegation. Både socialtjänstpersonal och hälso- och sjukvårdspersonal omfattas dessutom bl.a. av de särskilda reglerna om tjänstefel och om brott mot tystnadsplikten.

²¹⁹ Prop. 1993/94:149 s. 70. Se utförligt om formell och reell kompetens SOSFS 1997:14.

²²⁰ Prop. 1993/94:149 s. 119.

²²¹ Prop. 1993/94:149 s. 67.

²²² Prop. 1993/94:149 s. 60.

Dokumentation

Inledning

Kommunen har ansvaret för sociala tjänster och hälso- och sjukvårdsinsatser – exklusive läkarinsatser – vid särskilda boendeformer, i dagverksamheter och i vissa fall även i hemsjukvården. Det innebär att i dessa sammanhang har såväl hälso- och sjukvårdspersonal som socialtjänstpersonal ansvaret för en och samma patient/brukare.

Personalen har dokumentationsskyldighet enligt såväl SoL som PjL. I rapporten *Investera nu!* anføres, att en alltför stor del av personalens tid används till dokumentation, i vissa fall dubblerad, enligt de båda lagarna. I detta avsnitt redogörs därför för lagarnas innebörd i syfte att utvärdera huruvida lagstiftningens konstruktion kan anses utgöra ett problem för den praktiska tillämpningen.

Socialtjänstlagen

Bestämmelserna om dokumentation i SoL har främst införts i förtydligande syfte och som komplement till förvaltningslagens (1986:223) (FL) regler. De är tillämpliga såväl inom *kommunens* verksamhet enligt SoL, och vissa anslutande lagar, som på sådan *enskilt* bedriven verksamhet inom socialtjänsten som står under länsstyrelsens tillsyn.

Kommunernas verksamhet enligt SoL består av såväl en beslutande del, t.ex. beviljande av bistånd i form av särskilt boende, som en rent faktisk verksamhet dvs. tillhandahållande av olika vård- och omsorgsinsatser vid boendet. Bestämmelserna om dokumentation gäller i båda fallen.

Av 11 kap. 5 § första stycket SoL framgår, att handläggning av ärenden som rör enskilda samt genomförande av beslut om stödinsatser, vård och behandling skall dokumenteras. Detta är den *grundläggande bestämmelsen* om dokumentationsskyldighet inom socialtjänsten. Med *handläggning av ärenden* avses, enligt lagens motiv, alla åtgärder från det att ett ärende anhängiggjorts till dess att det avslutas genom beslut. Härav anses följa att det inte föreligger någon skyldighet att dokumentera rådgivning, t.ex. alkoholrådgivning och familjerådgivning. Att avgiva ett yttrande till en annan myndighet är i detta sammanhang att jämställa med att fatta beslut.²²³

Utöver handläggning av ärenden skall dokumentation ske av sådant *rent faktiskt handlande* som utgör *genomförande av beslut* om stödinsatser, vård och behandling.²²⁴ Faktiskt handlande är inte samma sak som handläggning av ett ärende utan sådant handlande i olika former kännetecknar *verkställigheten* av beslut. Verkställighet av ett beslut – genomförande av beslutade

²²³ Prop. 1996/97:124 s. 151 och 181.

²²⁴ Härmed avsågs vid bestämmelsens införande inte barnomsorg enligt dåvarande 14 a § SoL eller färdtjänst enligt dåvarande 10 § SoL. I sådana sammanhang skulle enbart beslutsfattande verksamhet dokumenteras. Se prop. 1996/97:124 s. 181.

insatser – är således inte något ärende i sig. Under genomförandet kan dock nya ärenden initieras. Nämnden kan, sägs i motiven, t.ex. under pågående vård se att andra åtgärder kan vara nödvändiga. Då kan på nämndens initiativ ett nytt ärende uppkomma. De insatser som skall dokumenteras under genomförandet är *de individuellt behovsprövade stöd-, vård- och behandlingsinsatserna*.²²⁵

I 11 kap. 5 § SoL regleras också generellt *vilken information* dokumentationen skall lämna. Här anges de grundkrav som bör ställas på dokumentationen;²²⁶ den skall visa vilka *beslut och åtgärder* som vidtas i ärendet samt *faktiska omständigheter och händelser av betydelse*. Det är av primärt intresse för den enskilde att få en korrekt handläggning av ärendet och i förekommande fall en insats av god kvalitet. Dokumentationen skall, enligt förarbetena, kunna användas av socialtjänstens personal som ett arbetsinstrument för den individuella planeringen, för handläggningen av ärendet, för genomförandet och för uppföljning av ärendehandläggningen och insatsen. Uppgifterna utnyttjas också i flera andra för socialtjänsten viktiga sammanhang, t.ex. som underlag för kvalitetssäkring, forskning och framställning av statistik.²²⁷

För att skyldigheten att dokumentera skall kunna fylla sin huvuduppgift krävs enligt motiven att dokumentationen innehåller *tillräcklig, väsentlig och korrekt* information. Den närmare innebörden härav kan variera mellan olika verksamheter och ärendetyper. Däremot, framhålles i förarbetena, bör dokumentationen inte variera mellan olika handläggare.²²⁸ Endast de uppgifter som har *betydelse med hänsyn till verksamhetens art och det enskilda fallet* behöver dokumenteras.²²⁹ Mindre insatser kan dokumenteras mer summariskt.²³⁰

Dokumentation *bör* enligt lagens förarbeten innehålla uppgift om *vem* som har gjort en viss anteckning och *när* anteckningen gjordes. Att sådana uppgifter finns är väsentligt såväl under ett ärendes handläggning och under genomförandefasen som därefter för olika slag av uppföljning och kontroll.²³¹

Handlingar som rör enskildas personliga förhållanden skall, enligt 11 kap. 5 § andra stycket SoL, förvaras så att obehöriga inte får tillgång till dem. Bestämmelsen är avsedd att komplettera reglerna om sekretess. Den syftar till att skydda den som vänder sig till socialtjänsten från *obehörig insyn* i privatlivet. Den tar alltså närmare sikte på handlingar för vilka sekretess gäller. Obehörig får anses vara envar som inte har legitim anledning att ta del av handlingen i sin tjänsteutövning.²³²

Dokumentationen skall, enligt 11 kap. 6 § SoL, utformas med respekt för den enskildes integritet. Härmed förstås bl.a. att den enskilde skall behandlas med aktning. Utgångspunkten är att uppgifterna i dokumentationen skall

²²⁵ Prop. 1996/97:124 s. 151 f.

²²⁶ Prop. 1996/97:124 s. 153.

²²⁷ Prop. 1996/97:124 s. 181.

²²⁸ Prop. 1996/97:124 s. 153.

²²⁹ Prop. 1996/97:124 s. 181.

²³⁰ Prop. 1996/97:124 s. 153.

²³¹ Prop. 1996/97:124 s. 182.

²³² Prop. 1979/80:1 Del A s. 563.

vila på ett korrekt underlag och inte vara av nedsättande eller kränkande karaktär. Återhållsamhet bör, enligt motiven, iaktas när det gäller uppgifter om den enskildes privatliv, om inte uppgifterna är nödvändiga för bedömningen i ärendet.²³³ Dock kan inte krävas att uppgifter som skulle kunna uppfattas som kränkande aldrig skall få förekomma. Uppgifterna kan ju vara befogade i det enskilda fallet. Men det krävs dock alltid att uppgifterna grundas på ett riktigt underlag och är av verklig betydelse för ställningstaganden inom socialtjänsten. Ovidkommande värdeomdömen av allmänt nedsättande eller kränkande karaktär får inte förekomma.²³⁴

Enligt 11 kap. 6 § SoL bör den enskilde hållas *underrättad* om de journalanteckningar och andra anteckningar som förs om honom eller henne. Anser den enskilde att någon uppgift i dokumentationen är *oriktig* skall detta antecknas. Bestämmelsen syftar till att understryka den öppenhet som måste råda mellan den sociala myndighetens företrädare och dem som söker dess tjänster eller på annat sätt kommer i kontakt med den. Den riktar sig främst till de *tjänstemän* hos nämnden som skall verkställa *utredningar* och dokumentera sina utredningsåtgärder.²³⁵ Genom bestämmelser i FL tillförsäkras bl.a. part i ett ärende som avser *myndighetsutövning* mot enskild en rätt att bli underrättad allt som tillförts ärendet (17 §). Den regeln omfattar *inte* handläggning av ärenden som inte gäller myndighetsutövning. Den gäller inte heller sådant som över huvud taget inte är ärendehandläggning, alltså *faktiskt handlande* exempelvis inom äldreomsorgen. 11 kap. 6 § SoL uttrycker en längre gående skyldighet än vad som följer av FL. Det bör, sägs i förarbetena, vara tjänstemannens sak att själv informera den enskilde om sin skyldighet att föra anteckningar och ungefärligen om vilka uppgifter som dokumenteras. Däremot innebär bestämmelsen inte att den enskilde har rätt att kräva en viss utformning av anteckningarna. Inte heller innebär regeln någon obligatorisk skyldighet att ge den enskilde kopia av anteckningarna. Den enskildes rätt att få del av handlingar, och avskrifter av dem, regleras uttömmande genom tryckfrihetsförordningen jämförd med sekretesslagen och FL.²³⁶

Råder det delade meningar om det som antecknats skall detta, enligt 11 kap. 6 § tredje meningen, antecknas. Bestämmelsen är tänkt som en markering att dokumentationen skall ske under full öppenhet mot den enskilde.

Patientjournalagen

Skyldigheten att dokumentera regleras för hälso- och sjukvårdens vidkommande i PjL. Lagen gäller *all* hälso- och sjukvård, dvs. både den som bedrivs i offentlig regi och den enskilda hälso- och sjukvården. Journalen skall ”i första hand” kunna användas av hälso- och sjukvårdspersonalen som ett arbetsinstrument för planering, genomförande och uppföljning av vården. Journalföringen ger också samhället möjlighet att utöva tillsyn. Lagstiftaren menar, att om vården brister i något avseende måste patienten garanteras en

²³³ Prop. 1996/97:124 s. 182.

²³⁴ Prop. 1996/97:124 s. 182.

²³⁵ Prop. 1979/80:1 Del A s. 563.

²³⁶ Prop. 1979/80:1 Del A s. 563. Bestämmelsens innebörd är densamma som vid lagens ikraftträdande 1982. Se prop. 1996/97:124 s. 182.

möjlighet att få saken utredd så att eventuella fel och försummelser klarläggs och beivras. Journalföringen har därvid stor betydelse.²³⁷

Enligt 1 § PjL skall, vid *vård* av patienter inom hälso- och sjukvården, föras patientjournal. Patientjournal skall föras för varje patient och får inte vara gemensam för flera patienter. Med *vård* avses enligt lagens text även *undersökning och behandling*.

Med hälso- och sjukvård avses åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Hit räknas också tandvård och företagshälsovård.²³⁸ Såvitt gäller begreppet *vård* i bestämmelsen, innebär detta en inskränkning såtillvida, att kravet på journalföring inte gäller för all verksamhet inom hälso- och sjukvården utan endast för den del av verksamheten som är *individuellt inriktad* mot patienten.²³⁹ Kravet på journalföring gäller generellt, dvs. i alla situationer eller verksamheter som innehåller individuellt inriktade vård- och behandlingsmoment.²⁴⁰ Förebyggande åtgärder som t.ex. riktas mot miljön är inte sådant som omfattas av skyldigheten att föra journal. När det däremot gäller *individinriktade förebyggande åtgärder*, t.ex. allmänna och riktade hälsokontroller, vaccinationer, hälsoupplysning samt mödra- och barnhälsovård, skall journal föras, liksom när det gäller hälsokontroller som patienten själv initierar.

Skyldigheten att föra journal gäller även om patienten inte själv tagit initiativ till vården. Det görs ingen skillnad på öppen eller sluten vård eller mellan psykiatrisk och somatisk.²⁴¹ Med *patient* avses den enskilde i hans eller hennes kontakter med hälso- och sjukvården.²⁴²

Vid all hälso- och sjukvård är det ett *absolut krav* att den enskilde är medveten om att journal förs om honom eller henne, något som anses vara en integritets- och förtroendefråga av betydelse. Det sagda hindrar självfallet inte journalföring beträffande t.ex. medvetlösa och icke-identifierbara personer.²⁴³

Begreppet *patientjournal* definieras i lagens 2 §. Härmed avses sålunda de *anteckningar* som görs och de *handlingar* som upprättas eller inkommer i samband med vården *och* som innehåller uppgifter om patientens hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden och om vårdåtgärder (journalhandlingar). Som journalhandling anses, enligt samma bestämmelse, framställning i *skrift eller bild* samt *upptagning* som kan läsas, avlyssnas eller på annat sätt uppfattas endast med tekniskt hjälpmedel.

I 3 § regleras vad en patientjournal skall innehålla. Där skall finnas de uppgifter som behövs för en god och säker vård. Uppgifterna skall föras in i journalen *så snart det kan ske*. Patientjournalen skall, enligt samma bestämmelse, innehålla uppgift om *vem* som gjort en viss anteckning och *när* anteckningen gjordes. Om inte *synnerligt hinder* möter skall en journalanteckning *signeras* av den som svarar för uppgiften. I bestämmelsen görs en uppräknings av uppgifter som, om de föreligger, skall finnas i journalen.

²³⁷ Prop. 1984/85:189 s. 12.

²³⁸ Prop. 1984/85:189 s. 36.

²³⁹ Prop. 1984/85:189 s. 37.

²⁴⁰ Prop. 1984/85:189 s. 14.

²⁴¹ Prop. 1984/85:189 s. 37.

²⁴² Prop. 1984/85:189 s. 37.

²⁴³ Prop. 1984/85:189 s. 14.

Beträffande signeringskravet anförs i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1993:20) om patientjournalagen p. 4, att varje anteckning skall innehålla uppgift om vem som svarar för anteckningen och dennes bekräftelse på att uppgiften är riktig (*signering*). En uppgift anses införd i och med att den signerats och därefter får uppgiften således inte ändras (jfr 6 § PjL). Signeringen bör ske i omedelbar anslutning till att anteckningen förs in i journalen eller så snart det är praktiskt möjligt. Det är dock viktigt att signeringskravet inte medför att journalen görs svåråtkomlig för den som akut behöver tillgång till den. Undantag från signeringskravet får endast göras om det föreligger *synnerligt hinder*, t.ex. att den som gjort anteckningen slutat sin anställning vid enheten innan det är praktiskt genomförbart att fullgöra skyldigheten.

Det grundläggande syftet med patientjournalen är en *god och säker vård* av patienten. Innebörden härav är densamma som i HSL.²⁴⁴ För att journalen skall kunna fylla sin huvuduppgift i patientvården krävs att den innehåller *tillräcklig, väsentlig* och *korrekt* information. Den uppräknade uppgifter som görs i 3 § och som alltid skall föras in om de föreligger är inte uttömmande.²⁴⁵ Kravet på god och säker vård kan innebära att ytterligare uppgifter måste dokumenteras. Vad detta konkret innebär kan variera mellan olika yrkesutövare och olika verksamheter. I motiven sägs, att i de fall ”en journal förs gemensamt av flera olika yrkesutövare” är det naturligtvis tillräckligt att någon av dem för in uppgift om t.ex. patientens identitet. Det blir en uppgift för främst Socialstyrelsen att meddela de ytterligare bestämmelser som kan behövas i detta avseende.²⁴⁶

I sex olika punkter räknas i 3 § upp vilka uppgifter som patientjournalen skall innehålla i den mån uppgifterna förekommer. Sålunda skall antecknas 1) uppgift om patientens identitet, 2) väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården, 3) uppgift om ställd diagnos och anledning till mera betydande åtgärder, 4) väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder, 5) uppgifter om den information som lämnats till patienten och om de ställningstaganden som gjorts om val av behandlingsalternativ och om möjligheten till en förnyad medicinsk bedömning och 6) uppgift om information och samtycke som har lämnats enligt lagen (2002:297) om biobanker i hälso- och sjukvården m.m.

Uttrycket *mera betydande* i p. 3 är avsett att markera att kravet på dokumentation inte gäller samtliga åtgärder som kan förekomma vid vården, utan endast de åtgärder som är *mer avgörande för vårdens resultat*. Också såvitt gäller p. 4 sägs i motiven, att endast de *väsentliga uppgifterna* behöver dokumenteras.²⁴⁷

Att uppgifterna skall föras in i journalen *så snart det kan ske* motiveras bl.a. med hänsyn till säkerheten i vården för att undanröja risken för att uppgifter av betydelse för vårdresultatet glöms bort eller av annan anledning aldrig dokumenteras. Också patientens rättssäkerhet kräver att journalupp-

²⁴⁴ Se avsnittet God vård s. 50.

²⁴⁵ Prop. 1984/85:189 s. 39.

²⁴⁶ Prop. 1984/85:189 s. 39.

²⁴⁷ Prop. 1984/85:189 s. 41.

gifterna tas in i journalen så snart som möjligt. Bestämmelsen gäller alla journalhandlingar och alla slags journalanteckningar.²⁴⁸

PjL innehåller i 4 § en bestämmelse om att varje uppgift i en journalhandling som upprättats inom hälso- och sjukvården skall utformas så att patientens *integritet* respekteras. Vidare finns bestämmelser om journalhandlingarnas utformning (5 §), vad som gäller vid rättelse av felaktigheter (6 §) och rörande förvaring (7 §). Hantering och förvaring av journalen skall ske så att inte *obehöriga* får tillgång till densamma.

Patientens *integritet* är central också inom hälso- och sjukvården (4 § PjL) varför det har ansetts självklart att också PjL bygger på denna princip. En grundläggande förutsättning för detta är att uppgifterna i journalen är korrekta. Detta är dock, enligt motiven, inte tillräckligt. Många uppgifter i en patientjournal utformas efter en subjektiv värdering. Vissa av dessa uppgifter kan då uppfattas som kränkande av patienten även om de är riktiga i sak. Avsikten med bestämmelsen är att erinra om betydelsen av att utforma uppgifterna i patientjournalen på ett sådant sätt att patienten inte känner sig kränkt av dem eller att helt utelämna sådana uppgifter om de inte har betydelse för ställningstaganden i vården. Ovidkommande värdeomdömen om patienten eller hans eller hennes anhöriga av allmänt nedsättande eller kränkande karaktär får inte förekomma. Respekten för patientens integritet förutsätter också allmänt en återhållsamhet när det gäller uppgifter om dennes privatliv. Den kan också medföra andra begränsningar, t.ex. när det gäller användning av videoteknik i den psykiatriska vården.²⁴⁹

Såvitt gäller *hantering och förvaring* av journalen är 7 § utformad med dåvarande 51 § andra stycket SoL som förebild (nuvarande 11 kap. 5 § andra stycket). I bestämmelsen behandlas den s.k. ”inre sekretessen”, dvs. frågor som rör rutinerna för användningen av en patientjournal ”*inom den verksamhet där patientjournalen förvaras*” (kurs. här).²⁵⁰ Bestämmelsen avser både fall då journalen upprättats inom verksamheten, ingivits dit eller inlånats. Lagstiftarens uppfattning är, att vid vården av en patient t.ex. på en klinik är det ”endast en begränsad del av personalen som i sitt arbete behöver tillgång till patientens journal”. Respekten för patientens integritet kräver att ingen utanför ”denna krets” får tillgång till journalen. Läsning av ren nyfikenhet kan aldrig godtas. Det ankommer på den som svarar för verksamheten att se till att sådana rutiner tillämpas att endast den som behöver journalen i sitt arbete har tillgång till den.²⁵¹ Tanken är, att klinikchefen eller motsvarande har ansvaret för att slentrian motverkas vid det dagliga journalutnyttjandet.²⁵² Bestämmelsen avser såväl *förvaring* som *hantering*. Samma restriktivitet och varsamhet i hanteringen måste gälla även när handlingarna används i det dagliga arbetet.²⁵³

Skyldighet att föra patientjournal har, enligt 9 § PjL, legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal eller den som är särskilt förordnad att utöva visst

²⁴⁸ Prop. 1984/85:189 s. 41.

²⁴⁹ Prop. 1984/85:189 s. 42.

²⁵⁰ Prop. 1984/85:124 s. 43.

²⁵¹ Prop. 1984/85:124 s. 43.

²⁵² Prop. 1984/85:189 s. 23.

²⁵³ Prop. 1984/85:124 s. 43. Lagen (1998:544) om vårdregister reglerar läsbehörighet för elektroniska journaler.

yrke²⁵⁴ (p. 1). Sådan skyldighet har också den som, utan att ha legitimation för yrket, utför arbetsuppgifter som annars bara skall utföras av logoped, psykolog eller psykoterapeut inom den *allmänna* hälso- och sjukvården eller *sådana* arbetsuppgifter inom den *enskilda* hälso- och sjukvården som *biträde* åt legitimerad yrkesutövare (p. 2). Enligt p. 3 är också den som är verksam som *kurator* i den *allmänna* hälso- och sjukvården skyldig att föra patientjournal. Var och en som för patientjournal svarar för sina uppgifter i journalen. Det sistnämnda innebär att var och en *ansvarar för riktigheten* av de uppgifter han eller hon låter föra in i journalen.²⁵⁵

Dokumentationsskyldigheten är sålunda begränsad till *vissa kategorier* av hälso- och sjukvårdspersonalen,²⁵⁶ dvs. de som har mera *centrala och självständiga uppgifter* inom vården.²⁵⁷ Genom att skyldigheten att föra journal anges i lag inbegrips den i de berörda yrkesutövarnas medicinska yrkesansvar. Härigenom, sägs i motiven, kan ansvar utkrävas vid underlåten eller bristfällig journalföring (jfr 2 kap. LYHS).²⁵⁸

Enligt lagens förarbeten innebär det medicinska ledningsansvaret inom hälso- och sjukvården ett yttersta ansvar för att underställd personal fullgör sina åligganden i vården, däribland journalföringen.²⁵⁹ Till detta må anmärkas, att begreppet ”medicinskt ledningsansvar” utmönstrats ur lagstiftningen och ersatts med krav på verksamhetschef enligt 29 § HSL.²⁶⁰ Det tidigare använda begreppet anses innefatta verksamhetschefens uppgifter när det gäller diagnostik, vård och behandling, dvs. den ledning som behövs för att dessa medicinska verksamheter skall fungera väl, inklusive rutiner för journalföring. När det gäller den kommunala hälso- och sjukvården fastslås i 2 kap. 5 § FYHS, att den medicinskt ansvariga sjuksköterskan ansvarar för att journaler förs så som föreskrivs i PjL.

Enligt 19 § PjL får regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, meddela ytterligare föreskrifter om en journalhandlings innehåll, utformning och hantering. Sålunda har regeringen utfärdat förordning (1986:203) om förlängd bevarandetid för vissa journalhandlingar och Socialstyrelsen har utfärdat föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1993:20) om patientjournallagen.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd gäller generellt, såväl inom offentlig hälso- och sjukvård som drivs av landsting och kommuner som inom olika former av enskilt driven vård. I *allmänna råden* nämns bl.a. vikten av att patientens identitet anges i journalen eftersom *förväxling* av patienter måste undvikas (p. 3) liksom vikten av att *överkänslighet* tydligt markeras (p. 4). Vidare understryks vikten av att *läkemedelsordinationer* noggrant registreras (p. 8). Av *föreskrifterna* framgår vikten av att ansvarig, bl.a. befattningshavare som avses i 24 § HSL (medicinskt ansvarig sjuksköterska), ser till att det finns betryggande rutiner för dokumentation av all

²⁵⁴ Härmed avses t.ex. läkare under allmäntjänstgöring.

²⁵⁵ Prop. 1984/85:189 s. 20.

²⁵⁶ I motiven (prop. 1984/85:189 s. 46) hänvisas till att ”Av 1 § tillsynslagen framgår vilka som hör till denna personal.” vilket numera regleras i 1:4 LYHS.

²⁵⁷ Prop. 1984/85:189 s. 46.

²⁵⁸ Prop. 1984/85:189 s. 26.

²⁵⁹ Prop. 1984/85:189 s. 26.

²⁶⁰ Se härom avsnittet Verksamhetschef s. 38.

läkemedelshantering från ordination till utdelning vid enheten. Såvitt gäller tillgång till en patientjournal framgår i nämnda SOSFS p. 12, att rätt att ta del av densamma har endast den personal vid enheten som är engagerad i vården av patienten. Detta innebär att patientjournaler skall förvaras på ett betryggande sätt inte bara när de är arkiverade utan även under pågående vårdperioder så att de inte kommer under obehörigas ögon. Enligt föreskrifterna skall den som svarar för patientjournalerna utforma rutiner om förvaringen av journalerna antingen de förs manuellt eller med ADB-teknik.

Patientjournalen skall utformas så att *all* information, inklusive den som avser omvårdnaden, är *tillgänglig för berörda personalkategorier* på ett överskådligt sätt utan att en uppgift behöver dokumenteras flera gånger (SOSFS 1993:20, 17 kap. 3 §).

Sammanfattande diskussion

Inledningsvis kan konstateras, att PjL är långt mer utförlig än motsvarande bestämmelser om dokumentation i SoL. PjL kompletteras dessutom av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd som ger ytterligare information och vägledning om hur dokumentationen skall ske. Föreskrifter och allmänna råd kommer emellertid inom kort, även när det gäller dokumentation enligt SoL.

Grundtankarna bakom dokumentationsreglerna, liksom vissa bestämmelser, i PjL och SoL är i många hänseenden lika. Av båda lagarna framgår exempelvis att det endast är mera betydande och väsentliga uppgifter som skall antecknas, att den enskildes integritet skall respekteras och att förvaring och hantering skall vara sådan att inte obehöriga får tillgång till journalerna. Syftet med journalföringen är också likvärdig; för planering, genomförande, uppföljning, kvalitetssäkring m.m. Däremot anges inte lika utförligt i SoL vem som har skyldighet att föra journal. Inte heller sägs att det skall noteras vem som gjort en viss anteckning eller när den införts. Detta uttalas dock som en rekommendation i lagens motiv.²⁶¹ I båda lagarnas förarbeten talas också om att det som noteras skall vara tillräckligt, väsentligt och korrekt. Det finns emellertid också skillnader. SoL gäller såväl handläggning av ärenden som genomförandet av olika beslutade insatser. Det är de senare som kommer i fråga inom ramen för verksamheten inom t.ex. särskilda boenden. Dokumentationen enligt PjL bygger på medicinska bedömningar under ett yrkesansvar enligt LYHS.

Lagstiftningen, såväl SoL som PjL, ställer krav på dokumentation av sociala respektive medicinska insatser. I praktiken råder en uppfattning om att dokumentationen måste hållas åtskild på grund av den delade lagstiftningen.²⁶² Ofta förekommer dessutom andra dokument än social dokumentation och patientjournaler i formell mening i vilka det förs noteringar som är avsedda för patienten/brukaren. Andra problem som redovisats är praktiska svårigheter att få tillgång till nödvändig information och okunskap om sekretessreglerna.²⁶³

²⁶¹ Kommer att regleras i nya SOSFS.

²⁶² Se t.ex. Länsstyrelsen i Skåne län rörande dokumentation, våren 2005.

²⁶³ Se t.ex. SOU 2000:114 s. 257.

Såvitt gäller frågan om *sekretess* ställer båda lagarna krav på att journalerna skall förvaras så att inte obehöriga får tillgång till dem. Klart är därvid att sekretessbestämmelserna inte torde utgöra problem i den praktiska verksamheten, i vart fall inte såvitt gäller de *särskilda boendeformerna*. Genom Ädelreformen är socialnämnden – eller motsvarande nämnd – huvudman för såväl sociala som medicinska insatser rörande äldre. Den verksamhet som bedrivs i de särskilda boendeformerna skall enligt lagstiftarens uppfattning ses som *en och samma verksamhet*.²⁶⁴ Sekretess råder alltså *inte* i förhållande till dem som är *behöriga* att ta del av uppgifterna, dvs. den personal som är involverad i vården/omvårdnaden av den enskilde, såväl social som medicinsk. Socialtjänstpersonal torde sålunda ha rätt att ta del av uppgifterna i patientjournalen och dessutom, inom ramen för delegerat ansvar, i patientjournalen dokumentera givna medicinska insatser och utförda medicinska åtgärder. På motsvarande sätt har hälso- och sjukvårdspersonal rätt att ta del av den sociala dokumentationen.

När det gäller det kommunala ansvaret för socialtjänst och hälso- och sjukvård i *dagverksamheter* och i de fall som kommunen tagit över ansvaret för *hemsjukvården* är frågan om också detta skall ses som ett och samma verksamhetsområde. Samverkansutredningen menade när det gäller kommunal *hemsjukvård* att man inte generellt kan hävda att kommunal hemsjukvård och socialtjänst ingår i en integrerad organisation som fallet är beträffande den kommunala hälso- och sjukvården och socialtjänsten i övrigt. Det är också, menade man, mer oklart om det råder någon sekretess mellan kommunal hemsjukvård och socialtjänst. Utredningen, som inte tog ställning i frågan, hänvisade till Lokaldemokratikommittén som i sitt delbetänkande om sekretesslagen i en fri kommunal nämndorganisation (SOU 1992:140) synes ha varit av uppfattningen att sekretess gäller.²⁶⁵

Emellertid talar lagstiftaren i Ädelreformens förarbeten om ”sekretessen inom den kommunala hälso- och sjukvården” och uttrycker därvid att ”Den kommunala hälso- och sjukvården i sekretesshänseende tillhör samma verksamhetsområde som den kommunala socialtjänsten”.²⁶⁶ Det görs alltså ingen explicit skillnad i fråga om kommunens ansvarsområden. Av detta skulle man kunna dra slutsatsen att lagstiftarens avsikt är att också dagverksamheter och hemsjukvård är att anse som ett verksamhetsområde. Såvitt gäller hemsjukvården självklart under förutsättning att kommunen utnyttjat befogenheten att erbjuda hemsjukvård (18 § andra stycket HSL).²⁶⁷

Det kan sålunda konstateras att det råder viss oklarhet ur sekretesssynpunkt såvitt gäller hemsjukvård och dagverksamheter. Offentlighets- och sekretesskommittén föreslår emellertid att det skall framgå av sekretesslagen när det *inte* finns någon sekretessgräns mellan olika verksamheter som bedrivs integrerat i gemensamma nämnder.²⁶⁸ Antas förslaget kommer ifrågavarande problem att få sin lösning.

²⁶⁴ Prop. 1990/91:14 s. 84 f.

²⁶⁵ SOU 2000:114 s. 259.

²⁶⁶ Prop. 1990/91:14 s. 84.

²⁶⁷ Se även Offentlighets- och sekretesskommittén (SOU 2003:99 s. 257) som för en diskussion angående verksamheternas självständighet i förhållande till varandra.

²⁶⁸ SOU 2003:99 s. 276.

Ett problem är också att det regelmässigt finns en social dokumentation, en patientjournal och, som ovan framgått, även ytterligare dokumentation ofta avsedd för patienten/brukaren. Inte minst från patient- och brukarsäkerhetssynpunkt torde det vara en uppenbar risk att dokumentationen rörande en och samma person under en och samma vårdsituation förs på flera ställen. Flera fördelar torde sålunda stå att vinna med en gemensam dokumentation.

För en gemensam dokumentation måste emellertid bl.a. beaktas lagen (1998:544) om vårdregister enligt vilken den som bedriver vård får utföra automatiserad behandling av personuppgifter i vårdregister. Vad som avses med ”vård” definieras i 1 §; bl.a. all vård enligt HSL men *inte* insatser enligt SoL. Vårdregistret får, enligt 5 §, endast innehålla de uppgifter som enligt lag eller annan författning skall antecknas i en *patientjournal*. Registret får dock även innehålla *andra* uppgifter som antecknas i och för vården av patienter samt uppgifter som behövs för den ekonomiadministration som förordas av vård i enskilda fall (jfr 3 § andra stycket). Med andra uppgifter avses därvid sådant som enligt annan författning än PjL, och föreskrifter som meddelats med stöd av den lagen, skall ingå i en patientjournal, t.ex. sådant som framgår av förordningen (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård och i smittskyddslagen (1988:1472).²⁶⁹ Vårdregisterlagen medger inte samkörning från andra personregister än vårdregister.

Därutöver måste uppmärksammas att bevarande- respektive gallringsbestämmelserna i PjL och SoL inte korresponderar och man måste ta ställning till hur det mellan länsstyrelserna och Socialstyrelsen delade tillsynsansvaret skall hanteras vid en eventuell gemensam journalföring.

I Socialtjänstkommitténs slutbetänkande Dokumentation och socialtjänstregister (SOU 1995:86) föreslogs bl.a. att uppgifter som avser vård och behandling inte skulle behöva dokumenteras i de fall behovet av dokumentation i stället kunde tillgodoses genom reglerna i PjL.²⁷⁰ Regeringen ansåg emellertid att det då inte fanns underlag för att föreslå en lagreglering rörande samordning mellan dokumentationsskyldigheten i SoL och journalföringsskyldigheten inom hälso- och sjukvården.²⁷¹ Därefter har Samverkansutredningen (SOU 2000:114) gjort en grundlig genomgång av förutsättningarna för en gemensam dokumentation över huvudmannaskapsgränserna. Utredningen stannade dock för att *inte* föreslå någon sådan. Trots att uppgifterna är tätt sammanfogade och har ett mycket naturligt samband med varandra ansågs de lagtekniska svårigheterna betydande.²⁷² Bl.a. menade utredningen att det endast var den löpande dokumentationen som borde komma i fråga vid en möjlighet till gemensam dokumentation och att dokumentationen av handläggningen av ärenden borde följa nuvarande dokumentationsprinciper.²⁷³ Utredningen anförde också att ”mer känslig medicinsk information” i patientjournalerna skulle hållas avskilda från de

²⁶⁹ Prop. 1997/98:108 s. 97.

²⁷⁰ Samverkansutredningen avvisade denna möjlighet framför allt mot bakgrund av de principiella skillnader som föreligger mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten och de olika syften som dokumentationen på respektive område skall tjäna (SOU 2004:114 s. 260).

²⁷¹ Prop. 1996/97:124 s. 153.

²⁷² SOU 2000:114 s. 274.

²⁷³ SOU 2000:114 s. 262.

rent omvårdande journaluppgifterna, i den mån baspersonalen inte behöver tillgång till dem.²⁷⁴ Vidare borde inte sociala insatser, som inte har något samband med eventuella medicinska insatser, få förekomma i en gemensam dokumentation med hänsyn till den inre sekretessen.²⁷⁵ Samverkansutredningen pekade också på nödvändiga ändringar i SoL och PjL bl.a. vad gäller möjligheten att omhänderta dokumentation i enskild verksamhet.²⁷⁶ Utredningen menade att ett gemensamt dokumentationssystem förutsätter att de sociala anteckningarna görs på ett sådant sätt att de vid behov kan särskiljas, t.ex. för att kunna tillgodose länsstyrelsens tillsyn.²⁷⁷

Trots redovisade lagtekniska svårigheter framhöll emellertid Samverkansutredningen, att under förutsättning att man ”iakttar gällande bestämmelser om sekretess och s.k. inre sekretess finns det i princip inget som hindrar att man i en integrerad verksamhet håller nödvändig dokumentation om den enskilde samlad t.ex. i en gemensam mapp. Det sker i stor utsträckning redan och kan sannolikt ofta lösas praktiskt i samråd med den enskilde.” Härigenom, menade utredningen, uppnår man många gånger i praktiken samma resultat som med en gemensam dokumentation. Mot denna bakgrund avstod Samverkansutredningen från något förslag i den riktningen.²⁷⁸

Oaktat möjligheten till gemensam förvaring kan sammanfattningsvis konstateras att dokumentationsregleringen är problematisk för dem som har att tillämpa bestämmelserna och det praktiska handhavandet kan vara en risk ur patient- och brukarsäkerhetssynpunkt. Som framgått tidigare synes också gränsdragningen mellan sociala och medicinska insatser fortfarande vara föremål för tveksamheter och diskussion i den praktiska verksamheten vilket också har betydelse för dokumentationen.²⁷⁹ Någon legaldefinition av respektive insatsslag finns inte, men mot bakgrund av vissa förarbetsuttalanden har ovan konstaterats att man skulle kunna avgränsa *medicinska* insatser till sådana som i det enskilda fallet kräver *kompetens inom hälso- och sjukvårdsområdet* medan övriga omvårdnadsinsatser är att betrakta som sociala.²⁸⁰

En översyn av ifrågakvarande reglering synes nödvändig.²⁸¹ Tills dess skulle ett klagande uttalande från Socialstyrelsen rörande avgränsningen mellan medicinska och sociala insatser kunna vara av stort värde.

²⁷⁴ SOU 2000:114 s. 264.

²⁷⁵ SOU 2000:114 s. 264.

²⁷⁶ SOU 2000:114 s. 271.

²⁷⁷ SOU 2000:114 s. 275. Se om tillsyn avsnitt 10.

²⁷⁸ SOU 2000:114 s. 275.

²⁷⁹ Investera nu! s. 48 f.

²⁸⁰ Se avsnittet Särskilt om sociala respektive medicinska uppgifter s. 14.

²⁸¹ Socialstyrelsen har i skrivelse till regeringen år 2001, bl.a. hävdade att strävan bör vara att föra en gemensam journal för patienten i olika vårdssituationer, bl.a. för att undvika onödig dokumentation i vården. Detta har emellertid inte lett till någon förändring.

Avslutning

Som framgått inledningsvis²⁸² uppges i ”INVESTERA NU!” att den ”lagmässiga regleringen” av kommunernas vård och omsorg i vissa fall ställer till problem i tillämpningen. Föreliggande jämförelse av främst HSL, SoL och PjL pekar därvid på några faktorer som kan medföra svårigheter för tillämparna, nämligen i fråga om ledning, tillsyn och dokumentation.²⁸³ Ett grundläggande problem, som diskuteras i avsnitt 3.3 och 3.7 och som även kommenteras nedan, är också svårigheterna att bedöma vad som är att betrakta som sociala respektive medicinska insatser.²⁸⁴ Detta skapar i sin tur problem på flera områden, bl.a. beträffande dokumentation liksom beträffande anmälningsskyldigheten i 14 kap. 2 § SoL och rapporteringsskyldigheten i 2 kap. 7 § LYHS.²⁸⁵

Jämförelsen i övrigt visar att lagarna i princip korresponderar väl med varandra och att de i många avseenden konstruerats på ett likartat sätt för att underlätta tillämpningen. Om man bortser från de problem som påtalats ovan kan generellt sägas att såväl i lagarna som i dess förarbeten understryks vikten av att insatser och åtgärder samordnas för att den helhetssyn som gäller inom båda verksamhetsområdena skall kunna tillämpas. Lagstiftningen i sig bör inte lägga hinder i vägen för ett gemensamt förhållningssätt och för en ändamålsenlig användning av tillgänglig personal. Eventuella svårigheter och oklarheter torde närmast vara en ledningsfråga.

I Investera nu! anges att *brukarnas ställning och möjligheter att påverka och framföra klagomål* skiljer sig åt. Såvitt gäller brukarnas/patienternas *ställning* understryks i båda lagarna den enskildes självbestämmande och integritet. Såväl sociala insatser som hälso- och sjukvårdsinsatser skall utformas och genomföras i samråd med den enskilde. Ingen av lagarna ger den enskilde en absolut rätt till en viss bestämd insats även om SoL i större utsträckning än HSL ger uttryck för att den enskildes önskemål i hög grad skall beaktas.

Vad gäller frågan om brukarnas/patienternas möjligheter att *påverka och framföra klagomål* kan konstateras att det finns sådana möjligheter inom båda vårdområdena även om det är fråga om olika klagovägar. Den enskilde brukaren/patienten kan självfallet uttrycka sitt eventuella missnöje med den faktiska vården/omsorgen till nämnden eller annan i ledningen. Brukaren kan som regel också, till länsrätten, formellt överklaga *beslut* fattat med stöd av SoL av nämnden/delegat. Däremot kan enskild inte överklaga de faktiska vårdinsatserna enligt SoL. Missnöje härmed får som ovan sagts uttryckas till ledningsansvarig eller till tillsynsmyndigheten. Den formella rätten att över-

²⁸² Avsnittet Problem som föranlett undersökningen s.9.

²⁸³ Se avsnittet Avslutande diskussion s. 42, Sammanfattande diskussion s. 60 och sammanfattande diskussion s. 78.

²⁸⁴ Se avsnittet Begreppen socialtjänst respektive hälso- och sjukvård s. 13.

²⁸⁵ Beträffande anmälningsskyldigheten, se avsnittet Anmälningsskyldighet, s. 62.

klaga beslut rörande vården²⁸⁶ finns inte heller enligt HSL och har av lagstiftaren inte ansetts tillrädligt bl.a. på grund av medicinska frågors komplexitet, svårigheter att definiera rättigheter i HSL samt tidsaspekten för att ett överklagande skall ha något praktisk värde för patienten.²⁸⁷

Att SoL är en *rättighetslag* och HSL en *skyldighetslag* avses i praktiken inte innebära någon skillnad i förhållande till *den enskilde*. Hälso- och sjukvården måste respektera de krav som den enskilde har rätt att ställa på verksamheten. Konstruktionen skyldighetslag/rättighetslag har ingen betydelse för den enskilde i den faktiska verksamheten. Landsting och kommuner har i båda fallen ansvar för att tillämpa lagstiftningen på avsett sätt.²⁸⁸

Det är ett faktum att *personalens ansvar och befogenheter* regleras på olika sätt och att den legitimerade personalen inom hälso- och sjukvården har ett lagfäst yrkesansvar. Som ovan visats omfattas emellertid undersköterskor och biträdespersonal av bestämmelserna om yrkesansvar i LYHS i den mån de utför arbetsuppgifter som *biträden* åt legitimerad yrkesutövare. Likaså omfattas de av yrkesansvaret om de utför hälso- och sjukvårdsuppgifter efter *delegation*.²⁸⁹ Däremot kan den omständigheten att *sociala och medicinska åtgärder* kan vara svåra att avgränsa skapa problem för yrkesutövarna. Utifrån lagens konstruktion torde det närmast vara en ledningsfråga och en fråga för medicinskt ansvariga att i det enskilda fallet bedöma om en uppgift skall karaktäriseras som det ena eller andra.²⁹⁰

Beträffande *skillnaderna i fråga om beslutsformer* får man skilja mellan verksamheternas handläggning av ärenden respektive annan förvaltningsverksamhet, dvs. faktiskt handlande, vilket det är fråga om i en vårdsituation. En ansökan om särskilt boende behandlas som en ansökan om bistånd. Här är det sålunda fråga om *handläggning av ett ärende*. Personalen i det särskilda boendet har sedan att verkställa nämndens beslut rörande vilka insatser som skall ges, dvs. *faktiskt handlande*.²⁹¹ När det gäller hälso- och sjukvårdsverksamheten är det som regel fråga om faktiskt handlande och beslut rörande enskilda vårdinsatser tas nära patienten. Som framgått ovan bestämmer en läkare vilka vård- och behandlingsinsatser som skall göras varefter det ankommer på hälso- och sjukvårdspersonalen att utifrån sitt medicinska yrkesansvar följa de anvisningar om patientens vård och behandling som läkaren meddelat.²⁹² I socialtjänstverksamheten fattas beslut om insatser av nämnden eller av tjänstemän efter delegation. Verkställigheten av beslutet ankommer sedan på personal närmast brukaren i den faktiska verksamheten. Upptäcks ett nytt eller förändrat behov ligger det i socialtjänstens *kvalitetsbegrepp* att i det dagliga arbetet uppmärksamma behov av insatser som kan underlätta den dagliga livsföringen så att en förnyad ansökan om bistånd kan göras. Det ligger också i myndigheternas serviceskyldighet enligt förvaltningslagen att upplysa och vägleda den enskilde och ge råd och annan hjälp i frågor om myndighetens verksamhetsområde. Respek-

²⁸⁶ Härvid bortses från de särskilda reglerna vid tvångsvård.

²⁸⁷ Se avsnitten Rättighetslag respektive skyldighetslag s. 17 och Överklagande s. 30.

²⁸⁸ Avsnittet Rättighetslag respektive skyldig s. 17.

²⁸⁹ Avsnittet Ansvarsregler s. 68.

²⁹⁰ Jfr avsnittet Särskilt om sociala respektive medicinska uppgifter, s. 14.

²⁹¹ Se avsnittet Personal s. 76.

²⁹² Jfr prop. 1990/91:14 s. 71.

tive lags konstruktion innebär sålunda, att utökade eller ändrade insatser enligt SoL inte torde kunna sättas in utan ett nytt formellt beslut medan insatser enligt HSL kan beslutas omedelbart inom ramen för yrkeskompetensen.

I ”Investera nu!” anføres att det är *svårt att avgöra enligt vilken lagstiftning en specifik insats ges* och att det kan råda olika uppfattningar mellan personal i denna fråga. Som visats ovan har gränsdragningsfrågor mellan sociala uppgifter och hälso- och sjukvårdsuppgifter diskuterats på flera ställen i förarbetena och svårigheterna att avgränsa ”medicinska” respektive sociala insatser har också framhållits av lagstiftaren. Så som framgått av motiven till lagen om patientnämndsverksamhet utgör omvårdnad hälso- och sjukvård inom landstingsvården och det förvandlas inte automatiskt till socialtjänst i kommunernas verksamhet. En åtgärd kan vara att betrakta som hälso- och sjukvård om t.ex. en *sjuksköterskas speciella kompetens* är nödvändig. För en annan patient/boende kan det räcka att ett vårdbiträde utför samma slags åtgärd och då är det fråga om en åtgärd av socialtjänstkaraktär.²⁹³ I varje enskilt fall och beträffande varje enskild insats får man alltså ta ställning till om den är att hänföra till det ena eller andra vårdområdet vid den tidpunkt då insatsen ges.²⁹⁴

I ”Investera nu!” uttalas också att det är *angeläget att omvårdnadspersonalen ges större handlingsutrymme och självständighet* än idag. Därvid måste beaktas, att det är ett uttalat krav på hälso- och sjukvården att var och en som söker hälso- och sjukvård skall behandlas av den personal och på det sätt som varje enskilt fall fordrar och att all vård, behandling och rådgivning skall ske i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.²⁹⁵ Tydliga regler i LYHS och även i Socialstyrelsens föreskrifter anger i vilka fall delegation till icke formellt kompetent personal är möjlig. Kraven på säkerhet inom hälso- och sjukvården, har av lagstiftaren ställs mycket högt.²⁹⁶ Från lagstiftaren har också uttalats att kommunernas hälso- och sjukvård inte skiljer sig från annan hälso- och sjukvård. Kommunernas ansvar skall vara av samma art och kvalitet som landstingens motsvarande ansvar, med den begränsningen att den inte omfattar läkarinsatser. Därför har lagstiftaren ansett att det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret bör regleras i HSL och inte i någon särskild lag eller SoL.²⁹⁷

²⁹³ Prop. 1998/99:4 s. 36. Se avsnitt 3.3 och 3.7.

²⁹⁴ Se utförligare avsnitten Särskilt om sociala respektive medicinska uppgifter s. 14, Sammanfattning s. 21 och Sammanfattande diskussion s. 78.

²⁹⁵ Prop. 1981/82:97 s. 116.

²⁹⁶ Prop. 1995/96:176 s. 47.

²⁹⁷ Prop. 1990/91:14 s. 60.

Källförteckning

Offentligt tryck

Prop. 1979/80:116 om åtgärder för att förbättra kontinuiteten i hälso- och sjukvården m.m.

Prop. 1981/82:97 Hälso- och sjukvårdslag m.m.

Prop. 1984/85:124 Internationella faderskapsfrågor m.m.

Prop. 1984/85:189 Regeringens proposition om patientjournalag m.m.

Prop. 1987/88:176 Proposition om äldreomsorgen inför 90-talet.

Prop. 1990/91:14 Ansvar för service och vård till äldre och handikappade m.m.

Prop. 1990/91:58 Om psykiatrisk tvångsvård m.m.

Prop. 1992/93:43 Ökad konkurrens i kommunal verksamhet.

Prop. 1993/94:149 Åligganden för personal inom hälso- och sjukvården m.m.

Prop. 1995/96:176 Förstärkt tillsyn över hälso- och sjukvården.

Prop. 1996/97:60 Prioriteringar inom hälso- och sjukvården.

Prop. 1996/97:124 Ändring i socialtjänstlagen.

Prop. 1997/98:108 Hälsodata- och vårdregister.

Prop. 1997/98:113 Nationell handlingsplan för äldrepolitiken.

Prop. 1997/98:189 Patientens ställning.

Prop. 1998/99:4 Stärkt patientinflytande.

Prop. 1999/2000:56 Vissa hälso- och sjukvårdsfrågor.

Prop. 2000/01:80 Ny socialtjänstlag m.m.

Prop. 2002/03:20 Samverkan mellan kommuner och landsting inom vård- och omsorgsområdet.

SOU 1995:5 Vårdens svåra val.

SOU 1997:154 Patienten har rätt. Delbetänkande av HSU 2000.

SOU 2003:99 Ny sekretesslag. Huvudbetänkande av Offentlighets- och sekretesskommittén.

SOU 2000:114 Samverkan om gemensamma nämnder på vård- och omsorgsområdet, m.m.

Övrig litteratur

Clevesköld/Lundgren/Thunved, Handläggning inom Socialtjänsten. Norstedts juridik AB. Stockholm 2003.

Gustafsson Ewa, Missbrukare i rättsstaten. Norstedts juridik AB. Stockholm 2001.

Hilborn m.fl., Kommunallagen. Kommentarer och praxis. Svenska Kommunförbundet och Kommentus Förlag. Uddevalla 2001.

Norström/Thunved, Nya sociallagarna med kommentarer. Norstedts juridik AB. Stockholm 2004.

Socialstyrelsen. Forskning om etiska frågor för socialt arbete.

Socialstyrelsen m.fl., Investera Nu! Handlingsplan för kompetensförsörjning inom vård och omsorg.

Westerhäll Lotta, Rättigheter, förpliktelser och sanktioner inom socialrätten. Uppsatser i socialförvaltningsrätt. Norstedts Förlag. Stockholm 1988.

Förkortningar

BrB	Brottsbalk
FL	Förvaltningslag (1986:223)
FYHS	Förordning (1998:1513) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område
HSAN	Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd
HSL	Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)
KL	Kommunallag (1991:900)
LSS	Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade
LYHS	Lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område
MAS	Medicinskt ansvarig sjuksköterska
PjL	Patientjournalag (1985:562)
RF	Regeringsformen
SoL	Socialtjänstlag (2001:453)